

**DESCORTINANDO A VIVÊNCIA EMOCIONAL DE MULHERES EM
UM CENTRO OBSTÉTRICO: UMA INVESTIGAÇÃO SOBRE O PARTO
ATRAVÉS DA APLICAÇÃO DO MÉTODO BICK**

Tagma Marina Schneider Donelli

Tese apresentada como exigência parcial para a obtenção do grau de
Doutor em Psicologia,
sob a orientação da Professora Rita de Cássia Sobreira Lopes, PhD e
supervisão clínica da Dr^a Nara Amália Caron

**Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Instituto de Psicologia
Programa de Pós-graduação em Psicologia do Desenvolvimento
Fevereiro, 2008.**

Luigi, meu bebê, este trabalho é pra ti.

Algumas pessoas merecem meu enorme agradecimento:

Meu esposo e meu amor, Tuti, por todo estímulo e incentivo que sempre me deu.

Minha mãe, Liane, pelo esforço de uma vida inteira, e por ser, agora,
a melhor avó que o Luigi poderia ter.

Meu “paidrasto”, Vi, por todas as oportunidades e incentivo intelectual.

Minha orientadora, professora Rita, pelo interesse no tema de pesquisa, por não
ter medido esforços no acompanhamento e melhoramento do trabalho,
e por ter sempre acreditado em mim.

Doutora Nara, supervisora há muito tempo, que me apresentou o Método Bick e
me ensinou a ver com os olhos do coração.

Psicóloga Aline Groff Vivian, colega com quem compartilhei as idéias e também
as angústias no grupo de supervisão.

Psicóloga Lisiane Machado de Oliveira-Menegotto, colega e relatora do grupo de
supervisão, por ter também me estimulado a enfrentar o desafio de cursar um
mestrado e, depois, um doutorado.

Minha amiga, e também colega, psicóloga Aline Grill Gomes, que apesar da
distância nunca desistiu da nossa amizade.

Os professores da banca examinadora, Vera Maria Ramos de Vasconcellos, Maria
Lúcia Tiellet Nunes, Vera Regina Röhnelt Ramires e César Augusto Piccinini,
pelo auxílio fornecido através de seus conhecimentos e sugestões.

A instituição hospitalar e os profissionais do Centro Obstétrico onde este trabalho
foi realizado, pela oportunidade que me deram de
compartilhar um pouco do seu mundo.

As mulheres observadas neste estudo, participantes anônimas que possibilitaram
meu crescimento profissional e pessoal.

E, finalmente, meu filho, Luigi, que me ensina todos os dias a importância do
amor, do respeito, do espaço e da busca incessante
pelo próprio desenvolvimento.

Obrigada!

Filho...

*igualzinho à minha poesia.
Você nunca foi meu órgão.
A arte é constante e me habita à hora
que quer
e à hora que eu deixo.
Mas não existe combinada, não há
contratos nem despejos.
Você tem intimidade com meus interiores,
com meus departamentos.*

*Me enobrece porque me tornou poderosa,
capaz de prosseguir com essa invenção
chamada humanidade.
Você é a barbaridade de ter feito a minha barriga crescer.
Meu corpo zuniu, abriu, escancarou
pra você sair.
De onde eu nunca pus sequer os pés, as mãos,
da casa em que vivo e habito sem nunca
ter entrado
porque moro fora de mim.*

*Você que é onírico, sábio vassalo,
me tiraniza e perde a fala, o fôlego, o faro,
me organiza e ganha o futuro.
E ainda segura o jogo duro de viver independente
da minha respiração.
Espião de meus bastidores,
olhou minhas entranhas enquanto virava ser humano.*

Elisa Lucinda

SUMÁRIO

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS	p. 07
RESUMO	p. 08
ABSTRACT	p. 09
CAPÍTULO I – INTRODUÇÃO	p. 10
1.1. Apresentação	p. 10
1.2 O tornar-se mãe e o atendimento ao parto ao longo dos tempos	p. 14
1.3 Algumas contribuições psicanalíticas para o entendimento do parto	p. 20
1.4 O parto e suas especificidades	p. 26
1.4.1 Aspectos fisiológicos do parto	p. 32
1.4.2 Fatores que influenciam a experiência do parto	p. 33
1.5 Considerações teórico-metodológicas e objetivos do estudo	p. 41
CAPÍTULO II – MÉTODO	p. 51
2.1 Participantes	p. 51
2.2 Delineamento e procedimentos	p. 52
2.3 Material e instrumentos	p. 55
2.3.1 Relato de observação	p. 55
2.3.2 Relato da supervisão	p. 55
2.5 Considerações éticas	p. 55
CAPÍTULO III – RESULTADOS	p. 59
3.1 Eixo I – Impressões Iniciais	p. 60
3.2 Eixo II – A Rotina em um Centro Obstétrico	p. 67
3.3 Eixo III – Descortinando a Vivência das Mulheres em um Centro Obstétrico	p. 96

CAPÍTULO IV – DISCUSSÃO	p.126
4.1 O Método Bick aplicado à instituição hospitalar: a instituição como um envelope que contém e protege ou como um obstáculo ao contato?	p.129
4.2 Um mundo à parte: a experiência de dar à luz no contexto hospitalar	p.139
4.3 A experiência feminina do parto: a busca por um novo nascimento	p.150
CAPÍTULO V – CONSIDERAÇÕES FINAIS	p.168
REFERÊNCIAS	p.179
ANEXOS	p.191
Anexo A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	p.191
Anexo B – Relato de Observação	p.192
Anexo C – Relato de Supervisão	p.194
Anexo D – Carta do Comitê de Ética em Pesquisa	p.195

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

SOGIRS – Sociedade de Obstetrícia e Ginecologia do Rio Grande do Sul ..	p. 17
SUS – Sistema Único de Saúde	p. 18
UTIN – Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal	p. 47
CO – Centro Obstétrico	p. 51
BC – Bloco Cirúrgico	p. 51
MAP – Monitorização Anteparto Fetal	p. 51
PROPESQ – Pró-reitoria de Pesquisa	p. 56
UFRGS – Universidade Federal do Rio Grande do Sul	p. 56
UTI – Unidade de Tratamento Intensivo	p. 72

RESUMO

O presente estudo aplicou o Método Bick, para fins de pesquisa, com o objetivo de desvendar e conhecer a vivência emocional da mulher sobre o parto. Foram realizadas observações sistemáticas em um Centro Obstétrico durante dezenove meses. As observações foram relatadas, supervisionadas e posteriormente analisadas. Os dados apontam o parto como um momento potencialmente desorganizador que, somado à condição regressiva das parturientes, foi capaz de produzir sobrecarga emocional e desencadear um estado de vulnerabilidade psíquica nas mulheres, mas que produziu impacto emocional também no observador e na equipe. Foi constatado o uso de mecanismos defensivos na equipe, que prejudicava a interação profissional-paciente. O Método Bick possibilitou a aproximação da vivência emocional do parto através da disponibilidade psíquica e da postura não-intrusiva do observador. O estudo sugere a necessidade de revisão das práticas relacionadas ao manejo dos aspectos emocionais das parturientes. Implicações clínicas e para a pesquisa também são abordadas.

Palavras-chave: Método Bick; parto; centro obstétrico; assistência ao parto.

ABSTRACT

Unveiling women's emotional experience in an Obstetric Ward: an investigation of delivery through an application of the Bick method

The present study consisted of an application of the Bick method to research aiming to reveal and investigate women's emotional experience of delivery. Observations were carried out in an Obstetric Ward during nineteen months. They were written up, supervised and later analyzed. The results revealed that delivery is a potentially disorganizing moment. Due to women's regressive condition, it may produce emotional overload and trigger a state of psychic vulnerability in women, which had an emotional impact on the observer and the professionals. The use of defensive mechanisms in the professionals was observed which interfered in the professional-patient interaction. The observer's psychic availability and non intrusive position which characterize the Bick method enabled to get in contact with the emotional experience of delivery. The study suggests the need for revising professional practices related to the handling of the emotional aspects of delivery. Both clinical and research implications of the findings are also discussed.

Keywords: Bick method; delivery; obstetric ward; assistance to delivery

CAPÍTULO I

INTRODUÇÃO

1.1 Apresentação

Nos dias atuais, o tornar-se mãe representa, inegavelmente, uma importante transição no desenvolvimento da mulher que opta, mais ou menos conscientemente, por ter um filho, pois é um período em que um grande número de mudanças pessoais, sociais e biológicas coincide. A maternidade e a paternidade são freqüentemente descritas como um dos momentos mais importantes do ciclo vital, pois o nascimento de um bebê provoca mudanças de papéis e de estilo de vida, além de oferecer aos novos pais a oportunidade de trabalhar conflitos internos e de relacionamento, e de modificar a percepção de si mesmos e dos outros (Birksted-Breen, 2000; Ruble et al., 1990; Smith, 1999).

No contexto da transição para a maternidade, que se dá durante o ciclo gravídico-puerperal, o parto é um evento importante por inúmeras razões. Em primeiro lugar, é o momento em que mãe e bebê vão, finalmente, poder se encontrar frente a frente. Para a mulher, é o momento de se deparar com o bebê real, que gestou por nove meses, e que provavelmente será diferente do bebê imaginário, idealizado durante a gestação (Soulé, 1987). Também é o momento de se deparar com um produto seu, do seu corpo, que mostrará para o mundo sua capacidade ou incapacidade feminina de gerar uma criança. É hora, portanto, de pôr à prova sua capacidade para gerar um bebê saudável, para suportar as dores do trabalho de parto, para lidar com a intrusiva manipulação do seu corpo através dos procedimentos médicos e de enfermagem, e ainda para receber seu filho com genuína alegria. Além disso, após o parto, sua competência materna para cuidar e promover o desenvolvimento de outro ser humano, nutrindo-o física e emocionalmente, também será avaliada (Birksted-Breen, 2000; Brazelton & Cramer, 1992; Klaus & Kennell, 1993; Lebovici, 1987; Maldonado, 1994; Maldonado, Dickstein & Nahoum, 1996; Raphael-Leff, 1997; Simkin, 1991; Stern, 1997).

O parto é um evento repleto de paradoxos: a mulher perde a barriga mas ganha um bebê, deixa de ser filha mas se torna mãe. Dar à luz, segundo Birksted-Breen (2000), é morrer para renascer, pois a mulher não sairá igual da experiência

de ser mãe, e não voltará a ser a mesma de antes. O parto também é uma separação: o bebê que nasce é um indivíduo separado da mãe mas, apesar disso, precisa dela e dela é dependente para se desenvolver. Mãe e bebê devem aprender, a partir do parto, a se relacionar de outra forma que não aquela à qual estavam acostumados. As trocas, até então feitas pela placenta e pelas sensações cinestésicas devem ser feitas, agora, em outro nível: pela palavra, pelo toque, pelo olhar (Dolto, 1984; Szejer & Stewart, 1997).

O parto é uma experiência claramente antecipada durante a gestação, e reorganizada após o nascimento do bebê. Sua característica principal é, sem dúvida, o fato de ser o marco da transição entre a gestação, como a fase de preparação psicológica para a maternidade, e o puerpério, em que a mulher se verá obrigada a ajustar suas expectativas à situação real que se apresenta. Durante a gestação, a mulher antecipa aspectos relacionados às suas capacidades como mãe, além do bebê e de todo o contexto que cercará o parto. Isto é, o bebê é imaginado e idealizado durante a gestação, como previu Soulé (1987), mas também assim o são a identidade materna e o próprio parto (Donelli, 2003).

Por ser uma transição, o parto também marca o momento do encontro das expectativas idealizadas da mulher em relação ao seu bebê e a si própria como mãe, e a confronta com a possibilidade de concretizar tais expectativas. Existe, durante a gestação, um processo de construção de uma figura materna imaginária que será inevitavelmente confrontada com a realidade por ocasião do parto (Donelli, 2003). O que se percebe é que, assim como o bebê imaginário é potencialmente decepcionante, assim também o é a mãe que cada mulher idealizou e sonhou ser para seu bebê.

Por isso, é possível aventar a hipótese de que o puerpério não se reduz apenas às tarefas listadas por Brazelton e Cramer (1992), que dizem respeito à aceitação do fim abrupto da gravidez e, com ela, dos sentimentos de fusão, completude e onipotência; a adaptação a um novo ser que provoca sentimentos de estranheza; o luto pela perda da criança imaginária e perfeita e a adaptação às características específicas do filho real; suportar o medo de lidar com o bebê e feri-lo, além de aprender a tolerar as exigências provocadas pela total dependência da criança, vindo inclusive a apreciá-las. A essas tarefas parece que se pode somar ainda outra: a necessidade de ajuste da imagem de si mesma como a mãe que pode vir a ser para seu filho (Donelli, 2003).

O fato de o parto poder ser entendido como um evento capaz de instaurar a quebra entre aquilo que a mulher sonhou para si mesma como mãe durante a gestação, e aquilo que lhe é atestado por ocasião do parto, também o constitui como uma experiência capaz de mobilizar conteúdos intrapsíquicos intensos nas mulheres, acionando mecanismos defensivos e protetores. Além disso, essa transição entre o estado gravídico e o puerpério, que se dá por ocasião do parto, pode vir acompanhada de sentimentos intensos, suscitados pela experiência materna anterior, por sua história de vida, pela forma como experimentou a própria gravidez, pelo significado que tem para ela o bebê e o papel materno, e também pela forma como ela será cuidada durante os momentos que cercam a experiência de dar à luz. Segundo Winnicott (1967/1989), o excesso de estímulos e de demanda emocional pode configurar uma experiência como traumática, exigindo um grande movimento interno de reação e representando uma quebra de continuidade na existência de um indivíduo, o que interromperia o seu desenvolvimento, ou atrapalharia tal processo. Nesse sentido, o que é vivido como uma quebra de continuidade do senso de existir pode ser considerado traumático. Autores como Rank (1923/1961) se preocuparam com o trauma do nascimento para o bebê, pois a experiência seria o protótipo de toda angústia posterior. Entretanto, este mesmo processo não foi investigado na mulher que se torna mãe. Quando o parto representa uma quebra da continuidade, seja por excesso de estímulos, por frustração de expectativas, por sentimentos de fracasso, pela forma como a mulher é atendida durante o trabalho de parto e no parto pela equipe de saúde, e pela conseqüente mobilização de recursos intrapsíquicos para lidar com esses sentimentos e com essa experiência, tal situação pode ser vivida como traumática. Pode-se pensar que a quebra dessa continuidade exija da mulher esforço redobrado para assimilar e elaborar psicologicamente a experiência do parto.

A literatura mostra o trabalho de inúmeros autores que se dedicaram à questão da importância de uma figura materna capaz de proteger o bebê do excesso de estímulos e da sobrecarga emocional decorrente, como uma condição para o adequado e saudável desenvolvimento emocional da criança no início da vida (Anzieu, 2000; Bick, 1968; Bion, 1962/1991; Klein, 1969; Meltzer, 1971; Winnicott, 1956/2000, 1960/1990, 1963/1990, 1991). De forma análoga, mas infinitamente menos explorada, se coloca a questão do cuidado e da proteção oferecidos às mulheres que estão vivendo o ciclo gravídico-puerperal e, mais

especificamente, que estão dando à luz. O movimento de transferência do parto para os hospitais, a medicalização do evento e as práticas médicas que visam a excelência tecnológica acabam desumanizando as relações entre profissionais e pacientes, e abrindo espaço para as reflexões sobre esse tema.

Os estudos sobre o parto, de uma maneira geral, o têm abordado como um evento passível de ser estudado através do controle de suas variáveis, têm reforçado a polarização da experiência em boa ou má, além de não se preocuparem em fazer um entendimento do parto como parte integrante do processo de transição para a maternidade, e de construção da identidade materna. A tendência é de tratar o parto como um evento isolado, passível de controle através da tecnologia médica, e contra o qual mulheres e profissionais da saúde devem se proteger. Tal necessidade de proteção parece se voltar, especialmente, contra a dor, a morte, a perda e sentimentos regressivos suscitados pela vivência do parto, a qual remete todo ser humano ao próprio nascimento.

Portanto, faz-se necessária a realização de um estudo que se proponha a desvendar e conhecer a vivência emocional do parto, tendo como foco a mulher que dá à luz. Para tanto, aventa-se a possibilidade de investigar a experiência do parto e do desenrolar inicial do exercício da maternidade através do método de observação proposto por Bick (1964). Este método foi originalmente desenvolvido para servir como auxiliar ao estudo da psicanálise, especialmente de crianças, se constituindo, ao longo dos anos, uma ferramenta importante para a formação de analistas infantis. A observação semanal de um bebê e de sua mãe, realizada no seio da família, e posteriormente relatada e supervisionada em grupo permitiria aos estudantes, segundo Bick (1964), compreender mais claramente a experiência infantil de seus pequenos pacientes, além de entender melhor a conduta não-verbal e os jogos das crianças, bem como ajudar a decifrar as informações das mães sobre a história de cada filho.

Além disso, a observação de bebês fornece a oportunidade de observar o desenvolvimento de um bebê, desde seu nascimento, no contexto do seu lar e de suas relações familiares, e de descobrir como se originam e se desenvolvem também essas relações. E posteriormente, na supervisão em grupo, o observador tem a oportunidade de comparar e estabelecer diferenças entre as suas próprias observações e as de seus colegas, enriquecendo sua formação (Bick, 1964).

O método em questão privilegia a compreensão da situação, mais do que o agir ou intervir e, também, preocupa-se com a análise dos sentimentos

contratransferenciais do observador. Por isso, torna-se um instrumento de trabalho valioso em situações especiais, como no trabalho em instituições, com pacientes com patologias clínicas graves, pacientes terminais, idosos, sala de parto, atendimento domiciliar e atendimento a equipes (Furhmeister et al., 2001).

Pelo apresentado, a escolha do método Bick de observação de bebês (Bick, 1964) para instrumentalizar uma investigação sobre o parto parece ser adequada, especialmente por se tratar de um evento da vida da mulher que remete a vivências primitivas, e nas quais a linguagem predominante é a não-verbal. Além disso, não foram encontrados, no banco de dados *Psycinfo*, trabalhos que tenham focado o parto através do uso dessa metodologia, o que confere ao estudo pretendido um caráter original.

1.2 O tornar-se mãe e o atendimento ao parto ao longo dos tempos

Através dos tempos, ter ou não ter filhos sempre foi um problema presente no seio da humanidade. No mundo inteiro, por centenas de anos, deu-se glórias à fertilidade, considerada como uma benção, e maus olhos à esterilidade, vista como castigo divino. Em determinados períodos da História, como na Europa do século XVI, tornou-se uma necessidade procriar, devido à dizimação de um terço da população pela peste negra. Fatos como este repercutem sensivelmente na representação social da maternidade (Maldonado, 1994).

Kitzinger (1987) afirma que os filhos eram a maneira que homens e mulheres encontravam para evitar a velhice, transmitir seu nome e assegurar mão-de-obra no campo e nas guerras. Portanto, quanto maiores as famílias, mais mãos para trabalhar. Nesse sentido, a mulher com muitos filhos adquiria prestígio junto à comunidade, fazendo com que sua fertilidade fosse sua maior riqueza.

As revisões históricas sobre a maternidade, principalmente a empreendida por Badinter (1980), levantam a questão da existência, ou não, de um instinto materno. Pesquisas dessa autora revelam que a exaltação do amor materno é um fato relativamente recente na cultura ocidental. Na Europa do século XVI, era sinal de amor entregar o filho recém-nascido para uma ama de leite durante os seus primeiros anos de vida. Porém, tais amas costumavam tomar conta de vários bebês ao mesmo tempo, o que, segundo documentos da época, contribuía para os altos índices de mortalidade infantil. Essas crianças acabavam sendo alimentadas inadequadamente, eram drogadas para dormir e enfrentavam condições precárias

de higiene. Algumas ficavam vários dias sem ser trocadas, e outras eram enfaixadas para restringir os movimentos e dar menos trabalho.

Na Idade Média, era fato comum a aceitação dos filhos ilegítimos, os quais não enfrentavam problemas se tivessem um pai em condições de projetá-los socialmente. Porém, com a reforma protestante e a contra-reforma católica, a partir do século XVI, passou-se a exigir a castidade dos religiosos e a fidelidade dos casais. Devido a isso, as mães ilegítimas tornaram-se inaceitáveis, o que corroborou para, a partir do século XVII, o aumento das práticas abortivas, do abandono e do assassinato dos próprios filhos (Badinter, 1980).

O abandono de crianças difundiu-se a tal ponto que começaram a surgir as primeiras instituições destinadas a acolhê-las. No Brasil, a primeira instituição deste tipo foi fundada em 1738, no Rio de Janeiro, a fim de proteger a honra da família colonial, escondendo os filhos ilegítimos (Maldonado, 1994). Porto Alegre possuía a Roda dos Expostos, um mecanismo giratório destinado a recolher, de forma anônima, as crianças enjeitadas, que eram abandonadas geralmente durante as madrugadas. Tal mecanismo ficava na Santa Casa de Misericórdia e foi desativado somente em 1940, por iniciativa do professor Mario Totta (Hassen, 1998).

A obstetrícia aparece como especialidade da medicina por volta de 1700, com os trabalhos de Francisco Mauriceau. Na sua obra intitulada “Doenças da mulher na gravidez e puerpério”, ele enumerou uma série de observações de um total de três mil. É a ele que se atribui o estabelecimento da posição ginecológica, utilizada nos partos até os dias atuais (Gennari & Gennari, 1999).

Os estudos sobre anatomia e o processo de fecundação introduziram novas crenças ao papel da mulher. O corpo dela estaria destinado à maternidade, e o prazer feminino passa a ser contra-indicado, pois prejudicaria a retenção do esperma e a fecundação. No século XVIII, começou-se a enfatizar a importância da mãe para a transmissão da educação e da religião e, no final de 1700, surgem as primeiras idéias de valorização do amor materno e do papel da mulher como procriadora. É a partir do século XIX que se acirra a separação entre a mulher e a mãe (Badinter, 1980; Maldonado, 1994).

No século XX, especialmente por influência da Psicanálise, a tendência a culpar a mãe pelas dificuldades dos filhos é reforçada. Segundo Badinter (1980), a mãe do século XVIII é auxiliar dos médicos, a do século XIX é colaboradora dos

professores e religiosos e, no século XX, sua responsabilidade é a de cuidar da saúde emocional dos filhos.

Para Badinter (1980) e Cramer (1996), o papel materno não é evidente e, tampouco, instintivo. Hoje, com o acesso cada vez maior das mulheres ao mercado de trabalho, a definição tradicional da mulher abnegada atrelada à maternidade perdeu seu atrativo. Muitas mulheres temem ver seu papel de mãe servir de obstáculo a suas aspirações pessoais e profissionais. Há, no nosso meio, uma desidealização do papel materno, o qual enfrenta uma crise. As mulheres estão divididas entre as exigências maternas e profissionais, e isso se traduz em sintomas de angústia e conflitos sobre si mesmas. Para Alvarez (1995), a libertação sexual, principalmente através do movimento feminista, conduziu para essa desvalorização da maternidade, como se a emancipação da mulher implicasse a renúncia em ser mãe.

A assistência ao parto também passou por grandes transformações ao longo dos tempos. Até o século XVII, o parto era um assunto que só dizia respeito às mulheres. A figura da parteira ajudava a criar um clima emocionalmente favorável para a mulher dar à luz. Além dela, a mãe da parturiente era presença constante e fundamental, bem como o uso de talismãs, orações e receitas mágicas para aliviar as dores do trabalho de parto (Maldonado, 1994). Gradualmente, entre os séculos XVI e XVII, a figura do cirurgião começou a surgir na assistência ao parto, colocando a parteira em segundo plano e fazendo com que o parto deixasse de ser assunto só de mulheres (Gennari & Gennari, 1999; Maldonado, 1994).

No século XIX, mais precisamente no ano de 1897, foi criado em Porto Alegre o primeiro Curso de Partos, destinado a habilitar as parteiras e diminuir o número de acidentes fatais ocorridos durante os partos. Tal curso foi criado por médicos e funcionava na Santa Casa de Misericórdia (Hassen, 1998).

A partir dessa época, o parto passou a ser mais seguro para as mulheres e seus bebês, mas também menos humanizado. Os partos deveriam ser realizados em ambiente hospitalar, com as mulheres em posição de litotomia (deitadas), para facilitar o trabalho do médico e a utilização de seus instrumentos. As altas taxas de mortalidade materna e perinatal conseqüentes do parto a domicílio justificaram a transferência da mulher para o hospital, o qual não retrata o ambiente familiar e humano, mas é mais seguro. Entretanto, no final do século XIX, em Porto Alegre, as maternidades ainda eram destinadas a mulheres muito pobres, indigentes, que

procuravam atendimento nesses locais na esperança de doar o filho e voltar sem a criança para casa (Cordeiro & Sabatino, 1997; Hassen, 1998; Maldonado, 1994).

A atitude de transferir o parto para o hospital contribuiu para que a gestante fosse considerada doente, ou passível de adoecer. Nos dias atuais, o nascimento é definido culturalmente como um evento médico, e essa crença é influenciada, mas também influencia, as práticas médicas ligadas ao parto. O moderno sistema de saúde ocidental evidencia a tendência à fragmentação dos cuidados, pois o que se vê nos hospitais é uma legião de profissionais especialistas, cada um proporcionando uma modalidade diferente de atendimento pré e pós-natal. Esse fato impede que a mulher invista numa figura maternal que poderia auxiliá-la a vivenciar seu parto como uma experiência enriquecedora. Além disso, a visão do parto como um evento médico desencoraja a mulher a expressar seus sentimentos, pois na cultura ocidental, poucos assistentes de saúde facilitam a integração de sentimentos quando estes acompanham processos fisiológicos (Cordeiro & Sabatino, 1997; Klaus & Kennell, 1993; Raphael-Leff, 1997).

Hoje, são as técnicas e rotinas hospitalares que determinam o que e quem será envolvido no processo de nascimento. A maioria das mulheres teve pouco ou nenhum contato com uma instituição hospitalar antes da sua própria internação para dar à luz. Geralmente, se houve contato prévio com a rotina de uma internação, este se deu através de visitas ocasionais ligadas a doença, acidente e morte. Talvez por isso, muitas apresentam enorme receio em relação ao tipo de assistência que receberão no momento do parto, sentindo-se inseguras e desamparadas quando pensam na futura experiência (Raphael-Leff, 1997; Trucharte & Knijnik, 1995).

Pequenas mudanças já podem ser sentidas em relação às práticas hospitalares relacionadas com o nascimento. Existe, hoje, uma preocupação das instituições no sentido de tornar o parto mais humanizado, o que se reflete em atitudes como o incentivo à participação mais ativa da mulher e de seu companheiro nas decisões, e a presença do pai na sala de parto. Além disso, segundo dados da Sociedade de Obstetrícia e Ginecologia do Rio Grande do Sul (SOGIRS), nos últimos três anos o número de obstetras do sexo feminino já é maior do que esses mesmos especialistas, do sexo masculino (J. G. L. Ramos, personal communication, March, 2003). Porém, a tentativa de promover mudanças num sistema institucional organizado e profundamente enraizado é um

processo lento, principalmente quando se leva em consideração que as práticas instituídas estão também a serviço da proteção dos próprios profissionais, que podem ser invadidos por sentimentos desconhecidos e ansiedades incontrolláveis. A tensão constante e a exposição às manifestações de dor, além do envolvimento com a intimidade das mulheres e de suas famílias, despertam emoções pessoais que mobilizam defesas. Nesse sentido, a banalização do evento, a automatização das rotinas e a padronização das práticas reduzem as iniciativas pessoais e o envolvimento emocional, estando a serviço da proteção emocional dos profissionais implicados no processo (Klaus & Kennell, 1993; Raphael-Leff, 1997; Tedesco, 1997).

No Brasil, no ano de 2000, foi instituído pelo Ministério da Saúde o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento, revelando a preocupação dos gestores da saúde pública do país em, além de reduzir as taxas de mortalidade materna e neonatal, também adotar medidas que assegurem a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, e da assistência ao parto e ao puerpério. Nesse sentido, o referido programa fundamenta-se nos preceitos de que a humanização da assistência obstétrica e neonatal é condição primeira para o adequado acompanhamento do parto e puerpério (Brasil, 2000).

Para a Secretaria Executiva do Ministério da Saúde, responsável pela criação do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento, seria preciso levar em conta dois aspectos fundamentais, sem os quais é impossível prestar uma assistência baseada na perspectiva dos direitos de cidadania. O primeiro aspecto diz respeito à convicção de que é dever das unidades de saúde receber com dignidade a mulher, seus familiares e o recém-nascido. Para isto, os profissionais e as instituições de saúde precisariam desenvolver atitudes éticas e solidárias, a fim de criar um ambiente acolhedor, e instituir rotinas hospitalares capazes de romper com o tradicional isolamento imposto à mulher. O segundo aspecto se refere à necessidade de adotar medidas e procedimentos sabidamente benéficos para o acompanhamento do parto e do nascimento, evitando assim práticas intervencionistas desnecessárias e que, embora tradicionalmente realizadas, não beneficiam a mulher e o recém-nascido, e com frequência acarretam ainda mais riscos para ambos (Brasil, 2000).

Mais recentemente, o Presidente da República sancionou a Lei nº 11.108, de 07 de abril de 2005, que confere às mulheres atendidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) o direito de serem acompanhadas durante todo o pré-parto, parto e

pós-parto, por uma pessoa de livre escolha da parturiente. Este fato, noticiado pela imprensa (Zero Hora, 2005), parece vir ao encontro dos objetivos do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento, implantado em 2000, e revela a preocupação da sociedade atual com as práticas ligadas ao parto e nascimento.

Entretanto, o acompanhamento ao parto não é um assunto novo: na verdade, o que se observa hoje parece ser um movimento de resgate de antigos hábitos e valores, abandonados ao longo dos tempos. Nos últimos cinquenta anos, pesquisadores vêm se dedicando ao estudo dos efeitos de devolver à experiência do parto um importante elemento: a presença de uma mulher como ajudante da parturiente (Klaus, Kennell & Klaus, 1993).

As primeiras pesquisas com o objetivo de estudar os efeitos de um acompanhante sobre o processo de parto datam de 1976, quando Klaus e Kennell (1993) propuseram um estudo-piloto, em um Hospital-Maternidade da Guatemala, o qual previa que uma mulher não treinada permanecesse junto às mães durante o trabalho de parto e o nascimento do bebê. Cabe ressaltar que a política hospitalar desse local não permitia que qualquer membro da família ou amigo se fizesse presente nas salas de parto, alegando o grande número de atendimentos e a limitação do espaço.

As mulheres acompanhadas nesse estudo-piloto apontaram para uma diminuição significativa na duração do trabalho de parto, mesmo entre as primíparas, além de apresentarem partos fáceis e ausência de complicações pós-parto. Também foi observado gotejamento espontâneo de leite em algumas mulheres, logo após o parto. A acompanhante era uma pessoa não treinada para essa função, mas era carinhosa e freqüentemente tocava as pessoas (Klaus & Klaus, 1993).

O estudo que se seguiu, dessa vez nos Estados Unidos, previa que as parturientes fossem acompanhadas por uma mulher previamente treinada, chamada de acompanhante qualificada, ou *doula*. Seu objetivo era investigar os efeitos da presença contínua de uma acompanhante qualificada junto à parturiente, no decorrer de todo o trabalho de parto, nas complicações perinatais e na interação mãe-filho, em ambiente hospitalar. Os resultados do estudo revelaram uma incidência significativamente menor de problemas de trabalho de parto e nascimento para o grupo com acompanhante (Klaus & Klaus, 1993; Klaus & Kennell, 1993; Klaus et al., 1993).

O termo *doula* foi escolhido para designar o acompanhante qualificado do parto, por ser uma palavra de origem grega que se refere a uma mulher experiente que cuida de outra mulher. Hoje, o termo adquiriu outro significado, e é utilizado para referir-se a uma mulher com experiência sobre parto, e que provê suporte físico, emocional e informacional contínuo para a mulher, tanto antes como durante e logo após o parto (Campero et al., 1998; Klaus & Kennell, 1993; Klaus & Klaus, 1993; Klaus et al., 1993; Langer, Campero, Garcia & Reynoso, 1998).

Segundo Klaus e Klaus (1993), o treinamento de uma *doula* deve incluir os conceitos de amparar, conter e tocar. Ela deve aprender a dirigir-se às mães durante o trabalho de parto e sentir-se confortável nesse papel. A futura *doula* deve entender todos os aspectos ligados ao parto, sem se impressionar. Deixar a parturiente à vontade e confiante, comunicando-lhe o que está acontecendo, permitindo que seu corpo passe pela experiência do parto, é papel da *doula* treinada. A questão central é atender as necessidades da mãe, trazendo-lhe conforto emocional, apoio, encorajamento e segurança. A igualdade e a sensibilidade em relação à experiência física, e o sentimento de estar à vontade diante de uma outra mulher é a razão pela qual os autores sugerem que a *doula* seja uma mulher.

Nos Estados Unidos, o conceito de *doula* encontra-se amplamente difundido, e sua função já é parte integrante da assistência ao parto. Os estudos de Klaus e Kennell (1993) parecem ter desempenhado um papel central para a realidade atual. Aqui no Brasil, a promulgação da lei que prevê o acompanhante no parto está gerando uma série de discussões sobre o assunto, e de certa forma está lançando luz sobre o parto, um momento importante para a mulher que se torna mãe, e que ainda é pouco conhecido do ponto de vista emocional.

1.3 Algumas contribuições psicanalíticas para o entendimento do parto

Apesar de autores psicanalíticos reconhecerem no parto a oportunidade de reviver antigos conflitos, bem como seu poder de inserir a mulher em um novo patamar do seu desenvolvimento, o impacto do momento do parto no psiquismo da mulher e a forma como ele é elaborado psicologicamente não recebeu a devida atenção, nem mesmo da psicanálise. Segundo Deutsch (1977), muitos pesquisadores e clínicos se interessaram pela experiência traumática do parto para o recém-nascido, e sobre seu primeiro estado de angústia ao separar-se da mãe

(Freud, 1926 [1925]/1987; Rank, 1923/1961). Entretanto, pouco se sabe sobre esses processos simultâneos na mãe.

Otto Rank (1923/1961), no seu livro “O trauma do nascimento”, propôs que o parto era, para o bebê, a fonte e o protótipo da sensação de ansiedade. Em 1923, Freud também se referia ao nascimento como o primeiro grande estado de ansiedade, e a ordem cronológica de tais afirmações não é inteiramente clara. Entretanto, essas idéias fizeram com que Rank (1923/1961) afirmasse que todos os ataques ulteriores de ansiedade eram, na verdade, tentativas de “ab-reagir” ao trauma do nascimento. Além disso, ele explicou todas as neuroses nesses mesmos moldes, desprezando o Complexo de Édipo e propondo uma técnica terapêutica remodelada, baseada na superação do trauma do nascimento.

Ao que parece, foi a obra de Rank (1923/1961) que fez com que Freud reconsiderasse suas idéias sobre a relação entre a experiência do nascimento e a ansiedade. Em *Inibições, sintomas e ansiedade* (1926/1987), Freud afirmou que a ansiedade é uma reação à perda do objeto e, no nascimento, tal ansiedade estaria associada ao temor da separação da mãe. Entretanto, segundo Freud (1926/1987), ainda não haveria para a criança, nessa época, objetos.

Em 1949, Winnicott retoma essa discussão, reforçando a idéia de que não é possível para o bebê, no nascimento, experimentar subjetivamente uma separação da mãe, visto que o feto não tem consciência da existência de um objeto (Winnicott, 1949/2000). Entretanto, é inegável que o bebê, ao nascer, dá um passo importante do narcisismo absoluto para a percepção de um mundo externo e para a gradativa descoberta dos objetos até então ignorados (Freud, 1926/1987).

Assim, Winnicott (1949/2000) propõe três categorias de experiência do nascimento. Na primeira, chamada de experiência normal, o nascimento é experimentado de uma forma não-traumática, em virtude de sua não-significância. O bebê o vive como mais um dos elementos incluídos numa série de acontecimentos favoráveis, e que o levam ao desenvolvimento da autoconfiança, do senso de continuidade, de estabilidade e de segurança. Já no segundo tipo, chamado de experiência traumática comum, existe a necessidade de o bebê reagir a um estímulo, mas ao mesmo tempo é vivido como uma experiência que mistura-se, ao longo do desenvolvimento, com outros acontecimentos ambientais traumáticos, vindo a confundir-se com estes. E o terceiro tipo, a experiência traumática extrema, poderia ser considerado o verdadeiro trauma do nascimento.

A experiência do nascimento, segundo Winnicott (1949/2000), nada tem a ver com a percepção do recém-nascido de que esteja sendo separado do corpo da mãe. Apesar disso, nessa época, já existe um início de desenvolvimento emocional, o que habilita o bebê a reagir a uma certa dose de estímulos ambientais. Entretanto, tal capacidade ainda é muito rudimentar, e qualquer perturbação que a ultrapasse é contraproducente ao desenvolvimento saudável, uma vez que exige que o bebê reaja. E nesse estágio inicial, o ego ainda não está suficientemente desenvolvido para que haja uma reação sem perda do senso de continuidade do vir a ser, e sem perda de identidade.

Dessa forma, o trauma do nascimento é, na maioria dos casos, apenas ligeiramente importante, e faz com que os indivíduos busquem um novo nascimento, no qual sua linha de continuidade não seja demasiadamente perturbada. Entretanto, em alguns casos, a experiência inicial é tão intensa e produz efeitos tão adversos que impede que o indivíduo faça verdadeiros progressos em seu desenvolvimento (Winnicott, 1949/2000).

No adulto, especialmente na mulher que experimenta uma posição regressiva por ocasião da gestação e da proximidade do parto, e tendo já consolidada a noção de eu e não-eu, e, conseqüentemente, de objeto, como é experimentada essa separação? Segundo Quinodoz (1993), a angústia de separação normal corresponde ao sentimento doloroso de temor sentido por um indivíduo quando a relação afetiva estabelecida com uma pessoa importante de seu ambiente é ameaçada de interrupção ou é interrompida, tanto por perda real ou por perda de amor. A angústia de separação é um fenômeno universal que expressa uma emoção dolorosa, nem sempre consciente, e que denuncia o caráter efêmero da existência dos outros e de si. Ao mesmo tempo, é uma emoção estruturante, pois faz com que o ser humano tome consciência da sua existência, e da existência do outro como um ser separado e diferente.

A capacidade de conter a angústia de separação varia muito de indivíduo para indivíduo, e está intimamente relacionada aos conteúdos inconscientes e aos recursos do ego (Quinodoz, 1993). Além disso, ao longo do desenvolvimento, existem alguns “perigos” descritos por Freud (1926/1987) e capazes de desencadear uma situação traumática provocada por perda ou separação e, conseqüentemente a um acúmulo de desejos insatisfeitos. A situação do nascimento seria um desses perigos? Talvez fosse mais prudente afirmar que a situação do parto tem o potencial de transformar-se em uma situação traumática

para a mulher que dá à luz, na medida em que a obriga a lidar, entre tantas outras coisas, com sentimentos de perda e separação do próprio filho. Já o bebê que está nascendo experimentaria uma situação de desamparo oriunda da incapacidade de dominar psiquicamente a crescente tensão que se instala por conta da excessiva quantidade de estímulos. Assim, a angústia ligada ao nascimento seria, sobretudo, uma angústia ligada ao medo do aniquilamento, e não do medo da separação propriamente dito.

Nesse início da vida, o bebê encontra-se num estado de total dependência em relação ao ambiente que o cerca. Ele precisa de uma ponte que o ligue ao mundo e a si mesmo, para que possa passar desse estado de total dependência para um estado de dependência parcial ou relativa, até que alcance a independência, isto é, até que se torne viável como uma unidade independente. Para tanto, os relacionamentos iniciais são fundamentais (Winnicott, 1968/1999).

É a capacidade da mãe de ir ao encontro das necessidades do bebê que possibilita ao recém-nascido estabelecer uma trajetória de vida relativamente contínua, levando-o a confiar nos processos internos que o levam à integração em uma unidade ou, em outras palavras, que o levariam de um estado de não-integração a um estado de integração das partes da personalidade (Bick, 2002). No final da gravidez, a mulher entra em um estado chamado por Winnicott (1956/2000) de preocupação materna primária, que a habilitaria a responder de forma sensível e empática às necessidades do bebê. Esse estado possibilitaria às mães quase se perderem em uma identificação com o bebê, de forma a poderem saber do que ele necessita naquele momento. A vulnerabilidade da mulher que se encontra nesse estado é quase tão intensa quanto a vulnerabilidade do próprio bebê. Assim, o estado regressivo em que a mãe se encontra, proporcionado pela preocupação materna primária, permite que ela instaure as bases para a saúde mental do seu filho (Winnicott, 1968/1999, 1952/2000).

Nesse sentido, o papel do cuidado materno vai muito além da satisfação das necessidades fisiológicas do bebê. Ele inclui ser capaz de exercer a função de *holding*, um conceito winnicottiano utilizado para definir uma espécie de provisão ambiental total, que inclui o segurar físico e a elaboração de experiências inerentes à existência do bebê, aparentemente puramente fisiológicas, mas que fazem parte da psicologia da criança e ocorrem em um campo psicológico complexo, determinado pela empatia e pela percepção da mãe (Winnicott, 1960/1990).

Uma mãe capaz de oferecer esse tipo de ambiente para seu filho, isto é, que o protege das agressões fisiológicas, que leva em conta a sensibilidade sensorial do bebê, que respeita seu estado de total dependência e sua incapacidade de reconhecer qualquer coisa que não seja ele próprio, que estabelece uma comunicação empática e que não se restringe à execução de cuidados mecânicos de rotina, pode começar a garantir à criança um ambiente suficientemente bom, que lhe dá espaço para desenvolver-se a partir de suas próprias experiências. A mãe suficientemente boa, segundo Winnicott (1960/1990), é capaz de identificar-se com seu bebê e, assim, saber como o bebê se sente, oferecendo-lhe exatamente o que ele necessita.

Essa capacidade de identificação da mãe é fundamental para o bebê no início da vida, e permite que ele comece a construir sua existência pessoal e seu senso de continuidade do ser. Ao contrário, se o cuidado materno não cumpre essa função, a personalidade do bebê começa a se construir baseada nas reações ao ambiente, que é tomado como intrusivo e hostil. Bion (1962/1991) deu a essa capacidade materna o nome de *reverie*, entendida como uma condição semelhante ao sonho, pela qual a mãe passa, e que a habilita a captar o que está se passando com seu bebê, não tanto através dos sentidos, mas principalmente pela sua intuição. Em suma, a função de *reverie* é a capacidade materna de acolher as identificações projetivas da criança.

Da mesma forma, Bick (2002) afirma que a função materna, assim como descrita anteriormente, seria a responsável pela formação de um equivalente psíquico da pele, capaz de manter as partes do *self* unidas, e evitando a experiência de desintegração. Essa “pele psíquica” seria produto do desenvolvimento normal do processo de identificação com a função continente da mãe, capaz de conter e unir as partes do próprio eu. O fracasso nos cuidados maternos implica, portanto, estabelecer uma falha precoce na integração básica do eu (ou *self*), a qual se manifesta em níveis somáticos e na conseqüente fragilidade da experiência da realidade psíquica. Ele poderia dar origem à dependência excessiva em relação a um objeto, na tentativa de manter o *self* unido e possibilitar a vivência do senso de identidade.

Didier Anzieu apresenta uma idéia semelhante à de Bick (2002), quando aborda o conceito de “envelope psíquico”, originalmente proposto em 1974 (Anzieu, 2000). Para o autor, a pele é o envelope do corpo, assim como a consciência tende a “envelpear” o aparelho psíquico. Através da analogia entre as

estruturas e as funções da pele, ele pretende explicar psicanaliticamente as noções de fronteira, de limite e de continente. O “eu-pele”, termo utilizado pelo autor para designar a resposta para a necessidade de um envelope narcísico que assegure ao aparelho psíquico a certeza e a constância de um bem-estar de base, herda a dupla possibilidade de estabelecer barreiras (entendidas nesse caso como mecanismos de defesa) e de filtrar trocas (com o id, o superego e o mundo exterior). As funções do eu-pele são de manutenção do psiquismo, de continência, no sentido proposto por Bion (1973) para a idéia de continente, de pára-excitação, de individuação, de intersensorialidade, de sustentação da excitação sexual, de recarga libidinal do funcionamento psíquico, de inscrição dos traços sensoriais táteis e também de autodestruição, quando altera as suas funções pela inversão de seus propósitos. Anzieu (2000) compartilha das idéias de autores já citados quando afirma que, no início da vida, é a mãe que oferece ao seu pequeno filho envelopes capazes de proteger o psiquismo incipiente do bebê contra a invasão de excessos, tanto do mundo interno quanto do externo, através da transformação e da restituição ao bebê de suas sensações, imagens e afetos, os quais se tornam, então, representáveis.

Mas é atribuída a Bion (1973, 1962/1991) a idéia de continência como um conceito que desempenha papel central para a compreensão das primeiras relações. Segundo o autor, o termo “continente” designa uma condição através da qual a mãe, além de acolher e permitir que as cargas projetivas do filho penetrem dentro dela, consegue decodificar, elaborar e devolvê-las em doses apropriadas ao bebê, devidamente nomeadas e significadas.

Se as coisas vão bem e o bebê tem a experiência de ser cuidado por uma mãe suficientemente boa, ele não aciona de forma especial sua percepção sobre o que está sendo provido adequadamente e tampouco sobre o que está sendo prevenido. Entretanto, quando ocorrem falhas no cuidado materno, o bebê se torna perceptivo, não da falha em si, mas da necessidade de reagir a alguma irritação. Cada falha do cuidado é sentida como interrupção, o que resulta no enfraquecimento do *self* e constitui, segundo Winnicott (1960/1990) ameaça de aniquilamento. Bion (1973) também chamou essa sensação de aniquilamento de “terror sem nome”, na tentativa de designar a angústia de aniquilamento experimentada em uma época da vida em que ainda não havia condições suficientes do ego para construir representações através da palavra. A criança experimentaria esse terror sem nome em situações nas quais a mãe falha na sua

função de continente, por ausência física, por ausência afetiva ou por inadequação na devolução dada às projeções do bebê.

Entretanto, o que ou quem seria capaz de, de forma análoga, desempenhar as funções de cuidado de uma parturiente, entendida como uma mulher que encontra-se vulnerável, fragilizada e regredida psicologicamente? Pensando nos conceitos de *holding* (Winnicott, 1991), de *reverie* e de continente (Bion, 1962/1991, 1973) anteriormente abordados, é possível refletir sobre as características necessárias aos cuidadores dessa clientela. Segundo Curry, citado por Klaus e Kennell (1993), o tipo de atendimento recebido pela parturiente é crucial para sua avaliação subsequente da experiência do parto, para seu comportamento maternal posterior e para seu autoconceito. Mais do que isso, a mulher precisa se sentir cuidada para poder cuidar.

Entretanto, segundo Peterson (1996), mesmo possuindo companhias de apoio, a tendência é de que as mulheres se sintam muito sozinhas com a responsabilidade da maternidade. As mulheres também são facilmente culpabilizadas, responsabilizadas por qualquer erro, desvio ou transtorno no curso do seu ciclo gravídico-puerperal, e ao mesmo tempo não são valorizadas quando tudo dá certo. Na realidade, muitos aspectos do desenvolvimento da mulher ainda permanecem pouco explorados e pouco valorizados pela nossa sociedade. O parto não é exceção. É como se o parto não fosse um momento importante nesse desenvolvimento.

1.4 O parto e suas especificidades

O parto, assim como a gravidez e o puerpério, não pode ser visto como um evento isolado no desenvolvimento de uma mulher, pois ele faz parte de um processo maior de tornar-se mãe, que inclui sua história pessoal, suas experiências passadas, sua estrutura de personalidade, a história do encontro com o pai do bebê, a decisão (mais ou menos consciente) de ter um filho, a gravidez, o encontro com o bebê, o pós-parto imediato e sua futura história como mãe, num contexto particular.

O nascimento de um filho, especialmente do primeiro, representa um marco na vida de todos os envolvidos. Particularmente para a mãe, o parto repercute profundamente nos planos físico, mental, emocional e social. Nenhum outro evento na vida de um ser humano é tão complexo quanto o parto, pois ele envolve dor, sobrecarga emocional, vulnerabilidade, possíveis danos físicos e até

a morte, além de representar uma mudança definitiva de papéis, incluindo a responsabilidade de cuidar e de promover o desenvolvimento de outro ser humano, totalmente dependente (Simkin, 1992).

O parto, assim como a gravidez, introduz mudanças na vida da mulher e de sua família, porém de maneira muito mais repentina. O momento do parto pode ser considerado como a passagem de um estado a outro, e sua principal característica é a irreversibilidade: a gravidez tem seu fim anunciado, o bebê chegará e isso não tem volta. Do ponto de vista emocional, o parto representa um processo de separação: dois seres, até então unidos, precisam se separar. A mulher pode vivenciar essa separação como a perda de uma parte de si mesma, e sentimentos ambivalentes de querer ter o bebê e, ao mesmo tempo, prolongar a gravidez, podem aumentar a ansiedade materna (Cordeiro & Sabatino, 1997; Soifer, 1992).

Todo o ciclo gravídico-puerperal, que inclui a gravidez, o parto e o puerpério, pode ser considerado como um evento crítico na vida da mulher, pois envolve inúmeras adaptações a um novo papel e exigem mudanças psicológicas muito rápidas, se comparadas a outras tarefas do desenvolvimento adulto. Esses três momentos são acompanhados por mudanças metabólicas complexas e por equilíbrio temporariamente instável devido às mudanças nos papéis sociais, necessidade de novas adaptações, reajustamentos interpessoais, intrapsíquicos, e mudança de identidade. Apesar de o ciclo gravídico-puerperal ser entendido como um momento de normalidade funcional e psíquica, ele possui características próprias que situam a gestante/parturiente/puérpera dentro de um período de crise, entendido como dotado de potencial para a mudança e para a transformação. Sendo assim, gestar, parir e cuidar de um bebê recém-nascido são experiências repletas de potencial para o crescimento e a mudança, para o enriquecimento e o desafio. As alterações na imagem corporal, as mudanças hormonais, a perturbação do contexto da vida cotidiana, as expectativas culturais e familiares são, inevitavelmente, espelhadas na vida psíquica da mulher que experimenta esse ciclo (Bibring, Dwyer, Huntington & Valenstein, 1961; Bibring & Valenstein, 1976; Leifer, 1977; Lisboa, Loureiro & Lucas, 1995; Maldonado, 1994; Maldonado et al., 1996; Quayle, 1997; Tedesco, 1997).

Estudos sobre o período gestacional sugerem que a combinação dos eventos da vida, a falta de apoio social e o nível de ansiedade contribuem para provocar uma gravidez e um parto com complicações, tanto para a mulher como

para o bebê (Areskog, Uddenberg & Kjessler, 1984; Barnett, Hanna & Parker, 1983; Lipp, 1996). As mulheres que apresentam mais sintomas de tensão muscular durante a gestação do que a média, e aquelas que demonstram, no início do trabalho de parto, mais sinais psicológicos e comportamentais associados à ansiedade, são mais propensas a apresentar distúrbios fisiológicos relacionados com disfunção uterina (Petrie & Williams, 1996).

Sjögren (1998), após encontrar elevados índices de ansiedade em vinte por cento da sua amostra de mulheres grávidas, sugere que mães que sofrem mais de ansiedade devem receber mais apoio, pois alguns motivos encontrados para tal sentimento incluem apreensão por não vir a receber os cuidados adequados durante o parto, ou não ter ajuda, ser incapaz de dar à luz, ter medo da dor ou, ainda, medo pela sua própria morte, ou a do bebê.

A ansiedade durante a gestação está associada com uma posterior vivência negativa da experiência do parto. Ela é capaz de influenciar o curso da gravidez, do trabalho de parto, do parto propriamente dito e da adaptação entre mãe e bebê no período pós-parto. O medo do parto pode ser considerado a expressão de vários sentimentos de ansiedade alimentados durante a gestação, e está associado ao aumento do risco de a gestante ter uma experiência negativa do parto. Por outro lado, expectativas positivas sobre o parto parecem ser responsáveis por contribuir para uma vivência positiva da experiência (Areskog et al., 1984; Waldenström, 1999).

Quando fala-se da gravidez como período crítico, é importante ressaltar que a crise ou transição não termina com o parto. Na verdade, segundo Maldonado (1994), o puerpério deve ser considerado como a continuação da situação de transformação, pois é após o parto que ocorre grande parte das mudanças fisiológicas, a consolidação da relação pais-filho e as grandes modificações da rotina e do relacionamento familiares. Por isso, Peterson (1996) afirma que os cuidados pré-natais deveriam incluir apoio emocional adequado, devido às inúmeras mudanças físicas que ocorrem na gravidez, ao parto e aos aspectos emocionais envolvidos no processo de tornar-se mãe.

Peterson (1996) compara o parto com uma viagem: há escolhas sobre como percorrer o caminho. Essas escolhas são influenciadas pela bagagem emocional herdada das gerações passadas, e também pelo legado de injustiça imposto às mulheres em nosso sistema social. Lebovici (1987) compartilha dessa idéia quando refere que a experiência do parto pode ser vivida de diferentes

formas, igualmente intensas. O autor acrescenta que algumas mulheres descrevem seus partos como um momento de quebra da continuidade de sua existência, de seu sentimento de continuidade da própria identidade.

Fisher, Astbury e Smith (1997) sugerem que o parto é, por si só, um evento de significância psicológica incontestável, e não apenas o meio pelo qual homens e mulheres se tornam pais. A potencialidade para acarretar benefícios ou danos psicológicos está presente em cada parto e, portanto, há mais envolvido no processo do que a saúde e integridade física da mãe e do bebê. As memórias sobre o parto permanecem vivas a nível cognitivo e psicológico, e continuam influenciando as percepções da mulher sobre a experiência por muito tempo. Sendo assim, o parto, especialmente do primeiro filho, exerce um impacto, positivo ou negativo, que repercute durante sua vida inteira (Simkin, 1991, 1992).

O parto pode ser o momento em que a mulher se transforma fisicamente em mãe, mas não coincide com seu nascimento psicológico (Stern, Bruschiweiler-Stern & Freeland, 1999). Esse nascimento psicológico é muito mais longo e tem muito mais fases do que simplesmente o trabalho de dar à luz. Entretanto, o nascimento de um bebê, especialmente do primeiro, é um acontecimento crucial para a construção de sua própria vida. É a natureza extrema do parto que transforma o nascimento do bebê em uma transição psicológica, um acontecimento de provação e um ritual de transição que marca uma profunda mudança na vida da mulher (Stern et al., 1999).

Segundo Stern et al. (1999), o parto é uma das etapas finais do processo de tornar-se mãe, que culminará mais tarde, no puerpério, e para todas as mulheres existem momentos universais e definitivos durante o nascimento do bebê que ajudam-nas a entrar na maternidade. O primeiro choro, o colocar o bebê sobre o ventre, o olhar e a amamentação são eventos que se desenrolam imediatamente e a partir do parto, e são fundamentais para que a nova mãe ative em si mesma o senso da maternidade.

O parto inaugura definitiva e concretamente a maternidade, e é a partir dele que se inicia o puerpério. De acordo com a definição médica, o final da fase ativa do parto é marcado pela expulsão dos anexos mas, do ponto de vista emocional, o parto pode ser dividido de outra forma. Soulé (1987) sugere que o nascimento compreende vários tempos, mas destaca três como essenciais: o parto do feto, a confrontação com o filho recém-nascido e a saída dos anexos. O encontro com o filho recém-nascido demanda da mulher novos ajustes e

adaptações, pois o parto inaugura uma nova forma de relação entre mãe e filho, a qual se deu até este momento através das sensações táteis e cinestésicas.

O encontro com o bebê real é uma das tarefas mais importantes que a nova mãe terá que dar conta, a fim de finalizar sua preparação psicológica para a maternidade. Toda a fase preparatória que terminou com o nascimento físico do bebê altera significativamente a percepção que a mulher tem de si mesma, e a defronta com seu passado recente e irreversivelmente perdido, e um futuro incerto (Stern et al., 1999).

Durante as quarenta semanas de gravidez, o crescimento do feto ocorreu paralelamente ao desenvolvimento da imagem que a mãe faz do bebê, a qual baseou-se em necessidades e desejos narcisistas e nas contribuições do próprio feto, como movimentos, atividades e padrões de reação. Segundo Brazelton e Cramer (1992), quando é chegado o momento do parto, espera-se que a mulher já tenha tido tempo suficiente para preparar-se para o choque da separação anatômica, para a adaptação a um bebê em particular e para um novo relacionamento, que incluirá a combinação das suas expectativas e fantasias com os comportamentos de um ser real.

Ainda segundo Brazelton e Cramer (1992), o nascimento de um filho acarreta uma revolução psicológica na mulher, pois ela é chamada a desempenhar tarefas importantes. Entre elas, pode-se citar a aceitação do fim abrupto da gravidez e, com ela, dos sentimentos de fusão, completude e onipotência; a adaptação a um novo ser que provoca sentimentos de estranheza; o luto pela perda da criança imaginária e perfeita e a adaptação às características específicas do filho real; suportar o medo de lidar com o bebê e feri-lo, além de aprender a tolerar as exigências provocadas pela total dependência da criança, vindo inclusive a apreciá-las. A essas tarefas parece que se pode somar ainda outra: a necessidade de ajuste da imagem de si mesma como a mãe que pode vir a ser para seu filho (Donelli, 2003).

De alguma forma, uma mãe precisa nascer psicologicamente, assim como seu bebê. Para ela, além de ter dado à luz um filho, também está dando à luz uma nova identidade para si mesma. Tal identidade não nasce no momento que o bebê chora pela primeira vez e, tampouco, se produz em um momento dramático e concreto como o parto. O nascimento da mãe surge gradualmente, através do trabalho cumulativo dos meses que precedem e que se seguem ao nascimento físico do bebê (Stern et al., 1999).

Winnicott (1957/1999) constatou, em sua experiência clínica, que a mãe que acabou de dar à luz encontra-se num estado de muita sensibilidade e, apesar do cansaço físico e emocional, é a pessoa mais indicada e capacitada para apresentar o mundo a seu bebê. Tal capacidade, expressa na forma de preocupação materna primária, não necessita de treinamento e, tampouco, requer habilidades especiais. Entretanto, a mãe precisa ser cuidada para poder cuidar do bebê.

Estudos apontados por Klaus e Kennell (1993) investigaram a existência, ou não, de um período sensível logo após o parto, e que seria capaz de influenciar os comportamentos subseqüentes dos pais com seus bebês. Tais autores, a partir de pesquisas e de observações clínicas, chamaram de “período sensível materno” o período durante o qual o apego dos pais ao bebê floresce. Devido a essas pesquisas, ocorreu um grande impulso ao alojamento conjunto, onde mães e bebês recém-nascidos permanecem no mesmo quarto durante a internação hospitalar.

Os estudos de Klaus e Kennell (1993) não comprovaram a existência de um período sensível logo após o parto. Entretanto, sabe-se que os bebês vêm ao mundo prontos para interagir com seus pais e esses, por sua vez, também estão aptos a iniciar uma relação afetiva com seus filhos. Segundo Klaus, Kennell e Klaus (2000), os relatos de pais e mães indicaram que os sentimentos amorosos por seus bebês iniciaram depois de terem permanecido juntos, de forma tranqüila e reservada.

Quando a mãe e o bebê ficam juntos depois do nascimento, tem início uma série de eventos sensoriais, hormonais, fisiológicos, imunológicos e comportamentais, muitos dos quais provavelmente contribuem para a ligação da mãe ao bebê, gradualmente unindo-os e garantindo o posterior desenvolvimento do seu relacionamento. Entretanto, quando a mãe recebe cuidados de rotina que incluem a separação total do bebê após vê-lo rapidamente em seguida ao parto, pode se sentir vazia, só, privada e preocupada com o filho. O ambiente mais propício para o estabelecimento de uma ligação afetiva entre pais e bebê inclui a oportunidade de a nova família estar junta, de forma privada, logo após o nascimento e durante toda internação hospitalar, além do apoio em relação aos cuidados com o recém-nascido (Klaus et al., 2000).

A conduta de um pai ou de uma mãe em relação ao seu bebê é resultado de uma complexa combinação das respostas do bebê aos pais, da própria bagagem genética dos pais, da história de relacionamentos interpessoais dentro e fora da

família, das experiências vividas nessa gravidez ou com outras anteriores, e da cultura e educação recebida por cada um dos pais. A experiência do trabalho de parto, a separação entre mãe e bebê nos primeiros dias de vida, o temperamento do bebê e sua saúde, e as atitudes, práticas e afirmações da equipe de saúde no hospital, também afetarão a conduta dos pais no puerpério. Segundo Klaus et al. (2000), o impacto de todas essas experiências no início da vida do bebê sobre a conduta dos pais pode ser afetado positiva ou negativamente durante a experiência do parto, chamada pelos autores de “crise do parto”, e os primeiros poucos dias depois dele.

Nesse sentido, Matte et al. (2000) propuseram o acompanhamento ao parto, mais especificamente a presença de um psicólogo na sala de parto, independente do fato de haver uma situação de risco para a gestante ou o bebê. A postura preconizada pelo grupo para esse trabalho baseia-se nas idéias de Bick (1964), nas quais o profissional buscaria uma atitude receptiva, discreta, atenta e não crítica, exercendo uma função continente. Os autores defendem que é necessário ao profissional que acompanha o parto a adoção da idéia de não-intrusão, sendo efetivamente participativo mas não necessariamente se expressando e interagindo de forma verbal.

O trabalho proposto por Matte et al. (2000) visa à prevenção em saúde mental, privilegiando a organização psíquica peculiar da mãe no período da gestação, parto e pós-parto. Acredita-se que, ao colocar-se em uma condição receptiva, o psicólogo tem a possibilidade de apreender o clima emocional da situação a partir de sua própria experiência emocional, podendo se tornar a peça que faltava para auxiliar a humanizar ainda mais esta experiência, e facilitando o encontro entre mãe e bebê.

1.4.1 Aspectos fisiológicos do parto

O processo de parto se desenvolve segundo mecanismos específicos e determinados biologicamente, mas a enorme gama de variações individuais aponta para a influência de fatores psicológicos. A gestante traz para o parto inúmeras particularidades sociais, psicológicas e fisiológicas e, uma vez que a fisiologia do parto está sob o domínio do Sistema Nervoso Autônomo Parassimpático, o papel dos fatores emocionais é bastante relevante (Maldonado, 1994).

Segundo Cunningham, MacDonald, Gant e Gilstrap (1993), é através das modificações da função uterina que o trabalho de parto pode ser reconhecido, pois os mecanismos que desencadeiam o parto, bem como o exato momento do início do processo de nascimento de um bebê, ainda são desconhecidos. Na espécie humana, o trabalho de parto é geralmente descrito como o espaço de tempo entre o momento em que se desencadeiam as contrações uterinas rítmicas e regulares que dão início à descida do feto através do trato genital até o de sua expulsão do corpo da mãe, quando assume sua vida independente de recém-nascido (Petrie & Williams, 1996).

O período do trabalho de parto pode ser dividido em quatro fases. A primeira corresponde ao espaço de tempo que vai do início das contrações até a dilatação completa da cérvix uterina. Nesse estágio, é importante que a mulher receba todo apoio e estímulo disponíveis. Com informações adequadas sobre o que lhe está acontecendo e com apoio, ela pode lidar melhor com a progressão do trabalho. Nessa fase, pode se tornar necessário o uso de analgésicos. A segunda fase vai da dilatação completa da cérvix ao nascimento do feto. Geralmente, essa é a fase mais difícil: depois de várias horas de trabalho de parto, é preciso que a paciente exausta gaste ainda mais energia. Ela precisa de encorajamento para juntar suas forças e realizar o empuxe da forma mais eficiente possível. É comum as mulheres perderem o controle nessa etapa. Já a terceira fase do trabalho de parto compreende o espaço de tempo entre o nascimento do bebê e a expulsão da placenta. Em geral, mãe e bebê ainda estão ligados pelo cordão umbilical, e ela precisa de ajuda para segurá-lo e interagir com ele. E a quarta fase é definida como a primeira hora do pós-parto, isto é, após a expulsão da placenta. Nesse período, quando a mulher é encaminhada à sala de recuperação, devem ser observados os sinais vitais, o grau de contração uterina e a presença, ou não, de hemorragia vaginal (Martins-Costa, Vidal, Chaves & Ramos, 2001; Petrie & Williams, 1996; Cunningham et al., 1993).

1.4.2 Fatores que influenciam a experiência do parto

Segundo Peterson (1996), há vários e desconhecidos fatores que preparam ou assustam as mulheres na aproximação do parto: a própria experiência de como veio ao mundo, as experiências dos partos das mães e avós, a relação com os próprios pais e as expectativas sobre a maternidade e a qualidade do casamento após o parto, entre outros. A maneira como a mulher se vê no mundo após o parto

pode afetar o trabalho de parto. Quando a auto-estima da mulher é minada, todos os relacionamentos familiares são prejudicados. O parto é uma jornada em direção à maternidade e o processo do parto pode ser afetado por quaisquer dos fatores emocionais que se encontram nessa transição. O parto é uma parte de uma grande transformação que está ocorrendo na vida de uma mulher quando se torna mãe.

Segundo Salmon e Drew (1992), a experiência do parto é influenciada por vários fatores e sugerem que, entre eles, destacam-se os procedimentos obstétricos, os cursos de preparação pré-natal e a história obstétrica anterior, tais como o desfecho de uma gravidez anterior. Outros autores (Fisher et al., 1997; Mercer, Hackley & Bostrom, 1983) também apontam a influência do tipo de parto e das intervenções obstétricas sobre a experiência do parto.

A medicalização da gravidez e o entendimento do processo gravidez-parto-puerpério, a partir de um modelo patológico, também influenciam a forma como a mulher experiencia e significa esse processo (Miller, 2000). Para Simkin (1991), a assistência médica e de enfermagem recebida durante o trabalho de parto e o parto propriamente dito influenciarão de forma positiva ou negativa a lembrança da experiência. Szejer e Stewart (1997) atentam para a influência do contexto sobre a experiência do parto, composto pelas atitudes da equipe médica, personalidade do obstetra, o desenvolvimento do parto, as decisões tomadas durante o trabalho de parto e as dificuldades que eventualmente surgem.

Apesar de a experiência do parto possuir muitas dimensões, Waldenström (1999) acredita que três fatores estão mais associados que outros com a experiência do parto: controle percebido, apoio social e dor. Como controle percebido entende-se o recebimento, por parte da mulher, de informações e explicações sobre os procedimentos aos quais será submetida, além de tomar parte nas decisões relacionadas ao parto. O apoio social inclui o atendimento da equipe de saúde, o acompanhamento de uma *doula* e/ou do companheiro. Outros fatores relacionados com a experiência subjetiva do parto incluem: duração do trabalho de parto, intervenções médicas, expectativas, ansiedade, educação para o parto e ambiente do parto.

O parto é, sem dúvida, um processo doloroso, mas a intensidade da dor sentida por cada mulher depende de fatores biológicos, psíquicos e sociais. As técnicas de manejo e controle da dor, popularizadas a partir dos anos sessenta sob o nome de “parto sem dor”, surgiram com o objetivo de suprimir o sofrimento ligado ao parto e ao nascimento. É interessante observar que foi somente após a

invenção dessas técnicas de controle da dor do parto que os pais começaram a ser admitidos nas salas de parto (Szejer & Stewart, 1997; Tedesco, 1997).

O uso do tipo mais conhecido de analgesia durante o trabalho de parto e no parto propriamente dito, a peridural, parece ter desencadeado uma nova mudança na cultura ligada ao parto. Antes inscrito na linhagem materna e tomado como assunto de mulheres, o parto é, hoje, um evento que diz respeito ao casal: sai a figura materna e entra a figura do companheiro (Szejer & Stewart, 1997).

A mulher que aceita a sugestão do médico de ter um parto sem dor, isto é, sob o efeito de medicação que atenua a dor das contrações e da dilatação, pode se sentir muito bem, ou muito culpada. A cultura fundada sob os preceitos do Cristianismo impõe que a boa mãe é aquela que sofre dando à luz seus filhos pois, afinal, a mulher foi destinada a parir com dor, segundo palavras bíblicas. Mas a questão da dor também remonta à crença social de que o que é bom não inclui dor e, nesse sentido, o parto com dor é sinônimo de uma má experiência: muitas vezes, as mulheres são levadas a mentir sobre a dor nos relatos sobre o parto para evitar a desvalorização de uma experiência positiva (Peterson, 1996; Szejer & Stewart, 1997).

Segundo Salmon e Drew (1992), pouco se conhece sobre os fatores que determinam a experiência subjetiva feminina do parto. Seus estudos, entretanto, demonstram que um parto sem dor não é sinônimo de satisfação com a experiência. Já segundo Waldenström (1999), dor e ansiedade durante o trabalho de parto estão associados com uma experiência de parto negativa.

Para Lebovici (1987), as relações entre a dor e a ansiedade são recíprocas: a dor acentua a ansiedade, e a ansiedade incrementa a dor. A dor é fonte de ansiedade, pois provoca fantasias em relação ao corpo e sua integridade. Ela também reaviva as vivências de punição e de perseguição, provocando uma regressão das libidos objetual e narcísica, intensificando o investimento no próprio corpo. A dor também está ligada ao medo da morte. Entretanto, a dor do parto tem uma finalidade, pois o bebê aparece para justificá-la, recompensando a mãe pelo esforço.

Além da dor e dos procedimentos comumente utilizados para abrandá-la, outras intervenções médicas, tais como a indução do trabalho de parto, e ainda o trabalho de parto prolongado e o parto cirúrgico, são citadas como estando associadas a uma impressão negativa da experiência do parto. Entretanto, quando a mulher percebe-se envolvida no processo do parto, e encontra-se apoiada por

uma parteira ou por seu companheiro, além de sentir-se livre para expressar seus sentimentos, apresenta tendência a vivenciar a experiência como positiva. Como experiência positiva entende-se a satisfação que cada mulher refere em relação ao parto (Waldenström, 1999).

Alguns procedimentos da rotina de atendimento médico e hospitalar são considerados desagradáveis pela maioria das mulheres. A tricotomia, que consiste na raspagem dos pêlos pubianos, modifica o aspecto habitual dos órgãos genitais. Sua execução pode ser incômoda e invasiva a ponto de algumas mulheres preferirem fazer a depilação antes da internação. A lavagem intestinal, cuja finalidade é esvaziar o intestino para evitar a eliminação de fezes no período expulsivo, aumenta temporariamente a sensação de desconforto já em curso devido às contrações uterinas, pois a essas se somam as cólicas intestinais (Maldonado et al., 1996).

A episiotomia, cujo objetivo é a prevenção de rupturas perineais, é um procedimento executado de forma ampla e rotineira no momento da expulsão e, muitas vezes, carece de um critério claro de indicação. O significado e a repercussão emocional de tal procedimento para a mulher não são avaliados. Ela pode sentir-se retalhada, humilhada e invadida em sua intimidade. O fato de ser cortada na região genital pode incutir na mulher a crença de não ser capaz de levar a cabo o nascimento de seu bebê sem a ajuda de outros. Também pode acarretar, em longo prazo, problemas com a própria sexualidade. Entretanto, algumas mulheres não se sentem especialmente ultrajadas pelo procedimento. O que é bom para algumas mulheres pode não ser bom para outras, assim como o que é bom para a equipe de saúde pode não ser bom para a mulher. Apesar das tentativas medicamente institucionalizadas de generalizar o atendimento ao parto, é importante ter em mente que, por si só, o parto não é um evento generalizável, pois cada mulher em trabalho de parto é única (Raphael-Leff, 1997; Szejer & Stewart, 1997).

A indução, que consiste na estimulação do trabalho de parto através de medicação, foi considerada por Waldenström (1999) como mais responsável pela insatisfação com o parto do que o trabalho de parto longo. Entretanto, esse achado parece estar intimamente relacionado com o desejo da mulher de ter um parto o mais natural possível, com o mínimo de intervenções medicamentosas. Segundo estudo de Nuutila, Halmesmäki, Hiilesmaa e Ylikorkala (1999), a indução do

trabalho de parto consistiu numa experiência positiva, provocando raramente sentimentos negativos em relação ao procedimento e ao parto.

Quanto ao uso do fórceps, instrumento utilizado para auxiliar a saída do bebê quando ele corre risco de entrar em sofrimento, o estudo de Fisher et al. (1997) demonstrou que mulheres que necessitaram desse tipo de intervenção experimentaram menor disposição e ânimo após o parto, e menor incremento na auto-estima, quando comparadas com mulheres que tiveram partos espontâneos. Entretanto, Salmon e Drew (1992) não encontraram diferenças entre as mulheres que experimentaram o uso do fórceps e aquelas que tiveram parto “normal” (por via vaginal). Para Szejer e Stewart (1997), algumas mulheres podem ter a impressão de que fracassaram na tarefa de dar à luz, pois precisaram ser auxiliadas pelo instrumento, enquanto outras consideram natural o fato de receber o apoio médico caso estejam em dificuldade.

Vários estudos dedicaram-se a comparar a vivência de mulheres que experimentaram parto por via vaginal e por cesariana, isto é, através de um procedimento cirúrgico (DiMatteo et al., 1996; Durik, Hyde & Clark, 2000; Fisher et al., 1997; Lipson & Tilden, 1980; Mercer et al., 1983; Salmon & Drew, 1992; Tulman, 1986).

O parto por via vaginal, mais conhecido como “normal”, implica que a gestante passe por todas as fases do trabalho de parto, desde a dilatação do colo uterino até o nascimento do feto/bebê e a expulsão dos anexos. Tal processo inclui dor e incerteza quanto à duração e ao desfecho do processo, além de avivar fantasias relacionadas com a integridade física, pois a mulher pode temer pela dilaceração dos seus órgãos genitais e internos, ficando impossibilitada de voltar à condição anterior à gravidez. Estudos demonstram que o parto por via vaginal aumenta a auto-estima da mulher, pois confirma sua capacidade de dar à luz, suportando as dores e o sentimento de medo e de falta de controle sobre o processo. O parto “normal”, que requer poucas intervenções obstétricas, está geralmente associado com a vivência positiva da experiência (Fisher et al., 1997; Mercer et al., 1983; Salmon & Drew, 1992).

A cesariana é um procedimento obstétrico amplamente utilizado, muitas vezes sem indicação médica, realizada devido a diagnóstico equivocado ou para efetuar outros procedimentos cirúrgicos concomitantes, como a ligadura tubária. Alguns estudos apontam para as diferenças entre partos vaginais e cesarianas e, entre elas, pode-se citar a menor satisfação com a experiência do parto, menor

satisfação com a amamentação, sentimentos de perda e pesar, sintomas de ansiedade e depressão no período pós-parto, menos reações positivas ao bebê após o parto e menos interação com o bebê em casa, entre as mulheres que sofreram cesarianas, planejadas ou não-planejadas (Cordeiro & Sabatino, 1997; DiMatteo et al., 1996; Fisher et al., 1997).

Fisher et al. (1997) afirmam que efeitos psicológicos adversos estão intimamente associados com o tipo de parto. Mulheres que experimentaram parto vaginal espontâneo (sem intervenções medicamentosas) demonstraram maior satisfação com o parto, marcante melhora do humor e elevação da auto-estima no período compreendido entre o final da gravidez e os primeiros tempos do puerpério. Em contrapartida, mulheres que realizaram cesariana experimentaram deterioração do humor e diminuição da auto-estima. Os autores sugerem que a cesariana e o parto por via vaginal auxiliado por instrumentos como o fórceps não são psicologicamente benignos, exercendo efeitos negativos em primíparas.

Nos últimos anos, tem sido observada uma elevação na taxas de parto por cesariana no Brasil. Entre as causas mais frequentes de indicação do parto por cesariana encontram-se o sofrimento fetal intra-uterino, desproporção céfalo-pélvica, apresentação pélvica (feto “sentado”), hipertensão arterial materna induzida pela gravidez, gravidez gemelar ou tripla, além da existência de partos anteriores também por essa via. Entretanto, a incidência de cesarianas é maior nos grupos de menor risco e de menor incidência de doenças, o que aponta para a existência de fatores extra-técnicos responsáveis pela eleição da via preferencial de parto, como por exemplo, o desejo da paciente e dos familiares por um parto com resolução “segura” e sem sofrimento, como é culturalmente difundido no Brasil. Esse tipo de parto parece ter se tornado um objeto de consumo acessível segundo o padrão de renda familiar, o que parece explicar a maior incidência de cesarianas nos grupos de maior renda, embora de menor risco obstétrico (Yazlle et al., 2001).

Do ponto de vista emocional, além das diferenças experimentadas pelas mulheres que tiveram partos por via vaginal e por cesariana, também existem diferenças entre a cirurgia eletiva, isto é, agendada previamente, e a cirurgia de emergência. Os achados de Durik et al. (2000) apontam para a tendência a experimentar o parto de forma desprazerosa entre mulheres que foram submetidas a cesarianas de emergência, se comparadas com mulheres que deram à luz através de uma cesariana eletiva ou por via vaginal. Além disso, o estudo de Weiderpass,

Barros, Victora, Tomasi e Halpern (1998) demonstra que as mães e os bebês nascidos por cesariana eletiva apresentaram risco três vezes maior de interromper a lactação no primeiro mês de vida.

A participação do pai na cena do parto vem sendo cada vez mais difundida nos hospitais, pois a tentativa de humanizar as rotinas que envolvem a assistência ao parto inclui oferecer à mulher uma figura familiar, que possa lhe dar conforto e segurança. Entretanto, ainda exige-se do homem um papel diferente do que, na realidade, ele tem. Espera-se que ele se torne especialista em ser pai ou companheiro, comportando-se de uma forma que representa uma enorme responsabilidade para ele. Afinal, ele também está experimentando mudança de *status*, papel social e identidade. Há alguns estudos a respeito da ansiedade sentida pelo pai e a influência desta sobre a mãe, ativando uma série de intervenções médicas, por vezes desnecessárias. Se o pai está presente e existe uma pessoa que possa garantir-lhe conforto e apoio, sem cobrar que forneça à companheira o que falta, por vezes, a si mesmo, ele também pode se envolver em seu próprio ritmo e cuidar de suas próprias necessidades, pois muitos homens também desejam ser amparados afetivamente durante esse período de mudança de maturidade (Klaus & Klaus, 1993).

Estudos como os de Klaus e Kennell (1993) e de Langer et al. (1998) apontam para os inúmeros benefícios experimentados durante o parto por mulheres que se sentiram acompanhadas por figuras carinhosas, empáticas e compreensivas. Entre tais benefícios, podem ser citados menor incidência de problemas durante o trabalho de parto e o nascimento do bebê, bem como redução da duração do trabalho de parto, do uso de medicações e do número de cesarianas.

A análise estatística dos estudos de Klaus e Kennell (1993) revela uma incidência significativamente menor de problemas de trabalho de parto e nascimento no grupo de mães que receberam o acompanhamento da *doula*. O número médio de horas decorrido desde a admissão hospitalar até o parto também foi significativamente menor nesse grupo, se comparado com o grupo controle (sem acompanhante). O uso de medicamentos, como ocitocina, e o número de cesarianas é menor no grupo acompanhado pela *doula*.

Em um Hospital Público, no México, foi realizado um estudo com 724 mulheres com feto único, sem parto vaginal prévio, com menos de seis centímetros de dilatação na admissão hospitalar, e sem cesárea marcada, separadas randomicamente em dois grupos: em um deles, as mulheres receberam

a companhia de uma *doula* e, no outro, apenas os cuidados de rotina. O grupo acompanhado apresentou maior prevalência de amamentação exclusiva ao seio no primeiro mês de vida do bebê, bem como a percepção de maior controle durante o parto, e trabalho de parto mais curto (Langer et al., 1998).

Campero et al. (1998) afirmam que a investigação do apoio social, tal como o prestado por uma *doula* ou outro acompanhante, inclui dimensões difíceis de serem medidas por questionários ou indicadores padronizados. Por isso, propõem um estudo qualitativo como complemento aos estudos quantitativos realizados no México, e anteriormente citados. Acrescentam, ainda, que a flexibilidade das técnicas qualitativas leva em conta a descrição das dimensões cruciais da experiência do parto. Entrevistas com 16 mulheres mostraram que aquelas acompanhadas por *doulas* perceberam como mais positiva a experiência do parto. A maior diferença entre as acompanhadas e as não-acompanhadas é a maneira como expressam seus sentimentos sobre o parto, seu senso de controle e percepção de si próprias. Esse estudo mostrou que as *doulas* são necessárias nos cuidados obstétricos, para garantir o bem-estar emocional das mulheres.

Para Klaus e Kennell (1993) e Klaus e Klaus (1993), os surpreendentes achados de complicações aumentadas e duração maior do trabalho de parto no grupo sem acompanhante levantam a possibilidade de uma associação entre a ansiedade aguda e prolongamento do trabalho de parto e sofrimento fetal. A ansiedade da mãe foi observada utilizando os traços de ansiedade levantados pelo instrumento criado por Spielberger, Gorsuch e Lushene (1979). Os achados nestes estudos sugerem a importância da companhia humana durante o trabalho de parto e o nascimento: o trabalho de parto era encurtado, os problemas perinatais reduzidos e alguns aspectos do comportamento materno eram aprimorados, na primeira hora após o parto. A maneira como a mãe é cuidada nesse período afeta seu modo de cuidar de seu bebê nas seis semanas seguintes.

Os programas de preparação para o parto, comumente conhecidos como “grupo de gestantes”, podem reduzir a ansiedade e outros estados emocionais desconfortáveis durante o trabalho de parto e o nascimento do bebê (Salmon & Drew, 1992). Segundo Brazelton (1988), os grupos podem exercer importante papel de apoio aos casais que esperam seus bebês. Além de fornecer informações educacionais sobre o desenvolvimento do feto, as mudanças corporais e os sinais do início do trabalho de parto, por exemplo, tais grupos proporcionam apoio mútuo a pessoas que estão experimentando os mesmos tipos de ansiedades. Para

Simkin (1991), o apoio prestado pela equipe de saúde parece ser um dos responsáveis pela lembrança positiva sobre a experiência do parto.

Entretanto, segundo Peterson (1996), mesmo possuindo companhias de apoio, a tendência é de que as mulheres se sintam muito sozinhas com a responsabilidade da maternidade. As mulheres também são facilmente culpabilizadas, responsabilizadas por qualquer erro, desvio ou transtorno no curso da sua gravidez, e ao mesmo tempo não são valorizadas quando tudo dá certo.

Todos os fatores anteriormente citados são capazes de influenciar o parto, pois fazem parte de seu contexto. Esse contexto, e a forma como é percebido, pode tanto reforçar na mulher os sentimentos de capacidade e triunfo sobre o parto, como pode confirmar suas inseguranças em relação às próprias capacidades.

Segundo Klaus e Kennell (1993), os acontecimentos que cercam o trabalho de parto e o nascimento do bebê afetam as primeiras relações da mãe com seu filho. O tipo de atendimento prestado à mulher nos momentos que cercam o parto é fundamental para sua confiança na própria capacidade de ser mãe e de cuidar de outro ser humano. Ser valorizada e apoiada pode reforçar na mulher sentimentos de ser capaz e de poder assumir sua identidade materna.

1.5 Considerações teórico-metodológicas e objetivos do estudo

A revisão da literatura, feita principalmente através dos bancos de dados *Psycinfo* e *Medline*, revelou que a maioria das pesquisas encontradas, enfatizando o parto, priorizou a coleta e análise de dados quantitativa, utilizando grandes amostras que foram submetidas a questionários, entrevistas estruturadas e instrumentos padronizados que não abrem espaço para o relato espontâneo da mulher. Nesse sentido, questões importantes sobre a experiência do parto e o modo como cada mulher a vivencia podem ser deixados de lado. Todos esses estudos utilizaram entrevistas e/ou instrumentos padronizados antes ou depois da experiência, ou então coletaram os dados a partir dos registros médicos. Além disso, em uma busca realizada na base de dados *Psycinfo*, nenhum dos artigos indexados e disponíveis para consulta realizou observações do trabalho de parto ou do parto em si.

Muitos estudos vêm dando especial atenção às patologias que podem ocorrer durante a gravidez e, principalmente, no puerpério, tais como a depressão puerperal e a Síndrome do Stress Pós-traumático, destacando o parto e

complicações obstétricas como parte de etiologia de tais disfunções (Ballard, Stanley & Brockington, 1995; Czarnocka & Slade, 2000; Soet, Brack & Dilorio, 2003; Sonne, Rubey, Brady, Malcolm & Morris, 1996; Wijma & Söderquist, 1997). Numerosos estudos preocuparam-se com o parto em si, analisando os fatores que influenciam a experiência de dar à luz, tais como a dor (Niven & Brodie, 1995; Terry & Gijsbers, 2000), o medo do parto (Areskog, Uddenberg & Kjessler, 1983; Areskog et al., 1984; Melender, 2002; Ryding, Wijma, Wijma & Rydhström, 1998; Sjögren, 1998), o parto induzido (Nuutila et al., 1999), o parto por cesariana (DiMatteo et al., 1996; Durik et al., 2000; Fawcett et al., 1993; Lipson & Tilden, 1980; Mould, Chong, Spencer & Gallivan, 1996; Ryding, Wijma & Wijma, 2000; Sandelowski & Bustamante, 1986; Sargent & Stark, 1987), além de variáveis como o uso de fórceps (Fisher et al., 1997), apoio emocional, contato precoce com o bebê e participação ativa no processo do parto (Mercer et al., 1983), apoio social, autocontrole, dor, duração do trabalho de parto, intervenções médicas, ansiedade, educação para o parto e ambiente onde se realiza o parto (Waldenström, 1999).

Os estudos referidos acima estudaram o parto como um evento passível de controle, pois enumeraram variáveis e as relacionaram entre si através de testes estatísticos. Poucos estudos encontrados nas mesmas bases de dados se preocuparam com o entendimento do parto como um evento complexo, que faz parte de um processo maior de construção da identidade materna, que inclui também a gestação e o puerpério. Além disso, poucos foram os estudos que se preocuparam em investigar o parto a partir do ponto de vista das mulheres. Entre os estudos que procuraram fazer um entendimento integrado da experiência, enfocando a experiência feminina de dar à luz, podem ser citados Miller (2000), Peterson (1996) e Simkin (1991, 1992).

Miller (2000) trabalhou com narrativas, procurando o significado do parto na história de vida das mulheres entrevistadas. Ela afirma que o parto e o processo de tornar-se mãe tem grande importância para as biografias pessoais e, por isso, a autora explora o contexto em que as narrativas são conduzidas. Miller entrevistou vinte mulheres que esperavam o primeiro filho, em três momentos diferentes: o primeiro momento se deu entre o sétimo e o oitavo mês de gestação, o segundo se realizou entre seis e oito semanas depois do parto, e a última entrevista foi realizada entre oito e nove meses depois do nascimento do bebê. Os instrumentos utilizados foram entrevistas semi-estruturadas, e a autora se preocupou em

analisar a forma como as mulheres contavam a história do nascimento do primeiro filho, e como essa história estava inserida na história pessoal de cada uma. O fato de o parto ser um evento situado entre o biológico e o social e, além disso, ser tanto um evento partilhado pela sociedade quanto uma experiência pessoal e íntima, dificultam a produção e conseqüente obtenção de narrativas coerentes e contínuas.

Peterson (1996), em um artigo sobre a sua experiência clínica, aponta diversas considerações sobre o parto e sua importância na vida da mulher que tem um filho. Ela enfatiza a necessidade de estudos que enfoquem o parto, e não apenas o cite como o evento que transforma a gestante em puérpera. A autora acredita que se o parto for focado e explorado como um evento importante do processo de tornar-se mãe e, sobretudo, um evento importante para o desenvolvimento dessas mulheres, muito se poderá saber sobre o desenrolar desse processo.

Já Simkin (1991, 1992) enfocou especificamente o parto em seu trabalho. Entre quinze e vinte anos após ter realizado um trabalho com grupos de gestante, e ter obtido dessas mulheres um relato da experiência do parto, a autora novamente entrou em contato com essas participantes, e obteve um segundo relato sobre a mesma experiência. Ela afirma que, entre as vinte mulheres entrevistadas, não se percebem diferenças significativas entre os relatos feitos imediatamente após o parto, ou depois de decorridos tantos anos. Também lhe chamou a atenção a riqueza de detalhes dos relatos obtidos nesse segundo momento. Ela pretendeu demonstrar a importância que a experiência do parto tem na vida das mulheres que se tornaram mães. A autora tentou demonstrar a necessidade de os profissionais da saúde envolvidos no parto compreenderem a importância que acabam assumindo na história de vida das parturientes, pois eles serão lembrados por muito tempo, talvez para sempre.

Além desses autores, pode-se citar ainda Smith (1994, 1995, 1999). Apesar de não ter focado especificamente o parto em seus trabalhos, ele defende a utilização de metodologia qualitativa para empreender a investigação dos assuntos relacionados com o tornar-se mãe. Nesses três trabalhos, ele se preocupou com a reconstrução do senso de identidade das mulheres que têm filhos. O autor utilizou o estudo de caso de quatro mulheres, todas primíparas. As mulheres foram entrevistadas no terceiro, sexto e nono mês de gestação, e cinco meses depois do nascimento do bebê. Além das entrevistas, foram utilizados diários que eram

deixados com as participantes, onde elas deveriam registrar seus sentimentos sobre a maternidade. O autor baseou sua análise dos dados nos temas relacionados à mudança de identidade, e se preocupou em comparar os relatos pré e pós-natais. Entretanto, o parto em si não recebeu atenção do autor, e não foi focado em nenhum momento do trabalho, a não ser pelo fato de ser o momento de transição entre uma condição e outra (Smith, 1994).

Em 2003, a dissertação de mestrado intitulada “O parto no processo de transição para a maternidade” (Donelli, 2003), enfocou especificamente o parto. Foram utilizadas entrevistas semi-estruturadas realizadas no final da gestação, um dia após o parto e aos três meses de vida do bebê, para compreender a experiência do parto e seu papel no processo de transição para a maternidade.

Em relação aos trabalhos que utilizaram observação, foi feito um levantamento na base de dados *Psycinfo*, procurando artigos que incluíssem o termo *infant observation*. Foram localizados 265 resumos. Nos cruzamentos dos termos *infant observation* e *birth*, foram localizados vinte e sete trabalhos, e com o termo *childbirth*, foi encontrado um trabalho. Destes, somente um artigo (Hays, 2004) abordou questões relacionadas ao parto. Neste estudo, ansiedades primitivas e o medo da morte foram desencadeados por uma experiência de cesariana traumática, e o autor pretendia entender como a mulher transformou essas ansiedades em sintomas depressivos. Entretanto, este trabalho não utilizou o Método Bick de observação, e sim a *Brazelton Neonatal Assessment Scale* para observar a relação mãe-bebê. Entre os trabalhos que utilizaram especificamente o Método Bick, nenhum dedicou-se ao estudo do parto.

Dessa forma, percebe-se a carência de estudos observacionais sobre o parto, pois todos os trabalhos referidos anteriormente utilizaram questionários, entrevistas ou outros instrumentos padronizados aplicados antes ou após o evento do nascimento do bebê, ou se basearam em relatos retrospectivos sobre o parto. Nesse sentido, o artigo de Matte et al. (2000) traz uma alternativa, pois tece considerações importantes sobre como o Método Bick de observação pode ser útil e adequado para compreender os fatos que cercam o nascimento. Segundo os autores, o nascimento é um momento intenso, repleto de surpresas, e uma pessoa disponível psicologicamente, com o objetivo de apreender o clima emocional da situação pode tornar-se cúmplice das emoções despertadas, tanto para a mãe quanto para a própria equipe.

O Método Bick de observação de bebês é um método psicanalítico de observação desenvolvido por Esther Bick e introduzido como atividade curricular do primeiro ano do curso de formação de terapeutas do Instituto de Psicanálise de Londres em 1960. Esta atividade já vinha fazendo parte do curso para formação de psicoterapeutas de crianças da Clínica Tavistock desde 1948. Por esta experiência, o Instituto de Psicanálise de Londres decidiu incentivar esta tarefa, a fim de oferecer aos seus alunos certa experiência prática com bebês (Caron, 1995).

O método de observação de bebês do tipo padrão consiste em visitas semanais do observador à casa do bebê, desde o nascimento até o segundo ano de vida da criança. Em geral, cada visita possui duração de uma hora. Não são tomadas notas durante as observações, para não interferir na atenção livre e para facilitar ao observador atender às exigências emocionais das mães. O relato de cada visita é feito posteriormente, tentando excluir qualquer interpretação teórica, e este material escrito é supervisionado em grupo (Bick, 1964).

Segundo Rustin (2001b), o observador deve ser encorajado a adotar uma linguagem literal e factual para apresentar em supervisão o que ocorreu durante a observação. Isto significa que deve ser evitada a apresentação de entendimento teórico ou de interpretações, para que a experiência da observação possa ser pensada em termos de seu significado emocional. Por isso, segundo Bick (1964), é de fundamental importância que o observador se sinta incluído dentro do seio familiar, para poder experimentar o impacto emocional criado pelo nascimento de um bebê, sem, no entanto, sentir-se comprometido a desempenhar papéis que possam vir a lhe atribuir, como o de conselheiro ou o de juiz.

A atividade de observação, segundo Bick (1964), permitiria aos estudantes compreender mais claramente a experiência infantil de seus pequenos pacientes, além de entender melhor a conduta não-verbal e os jogos das crianças, e para ajudá-los a decifrar as informações das mães sobre a história de cada filho. A observação de bebês fornece a oportunidade de acompanhar o desenvolvimento de um bebê, desde seu nascimento, no contexto do seu lar e de suas relações familiares, e de descobrir como se originam e se desenvolvem também essas relações. Além disso, na supervisão em grupo o observador tem a oportunidade de comparar e estabelecer diferenças entre as suas próprias observações e as de seus colegas, enriquecendo sua formação.

Um dos pontos positivos dessa atividade, segundo Bick (1964), é o desenvolvimento, no observador, da capacidade de observar e de sentir, antes mesmo de apressar-se a teorizar: ele aprende a tolerar e até a apreciar a forma como cada mãe cuida do seu filho. Dessa forma, os futuros analistas infantis têm a oportunidade de desprender-se de idéias pré-concebidas sobre a melhor ou a pior maneira de cuidar de um bebê, e de tornar-se mais flexível em relação a isso. Segundo Furhmeister et al. (2001), o Método Bick oferece ao observador a oportunidade de contatar as comunicações primitivas, e a linguagem não-verbal, ambas ligadas a etapas precoces do desenvolvimento. Ela também ajuda a colocar o terapeuta em contato com as necessidades do outro, propicia uma nova percepção da realidade observada, e oferece novas vias de pensamento.

Atualmente, este método encontra-se bastante difundido. No Brasil, nos estados do Rio de Janeiro e São Paulo, o método faz parte do currículo dos candidatos à formação psicanalítica há mais de 20 anos. Em Porto Alegre, algumas instituições vêm utilizando o método em cursos de graduação em medicina e na formação de psicoterapeutas. Além disso, os princípios do método Bick vêm sendo aplicados para observar contextos diversificados, como unidades de tratamento intensivo neonatal, enfermarias de cardiologia pediátrica, ultrasonografias gestacionais, berçários, creches e hospitais gerais (Furhmeister et al., 2001).

Apesar de o Método Bick estar sendo aplicado a diferentes contextos, seu uso em pesquisa ainda foi pouco avaliado e não encontra-se difundido, especialmente no meio acadêmico. Para Rosa (1995), o Método Bick não é um método de pesquisa em seu sentido tradicional. Entretanto, o material recolhido nas observações e supervisões costuma revelar pontos passíveis de ser investigados cientificamente. Na Inglaterra, Michael Rustin vem defendendo o uso da observação como método de investigação. Ele destaca que o uso do método em pesquisa requer alto nível de habilidade do observador e um trabalho intenso de coleta de dados, em função da forma como o método se desenrola. Além disso, os contextos onde se dão as observações são difíceis de controlar ou prever. Por outro lado, este método permite um envolvimento muito maior do pesquisador com a vida de mães e bebês, do que seria possível em qualquer situação de laboratório (Rustin, 1989).

Entre os trabalhos que vêm usando o Método Bick em pesquisa, pode ser citado Caron e Lopes (2001), cujo objetivo é o de investigar o desenvolvimento da

relação mãe-bebê desde a gestação até o terceiro ano de vida. Toda a coleta de dados é feita através de observações inspiradas no Método Bick, realizadas por observadores previamente treinados no método padrão. Na gestação, um grupo de observadores acompanhou os exames de ultra-sonografia e o nascimento do bebê. Outro grupo passou a observar a dupla mãe-bebê após o nascimento, em casa, como prevê o método originalmente proposto por Bick (1964). Outros dois grupos independentes observaram os vídeos dos exames ultra-sonográficos: um deles visou a apreender o clima emocional despertado apenas pelas imagens do feto, enquanto o outro se deteve na quantificação dos movimentos fetais. Todo o material foi submetido a supervisões sistemáticas, e atualmente encontra-se em fase de análise.

O método Bick também foi utilizado em dois outros estudos para fins de pesquisa. Vivian (2006) utilizou o Método Bick para investigar o desenvolvimento emocional de um bebê em uma família numerosa, enquanto Oliveira-Menegotto (2007) aplicou o método para observação de um bebê com Síndrome de Down. Tais trabalhos geraram, respectivamente, uma dissertação de mestrado e uma tese de doutorado em Psicologia do Desenvolvimento.

Ainda em pesquisa, o Método Bick vem sendo usado para investigar a relação mãe-bebê em contextos específicos, como durante a detenção da mãe no sistema prisional (Candelori & Dal Dosso, 2007), ou para investigar questões relacionadas ao desenvolvimento emocional do bebê. Entre estes últimos se pode citar o estudo de Urban (2003) sobre o impacto traumático de experiências próprias do ciclo da vida, além dos estudos de Murray (1997) e Vliegen (2006) sobre o desenvolvimento do bebê no contexto da depressão materna.

No contexto hospitalar, o Método Bick também vem sendo utilizado para fins de pesquisa e de investigação clínica. Com este último objetivo podem ser citados os estudos de Druon (1997) e de Wirth (2000). Ambos contemplaram o tema da prematuridade e são uma aplicação do Método Bick no contexto hospitalar, mas não utilizaram como método de pesquisa. Os dados originados das observações são relevantes e interessantes, mas emergiram da prática e não de um estudo sistematizado que coletou dados através do binômio observação-supervisão. No final da década de 80, Druon (1997) observou, através do Método Bick, bebês prematuros internados em uma Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal (UTIN). Este trabalho foi supervisionado pela autora e realizado por enfermeiras e puericultoras da Maternidade de Cochin Port Royal,

em Paris, França. O trabalho precisou sofrer alguns ajustes em função de estar inserido em um ambiente hospitalar, diferente do que prevê o método padrão. As observações eram realizadas com a maior frequência possível, isto é, todos os dias em que a observadora se encontrava presente no serviço, e sempre na mesma hora do dia. Após a observação, era feito um relato, posteriormente supervisionado pela autora. Baseado neste estudo, Wirth (2000) empreendeu uma aplicação do Método Bick em uma Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal em um hospital do Rio Grande do Sul, Brasil. O trabalho consistiu em observações semanais com uma hora de duração, pelo período de três meses. O foco destas observações foi sempre o bebê, assim como o estudo de Druon (1997), referido anteriormente. Após o período inicial de três meses, a observadora passou também a ficar à disposição dos pais para entrevistas.

Já com objetivo de pesquisa, podem ser citados no contexto hospitalar o trabalho de Noel (1998), que se dedicou a observar bebês prematuros com dificuldades na amamentação. Esse estudo faz parte de um projeto maior de um núcleo de pesquisa chamado *The Under Fives Study Center*, um centro multidisciplinar dedicado à promoção da saúde mental, do bem-estar e desenvolvimento ótimo de bebês, de crianças pequenas e de suas famílias através de tratamento, treinamento e pesquisa. Cresti e Lapi (1997) também utilizaram o Método Bick no contexto hospitalar, com o objetivo de observar diretamente como se iniciam as primeiras relações entre mãe e bebê logo após o nascimento. Para tanto, realizaram durante três anos observações de duplas mãe-bebê nos setores de obstetrícia e de pediatria de um hospital italiano. Nesse período, foram observadas seis crianças durante a internação obstétrica de suas mães e em casa, após a alta hospitalar. Na pediatria, foram observadas onze crianças, sendo três pares de gêmeos. As autoras comentam que o objeto de observação estendeu-se da díade mãe e bebê para a tríade mãe, bebê e hospital, este último contendo uma infinidade de variáveis e de particularidades, como instalações, organização e atitudes dos profissionais envolvidos na assistência. A aplicação do Método Bick nos contextos institucionais exige ajustes metodológicos mas, segundo Cresti e Lapi (1997), enriquece o conhecimento sobre os processos relacionais que favorecem ou entram o desenvolvimento de crianças e adultos.

O Método Bick é frequentemente comparado com o próprio método de observação em psicanálise, este último responsável por lançar as bases da técnica psicanalítica, tais como a teoria da associação de idéias. Como citou Rosa (1995),

existem muitos pontos em comum entre ambos, como a premissa de observar as mesmas coisas repetidas vezes, até que elas mesmas comecem a falar, fazendo emergir padrões de comportamento passíveis de entendimento. Outro ponto em comum seria o fato de ambos os métodos trabalharem com a falta de acesso direto a produções da mente humana que interessam, tais como fantasias, emoções, ansiedade, mecanismos mentais e representações. Mesmo quando há palavras envolvidas, elas nem sempre revelam, em seu conteúdo imediato, o que se quer saber, pois as palavras são, elas próprias, transformações à espera de reconhecimento no domínio do relacionamento humano.

Além disso, tanto no Método Bick como na observação em psicanálise, a questão da comunicação não simbólica se faz presente, e pode ser amparada na teoria da identificação projetiva. Para Rosa (1995), a identificação projetiva não é uma forma simbólica de comunicação, mas o impacto direto de um estado mental sobre uma outra mente pode ter um potencial comunicativo que ultrapassa a esfera dos símbolos.

Rustin (2001a) diferencia o Método Bick do método de pesquisa empírica tradicionalmente utilizado pela psicologia do desenvolvimento infantil. Para o autor, este último é, em geral, de tipo analítico, isto é, procura analisar formas complexas de comportamento e de interação identificando e estudando separadamente seus elementos. Já no Método Bick procura-se identificar uma coerência no todo, além de padrões recorrentes de comportamento envolvidos no relacionamento familiar. Assim, o Método Bick seria de tipo sintético, mais comprometido em compreender e descobrir significados, do que propriamente explicá-los.

Ainda segundo Rustin (1989), o Método Bick possui traços em comum com alguns métodos das ciências sociais, especialmente a sociologia e a antropologia, pois eles requerem observadores capazes de não substituir de forma antecipada e precipitada a observação em si por teorias, conceitos e expectativas. Apesar disso, exige-se do observador que ele tenha em mente uma série de concepções e expectativas latentes, com as quais possa dar coerência e forma às suas experiências e, ao mesmo tempo, que mantenha sua mente aberta e receptiva para situações e eventos particulares que venha a estar exposto.

Em geral, os métodos de observação podem ser divididos em dois pólos, sendo que existem muitas variações entre eles. Em uma extremidade, encontra-se a observação participante, um estilo de observação originado do trabalho de

antropologistas, essencialmente qualitativo, e na outra ponta, a observação estruturada, um estilo quantitativo utilizado por inúmeras disciplinas. A maior vantagem da técnica de observação é sua retidão: o observador pode ver diretamente o que as pessoas fazem e falam, sem depender de suas respostas sobre o que sentem (Robson, 1994).

Pelo apresentado anteriormente, especialmente pelo fato de não terem sido encontrados estudos observacionais sobre o parto, justifica-se a necessidade de realização de um estudo que se proponha desvendar e conhecer a vivência emocional da mulher por ocasião do parto. A escolha do método Bick de observação de bebês (Bick, 1964) como inspiração para viabilizar tal investigação justifica-se principalmente por ser o parto um evento da vida da mulher que remete a vivências primitivas, e nos quais a linguagem predominante é a não-verbal.

Apesar de o método Bick, em sua versão padrão, enfatizar a importância de o observador abstrair-se de interpretações durante a observação, é importante frisar que existe uma base teórica que fundamentará sua compreensão posterior do material apresentado nos relatos. Da mesma forma, esse estudo não pretende propor temas de investigação *a priori*. Entretanto, espera-se com esse estudo alcançar a compreensão de alguns pontos teóricos apresentados anteriormente, e que parecem carecer de entendimento.

Assim, o objetivo geral deste trabalho é desvendar e conhecer, através da observação, a vivência emocional da mulher que dá à luz. Além disso, são objetivos específicos: 1) conhecer o tipo de cuidado prestado às mulheres no ambiente hospitalar oferecido às pacientes obstétricas, e o tipo de manejo dos aspectos emocionais realizado pela equipe de saúde; 2) evidenciar aspectos da rotina de atendimento às pacientes obstétricas que podem exercer influência sobre a forma como vivenciam emocionalmente o parto; e 3) aproximar-se da vivência emocional das mulheres sobre o parto através da disponibilidade psíquica, da postura não-intrusiva e dos demais pressupostos do Método Bick sobre a postura do observador.

CAPÍTULO II

MÉTODO

2.1 Participantes

Foram considerados participantes deste estudo as pacientes internadas em Centro Obstétrico (CO) durante a realização das observações, bem como a equipe de profissionais, a observadora e o grupo de supervisão. A coleta de dados ocorreu durante dezenove meses, e neste período foi possível acompanhar a internação de 109 mulheres. Destas, 41 estavam em trabalho de parto e quinze delas deram à luz durante as observações. Foi observado o trabalho de parto de duas mulheres com gravidez múltipla (gemelar), sendo que uma delas deu à luz durante a observação. Outras oito mulheres estavam internadas por trabalho de parto prematuro, isto é, não tinham atingido 37 semanas de gestação, mas entraram em trabalho de parto. Nessas situações a conduta médica era no sentido de tentar interromper o trabalho de parto e manter a gravidez por mais tempo. Treze mulheres estiveram internadas em função de abortamento, e uma por gravidez ectópica (fora do útero), o que exigiu procedimento em Bloco Cirúrgico (BC). Quatro mulheres estavam em observação por ameaça de aborto, cinco estavam em observação por problemas clínicos, como gastrite, asma e infecção urinária, outra por problemas ginecológicos e sete mulheres ficaram internadas no Centro Obstétrico, em observação, por pressão alta. Seis mulheres estavam no setor aguardando o chamado do Bloco Cirúrgico para fazer uma cesariana. Quatro mulheres foram examinadas mas não permaneceram no setor e seis já haviam passado pelo parto e aguardavam, dentro do Centro Obstétrico, o chamado da unidade de internação para serem transferidas. Destas, uma havia dado à luz um bebê com 26 semanas de gestação, e o bebê faleceu assim que nasceu. Outra teve uma parada cardíaca no pós-parto imediato, enquanto ainda se encontrava no Centro Obstétrico, quadro este que foi revertido pela equipe médica e de enfermagem. Ainda duas mulheres que participaram das observações estavam aguardando resultados de exames: uma delas faria uma ultra-sonografia e outra havia feito um MAP¹. Das cento e nove mulheres observadas, onze delas estavam

¹ Cardiotocografia ou Monitorização Anteparto Fetal: exame não invasivo utilizado para avaliação do bem-estar fetal (Mascaro et al., 2002).

internadas por motivos que a observadora desconhece.

Entre os profissionais, foram observados, ao todo, sete médicos obstetras, um médico intensivista, quatro enfermeiros e nove técnicos em enfermagem, dois funcionários responsáveis pela higienização e também professores e estagiários dos cursos de técnico em enfermagem e de graduação em enfermagem. A equipe fixa do turno em que ocorriam as observações era composta por dois médicos, quatro técnicos em enfermagem, um enfermeiro e um funcionário da higienização.

A observadora e o grupo de supervisão, formado por uma psicanalista, supervisora do Método Bick, pela orientadora acadêmica deste trabalho e por mais duas colegas que aplicaram o Método Bick em diferentes contextos, também foram considerados participantes, em função das especificidades do método utilizado.

2.2 Delineamento e procedimentos

Foi utilizado delineamento de estudo de caso, no qual o caso estudado foi o Centro Obstétrico de um hospital público, de tipo geral ou generalista², situado na região metropolitana de Porto Alegre. Segundo Robson (1994), o estudo de caso é uma estratégia de pesquisa que envolve a investigação empírica de um fenômeno em particular, durante sua ocorrência no dia-a-dia, através da utilização de múltiplas fontes para coletar evidências. Segundo o autor, o exemplo mais comum de estudo de caso é o estudo de caso único, geralmente envolvendo contextos clínicos. Entretanto, o caso em si pode ser qualquer coisa, desde uma pessoa, muitas pessoas com algo em comum, grupos, instituições ou relações. A partir desse ponto de vista, e levando em consideração as especificidades do presente estudo, que trata da aplicação do Método Bick no contexto de um Centro Obstétrico, pode-se inferir que o caso estudado neste trabalho foi o próprio Centro Obstétrico, definido como o setor destinado ao tratamento de gestantes, que apresentem alguma intercorrência, parturientes e puérperas em recuperação pós-procedimento, bem como ao recém-nascido em seu período de transição.

Assim, o delineamento de estudo de caso, tendo como alvo o Centro Obstétrico, permitiu investigar questões relacionadas à organização do setor, seu funcionamento e suas rotinas, ao grupo de profissionais que ali atuam, ao grupo de pacientes atendidas (o que incluiu, além das mulheres, os bebês), bem como as

² O hospital de tipo geral atende mais de uma especialidade médica.

relações que se estabeleceram entre as pessoas que transitaram pelo local durante a realização do trabalho.

Na fase inicial deste estudo, foram feitos contatos com colegas interessados em realizar um trabalho de aplicação do Método Bick em diferentes contextos, bem como foi feito contato com a supervisora clínica, a fim de formar um grupo de supervisão, sem o qual a realização deste trabalho não teria sido possível. Com o grupo formado e disponível para o início das reuniões de supervisão, foi feito contato com a instituição hospitalar onde se pretendia realizar o trabalho, para apresentar os objetivos do estudo e saber se havia interesse e disponibilidade da instituição para acolher o projeto.

A instituição onde foi realizado o estudo foi amplamente informada sobre os objetivos do trabalho, e formulou, através de sua direção executiva, um termo de consentimento onde afirmava estar ciente e informada dos procedimentos necessários para a realização do estudo. Esta declaração foi emitida após análise do projeto e de carta de intenções encaminhados pela pesquisadora através de documento protocolado sob número 416/2004-6. Este documento não foi anexado neste trabalho para impossibilitar a identificação da instituição e preservar seu anonimato. Após contato com a direção executiva, foi feito contato também com as coordenações dos serviços de obstetrícia e de neonatologia, que prontamente concordaram com a realização do estudo e avalizaram a permissão da diretoria executiva do hospital. Foi considerado como termo de consentimento emitido pela instituição declaração de aquiescência sobre a realização do estudo nas dependências do hospital.

No início do trabalho, buscou-se a figura de um intermediário que, assim como no Método Bick do tipo padrão, pudesse auxiliar a observadora a entrar no Centro Obstétrico, inserindo-se no local como o faz o observador na casa da família do bebê observado. Na verdade, o que se observa não é apenas o bebê, mas a sua mãe, seu pai, a família e todas as demais pessoas que o cercam no momento em que a observação é realizada. Além disso, a casa como contexto físico, e as relações como contexto emocional, também são alvo da atenção do observador.

Assim, após contato com a intermediária, iniciou-se a realização do trabalho propriamente dito. Durante dezenove meses, foram realizadas observações semanais, sempre no mesmo dia e horário, com duração aproximada de duas horas. A duração das observações não foi sempre a mesma, pois foi

pautada pelo ritmo dos acontecimentos durante a observação. Buscou-se observar o maior número de partos durante este trabalho, o que por vezes exigiu da observadora permanecer mais tempo no setor do que as duas horas inicialmente previstas, para poder acompanhar o desfecho do trabalho de parto de algumas mulheres.

As mulheres internadas no Centro Obstétrico durante a realização das observações foram posteriormente contatadas para solicitar autorização de uso dos dados coletados através das observações. Após uma explicação dos objetivos do estudo, e da garantia de um espaço para que fizessem perguntas e esclarecessem dúvidas, as mulheres assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo A). O termo continha, de forma sucinta, o objetivo geral da pesquisa, a forma de coleta e tratamento dos dados, os direitos da participante e o nome e telefone do pesquisador responsável, para eventual contato. Esse documento foi assinado em duas vias pela participante, sendo que uma cópia ficou em seu poder e a outra, com a pesquisadora. Aos profissionais não foi solicitada assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, pois sua adesão ao estudo foi considerada implícita através do consentimento emitido pela instituição.

Depois de cada observação, foi feito um relato o mais próximo possível da experiência original, buscando explorar o tom emocional presente na ocasião (ver exemplo em Anexo B). Tais relatos foram posteriormente supervisionados em grupo, uma vez por semana, com a coordenação de uma analista experiente. Após cada reunião de supervisão, foi produzido um relato da sessão de supervisão, feito por uma colega do grupo, designada relatora (ver exemplo em Anexo C). Este relato de supervisão foi sempre lido e revisto antes da leitura do relato de observação seguinte.

Em relação ao método Bick padrão, esta aplicação apresenta diferenças importantes. Em primeiro lugar, o método padrão prevê a observação de uma mãe com seu bebê, desde o nascimento até o segundo ano de vida da criança, realizando observações de uma hora de duração na casa da família, com frequência semanal no primeiro ano, e passando a quinzenal no segundo ano. Neste estudo, as observações foram realizadas na instituição hospitalar, com duração aproximada de duas horas, e frequência semanal durante dezenove meses. Foram observadas as mulheres internadas em Centro Obstétrico, em função da gestação, estando elas ou não com seus bebês. Outra diferença importante é que, no método padrão, apenas uma mãe e seu bebê são observados durante todo o

trabalho. No estudo em questão, houve uma variedade grande de pessoas observadas, pois a presença das mulheres no Centro Obstétrico costuma ser por um período curto de tempo. Neste estudo, também houve o viés da instituição hospitalar e da equipe de profissionais, o que não é comum no método padrão. Apesar disso, todas as observações foram inspiradas no Método Bick, nas quais a pesquisadora, uma pessoa previamente treinada pelo Método Bick do tipo padrão, adotou uma postura receptiva e não-intrusiva, não-ativa e não-diretiva, colocando-se emocionalmente à disposição das mulheres e da própria equipe, sendo este o aspecto comum entre o método do tipo padrão e esta aplicação.

2.3 Material e instrumentos

2.3.1 Relato de observação

O relato da observação continha uma descrição o mais próxima possível dos eventos e da sucessão de acontecimentos que ocorreram durante a observação. Tal relato procurou não incluir interpretações ou enlaces teóricos, e sim visou reproduzir o clima emocional presente na observação, bem como suas oscilações.

2.3.2 Relato da supervisão

O relato da supervisão foi uma descrição dos principais pontos do relato original discutidos durante a supervisão em grupo. Este relato foi feito por uma colega do grupo, previamente eleita como relatora. O material da supervisão continha, eventualmente, entendimentos feitos à luz da teoria psicanalítica.

2.4 Considerações éticas

Segundo Barker, Pistrang e Elliot (1994), os princípios éticos estão preocupados em proteger os direitos, a dignidade e o bem-estar dos participantes da pesquisa. Para tanto, exige-se do pesquisador a preocupação com o consentimento livre e esclarecido, a minimização dos prejuízos, a não privação de benefícios, bem como a confidencialidade e a proteção à privacidade. Além disso, segundo resolução nº 016/2000, de 20 de dezembro de 2000 do Conselho Federal de Psicologia, que dispõe sobre a realização de pesquisa em psicologia com seres humanos, é preciso adotar uma série de cuidados quando se pretende empreender um trabalho de investigação empírica.

Em primeiro lugar, toda pesquisa deverá estar instruída de um protocolo, a ser submetido à apreciação de um Comitê de Ética em Pesquisa, reconhecido pelo Conselho Nacional de Saúde, como determina a resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (Conselho Federal de Psicologia, 2000). Tendo em vista esta exigência, o projeto do presente estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), vinculado à Pró-reitoria de Pesquisa (PROPESQ), sob nº 479, o qual obteve aprovação comprovada através de carta anexa (ver Anexo D). Assim, pode-se pressupor que o presente estudo está em conformidade com as exigências éticas e metodológicas esperadas de uma pesquisa com seres humanos.

A instituição onde foi realizado este estudo recebeu explanação detalhada sobre o objetivo do trabalho e sobre a forma de coleta e análise dos dados, bem como as mulheres que estiveram internadas no Centro Obstétrico durante a realização das observações. A assinatura do termo de consentimento serviu para a proteção do próprio participante, garantindo-lhe o direito de desistir de tomar parte no estudo quando lhe conviesse, sem nenhum prejuízo de qualquer ordem. Neste estudo, não está previsto ocultar nenhum tipo de informação dos participantes, uma vez que o conhecimento do trabalho de pesquisa parece não introduzir nenhum viés importante aos dados. Cabe ressaltar que a equipe de profissionais não assinou o termo de consentimento, tendo em vista que os responsáveis por esta equipe assim o fizeram ao tomar conhecimento da proposta apresentada. Por outro lado, os profissionais que tomaram parte do estudo foram informalmente informados da proposta, e demonstraram aceitar e também se beneficiar com o trabalho, tendo em vista o uso que fizeram da figura da observadora ao longo das observações.

Quanto aos possíveis prejuízos que este estudo poderia provocar aos participantes, pode ser citado o incremento da ansiedade experimentada por pessoas que eventualmente sintam-se mobilizadas de forma particular pela presença do observador. Nesse sentido, a pesquisadora responsabilizou-se pelo encaminhamento dos participantes a um serviço de atendimento psicológico, para que dele se beneficiassem, caso fosse necessário, o que acabou não ocorrendo.

O presente estudo não apresentou nenhum prejuízo do tipo privação de benefício, uma vez que não é seu objetivo oferecer um serviço de acesso restrito, do qual apenas um grupo se beneficie, em detrimento do grupo controle. Entretanto, em função das características do método utilizado, pode-se pensar que

a equipe observada obteve uma espécie de benefício, em detrimento dos colegas de outros turnos, pois pôde contar com uma figura de apoio capaz de conter suas angústias e projeções inconscientes.

A privacidade dos participantes e a confidencialidade dos dados foram mantidas, uma vez que todos foram tratados por codinomes, trazendo o mínimo de informações que pudessem identificar os participantes. Além disso, a pesquisadora teve semelhante preocupação em preservar a identidade da instituição, para evitar qualquer tipo de constrangimento. Os dados coletados estão sendo mantidos no Instituto de Psicologia da UFRGS, na sala 108, acondicionados em caixas-arquivo mantidas chaveadas, e serão destruídos depois de decorridos cinco anos da primeira observação.

Além disso, é importante salientar alguns aspectos desta investigação empreendida através do Método Bick, em função das particularidades do próprio método e da aplicação em um contexto bastante diferente daquele originalmente proposto por Bick (1964). Na utilização do método tipo padrão, percebe-se uma preocupação com os aspectos éticos relacionados ao contato com o intermediário, ao contato deste com a família, à forma como a família será informada sobre o objetivo e funcionamento do trabalho, e sobre o tipo de tratamento dado aos relatos de observação e de supervisão. Alguns autores têm demonstrado essa preocupação, explicitada pormenorizadamente no artigo de Hindle e Klauber (2006). Além de questões já tratadas acima, e que dizem respeito ao consentimento livre e esclarecido, à minimização dos prejuízos, à não privação de benefícios, à confidencialidade e à proteção da privacidade, as autoras tratam do compromisso que o observador deve assumir frente ao contexto observado, no sentido de preparar-se para o trabalho que vai realizar, sendo capaz de prever dificuldades, perguntas e demandas emocionais originadas na sua tarefa, e de atendê-las da melhor forma, evitando prejuízos aos indivíduos observados. Um observador capaz de refletir sobre sua experiência, sobre seus pensamentos e sentimentos, tolerando as frustrações intrínsecas ao trabalho de forma tranqüila e não-intrusiva, pode não apenas evitar atitudes precipitadas, agressivas e inadequadas em relação aos indivíduos observados, como também pode trazer benefícios ao oferecer-se como cúmplice de vivências ansiogênicas. Nesse sentido, a observadora tomou o cuidado de realizar esse trabalho apenas após a conclusão de sua formação no Método Bick do tipo padrão, que teve duração de dois anos.

Enfim, acredita-se que o conhecimento gerado por este estudo poderá contribuir com a melhoria da assistência materno-infantil e, conseqüentemente, com a prevenção de prejuízos no desenvolvimento da mulher, enquanto mãe, e na consolidação de uma relação saudável entre mãe e bebê. Espera-se também que, nesse momento de questionamentos sobre a importância e o papel do acompanhante durante o parto, este estudo possa contribuir trazendo à tona uma compreensão aprofundada dos fenômenos psicológicos envolvidos no parto, possibilitando a adoção de práticas capazes de efetivamente amparar a parturiente.

CAPÍTULO III

RESULTADOS

Os dados descritos neste capítulo foram coletados através de observações semanais realizadas durante dezenove meses no Centro Obstétrico (CO) de um hospital público municipal da região metropolitana de Porto Alegre, com o objetivo de desvendar e conhecer, através da observação, a vivência emocional da mulher que dá à luz. Os dados gerados destas observações totalizaram oitenta e um relatos, que foram numerados em ordem cronológica, seguindo a seqüência mesmo naquelas semanas em que a observação não foi realizada. Isto aconteceu em algumas situações por problemas de ordem pessoal da observadora, como adoecimento, férias ou outros compromissos, ou por razões da própria instituição. Em duas ocasiões, a observação não ocorreu por não haver pacientes internadas no Centro Obstétrico.

Os relatos foram supervisionados em grupo por uma psicanalista com ampla experiência no Método Bick. Deste grupo faziam parte, além da supervisora e da observadora, a orientadora deste trabalho e mais duas colegas, uma mestranda e uma doutoranda, que realizavam suas respectivas observações em outros contextos. Os relatos das supervisões foram feitos por uma colega do grupo. Os relatos de observação e de supervisão serão apresentados neste capítulo na forma de vinhetas e identificados de acordo com o número da respectiva observação ou supervisão.

Após a conclusão do período de observações no Centro Obstétrico, todos os relatos de observação e de supervisão foram novamente lidos, buscando-se no texto principalmente aspectos que se destacavam por sua insistente repetição. Entretanto, também foram mantidos na descrição aspectos particulares, que não apresentaram tendência à repetição ao longo do tempo, mas que suscitaram reflexões e foram alvo da atenção da observadora em determinado momento.

Todos esses aspectos foram agrupados em três eixos temáticos, denominados Impressões Iniciais, A Rotina em um Centro Obstétrico e Descortinando a Vivência das Mulheres em um Centro Obstétrico, visando a retomar e atender os objetivos específicos deste trabalho. O primeiro eixo contém a descrição do local onde foram realizadas as observações e convida o leitor a entrar com a observadora no Centro Obstétrico, visando fornecer uma idéia geral

de como é a estrutura física e a organização do setor. O segundo pretende mostrar como se dá a entrada e a permanência das mulheres no setor, fornecendo um panorama geral das demandas emocionais provocadas pela rotina à qual as mulheres precisam se submeter no momento do nascimento de um filho. E o terceiro e último eixo é um convite para ir além da estrutura física e da rotina do setor e experimentar, assim como a observadora, um processo de identificação com as mulheres. O desafio desse eixo é, justamente, o de ver as mulheres e de se aproximar de emoções primitivas suscitadas durante as observações.

Em todos os eixos, tentou-se fragmentar ao mínimo o material, com o objetivo de fazer com que os dados refletissem de forma flagrante a totalidade da experiência, tanto das mulheres como da equipe e da própria observadora. Eles também obedecem a uma seqüência lógica, no sentido de transitar dos aspectos gerais aos específicos, e dos aspectos comuns aos singulares. Os dados foram organizados dessa forma para tentar oferecer uma idéia de como foi a experiência da observadora durante esse trabalho, tentando transportar o leitor ao ambiente e envolvê-lo na mesma atmosfera emocional que a observadora experimentou durante os dezenove meses da coleta de dados.

3.1 Eixo I – Impressões Iniciais

O relato da primeira observação contém uma descrição detalhada do ambiente onde ocorreriam as observações subseqüentes e, por isso, será desdobrado em vinhetas nesta seção, para ajudar o leitor a compreender o local onde foi feita a coleta de dados para esta tese. Dessa forma, sob a denominação “Impressões Iniciais”, serão apresentados dados sobre o espaço físico, a estrutura e a organização do ambiente do Centro Obstétrico, tentando oferecer ao leitor uma idéia de como está organizado o setor.

O hospital onde foram realizadas as observações pertence ao município e atende pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS). Na cidade, é o único hospital que atende gestantes, parturientes e puérperas pelo SUS.

Na primeira entrada no Centro Obstétrico, a observadora foi acompanhada por uma enfermeira que estava de plantão naquele dia. Esta enfermeira foi chamada de intermediária. O Método Bick de observação de bebês do tipo padrão prevê que o contato entre o observador e a família do bebê a ser observado seja feito através de um intermediário. Este procedimento evita que o observador passe por uma situação constrangedora caso a família se negue a participar da

observação. Ao mesmo tempo, evita que a família se sinta pressionada a aceitar a realização da observação caso a proposta seja apresentada diretamente pelo observador, pois a família pode sentir-se constrangida de negar-se a participar da observação caso tal convite seja feito pelo próprio observador. Se a família viesse a participar da observação nessas condições, com certeza haveria reflexos na relação a ser estabelecida com o observador. Na aplicação do Método Bick realizada neste trabalho, o intermediário foi, então, uma enfermeira.

A observadora explicou para a intermediária que gostaria de fazer um trabalho de observação no Centro Obstétrico, para conhecer melhor os comportamentos e reações das mulheres e de seus bebês enquanto ambos se encontram no CO. Para isso, precisaria conhecer um pouco do espaço físico e do fluxo do setor, para então ter mais conhecimento para propor esta atividade. A enfermeira recebeu a idéia muito bem, e pareceu bem interessada no propósito do trabalho. Dispôs-se a realizar a intermediação entre a observadora e o setor naquele mesmo dia, o que então ocorreu.

Este fato parece ser uma das peculiaridades da aplicação do método em uma instituição hospitalar. O fluxo de trabalho e os acontecimentos que permeiam a rotina dos profissionais têm como característica a rapidez e a urgência. É difícil planejar, marcar com antecedência e preparar-se de antemão para as ações que serão realizadas. Esta é outra diferença entre o método padrão e sua aplicação: enquanto no primeiro se tem tempo para contatar o intermediário, para que este contate a família, para que a família pense e decida participar, nesta aplicação realizada para este trabalho o contato com a intermediária já resultou na realização da primeira observação.

Antes de chegar ao Centro Obstétrico propriamente dito, a observadora percorreu com a intermediária o caminho que as mulheres lá atendidas também fazem³:

Eu e a intermediária fizemos o caminho que a maioria das mulheres fazem quando se dirigem ao CO. Passam pela recepção, onde são atendidas e encaminhadas, sem direito a acompanhante, até a sala de exames. Após a recepção, lhes é indicada uma porta larga, que dá acesso ao interior do hospital, que é restrito. É como entrar em outro mundo (Obs.01).

³ As vinhetas retiradas dos relatos das observações e das supervisões foram eventualmente editadas, mas sem prejudicar seu sentido.

Além disso, esse caminho foi descrito como sinuoso, cheio de voltas e sem nenhuma sinalização:

Dá-se de cara com uma parede de azulejos verdes antigos, do chão ao teto, e é preciso dobrar à esquerda e ir até o fundo do corredor. Esse corredor mede aproximadamente 15 metros e, no seu final, é preciso dobrar novamente à esquerda. Aí se encontra um painel pintado com o desenho de uma cegonha, indicando com uma grande seta a “maternidade”. Passando essa placa, o corredor fica mais escuro, e ao fundo há um grande painel formado por duas partes, cobrindo tanto a ponta da parede da esquerda do corredor, como a parede do fundo. Ali está desenhado um grande bebê dormindo de bundinha para cima sobre uma nuvem, e um grande e colorido arco-íris completa a paisagem. Aí ao fundo é preciso dobrar à direita, e então se abre um corredor imenso de cerca de 50 metros (Obs.01).

Chamou atenção do grupo de supervisão a descrição da infinidade de corredores pelos quais se tem que passar, e as inúmeras direções possíveis de se seguir, até chegar ao CO. O grupo comparou as semelhanças do caminho percorrido pela observadora até chegar ao seu destino com a própria anatomia feminina, onde afinal, ainda que não se comuniquem, aparelho genital e excretor estão muito próximos, criando uma certa confusão de zonas: as inúmeras “voltas” remeteram o grupo às “voltas” do intestino (Sup.01). Além disso, o caminho feito de corredores cada vez mais escuros, que vão se afunilando e tornando a passagem cada vez mais estreita, até finalmente se abrir em um grande e iluminado corredor de cerca de cinquenta metros, faz pensar no caminho percorrido pelo bebê no momento do nascimento, e remete à sua passagem pelo canal de parto. Do ponto de vista feminino, esse caminho sinuoso, desconhecido e incerto remete à própria vivência do parto, que é uma experiência que evoca medo, incerteza e angústia, especialmente pela sua característica de irreversibilidade e de falta de controle.

Outro ponto destacado pelo grupo de supervisão diz respeito à falta de indicações claras, e até mesmo sinalizações erradas, sobre como chegar ao CO: existem inúmeras portas, algumas sem placas e outras com placas que indicam o que não são:

Do lado direito, ocupando um pouco mais do que a metade do corredor, fica o CO. Logo no início há uma janelinha e uma porta dividida ao meio (dá para abrir apenas a metade dela, ou toda), com uma campainha dizendo “bata e aguarde”. Mas não é ali que as mulheres devem se dirigir, pois este é um acesso de “serviço”,

apenas para profissionais. Passa-se mais duas portas sem identificação, e a terceira é a porta da sala de exames. Ali também há uma campainha, muito discreta, e um enorme cartaz explicando o câncer de mama e de útero. Em frente a essa porta há um banquinho, para que as mulheres aguardem o chamado para o exame. E todo o resto desse imenso corredor é ocupado pelo alojamento conjunto, que possui nove quartos dispostos dos dois lados do corredor (Obs. 01).

É inegável que as pinturas ao longo do corredor tornam o ambiente mais acolhedor, alegre e convidativo, mas ao mesmo tempo tentam vender uma imagem que não corresponde à realidade, pois as mulheres que ali se dirigem com um filho no ventre o fazem, na maioria das vezes, cheias de dor, de apreensão e medo. O grupo de supervisão comentou sobre uma espécie de ilusão que se cria em torno da maternidade, permitindo que apareçam apenas aspectos idealizados e bonitos, como o bebê saudável e rechonchudo, e a mãe feliz e radiante. Parece uma tentativa de negar e omitir aspectos não tão bonitos, como as dores do parto e do pós-parto, a angústia, a incerteza e toda ambivalência que toma conta das mulheres quando estão vivendo o ciclo gravídico-puerperal (Sup.01).

Outro aspecto que chamou atenção da observadora nesse caminho percorrido foi o aspecto antigo do hospital. A instituição foi fundada nos anos quarenta, e passou por inúmeras mudanças de ordem administrativa ao longo desses anos. Entretanto, o prédio sofreu poucas ampliações, e nunca foi submetido a uma grande reforma para modernizar sua área física e se adequar aos novos tempos. Essa impressão de tratar-se de um local antigo foi sentida pela observadora logo na primeira observação, quando entrou pela primeira vez no hospital com o propósito de dirigir-se ao Centro Obstétrico. Além disso, a ala materno-infantil, onde funcionam o Centro Obstétrico (CO), o Alojamento Conjunto e a Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal (UTIN), é justamente a que ocupa uma das áreas mais antigas do hospital, senão a mais antiga.

A entrada no Centro Obstétrico propriamente dito começou a revelar para a observadora o local onde ocorreriam as observações. O setor conta com uma sala de exames, um banheiro com chuveiro, uma sala de pré-parto, duas salas de parto, uma sala para atendimento ao recém-nascido, além dos espaços de uso restrito da equipe, como a sala de prescrição, vestiário com banheiro, quarto dos médicos e espaços para limpeza e armazenamento de materiais. Inicialmente, o ambiente foi descrito como pequeno e inadequado ao seu propósito:

A sala de exames do CO é minúscula, como todo o resto. A porta se abre e, atrás de uma parede divisória há uma mesa ginecológica coberta por um plástico grosso transparente, já amarelado, provavelmente pelo uso do álcool iodado. É nessa sala que começa a se decidir o destino das mulheres que ali entram. Elas podem ser liberadas para voltarem para casa, podem ser postas em observação por algumas horas ali dentro do CO, ou então são internadas. As que são internadas por trabalho de parto são submetidas ao enema (lavagem intestinal) e à tricotomia, em um banheiro que fica próximo à porta de entrada da sala de exames. Na verdade, nada é longe, pois é tudo muito apertado. Ao entrar pela porta, já se está quase em cima das janelas (Obs. 01).

O Centro Obstétrico (CO) também parece ser um local provisório, prestes a ser reformado a qualquer momento. Era como estar em um local improvisado: “*Não havia espaço para nada. Se alguém quisesse passar, precisaria se espremer e ainda contar com a boa vontade do colega para lhe dar espaço (Obs. 01)*”. Tem-se a impressão de que o espaço físico ocupado pelo setor foi cedido temporariamente para abrigar o CO, pois parece que emendaram uma infinidade de pequenas salas, apenas abrindo portas entre elas. Esse aspecto do ambiente remete ao próprio organismo feminino, e faz pensar em como este também é “tomado por empréstimo” pelo bebê que faz dali sua morada durante a gravidez. O corpo materno é um corpo emprestado, que abriga temporariamente um bebê que se desenvolve e se prepara para o nascimento. A situação de gravidez também é uma condição provisória: nenhuma mulher ficará grávida para sempre, por mais que este possa ser o desejo de muitas delas. O nascimento de um filho, o primeiro ou não, demanda da mulher a necessidade de adaptar-se a uma nova condição, não mais de gestante e sim de puérpera. Essa nova condição traz consigo inúmeras tarefas e desafios, entre eles a necessidade de aceitar o fim abrupto da gravidez e dos sentimentos de fusão, completude e onipotência, de adaptar-se a um novo ser, o bebê, que provoca sentimentos de estranheza, de enfrentar o luto pela perda da criança imaginária e perfeita e adaptar-se às características específicas do filho real, de suportar o medo de lidar com o bebê e feri-lo, além de aprender a tolerar as exigências provocadas pela total dependência da criança, vindo inclusive a apreciá-las. Por isso, sentimentos de ambivalência em relação ao parto são esperados: se por um lado a mulher deseja o filho nos braços, por outro deseja prolongar a gravidez e adiar a revolução psicológica que tomará conta de sua vida mental por ocasião do nascimento do filho.

O ambiente foi se revelando, já no primeiro dia, inadequado para o acolhimento das mulheres, tanto aquelas em trabalho de parto, e que foram o foco das observações, quanto aquelas que necessitam internar no CO por problemas relacionados à gestação, tais como abortos, perdas vaginais e problemas clínicos, como infecção urinária e problemas respiratórios. Essa impressão ficou evidente na descrição da sala de pré-parto, que na verdade serve como sala de pré-parto e de observação:

Aquela sala [de pré-parto] era o quadro da dor. Fiquei um bom tempo parada na entrada, sem conseguir entrar. Havia sete mulheres, e mais umas dez pessoas entre equipe do setor e estagiários. Não havia espaço para nada. Se alguém quisesse passar, precisaria se espremer e ainda contar com a boa vontade do colega para lhe dar espaço. (...) Olhando da posição que eu me encontrava, são quatro leitos à direita, um ao lado do outro e perpendiculares à parede, e mais dois leitos à esquerda, paralelos à parede (Obs.01).

Além de pouco acolhedor, do ponto de vista da sua estrutura física, o ambiente também se revelou, nesse primeiro contato, intimidador e assustador. Não foi possível identificar nenhum tipo de incentivo para que as mulheres que ali se encontravam internadas se sentissem seguras e à vontade. A própria intermediária revelou seu constrangimento pelo ambiente que estava apresentando: “*Fomos avançando pelo setor, e a intermediária me mostrando tudo, com um misto de orgulho e de constrangimento. É como se ela gostaria de estar me mostrando uma outra realidade (Obs.01)*”, sentimento este compartilhado também pela observadora: “*Consegui cruzar a sala, mas por insistência da minha intermediária, que queria me mostrar onde ficavam as salas de parto. Fui, meio constrangida, achando que devia estar com outra roupa, ou quem sabe eu deveria era ficar parada, para não sentir que poderia estar atrapalhando alguma coisa. (Obs.01)*”.

O setor apresenta uma organização quase caótica, e expõe ao extremo tudo que acontece ali:

Fomos conhecer uma das salas de parto, a preferida, que fica logo ao lado da sala de pré-parto. Ela é pequena e não se trata propriamente de uma sala. É um pedaço de um corredor, e fica bem na esquina do L. Qualquer um que passe por perto pode ver o que acontece nessa sala de parto. Fui informada que é a sala preferida pelos obstetras, pois é a mais iluminada e tem uma mesa obstétrica nova. (...) A outra sala

de parto é a única que pode ser chamada de “sala”, pois é um local mais reservado, apesar de ter uma porta que dá acesso para o lado externo do setor (Obs. 01).

A própria organização do ambiente revela, portanto, a falta de preocupação com a superexposição a que as mulheres acabam submetidas. Ficam todas muito próximas umas das outras, e os partos, quando não ocorrem na sala de pré-parto, no meio de todas as pacientes, são realizados em uma sala que na verdade é um corredor: a “sala” de parto mais utilizada pelos obstetras para a realização do parto é uma passagem utilizada por todos os profissionais para se deslocarem da sala de pré-parto para a sala de prescrição, vestiário, banheiro e demais dependências do setor, o que inclui a outra sala de parto.

Tudo parece ser revelado ao extremo, de uma forma crua, sem nenhum cuidado e tampouco constrangimento por parte da maioria dos profissionais que ali trabalham. O CO é um ambiente que aproxima as pessoas de algo que parecem tentar esconder, algo que revela mais do que gostariam, algo que vai além da intimidade, que desnuda a alma, põe em evidência os medos, receios, angústias. Não há espaço para a individualidade, para a particularidade, para as histórias pessoais, para os nomes com sobrenomes, para o respeito, para a humanização. O atendimento é em massa, por números, por casos, por problemas. As palavras das pacientes não têm valor, elas não são ouvidas:

Ao chegar ao outro lado, olhei a mesma sala de outro ângulo. Pude ver aquela menina que gritava bem de perto, e duas técnicas em enfermagem foram atendê-la. Enquanto uma delas conversava com ela, dizendo que ela devia se acalmar, a outra afastava [abria, separava] suas pernas e retirava uma compressa, tentando ver se via o bebê corando, isto é, apontando a cabecinha. A impressão que tive foi de que ela queria se certificar se a menina estava falando a verdade. Achei um tremendo desrespeito, mas era eu que estava destoando naquele ambiente. Todos pareciam achar tudo muito normal, muito cotidiano, ou pelo menos estavam se esforçando para isso... (Obs.01).

Para a observadora, a impressão inicial do ambiente revelou paradoxos e contradições difíceis de serem compreendidos:

Fui informada que é a sala preferida pelos obstetras, pois é a mais iluminada e tem uma mesa obstétrica nova. Eu não tinha essa impressão: a mesa não parecia nada nova, e a iluminação vinha de uma janela aberta, protegida por uma tela verde, que dava direto em cima da mesa obstétrica. Sem contar do ar condicionado, destruído, que nem devia funcionar. No mais, percebi que tinha vários equipamentos,

principalmente para atender o bebê após o nascimento, mas mesmo assim não é um ambiente que passe segurança (Obs. 01).

Inúmeras vezes, a observadora foi surpreendida por mensagens duplas e ambíguas, e desencadeou mecanismos de identificação com as mulheres atendidas no setor:

O tempo todo tinha a impressão que havia coisas deslocadas ali, mesmo sabendo, racionalmente, que tudo tem uma explicação. Acho que isso já começa na entrada, pois aqueles painéis lindos e coloridos escondem um ambiente precário, apertado, fedorento, “enjambado”. Não há privacidade nenhuma, muito pelo contrário, há uma exposição excessiva, e isso incomoda muito. Aquelas mulheres pareciam extremamente desamparadas, deslocadas, sozinhas. Saí dali com vontade de ficar mais e, quem sabe, ver mais mas, ao mesmo tempo, foi um alívio muito grande respirar outro ar e estar num ambiente mais espaçoso. E fiquei com uma impressão muito nítida: de que não vai ser fácil...(Obs.01).

O grupo de supervisão ainda salientou o clima perverso imposto pelo ambiente e que envolve as mulheres que estão prestes a dar a luz. De uma forma geral, parece que a mulher que concebe e gera um filho no ventre precisa ser punida por exercer sua sexualidade e ter prazer sexual. O grupo também compartilhou com a observadora seus sentimentos de perplexidade e angústia (Sup. 01).

Após a primeira observação, a observadora pôde perceber o quanto o clima emocional gerado por esse ambiente caótico e pouco acolhedor demandaria investimento de sua parte para a realização do trabalho: *“Fui voltando, fazendo o caminho inverso, tentando chegar novamente na sala de exames e na de admissão do recém-nascido, mas sempre ao lado da minha intermediária, pois não conseguia me imaginar sozinha ali. Onde iria ficar nas próximas observações? Poderia me sentar? Para onde olhar? (Obs.01)”*.

3.2 Eixo II – A Rotina em um Centro Obstétrico

Após a descrição das primeiras impressões e do espaço físico do Centro Obstétrico, esta seção pretende mostrar ao leitor como era o funcionamento do setor, oferecendo um panorama geral de como se dava a entrada e a permanência das mulheres nesse ambiente. Sob a denominação “A Rotina em um Centro Obstétrico”, serão destacadas as demandas emocionais provocadas pela submissão a essa rotina, enfatizando especialmente os aspectos gerais e que se repetiram ao

longo de todo o trabalho. Nesta seção, o leitor está convidado a entrar junto com a observadora no Centro Obstétrico, não apenas para conhecer o espaço físico mas, sobretudo, para acompanhar a experiência vivida pelas mulheres durante a internação no setor, se colocando no lugar delas e compartilhando suas vivências.

Em algumas situações, a observadora pôde acompanhar a entrada das mulheres no Centro Obstétrico, através da sala de exames. Além das mulheres que chegam ao hospital para dar à luz, foram observadas mulheres que ali estavam por outras complicações relacionadas à gestação, como trabalho de parto prematuro, abortamento, gravidez ectópica (fora do útero), problemas clínicos durante a gestação (gastrite, asma e infecção urinária), e pressão alta. Algumas mulheres chegam ao hospital já no final da primeira fase do trabalho de parto, com a dilatação próxima dos dez centímetros necessários para o nascimento do bebê: *“Em seguida, chegou outra parturiente. Ela internou pois estava com 8 cm, e logo teria seu bebê. Ela estava no centro [da cidade], e disse que se sentiu um pouco mal, e resolveu procurar o hospital. Dali sairia com seu bebê nos braços (Obs. 66)”*; e *“Ela chegou no hospital já com 7 cm de dilatação, no início da tarde. Disse que seu marido ia levar um susto quando fosse para casa, pois ela não estaria. Só então ele saberia que o filho tinha nascido (Obs.71)”*, enquanto outras internam bem no início da dilatação ou então sem dilatação nenhuma, como nos casos de trabalho de parto induzido: *“Em outro leito estava Loraine⁴, de 20 anos. Ela também daria à luz seu primeiro filho, e estava em trabalho de parto. Ela havia chegado ao hospital pela manhã, pois sua bolsa rompeu, e como não tinha ainda dilatação, os médicos optaram por induzir o parto (Obs. 81)”*.

Foi interessante observar a forma como as mulheres chegam e entram no setor. Quando o médico decide pela internação da paciente, ela precisa, literalmente, despir-se de tudo que trazia consigo: as roupas, acessórios, bolsa, documentos, enfim, precisa deixar o mundo conhecido do lado de fora, e entrar no Centro Obstétrico, já descrito como outro mundo:

Nesse meio tempo, chegou Tânia, uma paciente para exame. [o médico] a atendeu e a internou, pois estava com 5 cm de dilatação. Ela ficou um tempão sentada na mesa de parto, e eu acho que estava esperando o tal do enema fazer efeito, para poder evacuar. Depois desse tempo, ela foi para o banho, e entrou na sala de pré-parto já despida de si mesma, só com a camisola do hospital, e todos os seus

⁴ Todos os nomes utilizados na descrição dos resultados são fictícios, inclusive dos profissionais.

pertences dentro de uma sacola de plástico, tipo de supermercado. Se deitou na cama e ficou ali esperando Janaína lhe instalar um soro (Obs.62).

Todo esse processo de entrada no setor parece, em muitas situações, uma agressão:

Nesse meio tempo, Nair entrou e foi ocupar a cama reservada para ela. Ela parecia estar com pouca dor, e soube que ela estava com 3 para 4 cm de dilatação. Em seguida, veio a médica, falando alto, e querendo ver com Nara quanto tempo afinal ela tinha de gestação, pois pela última menstruação ela estaria com 35 semanas, mas pelo eco, já estava com 39. Na dúvida, e considerando o tamanho da barriga, a médica resolveu seguir o protocolo para prematuros. Pediu que fosse colocado um soro com bricanyl, para interromper as contrações, mandou fazer uma injeção de corticóide, para ajudar com os pulmões dos bebês, e pediu também que fizessem um buscopan, não sei bem porque. Fui ficando com muita pena de Nair. Ela estava ali, quietinha, talvez assustada, e todo mundo vinha e lhe enfiava alguma coisa: primeiro foi a moça do laboratório, depois foi Rafaela com o abocath (que é uma coisa gigante), depois Rafaela voltou com uma seringa, que ela espetou no frasco de soro. Também veio com uma injeção para fazer no bumbum de Nair, e acho que foi dolorida! Depois ainda veio um buscopan na veia, que arde que é um horror. Coitada, a impressão que eu tinha era que tudo aquilo era muito pior do que as contrações que ela poderia estar tendo (Obs.76).

O grupo de supervisão fez uma analogia da entrada das mulheres no Centro Obstétrico com a entrada de detentos no sistema prisional, ou mesmo de pacientes em manicômio: precisam deixar tudo que carregavam com os funcionários na entrada da instituição, perdendo sua identidade e, porque não, sua humanidade (Sup.62).

A entrada das mulheres no Centro Obstétrico segue uma rotina pré-estabelecida, e a observadora também acabou criando uma rotina própria para entrada no setor. Todos os relatos contiveram uma breve descrição de como foi a entrada da observadora no CO naquele dia. Percebe-se que, pouco a pouco, a observadora foi se apropriando daquela rotina de encontrar a porta certa, achar uma roupa, “despir-se de si mesma” e entrar naquele mundo à parte, sujeitando-se a ser invadida por sentimentos e sensações por vezes tão primitivos que eram difíceis até mesmo de reconhecê-los. Nas primeiras observações, ainda era nítido o desconforto experimentado pela observadora:

Confesso que fui com o coração apertado para a observação, talvez ainda impactada com tudo que havia visto na observação anterior. (...) Me dirigi ao CO com 15 minutos de atraso em relação ao horário que me propus cumprir. (...) Lá fui eu, desta vez entrando pelos “fundos”, isto é, pela entrada dos profissionais, e não das parturientes/pacientes. Solange, a técnica que me recebeu, me informou que havia apenas aquela roupa, com um ar meio de decepção. Logo soube porque: era um trapinho - a blusa era toda puída e remendada em vários pedaços, e a calça, curta, era de outra cor, com o fundilho também remendado. Me vesti mesmo assim, e fui entrando. Quando cheguei perto da sala de pré-parto, percebi que estava sem os propés, e voltei rapidamente, vestindo-os (Obs.13).

O grupo de supervisão apontou uma identificação da observadora com as mulheres que vão ao CO para ter seu bebê: essas mulheres precisam encarar com naturalidade uma situação totalmente estranha e desconhecida, especialmente quando se trata do primeiro parto (Sup.13). Além disso, o ambiente hospitalar é, para a maioria delas, hostil, e muitas tiveram contato com esse ambiente apenas como visitante. A própria observadora, após algumas semanas indo semanalmente ao setor, ainda foi surpreendida com o súbito estranhamento experimentado pelo fato de não ter encontrado a porta de entrada:

Cheguei no setor no horário combinado, fui até a janela da sala de admissão dos RNs (que é de vidro) e avisei que estava entrando. Fui pelo corredor até a porta de entrada do vestiário, que não tem identificação, e de repente não sabia mais qual porta era. Por sorte, Anita abriu a porta para mim, e entrei. Fiquei ali sozinha e, um pouco hesitante, peguei as roupas e entrei. Mas não havia propés. Será que poderia entrar sem? (Obs. 16).

Essa sensação de deslocamento experimentada pela observadora manteve-se nas primeiras observações, mas pouco a pouco foi dando lugar a um sentimento de familiaridade: “No mesmo horário da semana anterior, me dirigi ao CO, e desta vez encontrando a porta de entrada. (...) Entrei, peguei as roupas, as vesti, coloquei os propés e entrei. É incrível como, pouco a pouco, isso tudo vai ficando tão natural (Obs. 17)”. Além disso, a observadora foi experimentando também um sentimento de pertencimento, endossado pelas atitudes da equipe:

Nesse dia, só consegui ir até o CO por volta de 15:30, meia hora mais tarde em relação ao meu horário habitual. Cheguei no setor e havia três técnicas fazendo lanche no vestiário. Comecei a me vestir e, como não havia blusa verde, elas me indicaram uma blusa branca, que estava pendurada em um gancho, junto com

outras roupas. Disse que aquela roupa deveria ser de alguém, pois estava ali pendurada. Janaína disse que aquela blusa era para uso do setor, e que elas próprias usavam na falta das blusas verdes. Por isso, disse que eu poderia usar. Vesti, e entrei (Obs. 71).

O grupo de supervisão apontou, além do sentimento de pertencimento trazido pela observadora, uma referência à submissão imposta pela equipe, quando indicou para a observadora a roupa que ela deveria vestir, determinando que se vestisse como a própria equipe. Isso fez o grupo, em supervisão, pensar no subjugo imposto também às mulheres, e em como a equipe de profissionais esforça-se para adequar as necessidades do outro às suas próprias (Sup.71).

Além dos procedimentos para internação das mulheres no Centro Obstétrico, a permanência delas no setor também esteve cercada de aspectos comuns. Um desses aspectos é o próprio ritmo dos acontecimentos. O ritmo observado na dinâmica de funcionamento do Centro Obstétrico nem sempre foi ligado à ordem e à previsibilidade. Ao contrário, em alguns momentos, o ritmo que se estabeleceu foi justamente o não-ritmo, a falta de cadência, o caos e o imprevisto:

Nesse dia, entrei no setor 15 minutos mais tarde, tendo como base o pouco 'movimento' da semana anterior. Mas parece que um Centro Obstétrico é regido pelo princípio do caos: uma semana nunca é igual à anterior. Ao entrar no vestiário, fui recebida por Dona Luíza, que me contou que já haviam nascido três bebês desde o início do plantão (o plantão inicia às 13 hs, e eram 13:45 hs). Ela ainda acrescentou que pela manhã haviam nascido quatro bebês, de três partos (um gemelar) (Obs.31).

A inconstância experimentada ao longo das semanas de observação foi outro ponto que chamou a atenção da observadora. Em um dia, tudo parecia tão calmo, harmônico e organizado:

Reinava uma atmosfera tranquila nesse dia, em comparação com a outra observação: não tinha tanta gente, nem tantas pacientes. Também já estava anoitecendo (eram 17:15) e estava uma temperatura agradável. Uma das primeiras coisas que me chamou a atenção foi a limpeza do lugar. Estava tudo muito organizado, os lixos vazios e as camas desocupadas arrumadas. Me parei ao pé de uma das camas que ficam paralelas à parede das janelas, e ali fiquei por um longo tempo (Obs. 13),

mas em outros o caos novamente se instalava: “*Nesse dia, o ambiente era outro. Não havia um aspecto tão limpo, e as camas não estavam tão milimetricamente arrumadas como da última vez (Obs. 16)*” e “*Parece que tudo que não tinha acontecido em duas horas estava acontecendo em 15 minutos (Obs. 65)*”.

A urgência, em outras situações, também ditou o ritmo, ou a falta dele:

Já passava das 18 horas quando a campainha tocou, anunciando uma paciente para exame. (...) A técnica em enfermagem verificou os bcfs, e constatou que estavam em 102. Diana se preocupou, pois achou que estavam baixos, e logo quis saber o que aconteceria. Rafaela disse que chamaria o médico, e que ele falaria com ela. Ela passou rapidamente e voltou com o médico. Ele internou Diana e foi se preparar para a cesariana. Tudo virou uma urgência urgentíssima. Diana entrou na sala de pré-parto, a enfermeira veio rapidamente fazer a sondagem, e em menos de 15 minutos, Diana estava indo para o bloco. (...) As outras pacientes acompanhavam aquela movimentação sem saber muito bem o que estava acontecendo. Quando Diana foi levada para o bloco, ficou no ar aquela impressão de que um furacão havia passado por ali (Obs.65).

Quando a emergência se estabelece, e a morte passa a ser uma possibilidade concreta no setor, fica ainda mais evidente as dificuldades dos profissionais. As pessoas que ali trabalham parecem não refletir sobre a possibilidade de que algo possa não dar certo. Parece um sentimento de onipotência que é compartilhado por todos, e que inunda o ambiente, mas que não se sustenta nos momentos mais decisivos:

O ambiente estava extremamente tenso, e todos os profissionais ali estavam envolvidos no atendimento de Maria, uma mulher de 22 anos, primeiro filho, que estava “afundando”, após ter dado à luz um bebê morto. Soube por um dos obstetras que ela havia perdido sangue, mas não muito, mas mesmo assim entrou em choque. (...) Toda a equipe estava envolvida naquele atendimento, e eu fui para lá. A movimentação era intensa, e a todo momento ouvia a médica intensivista, que foi chamada da UTI adulto, solicitando materiais e medicamentos. O setor estava uma bagunça: havia uma mesa ginecológica no meio do caminho, embalagens de seringas e medicações jogadas pelo chão, sangue no chão, na maca e na mesa auxiliar, e todos nervosos. Ficou claro que aquela situação não é comum por ali, e realmente destoava de todo contexto. O espaço não era adequado para uma emergência desse tipo, e as pessoas pareciam não ter o treinamento adequado, e nem organização, para atender um problema daqueles (Obs. 23).

Em contrapartida à falta de cadência e de ritmo, foi possível detectar como o trabalho de parto segue um curso ritmado e progressivo, alcançando o ápice com o nascimento do bebê:

Sandra, Anita, e Luíza iam e vinham, cumprindo com suas obrigações, e Helena e Paola ali, cada uma no seu ritmo. Paola dormia profundamente e, de vez em quando, abria um dos olhos. Numa dessas vezes, se queixou de fome, e voltou a dormir. Quando Helena tinha as dores, Paola também abria os olhos, observando sua colega, e logo voltando a dormir. O trabalho de parto de Helena foi progredindo lenta e nitidamente, pois mesmo eu conseguia perceber o aumento da intensidade das suas contrações e a diminuição do intervalo entre elas (Obs.16).

É importante salientar que o ritmo ao qual se faz referência aqui não é apenas o ritmo fisiológico das contrações: “*Deitada, ela parecia bem miúda, e se retorcia de dor quando vinham as contrações. Nesses momentos, dava para ver sua barriga endurecendo, e sua expressão se contraindo. Nos intervalos, sua expressão era serena, e por mais de uma vez nossos olhares se encontraram e sorrimos uma para a outra (Obs.43)*”; mas também o ritmo emocional, uma espécie de estado emocional que alterna momentos de conexão com momentos de afastamento da realidade, do ambiente e de tudo que concretamente cerca as mulheres nesse período: “*Ela voltou para sua cama, onde permaneceu entre cochilos e despertares até o fim da observação (Obs.26).*”

A equipe também parece tentar estabelecer uma seqüência de comportamentos, procedimentos e atitudes que acabam por conferir à atuação dos profissionais um ritmo próprio, o que foi destacado também pelo grupo de supervisão (Sup.16). Algumas vezes esse ritmo pode estar a serviço do afastamento emocional das mulheres, para evitar entrar em contato com suas angústias:

Enquanto fazia o procedimento, Sueli conversava comigo e com Anita, e parecia estar ligada no piloto automático (Obs.62)” e “Elas estavam fazendo uma faxina geral em bandejas e frascos de álcool e outros produtos, bem como etiquetando-os. Pensei que o CO deveria estar vazio nesse dia, e perguntei se havia pacientes. Elas disseram que havia quatro, mas que estava tudo calmo (Obs.63).

Em outros momentos, parece haver um movimento de identificação da equipe com as mulheres, quando a equipe também estabelece seu ritmo e alterna

momentos de vinda à superfície, quando entra em contato com a realidade, e momentos em que submerge para lugares desconhecidos para quem vê de fora:

Parei um pouco na porta da sala de prescrição, cumprimentei as técnicas que estavam ali, e reparei que elas estavam muito envolvidas com seus afazeres. Rafaela estava ao telefone, e só me abanou. Janaína estava sentada cortando esparadrapos para fazer as pulseirinhas dos bebês, e Anita estava andando de um lado para outro, não sei bem fazendo o que (Obs.76).

A própria observadora experimentou a sensação de perder-se em pensamentos:

O tempo ia se arrastando, e em alguns momentos pensei em sair do setor, pois provavelmente não haveria um parto naquela tarde. Mas, ao mesmo tempo, era difícil sair dali e correr o risco de perder alguma coisa. Comecei a pensar em tudo que fica perdido ali naquele setor. Sei lá, talvez aquele romantismo do nascimento não tenha lugar ali, assim como parece que todo mundo deixa um pouco de si ali dentro. Essas mulheres deixariam mesmo: ali dentro ficaria concretamente um pedaço de cada uma delas, na forma de sangue, placenta, fezes. E cada uma viveria ali momentos tão intensos, tão dramáticos, tão emocionantes... Enfim, tudo acabará diferente de como começou (Obs.57).

O tempo medido em horas pareceu perder o sentido durante as observações. Talvez pelo ritmo próprio estabelecido no setor, ou pelo clima emocional que impregnava o local e ditava o ritmo:

O tempo passou muito rapidamente nesse dia. Quando vi o relógio pela primeira vez, já tinha se passado uma hora. (...) E assim se passaram mais duas horas, sem sentir (Obs.28)” e “Nesse dia, o tempo se arrastou. Tudo parecia estar em compasso de espera, e estava difícil ficar ali. Após pouco mais de uma hora de observação, me despedi das mulheres e da equipe, e fui embora (Obs.60).

Ao longo das observações, inúmeras outras situações se apresentaram e revelaram a rotina que cerca as mulheres por ocasião do parto. As questões relativas ao corpo feminino estiveram presentes em praticamente todos os relatos, o que mostra que no Centro Obstétrico a fisiologia humana está em evidência e perpassa todo o clima emocional que se estabelece no setor. Foi preciso conviver com sangue, fezes e vômitos em várias ocasiões:

Essa segunda mulher deixou seu leito todo defecado, e a enfermeira se esforçava em me explicar que às vezes isso acontece. Mas o cheiro ali não era de cocô. Parece que há um cheiro peculiar em um CO: uma mistura de fezes, urina, secreção vaginal e líquido amniótico, com suor e mau-hálito. Isso tudo dá um cheiro próprio, que não é agradável, mas é genuíno (Obs.01).

Apesar de naturais, tais manifestações do humano são constantemente negadas e escondidas no convívio social. Mas ali, naquele ambiente, cheiros e cores se misturavam para formar uma tela rica de detalhes que nunca poderiam ter sido vistos em outro ambiente. Em alguns relatos apareceram referências ao sangue: *“Havia apenas duas pacientes ali [na sala de pré-parto], além de camas desarrumadas e uma cama molhada de sangue (com certeza foi ali que ocorreu o último parto) (Obs. 31)”*;

Fui entrando e dei de cara com Renata, uma paciente que havia acabado de dar à luz, e já estava deitada na mesa de parto, esperando ir para o quarto. Antes de entrar na sala, pois é passagem para a sala de pré-parto, Lívia logo foi me avisando para que cuidasse, pois estava tudo cheio de sangue. Realmente, percebi que havia sangue respingado pela parede, e um pouco ainda no chão, mas a forma como Lívia me alertou dava a impressão que eu entraria num campo minado (Obs. 62);

em outros a fezes e odores fétidos: *“Acho que nessas situações me dou mais conta de como é difícil ficar ali dentro do CO. Muitas vezes dá vontade de sair correndo, pois nem sempre o ambiente está agradável. Nesse dia, além de toda essa atmosfera de tensão, havia concretamente uma lotação e um fedor no lugar (Obs.57)”*; *“O médico apareceu para examiná-la, e quando levantou o cobertor, exclamou que ela tinha evacuado. O cheiro infestou o ambiente, e a paciente parecia muito envergonhada (Obs.58)”*; e a vômitos:

Fui até o pré-parto e encontrei Anita atendendo Joana, que estava vomitando. Ao seu lado estava Giovana, que foi atingida por seu vômito, e aguardava Anita lhe ajudar a ir ao banheiro se lavar. Anita segurava o lixo para Joana, enquanto ela se desculpava com Giovana por ter lhe sujado. Em seguida, [Anita] acompanhou Giovana ao banheiro, e lhe alcançou um pano e uma camisola limpa (Obs. 65).

Foi impossível não perceber o incômodo da equipe com as questões descritas no parágrafo anterior: *“Para examiná-la, ele retirou o cobertor que a cobria, e mandou que ela abrisse as pernas. Ela parecia reticente, mas não tinha*

muita alternativa. Após o exame, [o médico] retirou-se, olhando para a luva ensangüentada com nojo, e foi dizendo pelo caminho que já estava em 9 cm (Obs.59)”; o que causa um sentimento de estranheza, pois profissionais da área médica e de enfermagem precisam lidar com sangue, fezes, urina e todo tipo de secreções diariamente, como condição para o exercício profissional.

A observadora também precisou lidar com situações que, apesar de “naturais”, foram bastante embaraçosas:

[O médico] apareceu para examiná-la, e quando levantou o cobertor, exclamou que ela tinha evacuado. O cheiro infestou o ambiente, e Caren parecia muito envergonhada. Continuei no meu lugar, mesmo querendo sair. O médico a examinou e disse que estava com 6 cm de dilatação. E pediu para que uma das técnicas limpasse Caren. Rafaela veio e propôs que ela tomasse um banho, pois estava internada desde o dia anterior, e o banho a faria se sentir melhor. Caren logo concordou, e foi para o chuveiro. Lívia ficou ajudando Caren, enquanto Rafaela limpava a cama (Obs.58).

Ao contrário de médicos e enfermeiros, em raríssimas situações profissionais o psicólogo se depara com esse tipo de exposição do ser humano. O psicólogo acostuma-se a contatar a intimidade de seus pacientes através de emoções, de palavras, de comportamentos e atitudes, e de símbolos que revelam essa intimidade. Talvez esse fato tenha conferido uma dificuldade a mais na realização deste trabalho, pois palavras e símbolos deram lugar a expressões concretas de sofrimento, de desagrado, de angústia e vergonha, compartilhados pela observadora algumas vezes, como revelou a vinheta anterior.

Por um lado, todos esses aspectos do ser humano são comuns a qualquer pessoa e deveriam ser encarados com naturalidade mas, por outro, essa exposição excessiva da intimidade das mulheres é desconcertante e embaraçosa. Na verdade, todos os acontecimentos que ocorrem em um Centro Obstétrico fazem parte da natureza humana, e talvez mostrem aquele lado do ser humano que mais se aproxima dos animais. Mas essa proximidade com o primitivo assusta, e algo até então familiar a qualquer pessoa, como defecar, vomitar e sangrar, passa a provocar uma sensação de estranhamento e uma necessidade de omitir e até ocultar tais manifestações.

No eixo anterior, ao fazer referência ao ambiente do CO, já foi possível perceber que a própria estrutura física do setor não zela pela proteção da individualidade de cada uma das pacientes ali internadas. Entretanto, foi possível

perceber uma exposição que vai além do espaço físico e da exposição do corpo das mulheres, e que diz respeito à forma como elas são cuidadas e protegidas, ou não protegidas, enquanto estão no Centro Obstétrico:

Loiva, a paciente do barrigão, logo iria para a cesariana, e o pacote de curativos na cama ao seu lado era, na verdade, uma sonda que a enfermeira passou na sua uretra. Coitadinha, teve que se submeter àquilo na frente de todo mundo, e depois ainda ficar com aquele troço no meio das pernas. Depois disso, ela praticamente nem se mexia mais, e seu sorriso ficou ainda mais apreensivo. Até que veio a funcionária da maternidade para levá-la para o bloco cirúrgico (Obs.25).

O grupo de supervisão destacou que talvez a falta de privacidade das mulheres possibilite, de alguma forma, que elas compartilhem suas experiências com as outras mulheres ali internadas, constituindo uma espécie de identidade grupal (Sup.28).

Essa invasão e esse desvelo da intimidade das mulheres também foi percebido quando o parto foi tratado como um espetáculo: “A sala estava cheia, parecia um espetáculo, e fiquei constrangida por Nair. Ela em alguns momentos me olhava, e sorria, no meio daquela confusão toda (Obs.76)”. Em uma das observações, a observadora foi solicitada a auxiliar uma estagiária do Curso de Fisioterapia a encontrar as roupas para entrar no CO, pois ela havia pedido para sua supervisora que gostaria de ver um parto. E esse parece ser um acontecimento comum no setor, pois a equipe parecia bastante familiarizada com esse tipo de pedido. É como se assistir um parto fizesse parte do ritual de iniciação de todos os profissionais quando começam a trabalhar em hospitais. Além disso, percebeu-se a valorização dada pela equipe ao trabalho de parto e ao parto propriamente dito (Sup.17), como se fosse o único acontecimento realmente importante e merecedor de atenção em um Centro Obstétrico:

Entrei e passei na sala de prescrição, onde as técnicas [de enfermagem] costumam ficar quando não estão ocupadas, e as cumprimentei. Logo percebi que a equipe estava completa naquele dia, isto é, elas estavam em quatro. Quando me viram foram dizendo que eu estava mesmo de azar, e que deveria ter ido [fazer a observação no CO] no dia anterior, quando aconteceram vários partos. Depois soube que, no intervalo de uma hora e meia, nasceram três bebês, mais aqueles que já tinham nascido no início da tarde. Tudo bem, pensei comigo. Na verdade, fico pensando se me faz falta não ver os partos das mulheres que acabo conhecendo nas observações, e acho que não... (Obs.17).

Tal constatação suscitou na observadora alguns questionamentos, como relatado nesta vinheta. O trabalho de parto em si era, muitas vezes, tão rico para a observadora, que o desfecho de todo aquele processo, o parto, não inutilizava os dados coletados através das observações.

Os procedimentos utilizados no atendimento às mulheres no Centro Obstétrico já são, por si só, intrusivos:

O médico passou pela paciente que dizia não sentir nada, e perguntou como ela estava. Ela informou que continuava na mesma, e ele decidiu colocar um comprimido vaginal para ver se alguma coisa acontecia. Na volta do procedimento, ela contou para a colega ao seu lado que ele, o médico, estava colocando os tais comprimidos desde de manhã, para ver se ela tinha dilatação (Obs. 26) e

A enfermeira entrou no setor e começou a preparar uma medicação no balcão atrás de mim. Fiquei olhando, e ela disse que precisava fazer um sulfato de alguma coisa (magnésio?) na Cíntia, devido à pressão alta. Disse que era bom eu não olhar, pois era uma injeção feita no músculo, profundamente (o que queria dizer que a agulha era gigante), e que demoraria mais de três minutos para aplicar, devido aos riscos. Por isso, somente enfermeiros poderiam fazer (Obs. 58).

Tal fato parece reforçar nos profissionais a necessidade de intervir de forma incisiva, seja na forma de ordens: “*Para examiná-la, ele retirou o cobertor que a cobria, e mandou que ela abrisse as pernas. Ela parecia reticente, mas não tinha muita alternativa. Após o exame, o médico retirou-se, olhando para a luva ensangüentada com nojo, e foi dizendo pelo caminho que já estava em 9 cm (Obs. 59)*”, na elevação do tom de voz e na automação dos gestos: “*Enquanto fazia o procedimento, [a enfermeira] conversava comigo e com Anita, e parecia estar ligada no piloto automático. Eu nem consegui prestar atenção no que ela dizia, só preocupada se a mangueira estaria mesmo no estômago. E se ela colocasse líquido no pulmão?(Obs.62)*”. Aliás, a automação parece ser um patamar a ser alcançado, como sinal de competência e eficiência:

Anita me disse que estava muito satisfeita de estar [trabalhando] no CO. Mas disse que ainda não estava no “automático”, pois ainda se sentia meio lenta para se mexer e achar as coisas no setor. Cheguei a pensar que não seria bom ela entrar no automático, pois talvez ela perdesse seu jeitinho de lidar com as mulheres ali internadas. Me chamou a atenção o carinho que ela demonstra por todo mundo... (Obs. 16).

A questão da automação remete também à questão do endurecimento profissional e da forma como a equipe do CO encara as situações que se desenrolam no setor. Tudo parece muito “normal”, e em diversas situações as mulheres ali atendidas, que deveriam ser o foco das atenções, eram deixadas de lado. O que estava em jogo era o próprio movimento da equipe, as suas tarefas e o adequado cumprimento de todas as rotinas. As mulheres, foco do trabalho de todas as pessoas que ali se encontravam de forma constante, eram negligenciadas, desconsideradas e até desvalorizadas:

Fui entrando, já familiarizada, pensando que nada mais me surpreenderia. Engano meu: a sala de parto “preferida” estava ocupada, pois uma mulher havia ganhado seu bebê há pouco. A primeira cena que vi foi suas pernas abertas e o médico a costurando. Havia com ele um estagiário da obstetrícia, um rapazinho, mas já com aquele ar de entendido que dá pena e raiva. Logo que vi a mulher ali, voltei e entrei na sala de prescrição, para evitar o constrangimento de passar por ali naquele momento. Mas para todos que ali estavam não estava acontecendo nada de mais. Todos passavam de um lado ao outro da sala (até porque ela é um corredor), e a mulher também não parecia se importar. Então, meio sem jeito, passei por ali rapidinho (Obs. 28).

Em momentos como o descrito na vinheta acima, foi recorrente na observadora um sentimento de inadequação. Todos estavam tão à vontade que até mesmo a observadora, de certa forma, se obrigou a entrar no mesmo movimento. E isso parece muito preocupante, pois revela como os profissionais vão se endurecendo, perdendo a capacidade de identificação e de empatia com o outro. De certa forma, os profissionais vão perdendo a capacidade crítica e também sua capacidade de indignar-se. Ver as mulheres tão expostas, física e emocionalmente, parece autorizar o profissional a ser intrusivo, controlador e onipotente:

Em seguida chegaram três estagiárias do técnico em enfermagem. Elas entraram como um tufão no setor, ou melhor, duas delas foram assim. Uma era moreninha, como rabo de cavalo dividido em três tranças, e cheia de grampos coloridos nos cabelos, além de pulseiras e anéis. A outra era bem alta, com um longo cabelo marrom avermelhado preso em um rabo, enormes argolas prateadas nas orelhas e um ar de petulante. As duas foram passando e olhando tudo. Ao se aproximar de Eliane, a das argolas disse: “essa vai ganhar logo”. E eu pensei: “Como ela sabe? Quem é ela pra saber disso?”. Ai, me deu uma raiva... (Obs. 28).

Também chamou atenção da observadora a forma contraditória como a equipe lida e interage com as mulheres. Enquanto que, muitas vezes, a equipe se mostra extremamente intrusiva, em outros parece haver um certo abandono das mulheres. Em muitos momentos, durante o trabalho de parto, foi a observadora que teve que fazer a intermediação entre as mulheres e a equipe, pois não havia nenhum profissional na sala de pré-parto ou nos arredores:

Caren chamou por alguém, mas não havia ninguém da enfermagem por perto, e as estagiárias não podiam entrar. Fui até ela, e ela me disse que estava com medo que seu bebê iria nascer ali mesmo, e ninguém ia ver. Perguntei se ela queria que eu chamasse alguém, e ela suplicou que sim. Fui até o posto de enfermagem, onde estavam os dois médicos e as três técnicas. Cheguei na porta e fiquei parada por uns instantes. Lívia ficou me olhando e sorrindo, e eu disse que estava com pena de Caren, pois ela parecia estar já cansada, e sofrendo. Tipo assim, “sei que não podemos fazer nada, que é assim mesmo, mas será que daria para dar uma atenção?” Naquela hora me ocorreu que, se pedisse “dá prá olhar a Caren?”, se criaria uma situação desconfortável para mim, e que talvez se refletisse no atendimento da paciente. Lívia afirmou, em voz alta, o que pensei que ela pensaria: “pois é, fazer o que, é assim mesmo”. E Janaína acrescentou: “é assim mesmo, e ainda vai demorar”. Dr. Roberto, que estava por ali, disse que ia olhá-la. Se levantou, vestiu as luvas, e constatou que ela já estava com 7 cm (Obs.58).

Essa vinheta demonstra a iniciativa da observadora em chamar a equipe, atitude que foi acompanhada de constrangimento e receio. Constrangimento pelo fato de estar abandonando o papel de observadora, pois a necessidade de intervir naquela situação foi imperiosa, revelando, talvez, a intensa identificação experimentada com a paciente. Nessa mesma linha, pode-se pensar no receio também experimentado pela observadora, que temeu sofrer algum tipo de retaliação ou prejuízo do seu trabalho se pedisse demais, ou se seu pedido soasse como ordem.

De uma forma semelhante, a observadora fez a intermediação entre paciente e equipe em outra situação, mas desta vez a pedido da própria paciente:

Eu continuava lá, no meu lugar, quando de repente Roberta falou. Ela disse: ‘chama elas...’. Levei um susto, e fui até a sala de prescrição chamar alguém. Vieram as três técnicas, com Anita à frente. Anita pediu que ela abrisse as pernas e, com luvas, colocou seu dedo na vagina de Roberta. Disse que já dava para sentir a cabeça do bebê, mas cerca de três centímetros para dentro. Ela mostrou essa medida pelo seu dedo. Veio outra contração, e Roberta evacuou. Sua bolsa também

rompeu e, na dor seguinte, Anita constatou que ela devia ir para a mesa, pois já dava para ver os cabelos do bebê (Obs.70).

Entretanto, no parto em si, a equipe se mostrou, mais de uma vez, intrusiva, falando demais, ou dizendo coisas grosseiras e inadequadas: *“Ela disse que seu marido tinha mandado um recado, que era para o médico fazer um ponto a mais que o necessário. E aí começaram as piadas, com o médico dizendo que iria deixar um furinho só para sair o xixi, e coisas assim. Foi muito embaraçoso (Obs.23)”* e

Após a ajuda de Rafaela, o bebê nasceu em seguida. Nem lembro o que era, pois aquele parto me fez sentir muito mal. Juliana foi desvalorizada, menosprezada, e se ela já se sentia um lixo, toda a equipe confirmou isso. [O médico] fazia piada de seus gemidos, e todos na sala riam. Tinha vontade de sair correndo (Obs.66).

O grupo de supervisão (Sup.13) apontou o fato de que, provavelmente, a equipe também experimenta sentimentos de abandono, exacerbados pelo isolamento do setor (que tem a entrada restrita), pelo volume e pela responsabilidade do trabalho que realizam, o que ficou claro em uma das observações, quando um dos obstetras salientou que a observadora deveria ficar mais tempo com eles, os profissionais, para testemunhar o que eles passam: *“Enquanto eu ainda me encontrava próxima de Gessi, o médico passou por ali e comentou que eu deveria vir sempre ver como era o trabalho ali no CO, para ver o que eles passavam (Obs.13)”*.

Essa alternância entre intrusão e abandono ficou bastante clara também na facilidade com que os profissionais deixavam as mulheres sozinhas na sala de parto após o término dos procedimentos. Em mais de uma situação, se não fosse pela presença da observadora, as mulheres teriam ficado completamente sozinhas após o parto, e foi nesses momentos em que se encontraram somente com a observadora que a maioria delas sentia necessidade de falar: *“O obstetra terminou o parto muito rapidamente, e as técnicas logo arrumaram tudo. De repente, estava somente eu e Lia na sala. Ela me olhou e sorriu. Disse que a pior parte eram os pontos. Me aproximei dela, e a conversa continuou (Obs.43)”*;

[O médico] logo terminou o parto, e em questão de minutos não havia mais ninguém na sala, somente Paula e eu. Ela sorriu para mim, e disse que tinha feito seu Chá de Panela um dia antes, no domingo. Comentou que teve sorte, pois o bebê ainda esperou o chá. Disse que foi dormir com um pouco de dor nas costas, e que

naquele dia pela manhã continuava com dor nas costas. Primeiro, achou que tinha sido do chá, pois tinha ficado muito tempo em pé. Sua sogra insistiu que ela fosse ao médico, pois como era primeiro filho, era bom dar uma olhada. Paula alternava momentos de silêncio com momentos de fala, e entre uma fala e outra havia uma seqüência lógica que era difícil de acompanhar (Obs.71) e

Quando a médica finalmente controlou o sangramento, ela se retirou e ficamos apenas Nair e eu na sala. Nair começou falando que tinha achado tudo muito rápido, e que por ela nem teria vindo ao hospital. Contou que sua bolsa rompeu às 9 horas da manhã, mas que não sentia dor, e resolveu esperar. Foi por insistência do marido que ela foi ao hospital, e cerca de uma hora depois da sua chegada, as bebês já tinham nascido. Ela contou que o parto do seu primeiro filho demorou 7 horas, e da segunda filha, 11 horas. E as gêmeas vieram de repente, e de uma forma muito rápida. As bebês nem tinham nome ainda... Em seguida ela me perguntou se as filhas precisariam ficar muito tempo internadas, e eu disse que não sabia, mas que esperava que elas ficassem poucos dias, pois seria mais uma questão de ganhar o peso que precisavam (Obs.76).

As palavras utilizadas pela equipe durante o processo de nascimento de um bebê costumam adquirir um peso e uma importância bastante grandes, o que pode estar relacionado à sensibilidade aumentada das mulheres ou à dependência que experimentam em relação à equipe. Apesar disso, os profissionais parecem não ter muito cuidado com a forma como se expressam, o que falam e como falam com as pacientes. Em muitas situações, foi possível ver que a equipe procurava orientar as mulheres, explicando os procedimentos:

Cléa passou por ali e começou a conversar com Sandra. Disse que a dor que ela estava sentindo era mesmo horrível, e comentou comigo que fica com muita pena de vê-las com aquela dor. Explicou para Sandra que essa dor iria aumentar e também se tornar mais seguida, mas que isso era bom, pois era sinal de que o bebê estava chegando. Também disse que logo em seguida ao nascimento, a dor passaria por completo, e ela nem se lembraria do que estava sentindo momentos antes. Sandra perguntou se ainda iria demorar, mas Cléa disse que não tinha como saber. Ela ainda disse para Sandra que ela só seria levada para a mesa de parto quando estivesse com 10 cm, e que não adiantava fazer nada antes disso. Acrescentou que às vezes elas se sentem sozinhas, o que não era o caso naquele dia, pois eu estava ali, mas que esse era um processo que elas precisavam enfrentar sozinhas, pois não tinha o que fazer para tirar a dor ou ajudar de outra forma. A única forma de a dor passar é com o nascimento do bebê (Obs.44);

Fiquei alguns instantes por ali, ouvindo a conversa entre o médico e a paciente que ele costurava. Com eles estava uma estagiária de enfermagem, muito obesa, que acompanhava tudo atentamente. Pelo que entendi, [o médico estava] orientando sua paciente sobre o cuidado com os pontos, a necessidade de tomar banho e lavar a região genital com água corrente. Também falava sobre alimentação (Obs.31);

“O médico parecia muito tranqüilo, e ia explicando tudo para ela: a anestesia, a episiotomia, a força que deveria fazer (Obs.43)”, e “O médico ia explicando tudo que acontecia, e Sandra aceitava. Seu rosto estava pálido e nos olhos já havia profundas olheiras escuras... O médico começou a dar os pontos, explicando para Sandra o que ocorreria (Obs.44)”. Em outras situações, também foi possível observar os elogios distribuídos às mulheres pela equipe: “Na contração, ele pediu que ela fizesse força para o bebê nascer, e elogiou a força de Sandra (Obs.57)”; “O médico elogiou muito Paula, e disse que todos os partos deveriam ser como o seu... (Obs.71)” e “Nair parecia muito satisfeita, e a médica também a elogiou bastante, dizendo que tinha sido um parto muito bom (Obs.76)”. Apesar desses exemplos positivos, também foram observadas inúmeras situações em que as palavras da equipe foram inapropriadas, inadequadas e até grosseiras, revelando desvalorização e deboche: “A pediatra ainda comentou que a única forma de ter a barriga de volta era engravidando em seguida, o que pareceu um comentário bem fora de propósito (Obs.23)”;

Ela fazia muita força, e gemia mais ainda. [O médico] começou a se impacientar, e passou a fazer piada do seu gemido. Nessa altura, eu já estava na porta que dava para o corredor de saída, e não tinha muita vontade de ver aquilo. Juliana estava sendo mal-tratada, o médico debochava dela, e dizia que ela não sabia fazer força. Perguntou como ela teve o outro bebê, se a força que tinha era aquela. Em um momento, ela fez a força que o médico pediu, e ele a elogiou. Mas não durou muito. Ela gemia e sacudia a cabeça de um lado ao outro... (Obs.66) e

“Perguntou se Roberta tinha outros filhos, e ela respondeu que tinha uma menina. O médico perguntou a idade, e ela respondeu um ano e dez meses. Janaína perguntou se ela não tinha televisão em casa, e Roberta nem respondeu (Obs.70)”.

Em algumas observações, ficou evidente o esforço da equipe em estabelecer uma comunicação satisfatória com as mulheres:

De repente, veio na minha direção um médico que eu ainda não conhecia. Era um rapaz até bem jovem, e muito simpático. Ele veio da sala de exames e foi passando por todas as pacientes, perguntando para cada uma como estavam se sentindo, e explicando o que estava acontecendo. Para Lia, disse que já estava voltando para examiná-la. Quando passou por mim, perguntou quem eu era. Disse meu nome, e ele perguntou se eu era da enfermagem. Disse que era psicóloga e que estava fazendo um trabalho semanal de observação ali no CO. Entretanto, sempre o fazia nas sextas-feiras, por isso talvez não nos conhecêssemos. Ele pareceu achar interessante, e se retirou. Fiquei um pouco surpresa com a forma de interação dele com as pacientes, e com a própria equipe, que parecia mais descontraída e afetuosa nesse dia, inclusive entre elas mesmas: trocavam sorrisos, conversavam e estavam em sintonia umas com as outras, se ajudando nas tarefas (Obs. 43).

Entretanto, em dois momentos a observadora relatou o desencontro entre o que estava sendo dito e aquilo que estava sendo compreendido, ou melhor, entre aquilo que estava sendo solicitado e o que era oferecido. Em uma dessas situações, isso se deu entre a equipe e uma paciente:

Rosaura queixou-se que estava se sentindo mal, e que achava que ia desmaiar. Janaína verificou sua pressão, e viu que estava normal. Anita começou a orientar Rosaura a respirar, puxando o ar pelo nariz e soltando pela boca, bem devagar. Acho que deve ser impossível respirar daquela forma lenta durante uma contração... Janaína explicou para Rosaura que ela devia estar um pouco tonta por não estar respirando, e que mesmo quando viesse a dor, não podia esquecer de respirar. Explicou para as colegas e para mim que quase todas as parturientes, no momento da dor, trancam a respiração, e acabam ficando sem ar. Acho que não era bem aquilo que Rosaura queria ouvir, talvez não era bem aquela ajuda que ela queria ou precisava (Obs. 70).

No mesmo dia, a própria observadora experimentou essa sensação de responder inadequadamente a uma demanda:

Do meu lugar, ficava perto da sala de exames, e da sala dos bebês recém-nascidos. A certa altura, ouvi um burburinho no corredor. A porta da sala de exames se abriu e começou a entrar uma turma por ali. Realmente, era uma turma de estagiárias, quatro, mais a professora. Elas foram entrando e se dirigindo à sala dos bebês, que estava vazia. Atrás delas, entrou a professora. Ao me ver, parou, olhou para dentro da sala de pré-parto e perguntou como estavam as coisas. Respondi que tinha uma paciente, e que parecia estar com muita dor. Acho que não era isso que ela queria saber, pois me respondeu dizendo que já sabia, e que ela e suas alunas a estavam

acompanhando. Acompanhando?, pensei eu. Como? Elas vieram da rua, e se abancaram na outra sala?! (Obs. 70).

Em várias situações, destacaram-se as atitudes positivas da equipe em relação às mulheres internadas no CO. Pôde-se perceber as tentativas da equipe, principalmente de enfermagem, e da própria instituição, de garantir um atendimento digno e humano para as mulheres:

Nesse meio tempo, chegou a enfermeira. Ela veio contente perguntando se eu havia visto a sacola do enxoval de Rosaura, apontando para as coisas que estavam sobre o carro de parada, aos pés da cama de Rosaura. Disse que sim. Ela [a enfermeira] então perguntou se eu havia visto a mesa de exames nova, e disse que não. Então ela me chamou para a sala de exames, para me mostrar a mesa ginecológica que haviam recebido em doação de um médico obstetra que estava fechando o consultório. Era uma mesa bonita, em ótimo estado, e em um dos lados havia uma série de gavetas. Me explicou que usariam as gavetas para guardar as camisolas, que também foram doadas pelo médico: eram aventais e propés em um tom de marrom-claro, para as pacientes vestirem na hora do exame. Até então, era pedido que as mulheres, ao chegarem na sala de exames, fossem até o banheiro e tirassem a parte de baixo (calça ou saia e calcinha), e pelo que entendi agora teriam uma camisola para vestir. Antes elas vinham do banheiro peladas da cintura para baixo (Obs.66); e

De repente, me dei conta que os colchões de todas as camas eram novos, todos brancos, forrados com uma capa com fecho e furinhos laterais, e eram enormes e bem “formados” (me falta a palavra para explicar que os colchões antigos estavam deformados, e tinham as pontas arredondadas, e os novos eram bem “retangulares”). Na verdade, já tinha visto os colchões novos na última observação, mas acho que eu nem relatei. E agora, de repente, eles me saltaram aos olhos, talvez por não haver pacientes sobre eles. Lembro que na outra observação, uma das camas foi desocupada e ficou na capa nova uma mancha amarela, provavelmente do iodoform, e a senhora da limpeza lamentou o fato, tentando limpar freneticamente a mancha, sem sucesso. Me lembrei disso, e olhei para a mesma cama: a mancha continuava lá, mas mais apagada nesse dia (Obs.70).

De uma forma semelhante, e dentro de suas atribuições e conhecimentos, as técnicas em enfermagem também se esforçavam para atender às demandas emocionais evidenciadas pelas pacientes: “[a técnica em enfermagem] Anita tentou tranquilizá-la, dizendo que é uma dor que passa, e que tem um bom motivo, pois depois ela terá um belo presente nos braços (Obs. 16)” e

Ela disse para Anita que não agüentava mais, e Anita foi olhar. As técnicas fazem isso às vezes: pedem para as mulheres abrirem as pernas, e olham a aparência dos genitais, abrindo um pouco os lábios. Acho que é para ver se o bebê já está bem embaixo. Anita terminou e olhou para mim, como que dizendo que não havia nem sinal do bebê. Mas tarde, ela comentou que achava que ia demorar, pois ainda não havia nem muco ou sangramento (Obs.66).

Nessa última vinheta pode-se pensar em como, muitas vezes, as técnicas sentem-se de “mãos atadas”, sentindo necessidade de fazer alguma coisa mas sem terem conhecimento, treinamento técnico específico e autorização para fazer o que gostariam. Assim, é fácil pensar em sentimentos de impotência e de frustração sentidos pela equipe, e em como tais sentimentos impregnam o clima emocional do setor. Em uma ocasião, tais sentimentos foram verbalizados por uma estagiária do curso superior em enfermagem:

[a estagiária] Acrescentou que se sentia incomodada pelo fato de não poder ficar um pouco com as mulheres, agora que o bebê já estava com a mãe no quarto. Também referiu que se sentia muito impotente ali, e que não suportava ver o sofrimento das mulheres e não poder fazer nada. É, pensei, às vezes também tenho essa sensação (Obs. 57).

Da mesma forma, a observadora também experimentou sentimentos de impotência relacionados à sua possibilidade de atuação dentro do setor:

Diane afirmava com convicção que estava mal, e que não tinha mais forças. Me perguntou quanto tempo ainda iria demorar para o parto, e disse que não sabia. Me contou que tinha chegado perto do meio dia, e que estava com muita sede. Nessas horas, tenho vontade de dizer alguma coisa, mas ao mesmo tempo sei que não tenho nada para dizer. Nada do que eu diga ou faça vai resolver o problema. Diane estava com dor, pedia ajuda, mas o que ela queria era pôr um fim naquilo tudo, e eu não podia resolver isso para ela (Obs.67).

De uma forma diferente, mas igualmente bem-intencionada, os obstetras do sexo masculino demonstraram sua preocupação com as pacientes:

Durante o exame, Gessi disse ao médico que já não estava mais agüentando, que estava com muita dor. E ele disse: “então eu vou tentar te ajudar”. Essa frase cravou no meu ouvido. Será que eu ouvi bem? Nem tudo é ruim, afinal. Ele pediu que ela fizesse força na contração, enquanto continuava com a mão na sua vagina. Segundo as técnicas, ele fez uma “manobra”, para tentar acelerar o processo. Ao

final, tirou a luva, se virou, me cumprimentou e voltou ao quarto, arrastando os chinelos (Obs. 13).

Diferentemente das atitudes da Dra. Sílvia, que de uma forma ou de outra não surpreendiam a observadora em função do seu padrão de comportamento frente às pacientes, o relato transcrito acima revela uma atitude pouco usual deste médico em questão. Entretanto, atitudes de compaixão com as mulheres expressas pelos obstetras do sexo masculino foram sempre surpreendentes:

Enquanto isso, algumas mulheres chegaram para exame, e a primeira foi atendida pelo médico, aquele dos chinelos. Ele até que foi bem mais educado nesse dia, pois deu boa tarde, perguntou de frente o que tinha acontecido, e depois explicou o que estava acontecendo para a paciente. Era um trabalho de parto prematuro, e teria que ficar em observação, coletar exames e fazer uma medicação para segurar o bebê. Ela já estava com 4 cm de dilatação (Obs. 25).

Parece tão óbvio que as pessoas devam ser tratadas com respeito e educação, mas infelizmente não era o habitual. Talvez por isso a cena descrita nesta última vinheta tenha surpreendido a observadora.

De uma forma geral, os médicos obstetras demonstraram impaciência com as pacientes, como se estivessem prestando um favor em atender aquelas mulheres:

Foi quando ouvi um barulho de chinelos arrastando. Era o médico, que iria examinar Gessi. As técnicas logo vieram assessorá-lo, e ele constatou, por um exame de toque, que ela estava com 8 cm. Poxa, que bom, talvez veja seu parto! E assim passou uma hora, até que o médico viesse novamente. Da segunda vez, também arrastando os chinelos, cheguei a ficar com raiva. Que falta de respeito! Será que isso tudo é má vontade? (Obs. 13).

Outro exemplo desse tipo de atitude foi relatada pela observadora quando presenciou o médico interagindo com a mãe de uma paciente:

O médico explicou a situação, e a mulher pedindo que o médico fizesse logo a cesariana, pois no primeiro parto de sua filha, ela não conseguiu o parto normal. O médico, paciência zero, disse que não era o caso de fazer uma cesariana, por enquanto, e com a insistência da mulher, ele disse que a chamaria para fazer a cesariana então. Acho que a mulher nem entendeu, e continuou ali. O médico deu as costas e foi embora (Obs. 25).

Além da impaciência, a observadora testemunhou momentos de grosseria e falta de respeito:

Enquanto isso, chegou uma mulher para exame, e fiquei impedida de voltar para a sala de pré-parto, pois teria que passar por ela, já deitada na mesa ginecológica, e fiquei constrangida. Resolvi esperar. [a técnica em enfermagem] Rafaela a posicionou na mesa e verificou seus sinais vitais. A mulher contou, então, que estava com dores, e que já estava com 41 semanas. O médico veio um tempo depois, arrastando os chinelos, sentou-se na mesinha, de costas para a mulher, e a primeira coisa que disse foi: “tu não está com 41 semanas coisas nenhuma, está com 39 mais 5 dias. Ainda tem tempo.” A mulher deve ter ficado meio atordoada e eu fiquei indignada com tamanha falta de educação. Nem um boa tarde, meu nome é fulano, como é teu nome, como tu estás, nada. E mandou-a embora. A mulher ainda perguntou se não iria ficar, e ele riu ironicamente, dizendo que ela voltasse se a bolsa rompesse ou se tivesse com mais dores. Depois ainda li na ficha que ele orientou quanto ao trabalho de parto... (Obs. 24).

De uma forma geral, os membros da equipe demonstraram não se sensibilizar facilmente com as queixas e expressões de dor e desconforto das mulheres. Nesse sentido, pode-se pensar em mecanismos de defesa que a equipe se utiliza na tentativa de proteger-se da invasão de sentimentos desagradáveis e ansiogênicos. Tal necessidade de proteção parece se voltar, especialmente, contra a dor, a morte, a perda e sentimentos regressivos suscitados pela vivência do parto, a qual remete todo ser humano ao próprio nascimento. Nesse sentido, foi possível observar a identificação dos profissionais com as pacientes:

Em seguida, [a médica] voltou da sala de exames, passando por mim e parando. Começou a conversar, isto é, entrou na nossa conversa, quando disse que Fabiana estava me contando o que tinha lhe acontecido. A Dra. Sílvia disse que isso é bastante comum, e que ela própria perdeu seu primeiro bebê no início da gestação. Seu depoimento foi tão espontâneo que até eu me surpreendi. Fabiana perguntou se depois ela havia conseguido, e Sílvia disse que sim. Em seguida se retirou (Obs. 17).

A mesma obstetra demonstrou sua facilidade em colocar-se no lugar das mulheres em outra ocasião: “Após um exame em uma paciente, a Dra. Sílvia passou pela sala de pré-parto calmamente, olhando para as mulheres, e perguntou se Eliane gostaria de saber como estava indo. Ela então fez um exame de toque e constatou que a dilatação já estava em 8 cm (Obs. 28)”. As iniciativas da médica acabavam surpreendendo a observadora, pois sempre vinham ao

encontro do clima emocional percebido pela observadora. Na primeira vinheta, a Dra. Sílvia parou para participar do diálogo que havia se estabelecido entre a observadora e uma paciente que havia perdido seu bebê ainda no início da gestação. Essa paciente estava trazendo uma série de questionamentos sobre o que tinha lhe acontecido e por que. Nesse momento, parecia que a palavra de um médico seria a única coisa capaz de dar conta dos seus questionamentos. E foi o que a Dra. Sílvia fez, interrompendo a conversa de uma forma não-intrusiva, e sim sensível, trazendo inclusive um exemplo de sua própria vida. Na segunda vinheta, a médica também demonstrou capacidade empática, uma vez que passou pela sala de pré-parto olhando para as mulheres, como se estivesse buscando algo que pudesse ir ao encontro das necessidades emocionais de alguma ou de todas elas. E foi o que aconteceu: ao passar por uma paciente que provavelmente estava aflita para saber como estava se desenrolando seu trabalho de parto, a médica se ofereceu para atender essa sua demanda inconsciente.

Atitudes que denotavam indiferença também foram percebidas:

Enquanto ela estava já na posição solicitada pelo médico, este se movimentava com muita calma, de forma até mecânica mas muito segura, e quase não falava com Cláudia. Para ela era a primeira vez, mas para ele devia ser a milésima, e isso ficava bem evidente. Ao mesmo tempo, parece que ele adora o que faz, pois não dava a impressão de que ele estava contrariado, ou achando aquilo ruim. A expressão dele era de indiferença (Obs.23).

Pode-se pensar nesse tipo de atitude como a expressão de comportamentos defensivos, cujo objetivo seria de proteger o profissional de um envolvimento afetivo com as pacientes.

Por tudo isso, não foi surpresa constatar que alguns profissionais não suportam o ambiente do setor, e evitam permanecer por muito tempo lá dentro: “Lá [no CO] é, na verdade, o local mais improvável para achar a enfermeira do setor, pois a maioria delas não gosta de ficar lá dentro por muito tempo (Obs. 14)”, ou então procuram atividades banais e até mesmo inadequadas para o ambiente de trabalho, como uma tentativa de amenizar o clima emocional pesado que por vezes se estabelece: “Encontrei duas técnicas em enfermagem sentadas na sala de prescrição, conversando e lendo revista. Perguntei se havia movimento e elas me responderam que havia quatro pacientes, mas apenas uma aguardava a cesariana, e as outras estavam em observação (Obs. 65)”. Também as

brincadeiras e os comentários engraçados foram usados pela equipe em alguns momentos, talvez com o mesmo propósito:

A observação continuou comigo parada junto à porta da sala de pré-parto, entre esta e a sala de exames. Ainda pude acompanhar a chegada de uma paciente que foi mandada até o hospital para verificar sua pressão, pois precisava fazer o controle. (...) A mulher parecia muito nervosa, e o médico começou a brincar com ela. Uma pena que ele é tão debochado. A paciente do exame não entendia suas brincadeiras, e [a paciente internada] Lucrécia me olhava com ar de desagrado, como se estivesse achando aquilo uma falta de educação. Eu também comecei a me incomodar com aquilo, e dei uns passos para frente, me afastando da porta da sala de exames (Obs. 72).

A confraternização entre os membros da equipe também se revelou um recurso utilizado por eles para, provavelmente, aliviar a tensão e o estresse que experimentam diariamente, pois convivem por várias horas em um ambiente em que estão aflorados sentimentos bastante primitivos, como o medo. Em uma das observações, a observadora foi convidada a participar de uma festa de aniversário:

Cheguei ao CO no horário habitual, e bati na porta da sala de prescrição, onde os profissionais costumam ficar, para saber como estava o movimento e pedir para que abrissem a porta para mim. Bati, e ninguém respondeu. Estava tudo muito quieto. Fui então até a porta do vestiário, e bati. A porta logo se abriu e, pasmem, havia uma festa! Levei um susto, cheguei a recuar no corredor, pois parecia que eu havia me dirigido ao lugar errado. (...) Dona Luíza prontamente me serviu um pedaço de torta e um copo de refri. Fiquei tentando entender o que tinha acontecido, pois parecia um acontecimento tão improvável... Depois do susto inicial, aproveitei a festa. Estavam todas as técnicas em enfermagem do turno da tarde, tanto do CO quanto da maternidade, além de todas as senhoras que costumam limpar o setor. Os médicos também participaram, e a enfermeira da UTI neonatal, que eventualmente substitui a enfermeira do CO, também veio. Foi uma bonita comemoração. Os assuntos foram os mais diversos, desde comentários sobre atitudes de uma enfermeira que se transferiu para o turno da noite, até outras datas de aniversário e o planejamento de outras festas (Obs. 78).

Em outra observação, foi convidada a participar de uma animada roda de bate-papo:

Solange se juntou ao grupo, e a conversa seguiu animada. Os assuntos foram o celular novo da Solange, o celular da outra que estragou, o piercing que a Rafaela colocou, o piercing que a Solange tirou, a necessidade de Sandra de fazer os pés no

fim-de-semana, etc. Eu já estava ali de pé há algum tempo, pensando que deveria ir ver a paciente e ficar lá naquela sala, e não ali, mas então apareceu Dona Luíza com um banquinho de inox (aquele que os médicos usam para fazer o parto) para eu me sentar. Ela regulou a altura e pediu que eu me sentasse um pouco. Depois dessa, continuei ali (Obs. 30).

Em outros momentos, foi comum encontrar a equipe tentando se ocupar com tarefas mecânicas, talvez utilizando-as também como defesa contra o turbilhão de sentimentos ao qual é muitas vezes submetida:

Na sua barriga [da paciente], as técnicas (as três) instalaram um MAP, e todas elas estavam envolvidas com a colocação da cinta, a verificação dos batimentos e das contrações, e a impressão do exame. Aquele aparelho era o centro das atenções! (...) Fiquei pensando como aquele aparelho tinha mobilizado as meninas, as técnicas, e como eu própria procurava me concentrar em alguma outra coisa (o frasco de soro, o gotejo do soro, o relógio, a rua), tudo para desviar o olhar do sofrimento da Gessi [paciente], que estava com muitas dores (Obs. 13).

Atitudes da equipe médica parecem também servir de exemplo e até de modelo para os demais profissionais. Talvez o profissional, especialmente o médico, seja visto como um líder no grupo, e seu conhecimento e poder de decisão sobre as pacientes do CO podem ser alvo de admiração por parte dos colegas. Em alguns momentos pôde-se perceber o “efeito cascata” das atitudes dos médicos sobre o comportamento do resto da equipe, tanto de forma positiva:

Fiquei um pouco surpresa com a forma de interação dele [o médico] com as pacientes, e com a própria equipe [de técnicas em enfermagem], que parecia mais descontraída e afetuosa nesse dia, inclusive entre elas mesmas: trocavam sorrisos, conversavam e estavam em sintonia umas com as outras, se ajudando nas tarefas (Obs. 43),

quanto negativa:

[a técnica em enfermagem] Colocou uma luva, pediu para Ana Paula abrir as pernas e abriu os lábios vaginais para ver se o bebê estava apontando (coroando!). Quando vinha a contração, Ana Paula fazia menção de fechar as pernas, e foi repreendida por Rafaela [a técnica em enfermagem] por duas vezes. É uma pena, mas Rafaela estava interagindo com Ana Paula como os médicos. Acho que foi aprendido por imitação... (Obs. 31).

O desejo de produzir um “efeito cascata” positivo foi percebido também na postura da observadora que, inconscientemente, tentava mostrar aos profissionais do setor outras formas de estar com e de interagir com as mulheres: *“Fiquei por ali um pouco, e Viviane me convidou para sentar. Agradei, e disse que logo voltaria para ficar com as pacientes (Obs.65)”*.

As atitudes dos profissionais em formação, isto é, dos estagiários, também chamaram muita atenção. Na maioria das vezes os estagiários eram porta-vozes do clima emocional presente no setor: *“O estagiário da obstetrícia também era um caos. [Os médicos] deixavam ele fazer o primeiro contato com a paciente, mas o menino era bastante impaciente, estúpido e introspectivo (Obs. 28)”* e em outras ocasiões, eles próprios ditavam o tom:

Em seguida, chegaram duas estagiárias, que entravam no setor pela primeira vez. Acabei acompanhando muito a movimentação delas. As estagiárias foram orientadas pela professora a verificar os sinais. Elas pegaram primeiro o aparelhinho para ouvir os batimentos cardíacos. [Uma delas] se dirigiu para a primeira cama, a daquela [paciente] que estava com cólicas, e foi levantando o cobertor. A mulher se apressou em dizer que ela não tinha batimentos, isto é, não tinha bebê. A menina ficou muito sem jeito, e não sabia mais o que fazer. Tentou remendar perguntando se ela estava sentindo alguma coisa, e então soube das cólicas e da dor de cabeça. Foi, então, para a cama ao lado, e ali foi uma função. Ela não ouvia os batimentos do bebê de jeito nenhum, e se eu fosse aquela gestante, já estaria pensando que meu bebê tinha morrido. Foi uma tensão. Até que ela chamou a colega, que achou os batimentos (Obs. 25) e

As estagiárias desse dia pareciam mais experientes que as da outra observação, especialmente uma moreninha. A mais velha custou um pouco a encontrar os batimentos do bebê da Paula, mas foi bem menos angustiante que da outra vez. A moreninha interagia bastante com as mulheres, puxava assunto e era interessada. Mas também era um pouco desatenta. Já a outra era mais calada, mas meticulosa (Obs. 26)”.

A falta de experiência e a provável insegurança experimentada pelos estagiários pode ter contribuído para que eles buscassem referências na própria equipe, que por sua vez acabava influenciando a forma como os alunos interagem com as pacientes. Ao mesmo tempo em que era lamentável quando os estagiários imitavam atitudes de cunho arrogante e onipotente, podia-se perceber, em alguns, a dificuldade de conformar-se com o tipo de atendimento que eles se viam obrigados a prestar, ou que acabavam testemunhando, e que era visto como falho

e incompleto: “*Em seguida, [a estagiária] disse que precisava me passar uma coisa, e que na verdade ela não sabia como dizer. Comentou, então, sobre um fato que ela julgou como mau atendimento (Obs. 58)*”.

Já entre os profissionais, pôde-se perceber uma certa acomodação com a situação que se apresentava, talvez revelando comodismo ou conformismo:

Ele [o médico] constatou que ela estava com 2 cm de dilatação, e que seu trabalho de parto não havia evoluído nada desde que estava internada. Ele decidiu levá-la para o bloco para uma cesariana, mas não falou isso a ela. Livia e Luciana começaram a arrumá-la e ajeitar seus papéis, e Simone parecia não estar entendendo nada. E também ninguém lhe explicava coisa alguma. Ouvi que, a certa altura, ela perguntou se faria uma cesariana. Livia disse que sim. Ela esperou um tempo, se encorajou e perguntou porque. Livia não sabia dizer, mas achava que era porque o médico constatou que ela não teve dilatação, e talvez também porque já tinha uma cesárea anterior. Livia perguntou há quanto tempo tinha feito a outra cirurgia, e Simone respondeu dois anos e meio. A explicação de Livia não parecia convencê-la (Obs. 67).

A equipe do setor esteve composta, na maior parte das observações, por três técnicas em enfermagem, duas obstetras e uma funcionária da limpeza. Entretanto, quatro técnicas em enfermagem seria o número ideal para que elas pudessem realizar um trabalho de qualidade em dias de grande demanda, e em algumas observações o quadro de técnicas estava completo. Cabe ressaltar que todos os profissionais de nível técnico que atuam no CO são do sexo feminino. Também fazem parte da equipe uma enfermeira e os pediatras que são chamados quando ocorre um parto. Estes profissionais permanecem no setor apenas durante o tempo necessário para realizarem algum procedimento, resolver problemas ou atender intercorrências. Durante as observações foi possível acompanhar também o trabalho de estagiários do curso técnico em enfermagem e do curso superior em enfermagem.

Apesar de contar com uma equipe aparentemente numerosa, foi possível constatar a sobrecarga de trabalho a qual os profissionais são submetidos em algumas situações:

A equipe parecia muito atarefada nesse dia, pois além de ter ocorrido três partos em questão de meia hora, a colega que fica na maternidade estava sozinha, e elas estavam num dilema entre sair para ajudá-la e ficar. A enfermeira também parecia

sobrecarregada, pois estava com os três setores (maternidade, CO e UTI neonatal) (Obs. 31).

Ao mesmo tempo, a observadora também testemunhou momentos em que não havia nenhuma paciente internada no setor:

Bati na porta (aquela dividida ao meio), não sem antes reparar que estava muito quieto. Também não havia nenhuma mulher esperando no corredor para ser examinada, e as luzes da sala de pré-parto estavam apagadas. Fui atendida pelas três técnicas em enfermagem que faziam o plantão do turno. (...) E logo acrescentaram que, naquele dia, não havia nenhuma parturiente ou gestante internada no CO. E demonstraram desconfiança, dizendo que quando isso acontece, elas prevêm muito trabalho nos dias seguintes (Obs. 14).

Esses dois exemplos ilustram o que a observadora chamou de “elemento surpresa”, e que pode ser entendido como aquelas situações imprevisíveis que ocorrem a qualquer momento, e que produzem na equipe uma sensação de desconfiança e de apreensão. Essa falta de controle sobre os episódios futuros experimentada pela equipe remete aos sentimentos experimentados também pelas mulheres em relação ao parto, especialmente ainda durante a gravidez. O parto é um evento, na maioria das vezes, imprevisível. Se o curso natural é respeitado, o parto não pode ser previsto, e quando é desencadeado, não pode ser controlado. Assim, percebe-se que a equipe compartilha, de forma inconsciente, de inúmeros sentimentos que as mulheres ali internadas também experimentam, o que, de uma certa forma, poderia ser usado pelos profissionais a favor das mulheres e deles próprios, facilitando a empatia e a comunicação, e permitindo que as necessidades das parturientes e demais pacientes fossem atendidas de uma forma mais eficiente.

Outra questão que chamou a atenção da observadora foi o fato de a mesma equipe funcionar de formas tão diferentes de acordo com a situação. Em algumas ocasiões, a equipe se revelava coesa e organizada: *“Anita acompanhou a paciente até a porta, e Sandra logo começou a arrumar o leito que ela ocupava, tirando os lençóis. Em seguida, veio Luíza limpar o leito. Tudo se encaixava harmoniosamente (Obs. 16)* e em outras, parecia fragmentada e atrapalhada:

Quando todos se foram, restou no setor a bagunça, a sujeira e todas as outras pacientes, esquecidas desde o início do plantão (13 hs, e já eram quase 14:30). As meninas, técnicas de enfermagem, não sabiam por onde começar. Enquanto se organizavam, uma enfermeira que é supervisora de estágio, ainda comunicou que

havia problemas com o bebê que estava na admissão em observação. Isso as deixou ainda mais atrapalhadas. Dona Luíza [funcionária da limpeza] entrou na sala onde Maria estava sendo atendida para começar a arrumação, e todos se envolveram, inclusive eu, que ajudei a enfermeira a devolver alguns equipamentos na UTI neonatal, e a empurrar a mesa ginecológica de volta para o seu lugar (Obs. 23).

Em alguns momentos, também foi possível perceber o esforço da equipe de técnicos e estagiários de enfermagem para se manter afastada dos sentimentos de impotência provocados pelas mulheres internadas, especialmente quando elas expressavam medo, angústia e dor:

As estagiárias [de enfermagem] estavam todas em cima dela [da paciente], isto é, ao seu redor. A cada contração, aquela [estagiária] que segurava a mão de Sandra se mostrava cada vez mais incomodada, mas não largava a paciente. (...) As dores de Sandra iam ficando cada vez mais fortes, e ela começou a pedir ajuda: “ai, me ajuda, alguém me ajuda”, apesar de estar cercada de gente. Isso era muito estranho, pois ia dando uma sensação de impotência, de inutilidade, de estar sobrando, e essa sensação só aumentava. (...) Sandra continuou verbalizando, pedindo ajuda. A hora ia se adiantando, e as estagiárias precisaram ir embora. Despediram-se e disseram que no outro dia a visitariam no quarto, quando então gostariam de saber como tudo tinha ocorrido. A estagiária que ficava alisando o braço de Sandra saiu com uma expressão de total transtorno, e até me preocupei com aquela moça, pois acho que tudo aquilo mexeu com ela (Obs. 57).

As tentativas da equipe de burlar seu próprio constrangimento e de superar seus sentimentos de impotência foram percebidos em algumas situações, seja através de um discurso pronto:

Quando vinha a contração, ela chorava e gemia, pedindo ajuda. Todos passavam por ela dizendo que ela não precisava chorar (Sandra, técnica em enfermagem), ou que era assim mesmo (estagiária), que era o bebê que estava chegando (estagiária), enfim, comentários totalmente desnecessários. Eu tinha vontade de ficar ao lado dela, sentar ao lado e ficar ali. Se fosse dizer alguma coisa, diria que eu estava ali com ela (Obs. 26);

através da ocupação com tarefas mecânicas e impessoais:

Lá dentro, encontrei Lívia, Janaína e Anita fazendo uma série de arrumações em materiais do setor.(...) Elas estavam fazendo uma faxina geral em bandejas e frascos de álcool e outros produtos, bem como etiquetando-os. Pensei que o CO

deveria estar vazio nesse dia, e perguntei se havia pacientes. Elas disseram que havia quatro [e são seis leitos no total], mas que estava tudo calmo (Obs. 63)

ou através de um explícito pedido de ajuda: “*Enquanto eu ainda me encontrava próxima de Gessi, o médico passou por ali e comentou que eu deveria vir sempre ver como era o trabalho ali no CO, para ver o que eles passavam (Obs. 13)*” e “*Fui até lá e, ao entrar no vestiário, encontrei a senhora da limpeza, que logo foi dizendo “ai que bom, hoje tu [a observadora] vai estar com a gente!” (Obs. 43)*”.

Foi possível perceber sentimentos de impotência experimentados pelos profissionais da enfermagem também em relação às suas possibilidades de atuação profissional. Existem tarefas privativas do enfermeiro e outras do médico, e as técnicas de enfermagem, que passam a maior parte do tempo com as pacientes, acabam demonstrando, além de impotência, também sentimentos de frustração por não poderem tomar certas atitudes que, inclusive, poderiam aliviar a ansiedade das mulheres e contribuir para o estabelecimento de um clima emocional mais favorável:

Perguntei [para uma técnica em enfermagem] se havia uma regra ou uma frequência indicada para o exame de toque, para acompanhar a dilatação, mas ela disse que achava que não, que o médico decidia conforme o caso. Comentei com ela que, desde a internação (às 13:00 horas), não havia mais nenhuma referência a isso na pasta [da paciente]. Ela deu de ombros, e pensei quantas vezes elas também devem ter vontade de chamar o médico, saber como andam as coisas, e não podem. O médico parece se encontrar num outro patamar, e onde ele não deve ser jamais incomodado (Obs. 16).

O grupo de supervisão destacou a provável sensação de abandono e de descaso experimentada pela equipe de enfermagem, que muitas vezes precisa se submeter às decisões médicas, sem direito de emitir opiniões, mesmo sendo os profissionais da enfermagem os que mais tempo dedicam ao atendimento das mulheres internadas no CO (Sup. 16).

3.3 Eixo III – Descortinando a Vivência das Mulheres em um Centro Obstétrico

Os eixos I e II, respectivamente denominados Impressões Iniciais e A Rotina em um Centro Obstétrico, tiveram a intenção de fornecer ao leitor a descrição do espaço físico onde se desenvolveu esse trabalho, e também mostrar como era o funcionamento do setor, oferecendo um panorama geral de como se

dava a entrada e a permanência das mulheres nesse ambiente. Procurou-se destacar, principalmente no eixo II, as demandas emocionais provocadas pela submissão à rotina própria de um Centro Obstétrico, enfatizando especialmente os aspectos gerais e que se repetiram ao longo de todo o trabalho.

Já o presente eixo, denominado Descortinando a Vivência das Mulheres em um Centro Obstétrico, pretende abordar o trabalho de parto e o parto em si, que é o cerne desse trabalho, a partir da perspectiva das mulheres que viveram essas experiências. Para tanto, nesse eixo o leitor será convidado a ver as mulheres e se identificar com elas, assumindo o desafio de ir além da estrutura física e da rotina do setor e se aproximar de emoções primitivas suscitadas ao longo das observações. Acredita-se que essa aproximação contribuirá para o alcance do objetivo principal deste trabalho, que é o de desvendar e conhecer, através da observação, a vivência emocional da mulher que dá à luz.

Após internadas no Centro Obstétrico, foi possível perceber que as mulheres precisam se sujeitar à rotina vigente no setor. Essa rotina contém, além de aspectos de ordem prática e que incluem procedimentos médicos e de enfermagem, também aspectos subjetivos. A forma como as mulheres são tratadas e como são, ou não, cuidadas, confere ao Centro Obstétrico uma atmosfera única, talvez dificilmente encontrada em outro setor de um hospital. E foi nesse ambiente que a observadora tentou ver as mulheres, no sentido de ir além do que era dito e do que estava padronizado e enraizado na conduta das pessoas, para ver a singularidade de cada uma das mulheres internadas, e poder compreender o parto na sua totalidade, buscando, através da singularidade de cada uma, aspectos comuns e próprios da experiência de dar à luz.

A forma como experimentam o trabalho de parto e o parto variou muito de mulher para mulher. Cada uma delas, a seu modo, viveu essa experiência de forma única. Entretanto, alguns aspectos comuns puderam ser destacados ao longo do tempo. Bick (1964), a criadora do método utilizado nesse trabalho, já salientava que a observação sistemática permite ao observador ir identificando padrões de comportamento que se repetem dia após dia. A autora se referia aos padrões estabelecidos entre mãe e bebê e que acabavam selando a relação entre eles e conferindo a esta relação um colorido único e uma identidade própria. Na aplicação do método em sala de parto, apesar de haver uma variedade imensa de personagens, foi possível identificar aspectos comuns à maioria das mulheres. Esse fato permite supor que o parto e todas as suas fases, desde o trabalho de

parto até os primeiros contatos com o bebê, é uma experiência de caráter universal. Apesar de ser vivida de forma única por cada mulher, ela contém aspectos comuns a todas elas.

Inicialmente, a aparência física das mulheres foi uma questão que chamou atenção da observadora. Foram feitas inúmeras descrições da aparência em geral: *“Paola tinha a aparência de uma menina. Era bastante miúda, com os cabelos longos descuidados, e uma tatuagem artesanal no braço direito, imitando uma pulseira (Obs. 16)”*; *“Silvana tem a aparência bem judiada, e é miúda e magrinha (Obs.13)”*; *“Ao seu lado estava Tatiane, um ano mais velha, mas com aparência de menina. Ela era moreninha, de cabelos escuros e feições indígenas (Obs.28)”*; *“Na outra fileira de camas estava Lúcia, uma mulher mais velha, de cabelos curtos e aparência masculinizada (Obs.28)”*; e *“Fiquei com pena de Rosane: ela era bastante jovem, mas já tinha um jeito sofrido, além de ter uma aparência pouco saudável (Obs.63)”*. Entretanto, foi a insistente referência da observadora à aparência das barrigas que se destacou nos relatos. As barrigas das gestantes foram constantemente procuradas pelo olhar da observadora, que as descrevia como pequenas ou grandes, ou como grávidas e não-grávidas: *“Na sala de pré-parto, que estava cheia, havia quatro pacientes. Entretanto, apenas uma parecia estar mesmo grávida, pois era a única que tinha barriga. Pensei: será que todas as outras perderam o bebê?(Obs. 25)”*; *“Na cama da frente estava uma mulher, que não sei o nome, e que parecia sem barriga. Ela se queixava de cólicas e de dor de cabeça, e parecia mais velha e judiada (Obs.25)”*;

Na cama ao seu lado estava uma moça bem jovem, loira e de cabelos longos e crespos. Ela sim tinha barriga, até grandinha, e depois soube que ela estava ali em observação, pois sua pressão estava alta. Ao lado dela estava Loiva. (...) Ela estava bem grávida, e parecia ansiosa por ter contato com alguém. Toda vez que passava os olhos por ela, ela estava me olhando, e sorria, como quem quer puxar um papo. Ao mesmo tempo, seu sorriso parecia nervoso. (...) E na última cama, paralela à parede onde eu estava, havia uma mulher, sem barriga, e essa sim parece que tinha perdido o bebê (Obs.25);

“Loiva, a paciente do barrigão, logo iria para a cesariana (Obs.25)”; *“Ela era morena e tinha uma barriga pequena (Obs.31)”*; *“Lia parecia uma menina: era magra, com uma barriga bem pequena, sua pele era bem branca e os cabelos castanhos encaracolados e curtos. Seus olhos eram vivos e de uma cor bonita, um pouco esverdeados. Deitada, ela parecia bem miúda (Obs.43)”*; *“Ela era bem*

gordinha, e sua barriga grande parecia de uma gestante quase a termo (Obs.44)”; e “Ane praticamente nem se mexia. De vez em quando, alisava a própria barriga e suspirava. Pela posição que estava, podia ver as inúmeras estrias vermelhas em sua barriga, que parecia já não agüentar mais todo aquele volume. Literalmente, sua barriga já tinha arrebentado... (Obs.60)”.

Nas referências feitas pela observadora à aparência em geral e às barrigas das mulheres, dois aspectos chamaram atenção. O primeiro deles diz respeito à fragilidade possivelmente expressa pelas mulheres e captada pela observadora, que utilizou palavras como “miúdas”, “magrinhas” e “judiadas” para descrevê-las. O outro aspecto segue essa mesma linha, e revela a impressão da observadora sobre o fato de ser difícil e, para algumas mulheres talvez insuportável, sustentar a situação de gravidez e enfrentar o parto de forma segura e tranqüila. Algumas mulheres foram descritas como ansiosas, outras como assustadas, e uma delas ilustrou, através das estrias visualizadas na sua barriga, as inúmeras marcas que uma gravidez e um parto são capazes de deixar na vida de uma mulher. É evidente que, aqui, não se faz referência apenas às marcas no corpo, mas se pretende explorar as marcas deixadas na alma dessas mulheres. Essa preocupação da observadora com as “marcas” deixadas pelo nascimento de um filho foi expressa em um dos relatos: *“Como será que era para ela ter um bebê naquela idade? Fiquei pensando em mim com 17 anos, e em como teria sido a minha vida se tivesse tido um filho naquela época (Obs.59)”*. Começa a se evidenciar aqui a identificação da observadora com as mulheres, e a forma intensa como a história de vida e a experiência de cada uma encontrava eco nas questões pessoais da observadora.

Além disso, a atenção dada pela observadora às barrigas das mulheres parece revelar um mecanismo de dissociação, presente também na equipe. Em diversas situações, inclusive as já descritas no Eixo II – A Rotina em um Centro Obstétrico, as mulheres não foram vistas de forma total. Nos casos das gestantes e parturientes, percebe-se uma sobreposição da condição de grávida à condição de mulher. Talvez por isso, tenha sido tão difícil para os profissionais compreenderem o que a observadora veria no Centro Obstétrico quando não ocorriam partos. Para eles, talvez a única coisa que poderia interessar a uma pessoa de outra área do conhecimento, e que não estava envolvida com o atendimento das pacientes do CO, seriam os partos e os bebês.

Após o parto, em pelo menos três ocasiões a observadora testemunhou expressões das mulheres sobre a “falta” da barriga: *“Em dado momento, para surpresa de todos que estavam por ali, Cláudia exclamou, quase assustada, que não tinha mais a barriga (e isso se deu após o obstetra retirar a placenta e lhe mostrar). (...) Cláudia apalpava sua barriga e levantava o avental para olhar-se (Obs.23)”*; *“Também falou da barriga, que era estranho não ter mais a barriga que tinha, mas que os pontos ainda eram a pior parte. (Obs.43)”*; e *“Os olhos de Carla brilhavam, mesmo depois de sua bebê ter sido levada para a sala de admissão. Ela colocou a mão sobre a barriga, e exclamou que já não tinha mais nada na barriga, e que era estranho (Obs.67)”*.

Nesse trabalho, um dos grandes desafios experimentados pela observadora foi, justamente, o de ir além da aparência, buscando atrás das barrigas as mulheres que elas escondiam. Esse parece ser, constantemente, um desafio também para os profissionais, pois frequentemente a observadora percebeu atitudes de desatenção e de indiferença para com as mulheres, expressas através da mecanização das falas e dos procedimentos:

Quando vinha a contração, ela chorava e gemia, pedindo ajuda. Todos passavam por ela dizendo que ela não precisava chorar (técnica em enfermagem), ou que era assim mesmo (estagiária), que era o bebê que estava chegando (estagiária), enfim, comentários totalmente desnecessários. Eu tinha vontade de ficar ao lado dela, sentar ao lado e ficar ali. Se fosse dizer alguma coisa, diria que eu estava ali com ela (Obs.26).

Outro desafio experimentado pela observadora foi a tentativa de controlar a própria ansiedade, conseguindo manter sua postura de observadora e deixando de lado atitudes intervencionistas, que facilmente poderiam tornar-se intrusivas. A questão da necessidade de controlar, seja a própria ansiedade, o ambiente, o ritmo, a ordem e a forma dos acontecimentos, e o próprio processo de nascimento parece ter sido um aspecto compartilhado pela observadora com a equipe e também com as mulheres, evidenciando o processo de identificação da observadora, ora com os profissionais, ora com as pacientes. Essa necessidade de estar no controle parece ser vivida de forma intensa pelas mulheres. A falta de controle sobre todo o processo de nascimento do bebê pareceu provocar grande dose de ansiedade nas pacientes:

[O médico] apareceu para examiná-la, e quando levantou o cobertor, exclamou que ela tinha evacuado. O cheiro infestou o ambiente, e Caren parecia muito envergonhada. Continuei no meu lugar, mesmo querendo sair. O médico a examinou e disse que estava com 6 cm de dilatação. E pediu para que uma das técnicas limpasse Caren. (...) Caren voltou para a cama e, ao se sentar, já sujou de novo a cama com fezes, que pareciam sair sem o seu controle. Ela se acomodou na cama e me disse que estava com muita vontade de fazer cocô. Acabei falando que provavelmente era a pressão que o bebê estava fazendo que aumentava essa sensação. Que bobagem, não era só uma sensação, ela estava fazendo cocô! Fiquei aos pés da cama de Caren, e ela se mantinha muito alerta todo o tempo, tanto durante como entre as contrações. Aquilo me chamou a atenção, pois muitas se voltam para si mesmas, como estavam todas as outras. Caren disse que conheceu uma paciente que teve seu bebê mais cedo (era a mãe do bebê que ainda estava na admissão), e que ela também teria demorado para ganhar o bebê. Disse que gostaria de fazer uma cesariana, assim como essa colega fez. (...) Caren chamou por alguém, mas não havia ninguém da enfermagem por perto, e as estagiárias não podiam entrar. Fui até ela, e ela me disse que estava com medo que seu bebê iria nascer ali mesmo, e ninguém ia ver. Perguntei se ela queria que eu chamasse alguém, e ela suplicou que sim. (...) [o médico] Se levantou, vestiu as luvas, e constatou que ela já estava com 7 cm. Pelo menos Caren sabia que o bebê não estava saindo dela, se esvaindo dela, assim como suas fezes. Me dava a impressão que ela não queria se desfazer daquele bebê. Era como se ela fechasse suas pernas, na tentativa de segurá-lo lá dentro. Era seu 1º filho, e sua idade era de 26 anos, fato pouco comum na população que o hospital atende (Obs.58).

Essa vinheta ilustra de forma bastante clara o desejo da paciente de exercer algum controle sobre o processo, especialmente quando ela expressa a vontade de realizar uma cesariana. Geralmente, as cesarianas eletivas têm estreita relação com a necessidade das mulheres de exercerem controle sobre o processo do nascimento de seu filho. Além disso, a eliminação de fezes sem controle ilustra bem a sensação de não ter controle sobre o trabalho de parto e o parto propriamente dito.

Talvez a rapidez com que o trabalho de parto e o parto se desenrolam possa contribuir para essa sensação de falta de controle, pois é preciso enfrentar uma situação ansiogênica, assustadora, às vezes desconhecida e sempre incontrolável, tudo em um curto espaço de tempo. Algumas mulheres verbalizaram essa sensação de que a chegada do bebê tinha se dado de forma rápida, e até inesperada: *“Me aproximei dela, e a conversa continuou. Disse que*

nem acreditava que já tinha passado, que tinha sido tudo tão rápido. Ela esperava o bebê para março, e planejava ir para a cidade de sua família para ganhar [o bebê] lá. Mas saiu tudo diferente (Obs.43)”; “Disse que estava em trabalho de parto desde de manhã, e que o seu primeiro filho tinha nascido mais rápido. Disse que quase não podia acreditar que tudo tinha passado, pois foi tudo muito rápido (Obs.44)”;

Seu parto foi muito rápido. Paula subiu na mesa de parto com ajuda, o médico chegou, ela empurrou uma vez e o bebê já apontou. Na segunda força que fez, o bebê nasceu, sem episiotomia. O médico elogiou muito Paula, e disse que todos os partos deveriam ser como o seu. (...) Paula dá a impressão de deixar a vida levá-la. É como se tudo escapasse a seu controle e, ao mesmo tempo, ela parece gostar disso. Seu parto foi rápido demais, assim como parece ser tudo na sua vida. Não pude deixar de lembrar daquela música: o acaso vai me proteger, enquanto eu andar distraído...(Obs.71) e

Nair começou falando que tinha achado tudo muito rápido, e que por ela nem teria vindo ao hospital. Contou que sua bolsa rompeu às 9 horas da manhã, mas que não sentia dor, e resolveu esperar. Foi por insistência do marido que ela foi ao hospital, e cerca de uma hora depois da sua chegada, as bebês já tinham nascido. Ela contou que o parto do seu primeiro filho demorou 7 horas, e da segunda filha, 11 horas. E as gêmeas vieram de repente, e de uma forma muito rápida (Obs.76).

Também foi possível perceber, em algumas mulheres, o extremo desconforto provocado pela necessidade de controlar o próprio corpo:

No leito 1, Sônia começou a ter dores mais fortes. Quando a dor vinha, ela se retorcia, como se seu corpo precisasse encontrar uma posição mais confortável. E assim foi durante uma hora: a dor vinha e ela se retorcia, em movimentos quase sexuais. Ela também começou a chorar, e a gemer durante as dores. (...) Sandra continuou no seu processo, tentando fazer tudo que as técnicas lhe pediam, como a forma de respirar e ficar deitada para o lado esquerdo. Mas seu corpo reagia e se movia de forma quase autônoma, e sentia que ela tentava controlá-lo, obedecendo às “ordens”. Era quase uma violência (Obs.44).

Tal desconforto parecia agravado pelas orientações que as pacientes recebiam da equipe, como o lado para o qual deveriam deitar, a necessidade de ficar deitada e não poder caminhar, e até mesmo a impossibilidade de ir ao banheiro:

Durante esse tempo, Mara foi ao banheiro mais umas duas ou três vezes. Até que, na última vez, as técnicas [de enfermagem] pediram que ela não fosse mais ao banheiro, e que se precisasse fazer xixi, que pedisse a comadre, pois ela já estava com 6 cm [de dilatação] de manhã cedo, e o bebê poderia vir a qualquer hora. Ela pareceu meio contrariada, mas aceitou (Obs. 76).

O desconforto provocado pelo fato de não estar à vontade foi experimentado também pela observadora:

É tão estranho, mas as mulheres não estão à vontade para se movimentarem e fazerem o que têm vontade, ou o que estão sentindo que seu corpo necessita. E eu me sinto da mesma forma: até para sentar, preciso perguntar, e acho que não posso (eu fico em pé o tempo todo, e no final dessa observação o Dr. Osvaldo perguntou como eu agüentava ficar tanto tempo em pé, e que achava que eu deveria sentar) (Obs.31).

De repente, algo tão familiar e conhecido, como o próprio corpo, passa a ser comandado por outro, que dita as regras e determina o que deve ou não ser sentido. A necessidade de ter que dar conta de todas as orientações dadas pela equipe pareceu provocar uma espécie de atordoamento, como se as mulheres estivessem perdidas: “*Cinara parecia atordoada, sendo orientada a fazer mil coisas ao mesmo tempo (Obs.23)*”, além de fazer com que se sentissem encurraladas, acuadas e ameaçadas durante a internação no Centro Obstétrico, chegando a verbalizar a vontade de ir embora ou até mesmo de fugir dali:

Vi Livia atrás de mim preparando uma medicação (...). Foi até Mariela e colocou uma medicação direto no abocath. Depois, foi até ela com uma injeção para ser feita no bumbum, e então Mariela se desesperou. Disse que não faria a injeção, que queria ver sua mãe, que queria sair daquele hospital, que queria que a mãe dela a levasse embora, que ela queria ficar no corredor com sua mãe, que queria ficar caminhando, que não agüentava ficar ali dentro, que estava se sentindo mal (Obs.66).

A vontade de ir embora, de sair daquele ambiente, de retomar as rédeas sobre a própria vida e se colocar novamente no controle também foi experimentada pela observadora, e expressa pela vontade de, assim como as mulheres, ir embora dali:

Eu já estava ali há quase duas horas, e comecei a ficar muito cansada. Tinha muita fome, estava com frio e com dor na barriga, talvez de fome, não sei bem. Tinha

muita vontade de ficar, e também muita vontade de ir embora e ver outras coisas. Talvez passear no shopping, ir ao cinema. Mas estava cansada. Acho que estava cansada era daquilo tudo... (Obs.13).

Nenhum dia foi igual ao outro, apesar de ser possível, em uma análise longitudinal, identificar certos padrões. Talvez essa inconstância, somada ao imprevisto e às emergências que por vezes ocorrem, parecem demandar da equipe a necessidade de controlar esse ambiente, de determinar seu ritmo e seus acontecimentos. Também é possível perceber como a equipe sente-se atrapalhada quando os acontecimentos do dia surpreendem: *“A sala de pré-parto estava cheia, e a cama que a mulher que deu à luz ocupava ainda estava suja. Parecia que o espetáculo tinha começado nesse dia sem muito cuidado, pois também as técnicas pareciam não estar bem prontas, e uma ainda estava de tamancos (Obs.28)”*.

Além da necessidade de exercer algum controle sobre o processo de nascimento do bebê, foi possível observar inúmeros outros aspectos comuns às mulheres ali internadas. Um desses aspectos foi descrito pela observadora como alienação: uma espécie de estado alterado de consciência que fazia com que as mulheres ficassem alheias ao mundo ao seu redor, interagissem pouco com o ambiente à sua volta, verbalizassem pouco e até dormissem durante a evolução do trabalho de parto. Em algumas situações, era possível compreender esse comportamento alheio, ou indiferente, como uma defesa contra a avalanche de sentimentos e sensações que as mulheres poderiam estar experimentando. Em uma situação específica, foi observado esse padrão de comportamento em uma gestante que estava prestes a dar à luz um bebê extremamente prematuro, com pouco mais de vinte e seis semanas de gestação: *“Já Sabrina parecia totalmente alheia ao que estava prestes a lhe acontecer: dar à luz um bebê muito antes do tempo, enfrentar uma hospitalização e todos os riscos da prematuridade (Obs.13)”*. Entretanto, não era necessário haver uma situação de alto risco, para a mãe ou para o bebê, para que as mulheres se mostrassem alheias, o que também pode ser uma forma de defender-se das demandas emocionais provocadas pelo nascimento de um filho:

*Havia quatro pacientes ali, todas bastante quietas, como se estivessem dormindo.
 (...) Elas estavam muito recolhidas, todas de olhos fechados, e não quis incomodar.
 (...) Júlia permaneceu quase todo o tempo deitada e virada para a parede. Consegui ver seu rosto apenas em um momento que ela se sentou na cama e se ajeitou para virar de lado. Ela tinha feições bonitas, mas seu rosto era uma incógnita: ela tinha*

cara de mulher, mas ao mesmo tempo de menina. Ela me viu ali parada, e sorriu, para novamente se deitar e desaparecer - às vezes lembro do mar, e de como essas mulheres parecem mergulhar num mar sem fim, vindo à superfície em poucos momentos, talvez para mostrar que ainda estão ali. Na verdade, se sabe que elas estão ali, mas não se sabe muito bem por onde andam (Obs.62).

Essa alienação também revelou a forma e a intensidade com que as mulheres envolvem-se consigo mesmas nesse processo. Nesse sentido, pode-se pensar nesse comportamento não apenas como defesa, mas também como a manifestação de sentimentos bastante regressivos, inomináveis e intensos:

Voltei ao lugar onde costumo ficar, o que acabou me deixando aos pés da cama da Fabiana. Ela me olhava curiosa, o que não chegava a me deixar sem jeito como esperava. A outra menina também. A única que parecia totalmente envolvida consigo mesma era Marisa, como se estivesse totalmente alheia ao que estava lhe acontecendo (Obs.17).

Nesse mesmo sentido, também foi muito comum ver as mulheres dormindo durante o trabalho de parto: “A gestante gemelar chegou (...) Ela era uma mulher muito judiada, com 39 anos, mas que pareciam 90. (...) Ela já estava com quase 9 cm, mas não se queixava de dores: quando saí do CO, ela dormia tranqüilamente (Obs.28)”. Outras simplesmente mantinham-se afastadas do mundo externo: “De vez em quando ela me olhava, tentava sorrir, mas logo entrava naquele estado de torpor, como tantas outras que eu já vi ali, fechadas em si mesmas (Obs.44)”.

É interessante constatar que a alienação não esteve presente apenas durante o trabalho de parto, mas também durante o parto propriamente dito, tanto em um parto normal: “Leide parecia um pouco alheia a tudo, e fazia tudo que lhe era pedido. Ela ficou um bom tempo ali na mesa de parto, até que o bebê nasceu. O médico parecia muito tranqüilo, e ia explicando tudo para ela: a anestesia, a episiotomia, a força que deveria fazer (Obs.43)”, como em uma cesariana: “Cíntia chegou, e ele [o anestesista] começou a lhe explicar os procedimentos para anestesia. Cíntia parecia já estar anestesiada. Ela não questionava nada, não esboçava reação, parecia muito distante de tudo. Era como se tudo estivesse acontecendo com outra pessoa (Obs.58)”.

O grupo de supervisão apontou esse tipo de reação das mulheres como um exemplo de identificação com o bebê (Sup.26). Quando nasce, o bebê encontra

um mundo até então desconhecido, e que será, pouco a pouco, apresentado a ele por sua mãe. Nesse período inicial, o bebê alterna períodos de vigília com longos períodos de sono, o que acaba protegendo o bebê de uma invasão excessiva de estímulos com os quais ele ainda não tem condições de lidar. O grupo de supervisão entendeu que, da mesma forma, as mulheres que se encontram internadas em um Centro Obstétrico, prestes a dar a luz, e mergulhadas em um estado regressivo, também utilizam mecanismos arcaicos como defesa, e entre eles pode-se destacar esse movimento de desligar-se do mundo externo.

Um outro exemplo de identificação das mulheres com o bebê apareceu na descrição que a observadora fez de uma situação na qual uma mulher recebeu a notícia do óbito de seu bebê recém-nascido:

E na cama aos pés de Priscila estava outra paciente, tapada até o queixo, e com os olhos bastante arregalados. Ela não se mexia, parecia congelada. Logo em seguida à minha chegada, após me acomodar perto da porta do banheiro, chegou a pediatra para conversar com ela, a paciente. Ela lhe disse que tinham feito de tudo, mas seu bebê não tinha sobrevivido. Foi como se tivessem me dado um soco no estômago. Fiquei sem ar, sem saber o que dizer (como se eu precisasse dizer alguma coisa...). Foi então que ouvi a voz da mãe dizendo, apressadamente, “fazer o que”. A médica ainda explicou que o bebê não tinha respirado em nenhum momento, o que indicava que ele deveria ter algum outro problema além de ser muito pequeno. Era um prematuro de 26 semanas, e o parto tinha acontecido cerca de meia hora antes. A médica completou dizendo que fariam um raio x para confirmar o que havia acontecido, e que ela sentia muito. Quando se virou para sair, me viu ali parada e deu de ombros. Pensei que deve ter sido duro para ela dar aquela notícia, o que saiu rápido e num tom de voz bem alto. Em seguida, a porta da sala que dá para o corredor se abriu, pois uma técnica da maternidade estava vindo buscar a paciente. Quando ela se levantou da cama, percebi como ela era pequena e jovem, e estava chorando. Me surpreendi, pois não esperava que ela estaria chorando (Obs.26).

No início da vinheta, a mulher é descrita como “congelada”, como se também estivesse morta, o que foi logo apontado pelo grupo de supervisão como uma forma de identificação da mãe com o bebê morto. O fato de a observadora ter se surpreendido com a reação de choro da mãe, que até então parecia tão morta quanto seu bebê, foi apontado pelo grupo de supervisão como o retorno da mãe à vida e ao fim do processo de identificação maciça com o filho (Sup.26).

A observadora também experimentou a sensação de identificar-se com um bebê recém-nascido:

Fui até a sala de prescrição dar um oi para a equipe, e encontrei Rafaela pegando um bebê do berço da sala de parto que fica ali ao lado. Ela então se dirigiu para a sala de prescrição onde já estava Sandra. E se sentou, colocando o bebê sobre as pernas. O bebê era muito bonitinho, moreninho e com a pele bem lisinha. Seus olhos eram escuros, e ele olhava tudo atentamente. Parecia um bebê de uns dez dias. Soube, então, que ele havia acabado de nascer, e sua mãe ainda se encontrava no Bloco Cirúrgico. (...) Rafaela precisou sair uns instantes dali, e alcançou o bebê para Sandra, que ficou animada. Em seguida Rafaela voltou, pegando o bebê do colo de Sandra. E eu fui ficando por ali, de pé encostada no marco da porta. Elas conversavam animadamente sobre assuntos variados, e Rafaela parecia estar curtindo um brinquedo novo. Que interessante o fato de elas não deixarem o bebê sozinho no berço. Fiquei pensando em como aquele bebê estaria se sentindo. Ele acabou de nascer, está bem longe da mãe dele, e está escutando outras vozes, outros sons, outros tudo. O que ele estaria achando daquilo? Em seguida, comecei a pensar em como seria experimentar, na pele, a saída do útero. Me senti desconfortável pensando que deveria ser irritante não ter nada nos envolvendo, estar se sentindo solto, podendo mexer os braços e as pernas sem nenhuma resistência. Não é pra menos que os bebês se movem de uma forma tão desordenada. Será que é uma experiência parecida com estar num espaço sem gravidade? A certa altura, perguntei para Sandra e Rafaela como será que aquele bebezinho estaria se sentindo, expressando esse meu palpite que deveria ser estranho ser um recém-nascido. Elas me olharam surpresas, olharam para o bebê e por um instante ficaram quietas, talvez pensando. Rafaela disse que também ficava pensando nisso às vezes, e que tinha curiosidade sobre isso. Sandra apenas respondeu que dever ser estranho. E mudaram de assunto (Obs.30).

A equipe também demonstrou capacidade para identificar-se com os bebês, talvez até com mais facilidade do que se identificam com as mulheres, geralmente tomando para si as dores daquele pequenino ser:

Janaína voltou para os bebês, e disse que precisaria fazer os demais procedimentos. Ela parecia um pouco pesarosa de ter que fazer os tais procedimentos, e depois vi que não eram mesmo muito agradáveis: ela colocou credê nos olhos do bebê, e também fez uma injeção na sua coxinha. Pobrezinho, se a água do chuveiro parecia doer, imagina a injeção! (Obs.79).

Outro aspecto comum às mulheres durante a internação em Centro Obstétrico é a dor. A dor do parto, como qualquer outra, possui elementos biológicos, psicológicos e sociais, e é sentida de forma subjetiva, sendo uma experiência única. Inúmeras manifestações de dor puderam ser observadas durante

este trabalho. A maioria delas estava ligada à evolução do trabalho de parto, ao aumento da intensidade e diminuição dos intervalos das contrações. Para algumas mulheres, a dor era expressa de forma discreta: *“Helena estava em trabalho de parto do seu primeiro filho. Sua barriga aparecia bem, e de longe se sabia que ela estava grávida, apesar de não estar ‘grande’ ou gorda. Vi que ela estava tendo contrações e dores, mas sua reação era pouco perceptível (Obs.16)”* e *“Ela já estava com quase 9 cm, mas não se queixava de dores: quando saí do CO, ela dormia tranqüilamente (Obs.28)”*, enquanto para outras a dor era expressa de forma intensa:

Paula era uma menina de 16 anos (...) e com muitas dores. Cheguei bem na hora que Sandra estava trocando o soro de Paula, e em seguida soube, através das estagiárias que chegavam, que ela estava ali desde o dia anterior. Apesar de ser grande, Priscila dava uma impressão de desamparo, de desespero. Ela parecia muito sozinha, e olhava para todos ao seu redor como que procurando alguém que pudesse ajudá-la. Quando vinha a contração, ela chorava e gemia, pedindo ajuda (Obs.26) e

“[A paciente] era muito bonita, com longos cabelos escuros e lisos. Tinha uma aparência bem cuidada e parecia estar sentindo muita dor. Suas contrações estavam seguidas, e em alguns momentos ela se desesperava. Ela não conseguia parar quieta, e se virava a todo instante (Obs.31)”. Em uma das observações, pôde-se perceber a diferença de como as mulheres lidam com e expressam suas dores. Uma das mulheres internadas naquela ocasião, Carla, esforçava-se para enfrentar a dor, controla-la e supera-la, enquanto a outra paciente, Diane, demonstrava seu incômodo de forma incisiva:

Carla, por sua vez, era o que costumam chamar de uma paciente fácil. Estava tentando manter seu bom humor e disposição, apesar de já estar com contrações bem fortes. Ela olhava tudo atentamente, como se quisesse garantir que seria aceita, bem cuidada, algo assim. Era como se ela quisesse aprovação. Diane parecia não estar nem aí para isso. Ela queria não sentir dor, e gemia e reclamava em bom tom (Obs.67).

A necessidade de aprovação de Carla pode ter contribuído para que apresentasse essa forma de enfrentamento da dor.

Outras mulheres referiram dores, mas não estavam em trabalho de parto. Eram as dores ligadas, principalmente, a abortamentos ou ameaça de aborto: *“De*

vez em quando, parava de falar, e gemia de dor. Disse que a dor que estava sentindo era pior que as dores de ganhar o bebê. Explicou que a dor de parto é forte, mas depois vem um bebê, e que aquela dor não ia trazer nada para ela (Obs.71)”. Essa questão faz pensar na realidade do Centro Obstétrico onde ocorreram as observações, pois neste local todas as mulheres permanecem internadas em uma mesma sala, intitulada Sala de Pré-parto, mas que na verdade acolhe mulheres em trabalho de parto mas também gestantes que estão em observação por alguma intercorrência ou mulheres que perderam seus bebês. Em várias ocasiões a observadora relatou seu desconforto com essa situação, pois ela é embaraçosa tanto para quem está sofrendo a dor da perda como para quem está sofrendo as dores para ter em breve seu bebê nos braços:

Voltei à sala de pré-parto, que àquelas alturas ainda me parecia melhor do que ficar perto daquele bebê [com o rosto escuro]. É interessante como eu vou procurando lugares mais leves, menos exigentes. Me dei conta disso nesse dia, pois me chamou atenção o fato de eu não querer ficar junto com as “curetas”, ou melhor, com as mulheres que perderam os bebês (pelo menos eu achava isso), e ter ido ver os bebês (Obs.25) e

Ela [a pediatra que deu a notícia do óbito do bebê] se foi, e ficou na sala um clima pesado. Todas as mulheres ali ouviram o que a médica falou, e se fosse eu teria pedido para ir embora. Eu tinha vontade de dizer que, afinal, o bebê da outra era muito pequeno. Mas com certeza não adiantaria dizer nada (Obs.26).

Na maior parte das observações, a equipe parecia indiferente às dores expressas pelas mulheres, talvez por isso a despreocupação em separar as parturientes das mulheres que perderam seus bebês, pois não havia o cuidado de poupá-las das dores (nem das físicas e tampouco das emocionais). Em uma observação, foi possível constatar o incômodo sentido por uma estagiária: “[a estagiária] Acrescentou que se sentia incomodada pelo fato de não poder ficar um pouco com as mulheres, agora que o bebê já estava com a mãe no quarto. Também referiu que se sentia muito impotente ali, e que não suportava ver o sofrimento das mulheres e não poder fazer nada (Obs.57)” enquanto, na maior parte das observações, pôde-se testemunhar como a equipe utiliza de recursos pouco adequados para manejar as pacientes com dores: “Mariela já não parava de gritar, e o médico veio examiná-la. Ela estava com muita dor, e o médico foi grosseiro com ela, pois ela fez menção de fechar as pernas na hora do toque. Ele

disse que ela precisava se acalmar, pois ainda iria demorar: ela estava com 5 cm (Obs.66)”, talvez evidenciando a própria atrapalhão e dificuldade de lidar com uma situação tão ansiogênica. Segundo alguns autores, a tensão constante dos profissionais que trabalham em Centro Obstétrico, e a exposição às manifestações de dor, além do envolvimento com a intimidade das mulheres e de suas famílias, despertam emoções pessoais que mobilizam defesas. Nesse sentido, a banalização do evento, a automatização das rotinas e a padronização das práticas reduzem as iniciativas pessoais e o envolvimento emocional, estando a serviço da proteção emocional dos profissionais implicados no processo. A observadora também viu-se procurando formas de se defender dos sentimentos experimentados pelas manifestações de dor das mulheres: “Fiquei pensando como aquele aparelho tinha mobilizado as meninas, as técnicas, e como eu própria procurava me concentrar em alguma outra coisa (o frasco de soro, o gotejo do soro, o relógio, a rua), tudo para desviar o olhar do sofrimento da Gessi, que estava com muitas dores (Obs.13)”.

É interessante também como a observadora, uma pessoa com poucos conhecimentos teóricos e nenhum conhecimento prático sobre a fisiologia do parto, pôde, aos poucos, reconhecer nas mulheres expressões de dor e de progressão do trabalho de parto. Nas primeiras observações, eram percepções ainda incipientes e dependentes da confirmação de alguém da equipe: “Paola não tinha dores, segundo observou a técnica em enfermagem, e dormiu praticamente todo o tempo da observação (Obs. 16)”, para se tornarem cada vez mais confiáveis e seguras com o passar do tempo: “[A paciente] se retorcia de dor quando vinham as contrações. Nesses momentos, dava para ver sua barriga endurecendo, e sua expressão se contraindo. Nos intervalos, sua expressão era serena, e por mais de uma vez nossos olhares se encontraram e sorrimos uma para a outra (Obs. 43)”. Esse fato faz pensar nas condições necessárias para que uma pessoa possa trabalhar com essa clientela, isto é, parturientes e demais pacientes obstétricas, e que vão além do conhecimento técnico-científico. Parece ser necessário desenvolver uma capacidade empática, de identificação e cumplicidade com as mulheres.

A progressão do trabalho de parto e, conseqüentemente, a diminuição dos intervalos entre as contrações e o aumento da intensidade das dores, foi acompanhada de inúmeros sentimentos expressos pelas mulheres através de suas atitudes ou de suas falas. As queixas quanto ao tempo de duração do trabalho de

parto (*“Entre uma dor e outra, ela me perguntou se iria demorar muito. Eu respondi que não sabia, e que não tinha como saber (Obs.44).”*) e ao tempo de internação no CO (*“Contou que já não agüentava mais estar ali no CO, que tinha fome e não tinha dormido (Obs.59).”*) foram freqüentes. Talvez o fato de não saber por quanto tempo será necessário suportar as dores, além de não ter respostas da equipe para essa dúvida, corroboram a crença das mulheres de que aquele sofrimento não terá fim, ou será insuportável. Provavelmente também seja difícil para a equipe de profissionais não poder dar uma resposta para as mulheres sobre quanto tempo demorará o trabalho de parto, e não poder oferecer-lhes algum alento: *“Anita tentou tranqüilizá-la, dizendo que é uma dor que passa, e que tem um bom motivo, pois depois ela terá um belo presente nos braços (Obs.16)”*. A observadora também experimentou a frustração de não poder oferecer às mulheres algo que efetivamente aliviasse o sofrimento que expressavam:

Gessi era uma menina cuja aparência entregava sua pouca idade. Espiei na sua pasta e vi que era a primeira gestação. Entre uma contração e outra, ela chegava a cochilar, mas quando vinha a dor, ela abria os olhos, olhava para mim, me deixando muito sem graça, como que dizendo “faz alguma coisa”. Esse era meu sentimento: era como se eu precisasse fazer alguma coisa por ela, ajudá-la, dizer alguma coisa, sei lá. Era um alívio para mim quando a dor passava, e ela voltava a fechar os olhos. E assim foi um longo tempo, que parecia não passar. Durante as dores, além de me olhar, ela chorava, desesperada. A certa altura, após uma contração, pediu que eu chamasse uma das técnicas. Fui rapidinho, aliviada por poder fazer alguma coisa. Ela, então, pediu que a técnica tirasse a cinta do MAP, pois aquilo a estava incomodando. Ainda bem, não agüentava mais ouvir aquele coraçãozinho [do bebê] que parecia que ia parar a qualquer instante (Obs.13).

Além das queixas acima referidas, também foram facilmente percebidas as expressões de cansaço (*“Caren estava tendo dores seguidas, mas ela não gemia nem gritava. Era como se ela estivesse fazendo um esforço muito grande, e emitia um som tipo o do tenista quando bate na bola. Ela parecia cansada (Obs.58)”*) e desgaste:

Caren disse que estava se sentindo melhor após o banho, pois a última vez que tomou banho tinha sido na manhã do dia anterior. Falou que sua irmã a havia prevenido que, nessa hora, ela teria até mesmo asa, pois a dor seria intensa. E

Caren confirmou que sentia de tudo, calor, frio, suor, tudo misturado. E que estava sem comer desde o dia anterior (Obs.58).

A observadora foi cúmplice das mulheres nesse tipo de sensação, provavelmente revelando, novamente, o mecanismo de identificação que facilmente se estabelecia com as mulheres observadas:

As horas não passavam, e eu estava ficando cansada. Não tinha onde me sentar, e comecei a andar de um lado ao outro, tentando ser o mais discreta possível. Dessa vez, percebi ainda mais claramente como é estreita a sala de pré-parto. Podia se ouvir todos os barulhos do corredor, bem como da rua e da entrada do estacionamento do hospital. As pessoas iam e vinham, e nós três ali dentro, num mundo completamente à parte. Até o tempo ali parece diferente (Obs.13).

Também foi possível observar reações de exaustão tanto durante o trabalho de parto:

Diane ficava cada vez mais transtornada, a cada nova contração, e começou a pedir ajuda. Dizia que não iria agüentar. Começou a queixar-se que estava se sentindo mal, e pediu para que eu chamasse alguém. Uma das meninas veio e verificou sua pressão, que estava normal. Apesar disso, Diane afirmava com convicção que estava mal, e que não tinha mais forças...(Obs.67)

como durante e após o parto:

Roberta teve um parto sem episiotomia, e deu à luz uma menina bem grandinha! Ela parecia exausta, enquanto a pediatra limpava e olhava seu bebê. (...) Roberta foi levada para o quarto, e logo Juliana foi trazida à sala de parto. Ela parecia exaurida, e eu achava que ela não teria forças para nada. Ela fazia muita força, e gemia mais ainda (Obs.66).

Novamente, a observadora compartilhou com as mulheres uma sensação peculiar, dessa vez de esgotamento: “Troquei de lugar e passei para o outro lado da sala. Sandra estava acabada, e eu também. Sentia fome e sede, e parecia que nunca mais me sentiria eu de novo. Sandra me olhou várias vezes, sorrindo sem dizer nenhuma palavra (Obs.57)”.

Além do cansaço, do desgaste e da exaustão, em duas situações as mulheres demonstraram impaciência e irritação:

Do lado dela estava Fátima, uma mulher de traços bem germânicos, loira e de olhos azuis. Parecia muito miudinha na cama, e estava um pouco impaciente e irritada.

Tanto que ao me apresentar, disse que ficaria por ali um tempo, e referi que esperava que ela não se importasse. Me senti realmente atrapalhando Fátima (Obs. 58) e

“Giovana tinha 16 anos e estava induzindo seu trabalho de parto. (...) Tinha aparência de criança, e seu semblante revelava irritação e impaciência (Obs. 65)”. Esse tipo de sentimento, muito mais próximo da raiva e beirando a agressividade, revela outro tipo de funcionamento, diferente da resignação e dos lamentos até então referidos. Embora bem menos comum, tal conduta se revelou na observação de uma mulher em especial:

Na outra cama mais próxima a mim, à minha esquerda, perpendicular à parede, estava Samanta. Ela era a única que parecia estar em trabalho de parto, e sentia dores. Ela parecia muito grosseira, agressiva até. O médico voltou de um exame e passou pelas mulheres, perguntando uma a uma como estavam se sentindo. (...) Mas para Samanta, o médico não perguntou nada. Quando ele se afastou, ela falou bem alto: “e eu, não vai querer saber como eu tô?”, e riu ironicamente. Tudo bem que também achei meio estranho ele não ter falado com ela, mas a reação dela me deu medo (Obs.79).

Muito mais freqüentes foram as expressões de medo, desespero e sofrimento, que foram observadas em diversas situações, na maioria das vezes diretamente relacionadas à progressão do trabalho de parto e ao aumento das dores. Algumas mulheres demonstravam seus sentimentos através de gritos: *“Sônia estava bem quietinha, e notei que ela estava com contrações, pois de tempo em tempo ela se retorcia e gemia baixinho, se espremendo. Já Clara estava chorando sem parar, e quando vinha uma contração ela gritava.(...) E ela chorava e berrava, pedia ajuda e se mexia na cama (Obs. 44)”*; enquanto outras tantas choravam:

Ela parecia estar com muita dor, e cada vez que vinha uma contração, parecia que ela ia cair da cama, pois se virava, se espremia e se segurava nos pés da cama em frente à sua. Além disso, em cada contração, ela começava a chorar, de soluçar. Esse era o seu sinal quando vinha a contração: choro (Obs. 81).

O momento do parto propriamente dito também foi encarado com desespero por algumas mulheres: *“Roberta foi, com muita dificuldade e com uma expressão desesperada, para a sala de parto, ajudada pelas três técnicas. Roberta foi posta sobre a mesa, e cada uma foi para um lado fazer seu trabalho (Obs.70)”*.

Um dos medos que chamou a atenção da observadora foi o medo do fracasso, evidente na observação do parto de Sandra:

Ele [o obstetra] a tocou e constatou que já estava com 8 para 9 cm de dilatação, e estava indo muito bem. Sandra ficou repetindo que não estava nada bem, que não ia conseguir. E logo foi corrigida pelas estagiárias [de enfermagem], que afirmaram que ela conseguiria sim, pois era forte e estava indo muito bem. Talvez fosse mesmo a melhor coisa a dizer, mas como elas sabiam que ela conseguiria mesmo? De onde vinha essa expressão de Silvana, esse sentimento de fraqueza, de incapacidade? Silvana continuou verbalizando, pedindo ajuda (Obs.57).

Susto e espanto foram outras reações percebidas nas mulheres pela observadora:

Paula continuava chorando e gemendo, pedindo por ajuda, desesperada. Acho que Elis se assustou mais ainda com aquela cena, e começou a ficar vermelha. Logo vieram as estagiárias para punção-la e fazer mais um monte de coisas. Elis não sabia se olhava para si e para o que estava lhe acontecendo, ou se olhava para todo o resto. Coitadinha (Obs. 26).

Em várias ocasiões, a observadora relatou também ter se assustado com determinadas situações: “*Em um desses momentos, Tarcila parece ter acordado do seu sono profundo, e pediu que eu a ajudasse a ir até o banheiro. Levei um susto, pois nem percebi que ela havia notado minha presença ali (Obs.59)*”; “*Nesse meio tempo, vieram buscar Clara para o bloco. Quando ela se levantou, levei um susto, e logo pensei que seu bebê não resistiria. Sua barriga era minúscula, nem parecia haver um bebê lá dentro. De quanto tempo será que ela estaria? (Obs.65)*”.

Sentimentos de solidão também foram percebidos pela observadora:

E, de repente, ficamos apenas eu e Sandra naquela sala, que ficou imensa de grande. Continuei parada onde estava, e Sandra pedindo por ajuda. O que eu podia fazer? A certa altura, ela olhou para trás e viu que eu ainda continuava ali. Se voltou novamente para a parede, e começou a balbuciar para que não a deixassem sozinha. Tive vontade de dizer que ela não estava sozinha, mas também tinha certeza de que não adiantaria. Ela estava sozinha, e tudo que ela estava passando era muito solitário. Eu estava ali, e decidi que continuaria ali até o parto. Era o que eu podia fazer (Obs. 57).

Tais sentimentos ficaram evidentes especialmente depois do parto, quando a maioria das mulheres foram deixadas sozinhas na sala de parto:

O obstetra terminou o parto muito rapidamente, e as técnicas logo arrumaram tudo. De repente, estava somente eu e Lia na sala. (...) Assim como havia movimento na sala, de repente todos iam embora, sumiam, e era estranho esse movimento: de invasão a abandono - pelo menos era assim que eu me sentia ali. Eu continuei ali com Lia, e ela continuava falando comigo, intercalando conversa e silêncio (Obs.43).

Os sentimentos de solidão fazem pensar em como as mulheres estão, realmente, sozinhas para enfrentar o nascimento de um filho. Apesar de se encontrarem em um ambiente hospitalar, cercadas por profissionais, equipamentos, materiais e tecnologia, o processo todo do nascimento é solitário, e precisa ser vivido assim pelas mulheres.

Essa questão foi expressa por Cléa, uma técnica em enfermagem, e revelou como, muitas vezes, a equipe se sensibiliza e compartilha os sentimentos das mulheres:

“Cléa passou por ali e começou a conversar com Sônia. Disse que a dor que ela estava sentindo era mesmo horrível, e comentou comigo que fica com muita pena de vê-las com aquela dor. Explicou para Sônia que essa dor iria aumentar e também se tornar mais seguida, mas que isso era bom, pois era sinal de que o bebê estava chegando. Também disse que logo em seguida ao nascimento, a dor passaria por completo, e ela nem se lembraria do que estava sentindo momentos antes. Sônia perguntou se ainda iria demorar, mas Cléa disse que não tinha como saber. Ela ainda disse para Sônia que ela só seria levada para a mesa de parto quando estivesse com 10 cm, e que não adiantava fazer nada antes disso. Acrescentou que às vezes elas se sentem sozinhas, o que não era o caso naquele dia, pois eu estava ali, mas que esse era um processo que elas precisavam enfrentar sozinhas, pois não tinha o que fazer para tirar a dor ou ajudar de outra forma. A única forma de a dor passar é com o nascimento do bebê (Obs.44)”.

Além disso, o relato revela como a equipe percebia a observadora, pois atribuiu a esta a função de fazer companhia ou, talvez, a função de aliviar um sofrimento que eles, como profissionais da enfermagem, nem sempre conseguem.

Além disso, o sentimento de solidão expresso pelas mulheres pode estar relacionado à necessidade de muitas delas de fazer contato com a observadora, seja através do olhar:

Ao lado dela estava Loiva, a única de quem sei o nome. Ela estava bem grávida, e parecia ansiosa por ter contato com alguém. Toda vez que passava os olhos por ela, ela estava me olhando, e sorria, como quem quer puxar um papo. Ao mesmo tempo, seu sorriso parecia nervoso. Tive que me segurar para não conversar com ela, e apenas respondia seu olhar com um sorriso (Obs.25),

ou do diálogo:

Miriam, a paciente ao lado, estava em trabalho de parto prematuro. Segundo ela, estava com 35 semanas, e estava sentindo contrações. Ela era muito falante, e logo começou a contar várias coisas, emendando um assunto no outro. Disse que esse era seu quinto filho, e que não era para ter acontecido. Ela queria ter feito ligamento no parto da última filha, mas não pôde. Então, ficou tomando comprimido, mas o uso de antibiótico para sinusite tirou o efeito da pílula, e ela engravidou. Disse que não sabe porque as mulheres têm que sofrer tanto. Ane a olhava assustada, e Miriam parecia abordar alguns assuntos de propósito, como numa disputa para ver quem estava em uma condição melhor. Ela assustava Ane, dizendo que logo que eles decidissem por sua internação, ela começaria a sentir dores, pois a colocariam no soro. (...) Marizete contou que sempre teve parto normal, e que da última filha teve o bebê na cama. Contou que estava internada ali, no mesmo hospital, e que depois da meia-noite, a equipe sumiu. Ela ficou chamando, e ninguém apareceu. Quando vieram, o bebê já estava nascendo, e nem deu tempo de levá-la para a mesa de parto. Ane ficou impressionada. Miriam contou também que, dessa vez, foi para o hospital de [outra cidade], mas que a mandaram para [esta cidade], pois lá não tem uti neonatal, e caso o bebê queira nascer antes, não tem recursos. Miriam contou também que já tem dois meninos e duas meninas, e que seu bebê da barriga é um menino. Ane disse que o seu é uma menina, mas que todos falam para ela que é um guri. Ela teme que as pessoas tenham razão, e que o exame tenha dado um resultado errado, pois comprou todo o enxoval cor-de-rosa. Também disse que todos os bebês que nasceram ali naquele dia eram meninos. Miriam aproveitou para contar alguns casos de vizinhas e amigas que fizeram ecografia e deu um sexo, e depois o bebê nasceu de outro. Ane me olhava, nitidamente apavorada, e eu tinha vontade de dizer alguma coisa, contar o outro lado dessas histórias tão ruins, tipo assim, dizer que em muitos casos dá certo, que ela não precisa se preocupar. Mas me segurei (Obs.60).

O grupo de supervisão foi além, entendendo a necessidade das mulheres de falar com a observadora não apenas como o fato de estabelecer um diálogo com alguém, mas como uma maneira de confessar medos, angústias e culpas (Sup.62):

Olhei para a paciente e a cumprimentei. Ela me perguntou se havia quartos vagos, e Livia respondeu que sim, e que logo viriam buscá-la. E disse que em seguida a ajudaria a sentar. Livia ficou por ali, arrumando a sala, e Renata começou a conversar comigo. Disse que já era seu terceiro filho, e que tinha sofrido muito. E que agora não teria mais nenhum. Disse que esse não era para ter vindo, e logo emendou dizendo que nenhum era para ter vindo. Contou que sempre engravidou “sem querer”, e desse último não foi diferente. Acrescentou que seus filhos são tudo na sua vida, mas que esse último foi difícil para nascer. Contou que foi um parto demorado. (...) Renata referiu estar sentindo cólicas bem fortes, e começou a alisar a barriga por baixo do cobertor. Livia a orientou a massagear com vontade a barriga, pois só alisar não adiantaria nada. Renata me olhava, sorrindo, e continuou falando. Disse que seu bebê, que era outro menino, era bem pequenininho, e que na verdade ele era para ter nascido no dia 10/06. Me perguntou se eu achava que ele tinha nascido antes porque ela tinha feito faxina na casa no dia anterior. Disse que não sabia. (...) Anita, a técnica que estava cuidando dos bebês naquele dia, veio contar para Renata que seu bebê tinha pesado 2900 gr, e medido 48 cm. Renata me olhou e disse que sabia que ele tinha sido menor que os outros, que pesaram sempre por volta de 3500 gr. Anita perguntou como seria o nome do bebê, e Renata disse que ainda não sabia. (...) Em seguida, bateram na porta, e era a técnica do alojamento conjunto, que veio buscar Renata para levar para o quarto (Obs.62).

Essa necessidade de conversar com a observadora parece revelar, também, a pouca disponibilidade da equipe para fazer isso, seja em função do volume e sobrecarga de trabalho, seja em função de questões pessoais ou, até mesmo, do receio de não ter respostas para as dúvidas e questionamentos das mulheres. Na maioria das vezes, a equipe atribui à falta de tempo o fato de não permanecer mais tempo com as mulheres na sala de pré-parto ou mesmo na sala de parto, mas na maioria das vezes o que foi observado foi o medo da equipe de ficar com elas e, talvez, ser invadida por sentimentos desconhecidos ou primitivos (como o medo) e não conseguir lidar com eles ou mesmo controlá-los:

Solange se juntou ao grupo, e a conversa seguiu animada. Os assuntos foram o celular novo da Solange, o celular da outra que estragou, o piercing que a Rafaela colocou (ela mesma!) na sobancelha, o piercing que a Solange tirou do nariz, a necessidade de Sandra de fazer os pés no fim-de-semana, etc. Eu já estava ali de pé há algum tempo, pensando que deveria ir ver a paciente e ficar lá naquela sala, e não ali (Obs.30).

Nessa vinheta, também fica evidente como a observadora se identificou, em alguns momentos, com a própria equipe, compartilhando seus receios e defesas.

Em relação às mulheres, também foi possível perceber sentimentos de outra ordem, que podem ser chamados de positivos, tais como reações de satisfação consigo mesma e com seu desempenho no parto: *“Por outro lado, Carmem estava encantada! Ela olhava a filha com atenção, nos mínimos detalhes, e me mostrava como sua filha era linda! Perguntou-me, várias vezes, se eu tinha reparado na bebê, e parecia muito satisfeita consigo mesma (Obs. 67)”* e *“Nair parecia muito satisfeita, e a médica também a elogiou bastante, dizendo que tinha sido um parto muito bom (Obs.71)”*. Outros sentimentos positivos também foram observados, como alívio:

O médico voltou por volta das 18:00 hs, e examinou Sandra novamente. Ela lhe suplicava ajuda, e ele disse que a ajudaria. Mas para isso ela precisaria seguir suas orientações. Na contração, ele pediu que ela fizesse força para o bebê nascer, e elogiou a força de Sandra. Isso se repetiu umas três vezes, e então ele pediu que Rafaela levasse Sandra para a mesa de parto. Ela passou por mim, amparada por Rafaela, e sorriu. Aquela expressão, apesar de revelar um medo terrível, era também uma expressão de alívio. Era essa ajuda que queria, isto é, que alguém determinasse o fim daquele suplício?(Obs.57);

e empolgação: *“Os olhos de Carla brilhavam, mesmo depois de sua bebê ter sido levada para a sala de admissão. (...) Ela parecia não acreditar em tudo que tinha acontecido, mas parecia empolgada!(Obs.67)”*.

Após o parto, as mulheres observadas tiveram contato com seus bebês imediatamente, mesmo naqueles casos em que o bebê nasceu prematuro. Esse primeiro encontro da mãe com seu filho recém-nascido possibilitou observar comportamentos que variaram do encantamento: *“Carla estava encantada! Ela olhava a filha com atenção, nos mínimos detalhes, e me mostrava como sua filha era linda! Perguntou-me, várias vezes, se eu tinha reparado na bebê. (Obs.67)”*, ao estranhamento do bebê: *“Roberta olhava assustada para o bebê, como se não estivesse entendendo o que ele estava fazendo ali, ou quem era ele. Era um ar de profundo estranhamento. Ela não falou com ele, não cheirou, nada. Em seguida, Anita veio buscá-lo para fazer os procedimentos (Obs.70)”*. Além do encantamento e do estranhamento testemunhados pela observadora, também foi possível identificar a mesma reação de atordoamento descrita anteriormente em relação à experiência do parto, mas dessa vez observada após o nascimento do

bebê e revelada nos primeiros contatos com o filho: *“Lia olhou para o filho com certa indiferença, e parecia atordoada (Obs. 43)”*. Parece natural e até esperado que a mulher acolha seu bebê recém-nascido com paixão e encantamento e que revele, desde logo, o quão boa, dedicada e carinhosa ela pode vir a ser como mãe. Entretanto, a sensação de estranhamento provocada pelo bebê não foi incomum, e parece evidenciar a diferença entre o bebê imaginado, gestado e conhecido, e o bebê real, parido e tão pouco familiar para elas.

Também foi possível observar as primeiras interações das mulheres com seus bebês, expressas principalmente através do toque, do olhar e das palavras: *“Nesse momento, cheguei mais perto de sua cabeceira, e pude ver de perto Cláudia conversando com Bernardo, que parava de chorar para ouvi-la. Ela parecia encantada com ele, dizendo que ele era lindo e que não podia acreditar que ele estava ali com ela. Exclamou que ele estava se acalmando, e o obstetra disse que era porque ele estava com a mãe (Obs.23)”* e *“Janaína alcançou o bebê para Paula, que se mostrou muito emocionada. Ela cheirou o filho, falou baixinho com ele e o acariciou. Quando Janaína veio para levá-lo para outra sala, Paula pediu que ela o levantasse um pouco e o colocasse em pé, para que pudesse vê-lo melhor (Obs.71)”*.

Logo após o primeiro contato com o bebê, as mulheres precisavam entregar o filho para uma técnica em enfermagem, que realizaria uma série de procedimentos, como pesar, medir e dar banho. Nesse momento, foi possível observar duas reações bem distintas. Por um lado, algumas mulheres se mostraram relutantes e contrariadas de ter que entregar o bebê e interromper o momento que estavam vivendo:

Ela ainda examinou o bebê (...) e logo o alcançou para a mãe. Nesse momento, cheguei mais perto de sua cabeceira, e pude ver de perto Cláudia conversando com Bernardo, que parava de chorar para ouvi-la. Ela parecia encantada com ele, dizendo que ele era lindo e que não podia acreditar que ele estava ali com ela. Exclamou que ele estava se acalmando, e o obstetra disse que era porque ele estava com a mãe. (...) Em seguida, Solange veio buscar o bebê para ser medido, pesado e lavado. Cláudia o entregou um pouco relutante, mas o fez (Obs.23) e

“Poucos minutos depois, Anita veio buscar a bebê, dizendo que ali estava frio para ela, e que na outra sala ela seria medida, pesada, tomaria banho e logo estaria com ela novamente. Rosaura pareceu meio contrariada, mas entregou a

bebê para Anita (Obs.66)”, enquanto outras não pareciam ter dificuldades para entregar o bebê, como se o fato de alguém se encarregar do bebê naquele momento fosse um alívio para elas:

A pediatra trouxe o bebê para ela, e a parabenizou, afirmando que ela era linda e saudável, e que estava tudo bem, retirando-se. Sandra ficou segurando a filha, que a olhava com os olhos cada vez mais abertos. Uns 5 minutos depois, Janaína veio buscar a bebê para medir, pesar e dar banho, e informou Sandra que logo elas iriam juntas para o quarto. Sandra a entregou sem relutar, como se fosse um favor (Obs.57).

Também foram observadas reações de apreensão:

Foi aí que o bebê nasceu. O médico o colocou na bandeja, todo branquinho, e ele não chorou. Vi que Lia se assustou, e estava apreensiva. O obstetra usou a perinha para tirar um pouco de muco da boca do bebê, e ele deu um gemidinho. Quando foi para o berço, nas mãos da pediatra, ele chorou, e Lia abriu um grande sorriso, olhando para Rafaela, que estava ao meu lado, e fazendo um sinal de positivo, que Rafaela respondeu da mesma forma. Mas aqueles segundos duraram uma eternidade... (Obs.43);

de despreocupação: “[O médico] chegou do bloco e foi terminar o parto de Diane, que parecia exausta, e pouco preocupada com a filha. A essas alturas, a bebê já estava bem, pois precisou ser um pouco animada com oxigênio e massagem no peitinho (Obs.67)”; e diversas manifestações de afeto, como ternura e carinho em relação ao filho recém-nascido:

Após os primeiros procedimentos, a pediatra mostrou o bebê para Ana Cláudia, e colocou-o sobre o seu peito. Ela olhou-o com ternura, tocou seu rostinho com a ponta dos dedos e ficou observando-o. O bebê era muito bonitinho, e tinha um choro bem forte. Ana Cláudia começou a falar com ele, dizendo que era sua mãe, mas ele chorava da mesma forma (Obs.44) e

Rosaura teve um parto sem episiotomia, e deu à luz uma menina bem grandinha! Ela parecia exausta, enquanto a pediatra limpava e olhava seu bebê. A pediatra olhou de longe para Rosaura e disse que estava tudo bem com o bebê. Lívia colocou a nenê sobre a mãe, que parecia muito emocionada. Ela olhava para a menina com muita ternura, e beijava seu rostinho (Obs.66).

Testemunhar o primeiro encontro entre mãe e filho foi um privilégio para a observadora, pois foram momentos cercados por sentimentos intensos:

Quando Anita foi levar o bebê para ela [a mãe], eu fui junto. O rosto de Jenifer se iluminou quando recebeu o filho nos braços, e ela parece ter se atrapalhado de emoção, susto ou excitação, não sei bem. Anita ainda perguntou se era seu primeiro filho (ela tem 33 anos), talvez percebendo sua atrapalhação, mas ela disse que não. Depois descobri que é seu 4º filho, todos meninos. Jenifer logo pôs Brian ao seu lado, e se ajeitou para alcançar-lhe o peito. Ele começou a sugar com vontade, e Jenifer se impressionou com a capacidade de seu filho de já saber mamar e pegar tão bem. Ela ficou ali olhando seu bebê, encantada, e me senti sobrando. Fui até a sala de admissão novamente, e em seguida voltei para ficar ali com eles. Jenifer reclamou da roupa que seu marido alcançou para o bebê, pois ela tinha preparado uma sacola com roupinhas especiais para usar. E falava comigo, com o bebê, comigo novamente. Não lembro o tanto de coisa que ela falou, contou, perguntou e explicou (Obs.24).

Além das reações das mulheres ao nascimento do filho, também foi possível observar as reações dos bebês nos primeiros momentos após o parto. Os bebês foram sempre afastados das mães pouco tempo depois de nascer. Na maioria dos partos observados, os bebês nasceram, foram mostrados para as mães pelos pediatras que, em algumas situações, colocavam o bebê nos braços da mãe, e em seguida eram levados pelo próprio pediatra ou por uma técnica em enfermagem para a Sala de Admissão, onde eram pesados, medidos, lavados, vestidos e aquecidos, para só voltarem à companhia da mãe quando esta fosse para o quarto, o que podia levar até seis horas. Raramente os bebês ficavam com as mães durante a recuperação, como ilustrado na vinheta do parágrafo anterior, o que era justificado pela constante lotação da sala de pré-parto (para onde as mulheres voltam antes de ir para o quarto, quando não há leitos disponíveis na unidade e elas precisam aguardar uma vaga). O fato de levar o bebê para uma sala chamada “admissão” chamou atenção da observadora: *“Fui até a sala de admissão dos bebês. Que nome que tem essa sala, me lembra ser admitido, ser aprovado, passar no teste. Estar apto. Ganhar nota dez (Obs.24)”*.

As diferenças entre um bebê e outro foram marcantes, e ficavam evidentes mesmo sem esforço para notá-las:

Lá havia dois bebês: um muito gordo, e outro muito magro. (...) Ambos haviam nascido de cesariana, e as mães ainda se encontravam no bloco. O magro era um bebê muito bonitinho: na verdade, nem era muito magro, era normal. Vestia uma roupinha azul, e estava dentro de um saco todo enfeitado. Tinha os cabelos escuros e as bochechas bem vermelhinhas. Dormia de lado, com as mãos sobre a boca e o

rosto. O gordo nem era tão gordo, mas tinha uma aparência muito estranha: sua cara era enorme, e o pescoço era grosso. Os olhos eram bem apertados, e tinha uma cara de inchado. Que feinho! E me passou uma sensação muito ruim, de que ele pudesse ter algum problema. Ele ainda estava sem roupas, o cabelo estava molhado e as mãos azuis. Suas mãos também eram enormes, e talvez tenha sido o que mais me chamou a atenção naquele bebê. Suas mãos não combinavam com o resto, especialmente pela cor, que era bem diferente do rosto. E ele mantinha as mãos abertas, espalmadas, pareciam que estavam mortas e iam cair do braço a qualquer momento (Obs.60).

Entretanto, as diferenças entre os bebês não se limitavam apenas à aparência física, mas principalmente à forma como cada um reagia aos estímulos a que eram submetidos:

Um dos bebês começou a chorar na outra sala, e aquele chorinho foi me angustiando. (...) Ele estava com fome, segundo Rafaela, apesar de ter nascido mais tarde e já ter recebido nan, por ter nascido gordo. O outro parecia que iria começar a chorar a qualquer momento: fazia umas carinhas de choro, mas logo se acalmava. É, o gordinho parecia bem mais irritado... (Obs.60).

Enquanto uns bebês não se mostravam incomodados, ou talvez possuíssem uma capacidade maior de enfrentar a adversidade:

Enquanto isso, aproveitei para ir até a sala dos bebês, para vê-los. Havia apenas um, cuja mãe ainda se recuperava da cesariana no bloco cirúrgico. Era um menino enorme, tinha pesado quase 4 quilos e meio, e tinha 53 cm. (...) Ele era um bebê bem clarinho, e tinha os olhos bem apertadinhos, parecia oriental. Ele estava deitado de lado, com todo o polegar dentro da boca. Ele chupava seu dedinho com muita força, e em alguns momentos parecia cansar: era quando parava e respirava profundamente. Depois começava de novo (Obs.76),

outros mostravam claramente, e de forma insidiosa, o seu desconforto:

Então fui conhecer Lara na sala ao lado. Era uma menina linda, mas parecia estar sofrendo muito. Nada estava bom, nenhuma posição, nenhum lugar. Seu choro já estava cansado e baixinho, mas as lágrimas corriam dos seus olhinhos. Rafaela deu a mamadeira, e Lara nem mesmo tomou tudo. Parecia chorar por outro motivo. Alguns minutos depois, todos que estavam na sala de prescrição anteriormente, conversando, estavam ali na sala dos bebês. Lara parecia se incomodar ainda mais com a quantidade de vozes e de barulho (Obs.80).

Tais diferenças foram percebidas também em gêmeos, e talvez por se tratarem justamente de gêmeos, as diferenças tenham chamado tanta atenção:

A primeira bebê veio para os braços da mãe, enquanto a segunda era atendida. O pediatra ficou junto, e depois que Nair acariciou e falou com a filha, ele explicou que elas teriam que ir para o berçário, pois tinham nascido com pouco peso, e precisariam ficar internadas. Nair pareceu ficar bastante chateada, mas isso não a impediu de continuar acarinhando a filha, já de olho na outra, no berço ao lado. A bebê que estava nos seus braços já estava com os olhos bem abertos, e olhava tudo ao seu redor. Quando o pediatra a levou, para que Nair pudesse ficar um pouco com a outra, ele chamou a atenção de Nair para o olhar da bebê na sua direção, e todos na sala se impressionaram com a vivacidade da pequenina. A segunda bebê era bem mais preguiçosa: ela parecia mais clarinha, talvez por ainda estar cheia daquele muco branco, bem mais que a outra, e não abria os olhinhos. Nair dizia: “vamos, filha, abre os olhos pra mamãe”!, e a menina se esforçava, mas acabou não abrindo. Ela também parecia bem mais “molinha” que a irmã, mas era igualmente bonitinha (Obs.76).

Chamou bastante atenção da observadora a quantidade de procedimentos feitos com os bebês logo após o nascimento. Além de estarem afastados das mães e de toda a referência que até então possuíam, como a voz e o gosto da mãe, eles eram invadidos por procedimentos médicos e de enfermagem de uma forma maciça:

O bebê estava no berço aquecido, e estava bem ativo, apesar de manter os olhos fechados. Ele era miudinho, mas muito bonitinho. Anita disse que ele não estava conseguindo se aquecer, e que tentaria colocá-lo em outro berço. Ela o enrolou bem, tentando deixar seus bracinhos debaixo dos panos, mas ele se mexia bastante, e logo descobria os braços. Anita contou que ele só poderia ir para o quarto com sua mãe quando estivesse mais aquecido, e que no ritmo que ele estava indo, ainda poderia demorar. Fiquei por ali um pouco, e resolvi me sentar em uma cadeira. [a enfermeira] chegou para fazer um “lavado” no bebê, que é uma lavagem gástrica. Ela pegou uma mangueirinha e colocou dentro do nariz do bebê. Foi enfiando aquele negócio até ter entrado uns quinze centímetros. Então puxou com uma seringa e veio uma gosma marrom-clara. Depois introduziu o que eu acho que é água destilada, e puxou tudo de volta. O bebê, que estava bem agitado, pareceu mais quieto durante o procedimento. Achei que ele ia chorar, mas não (Obs.62).

O banho do bebê, que deveria ser um momento prazeroso, pois pelo menos não inclui dor, como a injeção de vitamina K que todos os bebês tomaram na coxa, também se revelou um momento de excesso de estímulo para o bebê:

Nesse dia, Janaína estava responsável pela sala [de admissão], e estava dando banho em um bebê que havia acabado de chegar. Ele nasceu de cesariana, e sua mãe ainda estava no bloco. Ele era um menino bem miudinho, de cerca de dois quilos e meio, mas muito bonitinho. Janaína o estava lavando com um sabonete, e ele parecia gostar, mas quando ela o colocava embaixo da água corrente, ele reclamava. (...) Janaína terminou o banho do bebê, o secou e colocou-o em um berço aquecido. Enrolou-o e foi ajeitar a papelada (Obs.79) e

Fui, então, até a sala dos bebês, para ver a menina que havia nascido. Ela pesou três quilos e seiscentos, e era mesmo bem grandinha! Luciana estava dando o banho, e quando a colocava embaixo dos pingos do chuveiro (é um chuveiro que foi instalado no lugar da torneira), ela abria um berreiro. Lembrei de um outro bebê que também chorava quando era colocado embaixo do jato de água, e fiquei pensando se aquilo poderia doer... Não é um jato forte, mas os pingos saem de todos os furinhos do chuveiro... talvez seja uma sensação ruim, à primeira vista...(Obs.81).

A maioria dos bebês observados nasceram a termo e não necessitaram de internação em UTI Neonatal. Nenhum deles possuía mal-formações ou síndromes. Entretanto, um bebê em especial apresentou um problema transitório no rosto:

Passsei por ali [pela sala de pré-parto] e fui até a admissão, ver os bebês. Confesso que não lembro quantos bebês estavam ali naquele momento. Foi só depois, quando ouvi uma exclamação da pediatra, que fui até lá novamente, e lembro então de um bebê que me assustou. Ele estava com a cara toda preta, mas preta como se estivesse sujo de carvão. Horrível. A pediatra me explicou que era porque ele estava com o rosto virado para baixo no canal de parto, e que era uma das piores “máscaras” que ela já havia visto. O nenê também era bem cabeludo e moreninho, o que deixava ele mais feio. Parecia um bichinho. Coitada da mãe dele, acho que ela não vai gostar muito dele. A pediatra apressou-se em dizer que aquilo iria passar, mas que era um processo semelhante a um hematoma: ainda ficaria esverdeado e amarelado, e depois sumiria. Que notícia... (Obs.25).

Esse fato fez a observadora pensar em como se dariam as primeiras relações do bebê com sua mãe, e o grupo de supervisão alertou para a possibilidade de o bebê ser tomado como a prova de todo o sofrimento da mãe durante o parto, lembrando-a das dores e da demora do trabalho de parto (Sup.25).

A companhia dos bebês foi, muitas vezes, buscada pela observadora na tentativa de aliviar a pressão ou compensar o sofrimento vivido junto às mulheres na sala de pré-parto ou de parto. Era como se os bebês fossem capazes de injetar

vida e oferecer alento: “Quando ela se foi, entrei na sala de pré-parto. Confesso que não tinha vontade de ficar ali, e acabei seguindo reto até a sala dos bebês, como pretexto de ver o bebê recém-nascido. Chegando lá, avistei três bebês, dois deles de mães que haviam feito cesariana (Obs.72)”. E parece que a equipe também se sentia assim, “abastecida” emocionalmente na companhia dos bebês:

Em um dado momento, resolvi trocar de lado na sala, e fui até a entrada da sala de admissão dos bebês. Lá estava Solange, pois havia um bebê internado ali, aguardando sua mãe sair do BC e ir para o quarto. Pedi para ver o bebê, e fui até o lado do berço. O bebê, um menino, dormia tranqüilamente, dava gosto de ver. Solange falou que era um bebê lindo, enquanto ia até o berço ver se não estava muito quente. Acrescentou que o pai está muito orgulhoso, e traz todo mundo que encontra para conhecer o filho. Solange disse que dá gosto de ver que o bebê vai ser muito amado, e que nota isso desde as roupinhas que lhes alcançam para vestir no bebê até a expressão dos pais na janela... Parecia tudo tão bom... (Obs.16).

CAPÍTULO IV

DISCUSSÃO

O objetivo inicial deste estudo foi o de investigar como se dá o processo de nascimento de um bebê em ambiente hospitalar, visando desvendar e conhecer, através da observação, a vivência emocional da mulher que dá à luz. Durante os dezenove meses em que foram feitas observações semanais no Centro Obstétrico de um hospital público da região metropolitana de Porto Alegre, foi possível ver muito mais do que o objetivo inicial do trabalho previa. As mulheres eram o foco principal do trabalho, mas aos poucos outros personagens foram se revelando e crescendo na trama que se estabelecia, como os profissionais médicos e de enfermagem, o bebê, a instituição e a própria observadora.

O Método Bick é um método psicanalítico de observação. Diferentemente dos métodos experimentais, que visam pôr em evidência determinado fenômeno a partir de uma hipótese teórica que o embasa, o método psicanalítico leva em conta situações geralmente negligenciadas por outros métodos observacionais, tais como os estados psíquicos internos tanto do sujeito observado como do próprio observador. Nesse sentido, o enquadre é muito mais importante do que o fenômeno que se quer observar. O limite espaço-temporal (que permite definir o espaço concreto da observação), o limite contratual (o que está sendo proposto) e os limites psíquicos (que dependem do que o observador percebe por seus sentidos, por sua emoção, por sua atividade imaginária e por sua capacidade de pensar) são os limites do enquadre, e são justamente eles que constituem o objeto da atenção do observador. É através de um enquadre cuidadosamente definido que o inesperado vem à tona, pois é sua função criar as condições para que o inesperado apareça, para que se crie um espaço psíquico livre de *a priori* e para que não seja observado apenas aquilo que a teoria prevê (Houzel, 1997).

Esse conceito de teoria do enquadre proposto por Houzel (1997) tenta dar conta de um problema que tem se mostrado um dos pontos-alvo de críticas ao método proposto por Bick (1964). A epistemologia moderna evidenciou que não há possibilidade de observar, seja através do método que for, sem uma teoria que pudesse recolher os dados das observações, articulá-los e lhes dar sentido. A pergunta que surge é, justamente, como conciliar duas exigências, a princípio contraditórias: como dispor do mínimo de teoria necessário para a observação? A

teoria do enquadre vem resolver essa contradição, no sentido de oferecer respaldo teórico para os postulados do método de Esther Bick. O primeiro postulado teórico afirma que existem processos de pensamento inconscientes. É justamente esse postulado que permite que o observador se deixe levar além de seu pensamento racional e consciente, e procure lançar luz também sobre as mensagens implícitas que lhe são enviadas pelo observado e pelo ambiente. O segundo postulado afirma que o psiquismo é organizado em instâncias, e o método Bick respeita essas instâncias através dos tempos propostos no uso do método: o tempo da observação (inconsciente), o tempo do relato (pré-consciente) e o tempo da supervisão (consciente). E o terceiro e último postulado afirma que o psiquismo possui uma dinâmica que se exprime através dos fenômenos de transferência e de contratransferência. Nesse sentido, não basta ao observador fazer uma coleta minuciosa de fatos esparsos ocorridos durante a observação. É preciso que ele se deixe tomar pelas trocas conscientes e inconscientes entre o observado e o ambiente. Em suma, o método Bick permite dar atenção ao mundo intrapsíquico (Houzel, 1997; Lopes, Vivian, Oliveira-Menegotto, Donelli & Caron, 2007).

No presente estudo, foi realizada uma aplicação do Método Bick no contexto hospitalar, mais precisamente no contexto de um Centro Obstétrico, local que prioriza o atendimento de mulheres que necessitam de internação em função de uma gravidez. Este método tem sido aplicado a inúmeros contextos, como já exposto no Capítulo I, tais como unidades de tratamento intensivo neonatal, enfermarias de cardiologia pediátrica, ultra-sonografias gestacionais, berçários, creches, hospitais gerais e prisões femininas (Candelori & Dal Dosso, 2007; Furchmeister et al., 2001).

Levando-se em conta a teoria do enquadre proposta por Houzel (1997), pode-se afirmar que o fato de aplicar o Método Bick a um contexto tão diferente do lar, como é um hospital, não foge aos princípios epistemológicos do próprio método. A coleta de dados do presente estudo seguiu os três tempos propostos por Bick (1964): observação, relato e supervisão. Além disso, apesar do contexto diferente, da diversidade de situações e da rotatividade de pacientes, manteve-se o *setting* da observação através da constância no dia, horário, local e equipe de profissionais. Assim, os limites que configuraram o espaço concreto da observação, que definiram o contrato de trabalho e que permitiram estabelecer um enquadre psíquico, estiveram presentes na coleta de dados para esse trabalho.

Em concordância com o método utilizado, a descrição dos resultados apresentada nesta tese tentou, de alguma forma, levar o leitor a experimentar e entender a experiência vivida pela observadora durante a realização da pesquisa. Num primeiro momento, tentou-se reproduzir os ambientes físico e emocional experimentados pela observadora no período da coleta de dados, para em seguida apresentar a rotina de atendimento imposta às mulheres em um Centro Obstétrico e só então, por último, lançar luz aos processos intrapsíquicos experimentados pelos participantes do estudo, visando levar o leitor da superfície às entranhas do que se apresentava, isto é, do que era aparente e saltava aos olhos até o que se escondia por trás da rotina e da padronização.

No presente capítulo, a tentativa que se faz é de articular o que foi visto e sentido com o que a teoria oferece. Os dados descritos no capítulo anterior serão agora discutidos através de três tópicos, correspondendo aos três eixos descritos na seção de resultados. Assim, o tópico intitulado “O Método Bick aplicado à instituição hospitalar: a instituição como um envelope que contém e protege ou como um obstáculo ao contato?” trata das questões relacionadas ao ambiente físico e emocional que acolhia as mulheres internadas no Centro Obstétrico, tentando entender qual o papel da instituição hospitalar no âmbito do atendimento às pacientes obstétricas. O segundo tópico, intitulado “Um mundo à parte: a experiência de dar à luz no contexto hospitalar”, aborda as questões suscitadas pela imposição da rotina de atendimento às mulheres, tentando esclarecer como os inúmeros acontecimentos testemunhados pela observadora e experimentados pelas mulheres podem demandar a mobilização de mecanismos que protejam as pacientes de um potencial excesso de estímulos dirigidos ao seu psiquismo regredido e fragilizado, decorrente de sua condição de parturientes. E, por fim, o tópico intitulado “A experiência feminina do parto: a busca por um novo nascimento”, procura, assim como o terceiro eixo da descrição dos resultados, descortinar a vivência das mulheres internadas em um Centro Obstétrico, no sentido de lançar um olhar microscópico sobre as mulheres e sobre a experiência do parto.

Um dos pontos comuns e que unem teoricamente os três tópicos da discussão é a tentativa da autora de fazer uma analogia entre a experiência infantil de nascer e a experiência feminina de dar à luz, bem como entre o psiquismo frágil e incipiente do bebê e o psiquismo fragilizado e regredido da mulher. Além disso, buscou-se trazer questões próprias do Método Bick, especialmente as que

tratam da função do observador, na tentativa de entender o papel que a observadora desempenhou no ambiente onde se manteve inserida por dezenove meses. Nesse sentido, buscou-se também uma analogia entre o papel da observadora e o papel da equipe enquanto cuidadora das mulheres internadas.

4.1 O Método Bick aplicado à instituição hospitalar: a instituição como um envelope que contém e protege ou como um obstáculo ao contato?

Um dos grandes desafios deste trabalho foi, justamente, o de aplicar um método originalmente proposto para observar a relação entre o bebê e sua família no contexto de seu lar, a uma instituição complexa como o hospital. Já na primeira observação, pôde-se perceber as inúmeras dificuldades que essa tarefa traria para a observadora.

A rapidez com que os fatos se desenrolam foi uma dessas primeiras dificuldades. Na descrição dos resultados foi mencionado esse aspecto, enfatizando o grande fluxo de trabalho e a natureza dos acontecimentos com os quais todos precisam lidar dentro de um hospital, quase sempre ligados à urgência e à iminência da morte ou do dano irreparável. De certa forma, a observadora sentiu-se arrebatada por essa avalanche de acontecimentos e de informações já na primeira observação, e talvez a ansiedade inicial somada à ansiedade da intermediária tenham contribuído para esse tipo de sensação. Segundo Bick (1964), é esperado que o observador sinta-se tenso, especialmente em função de toda carga emocional ao qual ele fica exposto quando entra no seio de uma família com um bebê recém-nascido, e não raro trava uma luta consigo mesmo no sentido de tolerar toda a situação. Na realização deste trabalho, o ambiente observado não foi a casa da família, mas um local onde se desenrolam acontecimentos, como o nascimento, que marcarão a história da relação entre a mãe e o bebê e, por isso, carregam em si potencial para produzir tanto benefícios quanto danos psicológicos (Fisher et al., 1997).

O ambiente foi outra dificuldade. O ambiente físico do Centro Obstétrico foi descrito como inadequado para o seu propósito, que deveria ser o de acolher mulheres prestes a dar à luz, bem como seus bebês recém-nascidos. Talvez, num misto de romantismo e de idealização, esperava-se que esse ambiente fosse bonito, claro, confortável e leve, no sentido de tentar aliviar as tensões provocadas pela iminência do parto e facilitar, tanto para a mulher como para o bebê, a

transição inevitável que o parto acarreta. Entretanto, talvez o conceito de acolhimento assuma outra conotação na instituição hospitalar.

Em tempos passados, a mulher que paria estava cercada por familiares, dentro de sua casa, na sua cama, sendo cuidada por pessoas de sua confiança. Entretanto, as altas taxas de mortalidade materna e perinatal conseqüentes do parto a domicílio justificaram a transferência da mulher para o hospital, o qual não retrata o ambiente familiar e humano, mas é mais seguro. Além disso, a história nos mostra que a transferência do parto para o hospital contribuiu para que, hoje, o nascimento seja definido culturalmente como um evento médico: o parto passou a ser mais seguro para as mulheres e seus bebês, mas também menos humanizado. Os partos, hoje, devem ser realizados em ambiente hospitalar, com as mulheres em posição de litotomia (deitadas), para facilitar o trabalho do médico e a utilização de seus instrumentos (Cordeiro & Sabatino, 1997; Hassen, 1998; Maldonado, 1994).

Nesse sentido, pode-se entender acolhimento como a preocupação da instituição hospitalar em oferecer um ambiente seguro do ponto de vista técnico. A prioridade está no funcionamento correto de equipamentos, na posse de materiais adequados, no oferecimento de um ambiente confortável e no atendimento eficiente. Tradicionalmente, a noção de acolhimento no campo da saúde tem sido identificada ora como uma dimensão espacial (que se traduz em recepção administrativa e ambiente confortável), ora como uma ação de triagem administrativa e repasse de encaminhamentos para serviços especializados. Ambas as noções têm sua importância. Entretanto, quando tomadas isoladamente dos processos de trabalho em saúde, se restringem a uma ação pontual e descomprometida com os processos de responsabilização e produção de vínculo. Talvez por esse fato, percebam-se hoje inúmeras iniciativas governamentais no sentido de resgatar a importância do relacionamento interpessoal no atendimento em saúde e, sob o nome de humanização, tentar devolver ao usuário o direito a um atendimento digno e fraterno. Uma dessas iniciativas é, justamente, a mobilização das instituições hospitalares em projetos de acolhimento, modernamente definido como uma ação de aproximação, um “estar com” e um “estar perto de”, ou seja, uma atitude de inclusão. Essa atitude implica, por sua vez, estar em relação com algo ou alguém (Brasil, 2006).

Talvez o ambiente que mobilizou tanto as percepções da observadora não seja exatamente o ambiente físico, mas principalmente o ambiente emocional

criado em torno dessa estrutura física. Não eram as paredes descascadas ou os corredores apertados que incomodavam, mas talvez o fato de não se notar a preocupação das pessoas em garantir um ambiente acolhedor, no sentido de investir no relacionamento profissional-paciente, oferecendo às mulheres segurança, tranquilidade e o mínimo de atitudes intrusivas e desrespeitosas.

Um estudo realizado na Itália (Cresti & Lapi, 1997) demonstrou interesse em investigar como a instituição hospitalar se fazia presente nas questões relacionais, isto é, como a instituição e, conseqüentemente, seus profissionais, desempenhavam funções de favorecimento ou de entrave às relações iniciais entre mães e bebês. As autoras aplicaram o Método Bick no contexto hospitalar para, inicialmente, observar as relações entre mães e bebês logo após o nascimento, durante a internação obstétrica e/ou pediátrica (quando os bebês necessitavam permanecer na UTI Neonatal). A intenção das autoras era observar as primeiras relações da dupla mãe e filho, mas também pretendiam conhecer as reações e as interações dos profissionais diante desses primeiros momentos e, ainda, saber se a estrutura hospitalar poderia desempenhar um papel significativo nas dinâmicas relacionais precoces. Uma das hipóteses do estudo era de que o hospital conseguiria inserir-se como um terceiro elemento no jogo de trocas e de comunicação da díade, influenciando de forma direta ou indireta na qualidade da relação que estaria se estabelecendo entre mãe e bebê, a ponto de favorecer ou entravar a capacidade de interação de cada um dos parceiros (seja a mãe ou o bebê).

A investigação acima citada constatou que a instituição hospitalar pode atuar como um envelope que contém e protege (Anzieu, 2000) e, num sentido positivo, representar uma estrutura que cuida, apóia e responde à necessidade de dependência tanto da mãe como do bebê. A mulher que se sente cercada e protegida pela presença discreta e não-intrusiva da equipe pode sentir-se mais preparada para organizar uma relação com seu bebê, obedecendo a uma necessidade interna de gradação. Entretanto, no sentido oposto, o hospital pode se tornar um obstáculo ao contato, provocando uma ruptura ou um bloqueio da relação mãe-bebê. O evento do nascimento em si, os partos complicados, a ameaça de morte e a própria característica das tarefas desempenhadas pela equipe em um setor de obstetrícia podem trazer à memória dos profissionais questões internas primitivas e os afetos ligados a elas, mobilizando, assim, mecanismos de defesa como o evitamento, a negação, a clivagem e o deslocamento. Tais

mecanismos reduzem a assistência unicamente ao nível das necessidades corporais, sem qualquer consideração aos aspectos psicológicos, assim como o faria uma mãe incapaz de conectar-se emocionalmente ao seu bebê (Cresti & Lapi, 1997).

Os dados do presente estudo nos mostram inúmeros exemplos relacionados à forma como a instituição, de uma forma geral, e a equipe, de uma forma específica, lidavam com as mulheres internadas no Centro Obstétrico, e fazem pensar em como a estrutura e a rotina hospitalar estariam influenciando, naquele momento, a forma como a mulher passaria pelo parto e estabeleceria seus primeiros contatos com o bebê. O ambiente físico, que aqui pode ser considerado como função da instituição, não parece ter sido organizado em função das mulheres, e tampouco visando seu bem-estar e acolhimento.

A entrada no hospital, como testemunhou a observadora na primeira observação, não possui sinalização e obriga as pacientes a percorrer sozinhas um caminho sinuoso e cheio de voltas, que parece ficar maior e mais perigoso quanto maior a proximidade com o setor para onde devem se dirigir. Além disso, os sinais existentes pelo caminho, como as pinturas pelos corredores retratando bebês saudáveis e mães felizes, passam uma mensagem ambígua: é como se a instituição estivesse mostrando para as mulheres como elas devem se sentir, e como elas devem ser como mães. Existe uma imposição velada do que é correto e bom, o que parece excluir manifestações de dor, desagrado e sofrimento.

Nesse ponto, já é possível compreender que a instituição não está conseguindo desempenhar, nessa acolhida às mulheres, seu papel de contenção, ou de envelope que contém e protege, como mencionaram Cresti e Lapi (1997), baseadas no conceito de envelope psíquico de Didier Anzieu (2000). Aparece aí a idealização da maternidade e do momento do parto como algo que não inclui choro, tristeza, angústia e ambivalência. A instituição não abre espaço para esses aspectos menos bonitos da maternidade, o que faz pensar em quão difícil deve ser para aquelas mulheres que dão à luz prematuramente, por exemplo, ou que perdem seus bebês: a mensagem da instituição é de que a falha é exclusivamente delas, culpabilizando-as pelo fracasso.

Peterson (1996), em seu artigo de reflexões sobre o parto, já afirmava que, mesmo cercada de todo apoio e de toda estrutura médica disponível, é muito freqüente que as mulheres se sintam sozinhas durante o parto e sejam facilmente culpabilizadas quando algo não vai bem. Talvez o presente estudo possa

contribuir com o trabalho de Peterson (1996), no sentido de tentar entender por que as mulheres assumem essa culpa e essa responsabilidade. Além de seus processos internos, que serão discutidos mais adiante nesse mesmo capítulo, pode-se pensar no papel da instituição e em como a organização e, porque não, a própria estrutura hospitalar poderia contribuir para aliviar esses sentimentos nas mulheres.

Dessa forma, a impressão inicial da observadora de que faltavam investimentos, por parte do hospital, para a modernização e adequação do espaço físico do Centro Obstétrico, parece se confirmar. Entretanto, pode-se pensar que a falta de investimentos não é apenas em relação ao ambiente físico, mas também em relação ao ambiente que contém e protege.

Parece aqui se estabelecer um paradoxo: se o hospital é antigo e ainda mantém instalações igualmente antigas, poderia se pensar que se trata de uma instituição que cultiva hábitos tradicionais e, nesse sentido, se preocuparia com o parto como em tempos idos. Nessa época, como já citado, o momento do nascimento se dava em um ambiente familiar e acolhedor, e o fator humano era a premissa básica, talvez até na tentativa de compensar a falta de recursos médicos disponíveis. Mas a aparência antiga, nesse caso, nada tem a ver com os valores de épocas passadas. Talvez o desafio dessa e de tantas outras instituições seja, justamente, conseguir aliar à eficiência técnica e científica uma ética que considere e respeite as necessidades dos seus usuários, que seja capaz de acolher o desconhecido e o imprevisível e que consiga aceitar os limites de cada situação (Rio Grande do Sul, 2004).

As pessoas são fundamentais nesse processo de humanização, pois é somente através da relação entre elas que poderá se formar um ambiente diferente. Se a estrutura física impõe um ambiente hostil e não zela pela proteção da individualidade de cada uma das pacientes ali internadas, o mesmo não deveria ser esperado dos profissionais que ali atuam. Entretanto, foi possível perceber uma inadequação que vai além do espaço físico, e que diz respeito à forma como as mulheres são cuidadas enquanto estão no Centro Obstétrico.

Num primeiro momento, pode-se pensar que é a organização do setor, descrita como quase caótica, a responsável pela extrema exposição da intimidade das mulheres e de tudo que acontece no Centro Obstétrico, pois ela revela a falta de preocupação com o agressivo desvelo da intimidade ao qual as mulheres acabam submetidas. Mas talvez o mais grave é que foram observados raríssimos

movimentos de indignação e poucas tentativas dos profissionais de mudar essa realidade, tentando compensar, de alguma forma, as deficiências na estrutura física com um atendimento caloroso, empático e sensível. De forma oposta, foram observados comportamentos que denotavam uma certa acomodação dos profissionais com as situações que se apresentavam, talvez revelando um excesso de comodismo ou de conformismo. Talvez esses fatos tenham estreita relação com a questão do endurecimento profissional.

Angerami-Camon (1998), um autor de base teórica humanista e que possui uma vasta produção escrita sobre temas de Psicologia Hospitalar, agrupou as posturas mais comumente observadas nos profissionais de saúde durante o exercício profissional em quatro categorias: calosidade profissional, distanciamento crítico, empatia genuína e profissionalismo afetivo. A primeira postura é aquela que revela a aquisição de uma certa indiferença, por parte do profissional, em relação ao sofrimento do paciente. Seria uma espécie de calosidade emocional que o impede de ser tocado, mesmo que minimamente, pelas dores do outro. Essa postura afasta o profissional do contato com o paciente e torna os relacionamentos impraticáveis. A segunda postura, chamada pelo autor de distanciamento crítico, implica em um certo afastamento do profissional para que o sofrimento do paciente possa ser compreendido e apreendido na sua totalidade. É o afastamento necessário para que o profissional consiga lidar de forma consciente com os aspectos emocionais dos pacientes, sem desestabilizar-se emocionalmente. Já a empatia genuína trata do envolvimento sincero e muitas vezes ilimitado que se estabelece entre o profissional da saúde e seus clientes. Inclui uma atitude que vai além dos limites do relacionamento profissional-paciente e revela uma relação que se estabelece entre dois seres humanos, mais do que entre um profissional e um paciente. E a última postura é aquela que, embora marcada por um certo afastamento afetivo, traz um profundo respeito pela dor do paciente.

Os dados coletados através das observações permitem supor que a maioria dos profissionais envolvidos com o atendimento das mulheres procura manter um distanciamento do sofrimento que elas expressam. Além disso, foi possível testemunhar atitudes que denotavam uma espécie de automação, pois além de considerar tudo “normal” e não primar pelo atendimento individualizado de cada paciente, em diversas situações as mulheres ali atendidas, que deveriam ser o foco das atenções, eram deixadas de lado. O que estava em jogo era o próprio

movimento da equipe, as suas tarefas e o adequado cumprimento de todas as rotinas. As mulheres, foco do trabalho de todas as pessoas que ali se encontravam de forma constante, eram negligenciadas, desconsideradas e até desvalorizadas. Aliás, a automação se revelou um patamar a ser alcançado, como sinal de competência e eficiência técnica.

Sentimentos de inadequação, experimentados pela observadora, e sua necessidade de ajustar-se aos movimentos rígidos da equipe parecem corroborar a idéia de que os profissionais vão se endurecendo, perdendo a capacidade de identificação e de empatia com o outro. De certa forma, pôde-se testemunhar que os profissionais vão perdendo a capacidade crítica e também sua capacidade de indignar-se, apoiando as inferências de Angerami-Camon (1998).

As tarefas desempenhadas pela equipe em um Centro Obstétrico são, por si só, intrusivas, como foi descrito na seção de resultados. Tal fato parece reforçar nos profissionais a necessidade de intervir também de forma incisiva, seja na forma de ordens ou na elevação do tom de voz. Além disso, ver as mulheres tão expostas, física e emocionalmente, parece autorizar o profissional a ser intrusivo, controlador e onipotente. Entretanto, essa postura incisiva e intrusiva revelou-se ineficiente em alguns momentos, pois se tornou evidente, ao longo do tempo, a forma contraditória como a equipe lida e interage com as mulheres. Enquanto que, em muitos momentos, os profissionais agem de forma extremamente intrusiva, em outros parece haver um certo abandono das mulheres. Elas são deixadas sozinhas em meio a gemidos e a pedidos explícitos de ajuda, tanto durante o trabalho de parto como logo após o nascimento do bebê.

Todos esses movimentos da equipe podem estar revelando a utilização de inúmeros mecanismos de defesa, os quais poderiam estar a serviço da proteção pessoal de cada um dos profissionais, provocando o afastamento ou o manejo inadequado dos aspectos emocionais das pacientes. De uma forma geral, os membros da equipe demonstraram não se sensibilizar facilmente com as queixas e expressões de dor e desconforto das mulheres, denotando certa indiferença ou, como citou Angerami-Camon (1998), calosidade profissional. O afastamento emocional entre profissional e paciente chegava a extremos, e não foi surpresa constatar que alguns profissionais não suportam o ambiente do setor, evitando permanecer por muito tempo lá dentro ou procurando atividades banais e até mesmo inadequadas para o ambiente de trabalho, como uma tentativa de amenizar o clima emocional pesado que por vezes se estabelecia. Entre essas atividades

podem ser citadas as brincadeiras, os comentários irônicos, as festas e as rodas de bate-papo entre os membros da equipe.

Sem dúvida, pode-se pensar que a equipe utiliza mecanismos de defesa na tentativa de proteger-se da invasão de sentimentos desagradáveis e ansiogênicos. Tal necessidade de proteção parece se voltar, especialmente, contra a dor, a morte, a perda e sentimentos regressivos suscitados pela vivência do parto, a qual remete todo ser humano ao próprio nascimento.

O fato de haver poucos exemplos de atitudes positivas, empáticas e sensíveis da equipe em relação às mulheres pode estar relacionado a um tipo de sentimento vivido também pela observadora e definido como impotência. Em algumas situações, pôde-se perceber as tentativas da equipe, principalmente das técnicas de enfermagem, de garantir um atendimento digno e humano para as mulheres, e o esforço para atender às demandas emocionais evidenciadas pelas pacientes. Entretanto, as limitações institucionais, a falta de conhecimento técnico e de respaldo emocional provocam a frustração de não poder atender as pacientes como gostariam, ou como talvez acreditem que deveriam, levando a sentimentos de impotência e ao uso de mecanismos de defesa para aliviar tais sentimentos. Em alguns momentos, o esforço da equipe de técnicos e estagiários de enfermagem para se manter afastada dos sentimentos de impotência provocados pelas mulheres internadas, especialmente quando elas expressavam medo, angústia e dor, foram traduzidos em atitudes como a utilização de um discurso pronto e a ocupação com tarefas mecânicas.

No sentido oposto, foi possível identificar alguns movimentos da equipe que poderiam configurar uma tentativa de acolher e proteger as mulheres. Dessa forma, a instituição atuaria como um envelope que contém e protege, conforme Cresti e Lapi (1997). Entre as atitudes positivas podem ser citados os elogios distribuídos às mulheres pela equipe, a facilidade de alguns poucos profissionais para colocar-se no lugar das mulheres, as orientações dadas às mulheres sobre os procedimentos, e o esforço da equipe em estabelecer uma comunicação satisfatória com as pacientes.

Pelo apresentado até agora, pode-se inferir que a instituição observada não tem se revelado continente dos aspectos emocionais das parturientes, o que poderia facilitar o estabelecimento das primeiras relações com o bebê. Se abre aqui um ponto importante para discussão: como cuidar das mulheres prestes a dar

à luz de tal forma que elas se sintam encorajadas, confiantes, seguras e também cuidadas o suficiente para prestar os cuidados necessários ao próprio filho?

Inúmeros autores falam sobre a necessidade que o bebê possui de ter uma mãe capaz de oferecer-lhe cuidado adequado, no sentido de intermediar seus primeiros contatos com o mundo de forma sensível. Tais autores têm em comum o pressuposto teórico de que, para o bebê se desenvolver saudável do ponto de vista emocional, ele precisa ter um objeto com o qual se identificar, que acolha suas projeções, que lhe sustente e lhe permita experimentar uma espécie de continuidade da própria existência, poupando-lhe da necessidade de mobilizar defesas arcaicas e imaturas para defender-se de estímulos com os quais ainda não tem condições de lidar. É o caso de Winnicott e seus conceitos de preocupação materna primária (1956/2000), de mãe suficientemente boa (1956/2000; 1963/1990) e de *holding* (1991), ou de Bion e seus conceitos de *reverie* (1962/1991) e de continente de projeções (1973), do eu-pele (Anzieu, 2000) e de pele psíquica (Bick, 2002), entre outros. De forma análoga, pode-se pensar na necessidade da mãe de ser cuidada para poder cuidar (Klaus & Kennell, 1993; Klaus & Klaus, 1993; Spielberger et al., 1979; Winnicott, 1957/1999).

Um autor em especial (Campos, 2005) preocupou-se com essa espécie de efeito cascata do cuidado. Em seu livro intitulado “Quem cuida do cuidador”, e baseado em sua tese de doutorado, ele parte do princípio de que não existe um cuidador absoluto, pois todo aquele que cuida precisa também ser cuidado. Ele aplicou essa idéia, originada do conceito winnicottiano de *holding*, aos profissionais da saúde, propondo uma nova forma de relacionamento dentro das equipes. Ele sugere que os profissionais exercitem uma nova forma de se relacionar, construindo e vivenciando um ambiente de apoio, de sustentação e suporte dentro da própria equipe e facilitando, assim, o enfrentamento e a superação das tensões provocadas pela prática profissional.

A resposta para a pergunta anteriormente formulada, como cuidar das mulheres prestes a dar à luz de tal forma que elas se sintam encorajadas, confiantes, seguras e também cuidadas o suficiente para prestar os cuidados necessários ao próprio filho, talvez passe pela revisão das práticas profissionais, pela formação do profissional da saúde e pelo respaldo emocional que é oferecido a esse profissional em função da característica das tarefas que desempenha. Médicos, enfermeiros e técnicos em enfermagem que lidam diariamente com mulheres em situação de gravidez e parto estão expostos a inúmeras

manifestações de angústia, de medo e apreensão, e precisam lidar com conteúdos inconscientes que vêm à tona em função da experiência que as mulheres estão vivenciando. Para evitar o uso de mecanismos defensivos que afastam o profissional do contato próximo com as mulheres e que o impele a adotar atitudes pouco empáticas e que não dão conta do adequado manejo dos aspectos emocionais das pacientes e de suas famílias, parece imprescindível que se repense o apoio prestado a esses profissionais pela própria instituição, e que se reveja questões ligadas à formação profissional.

No estudo de Cresti e Lapi (1997), havia uma expectativa das autoras de que a presença do observador, dentro da instituição hospitalar e junto às equipes, pudesse oferecer um novo modelo de abordagem da dimensão emocional e mental das mulheres e de seu incipiente relacionamento com seu bebê. Assim, o observador atento, não-intrusivo e continente poderia produzir um efeito semelhante na equipe, isto é, pouco a pouco os demais profissionais também poderiam adotar a mesma postura, produzindo assim uma mudança na forma de lidar com sua clientela. Nesse sentido, no presente estudo, foi possível perceber que o observador desempenhou a função de *holding* para a equipe em alguns momentos e, em outros, ofereceu novas formas de olhar para e de lidar com as mulheres internadas no Centro Obstétrico, como esperavam ser possível as autoras do estudo italiano (Cresti e Lapi, 1997). Apesar de não estar diretamente envolvida no atendimento às pacientes e de não ter esse compromisso, pode-se pensar que a observadora, de certa forma, estava envolvida no cuidado, especialmente no cuidado à equipe.

Em inúmeras situações, a observadora pôde perceber que a equipe buscava sua presença e contava com sua companhia para enfrentar mais um turno de trabalho. Em uma dessas situações, um dos médicos chegou a verbalizar que a observadora deveria ficar ainda mais tempo ali com eles, para testemunhar tudo que passavam no decorrer de um plantão. A intenção desse profissional não era a de mostrar para a observadora o que ele fazia ao longo do dia, e sim de ter alguém como cúmplice do que sentia durante o exercício de sua profissão. Pode-se pensar na observadora como alguém capaz de, pelo menos para esse profissional, traduzir seus sentimentos, compreender suas aflições e inseguranças e ajudá-lo a amortecer a carga emocional recebida das pacientes, que geralmente vêm no profissional médico o responsável por todo sofrimento, ou aquele capaz de aliviar sua dor. Nesse sentido, a função do observador como alguém apto para facilitar o

acesso ao ambiente emocional, traduzindo e filtrando a carga bruta de projeções e sentimentos inomináveis que é lançada das pacientes em direção à equipe, é uma função a ser buscada e desempenhada por todos. Caron (1995) afirmou que o papel que o observador desempenha é, na verdade, “um papel fundamental, necessário, buscado sempre, em qualquer fase da vida: ter alguém por testemunha, cúmplice das angústias e vivências escondidas, desconhecidas ou, até mesmo, proibidas” (Caron, 1995, p. 285). Durante a coleta de dados para esse trabalho, pode-se pensar que a equipe do turno e dia da semana observados obteve um certo privilégio em relação aos colegas, pois pôde contar com alguém disposto a desempenhar essa função, e com treinamento e formação que a habilitavam para tanto.

Olhar, ver, perceber e se deixar usar como uma esponja capaz de absorver as projeções oriundas dos movimentos inconscientes das pacientes. Mais do que isso, aprender a tolerar tais projeções e desenvolver a capacidade de identificar-se com o outro, no sentido de tornar-se empático e poder se colocar no lugar das mulheres atendidas. Talvez sejam essas as condições necessárias para que uma pessoa possa trabalhar com essa clientela, isto é, parturientes e demais pacientes obstétricas, e que vão além do conhecimento técnico-científico. Parece ser necessário desenvolver uma capacidade empática, de identificação e cumplicidade com as mulheres, podendo ir além da contenção física, isto é, oferecendo uma espécie de contenção emocional similar àquela exigida da função materna.

4.2 Um mundo à parte: a experiência de dar à luz no contexto hospitalar

No tópico anterior, tentou-se discutir os temas ligados, principalmente, às primeiras impressões que o trabalho de observação em um Centro Obstétrico despertaram na observadora. Nesse sentido, questões sobre o ambiente físico e sobre o papel da instituição no atendimento às mulheres adquiriram importância especial. No presente tópico, pretende-se abordar as questões ligadas à rotina de atendimento imposta às mulheres internadas em um Centro Obstétrico, trazendo à tona aspectos que se repetiram ao longo do trabalho e que foram revelando padrões. Segundo Bick (1964), o método permite delinear padrões de conduta que se tornam significativos quando se repetem ao longo do tempo, em sucessivas observações. Nesse sentido, Caron, Matte, Cardoso, Lopes e Dalcin (2000) referiram Freud e sua obra intitulada História do Movimento Psicanalítico

(1914/1987), na qual ele afirma que, para desvelar o inconsciente, é preciso olhar as mesmas coisas, repetidas vezes, até que elas comecem a falar por si mesmas.

Já nas primeiras observações, foi possível identificar um padrão que se estabelecia em relação à forma como as mulheres chegavam e entravam no hospital e, mais especificamente, no Centro Obstétrico. Quando o médico decidia pela internação da paciente, ela precisava, literalmente, despir-se de tudo que trazia consigo: as roupas, acessórios, bolsa, documentos, enfim, precisava deixar o mundo conhecido do lado de fora, e entrar no Centro Obstétrico, que foi descrito em inúmeros relatos como um mundo à parte: um ambiente diferente de tudo que se costuma ver no dia-a-dia, que lida com o corpo e com a alma das mulheres de uma forma peculiar e que as obriga a experimentar uma espécie de despersonalização em um momento por si só tão central no processo de tornar-se mãe.

Pode-se pensar nesse padrão que se estabeleceu como uma agressão que culmina com a perda das referências e, porque não, da sensação de continuidade estabelecida até então. Essa sensação de quebra da continuidade pode ser experimentada pelo bebê no momento do nascimento, como tão bem explicou Winnicott (1949/2000, 1956/2000). À época do nascimento, o bebê já possui um início de desenvolvimento emocional, o que o habilita a reagir a uma certa dose de estímulos ambientais. Entretanto, tal capacidade ainda é muito rudimentar, e qualquer perturbação que a ultrapasse é contraproducente ao desenvolvimento saudável, uma vez que exige que o bebê reaja. E nesse estágio inicial, o ego ainda não está suficientemente desenvolvido para que haja uma reação sem perda do senso de continuidade do vir a ser, e sem perda de identidade. A necessidade de reagir pode ser responsável por sentimentos de caos, de desintegração, de ausência de emoções em resultado da fragmentação, que é definida por Klein (1969) como a defesa primordial contra o medo da aniquilação por forças destrutivas interiores e que, segundo a autora, é o mais profundo de todos os medos.

De forma análoga, todo esse processo de entrada no setor parece, em muitas situações, uma violência, o que faz pensar na necessidade das mulheres de também reagirem ativamente a esse excesso de estímulos e de exigências. Não estariam também as mulheres, e não apenas os bebês, experimentando a sensação de quebra do senso de continuar existindo, em função da sobrecarga emocional à qual estão sujeitas por ocasião do parto? Pretende-se retornar a essa questão mais

adiante, no subitem 4.3 – A experiência feminina do parto: a busca por um novo nascimento. Nesse momento, cabe ressaltar os inúmeros acontecimentos que podem ter se configurado como excessos pelo psiquismo das pacientes internadas, o contra os quais foram utilizados mecanismos defensivos.

A entrada das mulheres no Centro Obstétrico, e o fato de se despirem de si mesmas, levou o grupo de supervisão a uma analogia entre a entrada das mulheres no Centro Obstétrico e a entrada de detentos no sistema prisional, ou mesmo de pacientes em manicômio: em todos os casos, é necessário deixar tudo que possuem na entrada da instituição, entregando sua identidade e, porque não, sua humanidade, nas mãos de outros. Talvez nesse sentido seja possível fazer algumas considerações e, também, comparações entre tais instituições. A prisão e o manicômio são instituições que segregam e reprimem e, como instrumentos da sociedade, reproduzem os movimentos que a própria sociedade faz em relação a essa população, que é o de manter longe de si mesma os problemas e conflitos (Bleger, 1992). O hospital como instituição e, mais especificamente, o Centro Obstétrico observado neste trabalho, parecem cumprir essa mesma função, reproduzindo a estrutura dos problemas que têm de enfrentar, impondo a dissociação entre a mente e o corpo e levando a um empobrecimento das relações interpessoais. Segundo Bleger (1992), no hospital, assim como em todas as instituições em diferentes formas e graus, é possível identificar uma tendência à estabilização, à estereotipia e à monotonia, que leva à alienação, à manutenção dessa alienação do ser humano e ao esvaziamento de sua condição humana. Talvez sejam justamente essas questões que fizeram com que o grupo de supervisão encontrasse um paralelo entre instituições, a princípio, tão diferentes em seus propósitos. Todas elas privam o ser humano de sua liberdade, de sua autonomia e de sua condição de sujeito, e impõem uma rotina de cuidados que, se não fosse por sua boa intenção (curar, recuperar, reinserir), seria vista como tortura.

A questão da entrada das mulheres no Centro Obstétrico como algo que as obriga a despirem-se de si mesmas faz pensar em inúmeras outras situações nas quais as mulheres, e a própria observadora, experimentaram perder as referências, reiterando a visão do Centro Obstétrico como um mundo à parte. Uma dessas situações diz respeito ao tempo medido em horas, que parecia perder o sentido durante as observações, talvez pelo ritmo próprio estabelecido no setor, ou pelo clima emocional que impregnava o local e ditava o ritmo.

O ritmo observado na dinâmica de funcionamento do Centro Obstétrico nem sempre foi ligado à ordem e à previsibilidade. Ao contrário, em alguns momentos, o ritmo que se estabeleceu foi justamente o não-ritmo, a falta de cadência, o caos e o imprevisto. A inconstância experimentada ao longo das semanas de observação foi outro ponto que chamou a atenção da observadora, e faz pensar em como essa inconstância, essa falta de garantias sobre os acontecimentos futuros e essa incapacidade de saber ou de prever o fim ou o início de um evento, são desorganizadores.

A inconstância, a falta de cadência e a dificuldade de uma mãe de antecipar-se às necessidades de seu bebê parecem ser tão intrusivas ao psiquismo de um pequeno ser quanto o excesso de estímulos concretos de um ambiente. O bebê precisa reagir a um ambiente que lhe sobrecarregue de estímulos, ou que não consiga lhe proteger dessa sobrecarga emocional. Um ambiente marcado pela inconstância parece ser um exemplo de que algo está falhando no sentido de filtrar e transformar os estímulos ambientais a ponto de que eles não causem perturbação a um psiquismo frágil e em formação. Um ambiente suficientemente bom é, segundo Winnicott (1956/2000), um ambiente especializado que seja capaz de oferecer ao bebê um somatório de experiências tranquilas resultantes, em parte, da capacidade de esperar que ocorra uma recuperação depois das aniquilações provocadas pela necessidade de reação contra as intrusões do ambiente. No paralelo que se vem tentando estabelecer nesta seção, entre o psiquismo incipiente do bebê e o psiquismo regredido da parturiente, é possível pensar que um ambiente hostil, despersonalizante e inconstante não oferece à mulher condições para que ela se mantenha psicologicamente organizada e consiga lidar com as demandas emocionais provocadas pela iminência do parto.

Cabe ressaltar que a inconstância testemunhada pela observadora esteve relacionada, na maioria das vezes, às características do próprio Centro Obstétrico, que é um setor que lida com a urgência e com o imprevisto diariamente. Entretanto, é impossível saber onde essa inconstância se inicia. É importante reconhecer nas tarefas desempenhadas pelos profissionais potencial para impor uma certa agitação ao ambiente. Apesar disso, é preciso pensar nas características e nas dificuldades dos profissionais de conterem a desordem, organizando tanto o ambiente concreto como o tumulto emocional que se estabelece no dia-a-dia. Nesse sentido, novamente aqui é importante pensar nas formas como a equipe pode compensar essa inconstância do ambiente, exercendo

um *holding* capaz de atenuar esse tipo de estímulo potencialmente desorganizador. A presença da observadora junto à equipe pôde, em alguns momentos, auxiliar os profissionais a desempenharem essa função, uma vez que eles contaram com uma pessoa próxima e cúmplice de suas dificuldades, pois compartilhava das vivências emocionais tanto das pacientes como dos próprios profissionais.

Além disso, os dados coletados permitem supor que a equipe compartilha, de forma inconsciente, de inúmeros sentimentos que as mulheres internadas também experimentam, o que, de uma certa forma, poderia ser usado pelos profissionais a favor das mulheres e deles próprios, facilitando a empatia e a comunicação, e permitindo que as necessidades das parturientes e demais pacientes fossem atendidas de uma forma mais eficiente. Entretanto, talvez o receio de não ter respostas, de ser flagrado como falho na sua posição de detentor de um poder, de um saber e de uma autoridade que o conhecimento técnico-científico deveria lhes fornecer, seja um dos grandes responsáveis pela utilização de mecanismos defensivos que afastam os profissionais das pacientes, como já discutido no item 4.1.

O contato diário com os problemas de uma gravidez, com sentimentos primitivos e ansiogênicos como a ameaça de aniquilação, a perda do senso de continuar existindo e a despersonalização podem produzir, como já citado, o afastamento físico e emocional da equipe em relação às mulheres, impossibilitando que se estabeleça um movimento de identificação. Seria necessário à equipe desenvolver uma espécie de disponibilidade interna para poder aceitar as projeções das mulheres, tanto positivas quanto negativas, permanecendo em uma posição receptiva e deixando-se envolver pela situação. Somente assim poderia se estabelecer uma eficiente comunicação entre as partes, tanto no nível verbal como no não-verbal, ou inconsciente.

A dificuldade de comunicação foi outro padrão que se estabeleceu durante as sucessivas observações. Os aspectos institucionais podem explicar, em parte, essa questão. A adoção de atitudes onipotentes por parte da equipe, especialmente a médica, pode ser entendida também como uma conduta defensiva, mas que se reflete no interjogo entre todos os membros da equipe, e destes com as pacientes. Um profissional que adota essa postura cria dificuldades de comunicação com seus próprios pares, e reforça a dependência dos pacientes que, teoricamente, já se encontram em uma posição regressiva em função da fragilidade física e psíquica

em que se encontram (Bleger, 1992). Aquele que acredita poder tudo não vê a necessidade de trocar conhecimento e informação. Entretanto, são os aspectos intrapsíquicos que merecem destaque na tentativa de explicar o porquê da dificuldade de comunicação que pôde-se testemunhar nesse trabalho.

O processo de comunicação permeia toda a vida do ser humano e, de uma forma simplista, pode ser definido como adequado quando tenta diminuir conflitos e mal-entendidos, e atingir objetivos definidos para a solução de problemas detectados na interação com o outro. Entre os aspectos envolvidos nesse processo estão a necessidade compreender o outro e de ser compreendido por ele, estabelecendo assim uma troca contínua que inclui a capacidade de percepção e de persuasão (Silva, 2003).

Entretanto, pode-se tentar entender o processo de comunicação através de uma perspectiva psicanalítica. Bion (1962/1991) utilizou o conceito de identificação projetiva, proposto originalmente por Klein (1969), para explicar não apenas um mecanismo mental de defesa. Ele formulou a idéia de que tal mecanismo teria também uma função de comunicação e o definiu como sendo, inclusive, a forma mais primitiva de comunicação entre a mãe e o bebê. Com o nome de identificação projetiva realística, Bion (1962/1991) afirmou que as projeções do bebê teriam a capacidade de afetar a mãe, provocando nela estados mentais e emocionais correspondentes ao que o bebê estaria experimentando naquele momento. Seria através desta espécie de percepção que a mãe poderia conter tais conteúdos e conhecê-los, vindo em seguida a transformá-los e devolvê-los ao bebê de uma forma que este pudesse reintrojetá-los. Esse é o conhecido conceito bioniano de *reverie*: através da mãe, o bebê introjeta seus próprios sentimentos, elaborados e modificados pela mãe, e tem a oportunidade de se identificar com uma mãe capaz de acolher seus sentimentos e “pensá-los” por ele.

Nessa explicação de Bion (1962/1991) para esse movimento entre mãe e bebê, parece haver um lugar especial para a função mental e para o processo de pensamento. Entretanto, segundo Rosa (2000), seria precipitado afirmar que a mãe simplesmente empresta ao bebê sua capacidade de pensar. Rosa (2000) acredita que esse processo é muito mais complexo e ainda pouco conhecido, e afirma que algo da ordem dos sentimentos se passa na intercessão da experiência entre mãe e bebê, conferindo a essa também uma dimensão emocional.

É em outro conceito de Bion (1973) que se encontra uma tentativa de dar conta dos sentimentos envolvidos nessa troca. Quando fala em continência, Bion

(1973) afirma que a presença do amor materno e o desejo de conhecer seu bebê e suas necessidades criariam as condições para que a mãe tenha paciência e tolerância suficientes para conter as projeções do bebê, não de uma forma passiva, mas ativamente através da focalização, da discriminação e do sentir.

Assim, através da possibilidade de identificar-se com seu filho recém-nascido, a mãe cria uma via de comunicação com ele, captando seus sinais e mensagens a um nível que não perpassa a consciência. Isso faz pensar que as palavras e seus significados pouco têm a desempenhar nessa troca que se estabelece, a qual se dá muito mais a nível somático e inconsciente.

Para que a mulher consiga estabelecer essa via de comunicação, é preciso que ela seja capaz de se entregar a uma condição que Winnicott (1956/2000) chamou de preocupação materna primária. Tal condição possibilitaria à mulher a adaptação sensível e delicada às necessidades do bebê, fazendo-a ir ao encontro das necessidades do seu filho recém-nascido. Segundo o autor, esse estado possibilitaria às mães quase se perderem em uma identificação com o bebê, de forma a poderem saber do que ele necessita naquele momento. A vulnerabilidade da mulher que se encontra nesse estado é quase tão intensa quanto a vulnerabilidade do próprio bebê. Assim, o estado regressivo em que a mãe se encontra, proporcionado pela preocupação materna primária, permite que ela instaure as bases para a saúde mental do seu filho (Winnicott, 1968/1999, 1952/2000).

De forma análoga, a mulher regredida, sensível e vulnerável descrita por Winnicott (1968/1999, 1956/2000, 1952/2000), também necessita de um cuidador que seja capaz de comunicar-se com ela através de outras vias que não apenas a da palavra falada. E é justamente a capacidade de identificar-se com essa mulher que possibilitará ao seu cuidador, profissional ou não, estabelecer uma comunicação que realmente vá ao encontro de suas necessidades, especialmente as de ordem emocional.

Durante as observações, foi possível fazer um paralelo entre a forma como a observadora se comunicava com as pacientes, e a forma como a equipe o fazia. Não foi raro perceber que a equipe utilizava um discurso pronto na tentativa de preencher uma lacuna nessa comunicação. A dificuldade de estabelecer uma relação com as pacientes e de se entregar ao processo de identificação com elas parece ter relação íntima com tal falha. Por outro lado, a presença da observadora, com sua disponibilidade interna, seu olhar continente, sua postura não-intrusiva,

sua condição receptiva e não-crítica, permitia que se criasse uma via de comunicação diferenciada com as pacientes. Essa outra forma de estabelecer contato com as mulheres, de conhecê-las e de comunicar-se com elas ficou evidente para a própria equipe em algumas situações, como quando uma das pacientes estava tendo seu bebê na cama e foi a observadora que detectou o fato e chamou ajuda. Naquela ocasião, a própria observadora, em seu relato posterior, refletiu sobre o ocorrido, afirmando que bastaria um olhar atento e interessado para que a equipe prevenisse muitos mal-entendidos. Entretanto, para que essa comunicação entre observadora e pacientes fosse efetiva, foi necessário mais do que isso: o olhar atento e interessado na verdade revela uma disposição emocional e a abertura de um espaço interno capaz de acolher as projeções das mulheres, criando a possibilidade de identificar-se com elas. Pode-se pensar que o que a observadora fez, através de sua postura e de sua função, foi uma espécie de intermediação entre as mulheres e a equipe, talvez “emprestando” para os profissionais esse espaço interno continente do qual a equipe carecia para poder se comunicar com as pacientes.

Nesse sentido, uma ferramenta de trabalho riquíssima para o observador são seus sentimentos contratransferenciais. O exame de tais sentimentos pode auxiliar a recriar o ambiente onde o observador estava inserido, bem como a entender o que se passava na relação entre as pessoas. Segundo Figueira (1994), o conceito de contratransferência é central para a compreensão da maior parte da prática psicanalítica contemporânea. Segundo ele, o que o analista sente e pensa quando em contato com seu paciente, as dimensões consciente e inconsciente que o une a determinado paciente, e tudo que o constitui enquanto sujeito e enquanto profissional, constituem a contratransferência. Esse parece ser outro conceito importante para que se entenda as falhas de comunicação testemunhadas neste trabalho, e para ajudar a entender como se poderia mudar essa realidade.

Utilizando os conceitos anteriormente citados de identificação projetiva (Klein, 1969) e de continente de projeções (Bion, 1991), pode-se tentar entender melhor como se dá a contratransferência e como ela pode auxiliar o observador no seu trabalho. A contratransferência, segundo o modelo bioniano (Rocha, 1994), é uma relação de mão dupla: em uma via, os conteúdos inconscientes são projetados para dentro do outro, que os contém e compreende, e os devolve de forma modificada, seja como uma mãe que interpreta e decodifica as necessidades e

sentimentos de seu bebê, ou como um analista que devolve através da interpretação os conteúdos que lhe foram direcionados.

Já Winnicott (1967/1975) fala da função da mãe como um espelho, que, se for capaz de refletir o próprio bebê (e não ela mesma), revelará não apenas uma imagem, mas a elaboração de uma experiência. Para ele, a tarefa da psicoterapia é, na verdade, devolver ao paciente, a longo prazo, aquilo que ele traz, dando-lhe a oportunidade de descobrir um modo de existir como si mesmo.

Pode-se pensar que, criando-se um espaço capaz de acolher as projeções das mulheres, cria-se também a possibilidade de experimentar sentimentos evocados nessa relação. E tais sentimentos são uma forma riquíssima de conhecer o que se passa dentro delas, no seu psiquismo como um todo e no seu inconsciente de forma particular. Assim, se estabelece uma via de comunicação que pode dar conta não apenas dos conteúdos manifestos, que permite ao observador e a qualquer pessoa que se disponha a isso, acessar conteúdos latentes, descortinando a vivência íntima do outro.

As atitudes da equipe, além de revelarem entraves à comunicação, pelos argumentos anteriormente apresentados, acabavam contagiando todos que estavam ao redor. A observadora pôde testemunhar uma série de atitudes da equipe de técnicos de enfermagem, e também de estagiários, no sentido de “imitar” as atitudes da equipe médica, que parecem servir de exemplo e até de modelo para os demais profissionais. Talvez o profissional, especialmente o médico, seja visto como um líder no grupo, e seu conhecimento e poder de decisão sobre as pacientes do Centro Obstétrico podem ser alvo de admiração por parte dos colegas. Entretanto, o desejo de servir como modelo foi percebido também na postura da observadora que, inconscientemente, tentava mostrar aos profissionais do setor outras formas de estar com e de interagir com as mulheres. No estudo de Cresti e Lapi (1997), as autoras também tinham como hipótese no trabalho de aplicação do Método Bick em um hospital, a esperança de que uma eventual mudança se produzisse, desencadeando uma abordagem mais atenta à dimensão emocional e mental das mulheres.

No presente estudo, é possível inferir que esse “efeito cascata” foi desencadeado da observadora em direção à equipe em diversas situações, produzindo resultados manifestos em pelo menos duas delas. Em uma, a equipe comentou com a observadora que, de tanto ver os partos, esta já estava apta a identificar sinais que poderiam fazer toda a diferença para o efetivo atendimento

das pacientes. Em outra, agradecida, a equipe atribuiu à observadora o mérito por ter acionado a equipe na hora certa. Esses exemplos fazem pensar que a equipe foi convidada a refletir sobre a própria atuação, e sobre as possíveis falhas que poderiam estar cometendo em função da postura que adotavam, já descrita como distante e auto-protetora. Além disso, na medida em que a observadora permanecia com as mulheres, mesmo nos momentos mais difíceis, quando todos se afastavam, a equipe tinha a oportunidade de dar-se conta que outra abordagem junto às pacientes era possível, e que era igualmente possível estar com elas sem ser aniquilada pelas projeções e pelo sofrimento expresso durante a internação.

A postura tranqüila e a presença constante da observadora no setor podem ter produzido o efeito desejado, desencadeando a reflexão sobre alternativas em relação ao melhor atendimento das demandas, especialmente as emocionais, das mulheres. É difícil pensar em uma forma de tentar mudar as atitudes de um grupo sem mostrar-lhes um caminho alternativo. A idéia de um observador junto à equipe é válida, portanto, nesse sentido: além de ser uma pessoa capaz de conter não apenas as projeções das pacientes, mas também as da própria equipe, é alguém que pode oferecer uma nova forma de comunicação e de relação com as pacientes, fornecendo também novas formas de executar uma velha rotina.

A tarefa de refletir sobre o que o paciente traz não é fácil, seja ele um paciente numa situação analítica ou não. Segundo Winnicott (1967/1975), essa é uma tarefa árdua e emocionalmente exaustiva. Talvez também por isso tenha sido tão difícil para a equipe entender a comunicação não-verbal das mulheres, pois essa tarefa exige a criação de um espaço emocional para o qual os profissionais não demonstram disponibilidade.

Outros aspectos da rotina também chamaram atenção ao longo das observações, como as questões relativas ao corpo feminino, que estiveram presentes em praticamente todos os relatos. Pode-se afirmar que, em um Centro Obstétrico, a fisiologia humana está em evidência e perpassa todo o clima emocional que se estabelece no setor. Foi preciso conviver com sangue, fezes e vômitos em várias ocasiões, o que exigiu, principalmente da observadora, um esforço redobrado para conseguir manter sua função. Ao contrário de médicos e enfermeiros, em raríssimas situações profissionais o psicólogo se depara com esse tipo de exposição do ser humano. O psicólogo acostuma-se a contatar a intimidade de seus pacientes através de emoções, de palavras, de comportamentos e atitudes, e de símbolos que revelam essa intimidade. Talvez esse fato tenha

conferido uma dificuldade a mais na realização deste trabalho, pois palavras e símbolos deram lugar a expressões concretas de sofrimento, de desagrado, de angústia e vergonha, expressas no e através do corpo.

Entretanto, ao mesmo tempo em que é facilmente compreensível que um profissional psicólogo sintasse embaraçado e incomodado com esse tipo de situação, o mesmo não se espera de médicos e enfermeiros, por exemplo, que precisam lidar com sangue, fezes, urina e todo tipo de secreções diariamente, como condição para o exercício profissional. Mas foi impossível não perceber o incômodo da equipe com essas questões, o que causa um sentimento de estranheza. O que estaria fazendo com que esses profissionais, que escolheram uma profissão que lida com o corpo humano, sua anatomia e fisiologia, demonstrassem repulsa e nojo quando precisam entrar em contato com o objeto do seu trabalho? É como pensar em um profissional de saúde mental que evite, no seu exercício profissional, situações que envolvam a manifestação de sentimentos.

Talvez a excessiva exposição da intimidade das mulheres, somada ao caráter arcaico do que essa intimidade revela, seja uma das responsáveis por esse fato. Na verdade, todos os acontecimentos que ocorrem em um Centro Obstétrico fazem parte da natureza humana, e talvez mostrem aquele lado do ser humano que mais se aproxima dos animais. Mas essa proximidade com o primitivo assusta, e algo até então familiar a qualquer pessoa, como defecar, vomitar e sangrar, passa a provocar uma sensação de estranhamento e uma necessidade de omitir e até ocultar tais manifestações.

Essa sensação de estranhamento pode ser melhor compreendida ao revisitar o conceito de “estranho” proposto por Freud em 1919. Ele afirmava que o sentimento de estranheza tem origem naquilo que é conhecido e familiar e, de repente, adquire um caráter assustador. Assim, o que é percebido como estranho não é nada novo ou alheio: é algo familiar e há muito estabelecido na mente, mas que foi submetido ao processo de repressão. Dessa forma, o estranho é algo que deveria ter permanecido oculto, mas por alguma razão veio à tona. Um dos exemplos dado pelo autor no seu trabalho é o súbito estranhamento que um indivíduo experimenta ao deparar-se inesperadamente com a sua própria imagem.

Para Freud (1919/1987), a investigação psicanalítica sobre o problema do estranho aponta para sua ligação com os complexos infantis reprimidos, com o complexo de castração e com outras fantasias infantis. Nesse sentido, uma experiência de estranhamento ocorreria quando os complexos infantis que haviam

sido reprimidos são revividos uma vez mais, evocados por alguma impressão ou alguma confirmação de crenças primitivas.

Pode-se pensar, portanto, que os conteúdos primitivos evocados pela proximidade com a intimidade das mulheres e com suas manifestações corporais pode desencadear algum tipo de retorno de conteúdos reprimidos, familiares mas, de uma certa forma, espantosos. Não se pretende estabelecer aqui uma conclusão sobre essa questão, mas parece importante referenciar o trabalho de Freud (1919/1987), pois suas inferências sobre o estranho, sobre sensações de estranhamento e de súbito desconhecimento sobre situações corriqueiras dão a oportunidade de refletir sobre a sensação descrita em relatos e experimentada pela observadora durante este trabalho.

As demandas ambientais, até agora descritas, foram capazes de desencadear inúmeros mecanismos de defesa, tanto na equipe (como discutido no tópico 4.1), quanto nas mulheres internadas. O fato de precisarem se sujeitar à rotina de internação, às dificuldades de comunicação, à exposição de sua intimidade e à falta de eco que invariavelmente encontravam na equipe foram um conjunto de exigências que, entre tantas outras pequenas cobranças, acabaram mobilizando defesas contra sentimentos diversos, que serão discutidos no tópico seguinte.

4.3 A experiência feminina do parto: a busca por um novo nascimento

Estar inserida em um Centro Obstétrico para observações sistemáticas semanais pelo período de dezenove meses foi uma experiência ímpar. Como já apontado no primeiro capítulo deste trabalho, não se tem notícias de estudos que se dedicaram a esse tipo de observação em um Centro Obstétrico, em sala de parto ou em qualquer outro local exclusivo para o atendimento de mulheres em trabalho de parto ou dando à luz. A proposta de aplicação do Método Bick em uma instituição hospitalar e, mais especificamente, em um setor exclusivamente dedicado ao atendimento de pacientes obstétricas, deu à observadora a oportunidade de entrar em contato com questões extremamente impactantes, emocionantes, mobilizantes e, em muitas situações, inomináveis em função de sua característica primitiva, talvez remetendo a uma época do desenvolvimento em que as palavras ainda não tinham adquirido sentido.

Em muitas ocasiões, a observadora se perguntou o que a fazia continuar olhando para uma experiência que mobilizava tamanhas doses de angústia, de

tensão e de desconforto como o parto, pois assim ela se sentiu em diversas oportunidades. Os relatos deixavam claro, especialmente para o grupo de supervisão, que não era uma tarefa fácil manter-se observando eventos por vezes dramáticos, que evocavam a possibilidade da morte, que revelavam o desespero pela dor, física e emocional, de uma separação iminente, e que denunciavam o despreparo dos cuidadores para atender também a uma demanda por cuidados emocionais.

Além de ter experimentado na própria pele a carga de projeções oriundas ora das mulheres, ora dos profissionais, também foi preciso entregar-se ao fenômeno da identificação com as pacientes, parturientes ou não, e a tolerar a forma intensa como a história de vida e a experiência de cada uma encontrava eco nas questões pessoais da observadora. A necessidade de manter seu papel como observadora possibilitou que se deixassem de lado atitudes intervencionistas, que facilmente poderiam tornar-se intrusivas, e oferecendo aos profissionais um novo modelo de cuidado, como já referido no tópico 4.2.

Cabe, nesse momento ressaltar outros sentimentos suscitados na observadora, da ordem da contratransferência, que se repetiram ao longo do trabalho, e que insistiam em aparecer nos relatos de observação. Entre eles destacam-se, especialmente, a mobilização da observadora em relação à aparência física das mulheres. A fragilidade que a aparência das mulheres evocava se repetiu inúmeras vezes, fazendo pensar que essa aparência do corpo revelava, na verdade, uma condição da alma. As marcas deixadas na vida de uma mulher pelo nascimento de um filho são inegáveis, como aponta a literatura (Bibring et al., 1961; Bibring & Valenstein, 1976; Birksted-Breen, 2000; Leifer, 1977; Maldonado, 1994; Maldonado et al., 1996; Quayle, 1997; Ruble et al., 1990; Simkin, 1991, 1992; Stern et al., 1999; Smith, 1999; Tedesco, 1997), mas poder testemunhar as marcas deixadas no corpo leva, inegavelmente e de forma muita mais dramática, a pensar nas marcas emocionais, tanto aquelas que servem à promoção como ao entrave do desenvolvimento da mulher.

A observação revelou para a observadora o quão difícil e, para algumas mulheres talvez insuportável, é sustentar a situação de gravidez e enfrentar o parto de forma segura e tranqüila. Para Caron (2005), o processo de parir é um tumulto quase impossível de ser traduzido em palavras. Entretanto, quando a mulher se permite passar por essa experiência e vivê-la com a intensidade que a própria

experiência lhe exige, ela sairá certamente modificada, renovada, e com marcos distintos dos anteriores.

As barrigas das gestantes, em muitas observações, se sobrepuseram e atrapalharam a visão das mulheres como um todo. Nesse sentido, apenas as barrigas e a condição de gestante eram valorizadas através do olhar da observadora, revelando uma espécie de dissociação empenhada também pelos profissionais. Talvez o fato de sentir-se, de alguma forma, mobilizada pelos conteúdos inconscientes das mulheres, fazia com que o bebê por trás da barriga fosse insistentemente buscado, numa tentativa de fugir da identificação com a mulher e seu sofrimento. Nesse trabalho, um dos grandes desafios experimentados pela observadora foi, justamente, o de ir além da aparência, buscando atrás das barrigas as mulheres que elas escondiam. Esse parece ser, constantemente, um desafio também para os profissionais.

Inúmeros sentimentos em relação ao parto, que até então eram conhecidos pela autora desse trabalho apenas a nível teórico, foram testemunhados pela observadora e possibilitaram uma melhor compreensão do processo em si, bem como da amplitude da experiência para as mulheres envolvidas no processo de trazer à luz um bebê. Talvez seja esse um dos diferenciais deste trabalho: poder ver os fenômenos no momento que ocorrem e poder experimentá-los a nível intrapsíquico permitem ir além da teoria, entendendo a complexidade da experiência do parto para a mulher, para o bebê e para os profissionais que se dedicam ao trabalho com essa clientela. É possível afirmar que a observação, e especialmente a observação aplicada através do modelo proposto por Bick (1964), dá ao pesquisador a oportunidade de apropriar-se efetivamente de uma discussão sobre as questões teóricas que os estudos sobre o parto têm mostrado até então.

Os aspectos fisiológicos ligados ao parto, tais como o ritmo das contrações e a progressão da dilatação, foram pouco a pouco sendo conhecidos pela observadora, que passou a perceber claramente os sinais que as mulheres forneciam sobre a iminência do parto. Tal fato fez com que a observadora refletisse sobre a importância do olhar atento direcionado às mulheres, e a necessidade de abandonar a postura onipotente, que menospreza os sentimentos, as sensações e as palavras das mulheres. Basta um olhar atento e desprovido de pré-conceitos para que se reconheça o andamento do trabalho de parto e se compreenda reações emocionais ligadas a essa progressão. Sensações como de despedaçamento, de perda de um pedaço de si, de medo de esvair-se, de se

entregar ao processo e de perder as referências foram testemunhados pela observadora e descritos na seção de resultados. Tais sensações podem ser responsáveis pela tentativa das mulheres de exercer algum controle sobre o processo de nascimento do bebê, ou de utilizar outros mecanismos, mentais ou não, capazes de protegê-las dessa invasão de sentimentos.

Como já citado no primeiro capítulo, o parto, assim como a gravidez, introduz mudanças na vida da mulher e de sua família, porém de maneira muito mais repentina. Sua principal característica é a irreversibilidade: a gravidez tem seu fim anunciado, o bebê chegará e isso não tem volta. Do ponto de vista emocional, o parto representa um processo de separação: dois seres, até então unidos, precisam se separar. A mulher pode vivenciar essa separação como a perda de uma parte de si mesma, e sentimentos de querer ter o bebê e, ao mesmo tempo, prolongar a gravidez, podem aumentar a ansiedade materna (Cordeiro & Sabatino, 1997; Soifer, 1992). Além disso, a rapidez com que o trabalho de parto e o parto se desenrolam demandam da mulher a necessidade de enfrentar uma situação ansiogênica, assustadora, às vezes desconhecida e sempre incontrolável, tudo em um curto espaço de tempo, exacerbando a sensação de falta de controle sobre o processo.

Alguns estudos afirmam que o parto que ocorre por via vaginal ajudaria a mulher a se perceber mais capaz de controlar a situação, pois os procedimentos médicos e de enfermagem tenderiam a reforçar sentimentos de incapacidade (Fisher et al., 1997; Mercer et al., 1983; Salmon & Drew, 1992). Entretanto, outros estudos apontam para a cesariana eletiva como a forma procurada pelas mulheres para exercerem controle sobre o processo de nascimento de seu filho (Yazlle et al., 2001). Uma das vinhetas descritas na sessão de resultados aponta para essa mesma tendência, pois expressa a vontade da paciente de realizar uma cesariana, ilustrando de forma bastante clara o desejo de exercer algum controle sobre o processo de nascimento do bebê.

A questão da necessidade de controlar o parto se revelou, neste estudo, muito mais ampla do que apenas dominar a situação de parto e ser capaz de sentir-se ativa durante o processo, participando das decisões e dos procedimentos impostos pela equipe. Foi possível perceber que a necessidade de controle experimentada pelas mulheres também diz respeito ao ambiente, ao ritmo, à ordem e à forma dos acontecimentos, e ao próprio corpo, e perpassa todo o trabalho de parto e o parto em si. Essa necessidade de estar no controle parece ser

vivida de forma intensa pelas mulheres, e a falta de controle sobre todo o processo de nascimento do bebê pareceu provocar grande dose de ansiedade nas pacientes.

Um dos aspectos dessa questão foi observado através do extremo desconforto evidenciado pelas mulheres e provocado pela necessidade de controlar o próprio corpo, ainda durante o trabalho de parto. Tal desconforto parecia agravado pelas orientações que as pacientes recebiam da equipe, como o lado para o qual deveriam deitar, a necessidade de ficar no leito e não poder caminhar, e até mesmo a impossibilidade de ir ao banheiro. Além disso, a necessidade de ter que dar conta de todas as orientações dadas pela equipe no momento do parto pareceu provocar uma espécie de atordoamento, como se as mulheres estivessem perdidas, além de fazer com que se sentissem encurraladas, acuadas e ameaçadas durante a internação no Centro Obstétrico, chegando a verbalizar a vontade de ir embora ou até mesmo de fugir dali.

Os protocolos médicos e de enfermagem são, sem dúvida, originados de estudos e pesquisas que apontaram para o correto uso de materiais, de instrumentos e de medicamentos, e para o empreendimento preciso de técnicas para a realização de procedimentos. Entretanto, percebe-se que tais procedimentos estão à serviço do profissional, e não visam o conforto das mulheres. Questões aparentemente simples, como a necessidade de permanecer deitada no leito, podem gerar uma dose grande de angústia e de desconforto, não apenas físico, mas também emocional. Além disso, a mulher se vê como hóspede de seu próprio corpo e à mercê de sensações que são desvalorizadas pela equipe. As mulheres passam a ser desautorizadas, no sentido de não ter sua voz e sua palavra reconhecida. O que estão sentindo é posto em segundo plano, relegado, desvalorizado e silenciado.

Outro aspecto comum às mulheres que estão vivenciando o processo de nascimento de um filho, e que se repetiu ao longo de todas as observações, é a dor. A dor do parto já foi alvo de inúmeros estudos e discussões (Bressiani, Lindenmeyer & Donelli, 2004; Donelli, 2003; Lebovici, 1987; Niven & Brodie, 1995; Salmon & Drew, 1992; Terry & Gijbers, 2000; Waldenström, 1999), mas nenhum destes trabalhos utilizou observação para conhecer esse fenômeno. No presente estudo, inúmeras manifestações de dor puderam ser observadas. A maioria delas estava ligada à evolução do trabalho de parto, ao aumento da intensidade e à diminuição dos intervalos das contrações.

Entretanto, também foi possível conhecer a dor das mulheres que haviam perdido seus bebês, ou que estavam experimentando a ameaça de perdê-los. Eram os casos de pacientes com ameaça de aborto, ou com abortos espontâneos consumados, e que permaneciam internadas com as mulheres em trabalho de parto, em uma mesma sala. Esse fato suscitou outro questionamento na observadora. A permanência de todas as mulheres em uma mesma sala é uma situação embaraçosa, tanto para quem está sofrendo a dor da perda, como para quem está sofrendo as dores para ter em breve seu bebê nos braços, e deveria ser alvo das preocupações da própria instituição. Criar um ambiente específico para o trabalho de parto, onde permanecessem internadas apenas mulheres prestes a dar à luz, poderia facilitar, para a própria equipe, o manejo das necessidades emocionais de cada uma das pacientes, visto que são situações muito distintas que evocarão diferentes conteúdos inconscientes.

A forma como cada mulher expressa suas dores parece ter íntima relação com suas características pessoais, com sua necessidade subjetiva de cuidado, com a sua confiança, ou não, nas próprias capacidades de suportar as dores e de exercer a maternidade. Nesse sentido, a progressão do trabalho de parto e, conseqüentemente, a diminuição dos intervalos entre as contrações e o aumento da intensidade das dores, foi acompanhada de inúmeros sentimentos expressos pelas mulheres através de suas atitudes ou de suas falas.

Muitas delas verbalizaram queixas quanto ao tempo de duração do trabalho de parto, dizendo para a observadora que não agüentavam mais, que estavam há muito tempo no hospital, que estavam há muito tempo sofrendo e que, talvez, não suportassem aquela situação por muito mais tempo. Talvez o fato de não saber por quanto tempo será necessário suportar as dores, além de não ter respostas da equipe para essa dúvida, corroboram a crença das mulheres de que aquele sofrimento não terá fim, ou será insuportável. Essa sensação de não saber quando um sofrimento terminará pode evocar nas mulheres ansiedades de tipo primitivo, pois é uma situação que pode ser percebida como ameaça à própria condição de continuar existindo. Fazendo novamente uma analogia com o nascimento do bebê, esse tipo de experiência para a mulher pode vir carregada de potencial traumático, pois pode significar uma espécie de beco sem saída com o qual ela não tem condições psíquicas de lidar. Segundo Winnicott (1967/1989), trauma significa uma quebra de continuidade na existência de um indivíduo, o que interromperia o desenvolvimento, ou atrapalharia tal processo. Nesse sentido, o

que é vivido como uma quebra de continuidade do senso de existir, pode ser considerado traumático. Essa ameaça, sentida pela mulher como extrema, permite pensar que a quebra dessa continuidade exija da mulher esforço redobrado para ser assimilada e elaborada psicologicamente.

Além disso, o parto tem o potencial de transformar-se em uma situação traumática para a mulher que dá à luz, na medida em que a obriga a lidar com sentimentos de perda e separação do próprio filho. Já o bebê que está nascendo experimentaria uma situação de desamparo oriunda da incapacidade de dominar psiquicamente a crescente tensão que se instala por conta da excessiva quantidade de estímulos. Assim, a angústia ligada ao nascimento seria, sobretudo para o bebê, provocada pelo medo do aniquilamento, enquanto para a mulher, além da angústia de aniquilamento provavelmente revivida por conta da experiência do parto e de sua condição fragilizada e regredida, ela estaria também relacionada ao medo da separação propriamente dito.

Tentando responder a uma questão formulada ainda no primeiro capítulo deste trabalho, que diz respeito a como a mulher que experimenta uma posição regressiva por ocasião da gestação e da proximidade do parto, e tendo já consolidada a noção de eu e não-eu, e, conseqüentemente, de objeto, experimentaria a separação de seu filho por ocasião do parto, pode-se pensar novamente no conceito de angústia de separação formulado por Quinodoz (1993). Segundo o autor, a angústia de separação normal corresponde ao sentimento doloroso de temor sentido por um indivíduo quando a relação afetiva estabelecida com uma pessoa importante de seu ambiente é ameaçada de interrupção ou é interrompida, tanto por perda real ou por perda de amor. A angústia de separação é um fenômeno universal que expressa uma emoção dolorosa, nem sempre consciente, e que denuncia o caráter efêmero da existência dos outros e de si. Ao mesmo tempo, é uma emoção estruturante, pois faz com que o ser humano tome consciência da sua existência, e da existência do outro como um ser separado e diferente. A capacidade de conter a angústia de separação varia muito de indivíduo para indivíduo, e está intimamente relacionada aos conteúdos inconscientes e aos recursos do ego (Quinodoz, 1993).

A dor do parto não estaria, portanto, também relacionada à dor da perda, não apenas física, mas também emocional? Em alguns relatos foi possível testemunhar a surpresa das mulheres com a perda da barriga, logo após o parto. Em pelo menos três ocasiões, as mulheres se tocaram e verbalizaram para todos

na sala de parto que não possuíam mais a barriga, expressando surpresa e espanto. Essa questão foi abordada por Caron (2005) e entendida como a revelação do desamparo ao qual as mulheres estão expostas em função da perda de sua condição de grávida e à separação concreta de um ser que a habitou por meses, compartilhando de suas entranhas de uma forma que até mesmo elas desconhecem. A sensação de vazio pode estar denunciando também a perda concreta de uma parte de si mesma. O fato de segurar a própria barriga vazia, como fez umas das parturientes após o nascimento do bebê, parece revelar a necessidade de segurar-se, de se auto-conter para não se perder nessa avalanche de sentimentos que a invadem nesse momento.

Nesse sentido, a exaustão, o cansaço e o desgaste das mulheres, tanto durante o trabalho de parto como imediatamente após o nascimento do bebê, e que ficaram evidentes para a observadora, remetem a esse esforço emocional extremo para dar conta de sentimentos de angústia de fragmentação, de aniquilamento e de separação. O esgotamento e a sensação de ter se perdido foram experimentados também pela observadora, como descrito na seção de resultados, o que corrobora a idéia de que esses conteúdos inconscientes estavam perpassando o psiquismo materno naquela ocasião.

Além disso, foram testemunhados também expressões de medo, desespero e sofrimento, que foram observadas em diversas situações, na maioria das vezes diretamente relacionadas à progressão do trabalho de parto e ao aumento das dores. Alguns estudos dedicaram-se ao estudo sobre o medo do parto (Areskog et al., 1983; Areskog et al., 1984; Ryding et al., 1998), e investigaram especialmente o medo de morrer, de ficar com a vagina e os órgãos genitais alargados e deformados pela passagem do bebê (Maldonado, 1994; Soifer, 1992), o receio de não vir a receber os cuidados adequados durante o parto, ou não ter ajuda, de ser incapaz de dar à luz, ter medo da dor ou, ainda, medo pela sua própria morte, ou a do bebê (Sjögren, 1998). Todos esses receios, segundo a literatura, são responsáveis pela ansiedade aumentada no final da gravidez (Areskog et al., 1984; Cordeiro & Sabatino, 1997; Lebovici, 1987; Soifer, 1992; Waldenström, 1999).

Para os autores que se dedicaram ao estudo do período gestacional, o último trimestre é marcado, justamente, pelo aumento da ansiedade decorrente da proximidade do parto, e de toda a apreensão e receio que o parto traz consigo. Além disso, sentimentos ambivalentes de querer ter o bebê e, ao mesmo tempo, continuar grávida, podem estar relacionados ao medo do parto e à ansiedade

aumentada no final da gravidez (Brazelton & Cramer, 1992; Maldonado, 1994; Szejer & Stewart, 1997).

Um dos medos que chamou a atenção da observadora foi o medo do fracasso. Durante o trabalho de parto e o parto propriamente dito, este medo pode estar relacionado à falta de confiança da mulher na sua capacidade de dar à luz, resistindo às dores e às alterações fisiológicas que acompanham o parto. A desinformação e o desconhecimento sobre o funcionamento do próprio corpo podem ter estreita relação com esse temor. Entretanto, parece que o medo do fracasso, no presente estudo, foi exacerbado pela forma como as mulheres foram cuidadas durante a internação hospitalar.

Os estudos de Klaus e Kennell (1993) e Klaus e Klaus (1993), sugerem que a maneira como a mãe é cuidada no período perinatal afeta seu modo de cuidar de seu bebê nas seis semanas seguintes. A partir dessa constatação, pode-se pensar que uma mulher que não se sentiu encorajada, valorizada e que teve sua autoconfiança minada durante o processo de nascimento do bebê, pode apresentar dúvidas quanto à capacidade de cuidar de um bebê frágil e totalmente dependente. Se a mulher não foi atendida em suas necessidades emocionais, não recebeu um cuidado efetivo, no sentido de ser um cuidado não-intrusivo, atento e sensível, ela dificilmente terá se sentido segura e apta a enfrentar o parto e os futuros cuidados com o bebê logo após o nascimento. Essa é uma idéia já discutida no primeiro tópico deste capítulo: todo cuidador precisa também ser cuidado. Somente uma intervenção que valorize as mulheres, que confie na sua palavra, que respeite os limites do seu corpo, que acredite que é ela a pessoa mais apta para cuidar do bebê, que a incentive a assumir os cuidados com a criança, que esteja ao seu lado e esteja disponível emocionalmente para prestar o cuidado que ela realmente necessita, poderá ser considerada, efetivamente, uma intervenção eficiente. Isso faz pensar, novamente, na própria postura do observador e na importância de desenvolver características semelhantes em todos os profissionais da equipe.

Talvez a carência de cuidado efetivo experimentada pelas mulheres leve a outro padrão percebido pela observadora, os sentimentos de solidão. Tais sentimentos ficaram evidentes especialmente depois do parto, quando as mulheres foram deixadas, na maioria das vezes, sozinhas na sala de parto. Eles fazem pensar em como as mulheres estão, realmente, sozinhas para enfrentar o nascimento de um filho. Apesar de se encontrarem em um ambiente hospitalar, cercadas por profissionais, equipamentos, materiais e tecnologia, o processo todo

do nascimento é solitário, e precisa ser vivido assim pelas mulheres. Entretanto, estar sozinha parece ser diferente se estar solitária. Estar só e estar sozinha podem ter o mesmo sentido, mas aqui cabe uma diferenciação. Estar sozinha é saber que ninguém poderá enfrentar aquela situação, senão ela própria. Talvez numa analogia com a morte, estar sozinha para enfrentar o parto é estar ciente que aquela experiência é sua, e ninguém poderá acompanhá-la no trajeto ou então substituí-la na tarefa que deverá empreender. Entretanto, ela não precisa se sentir solitária nesse processo. Poder contar com companhias de apoio, sensíveis e cúmplices naquele momento, podem minimizar sentimentos de solidão que poderiam advir do fato de ser uma experiência que deva ser vivida sozinha. A experiência do parto é única, e íntima, mas as pessoas que estão com a mulher nesse momento precisam saber da sua importância, e precisam pensar em desenvolver habilidades que as tornem, além de médicos, enfermeiros e técnicos em enfermagem, pessoas capazes de cuidar de outra pessoa.

Essa é a idéia do trabalho clássico de Klaus e Kennell (1993) sobre o acompanhante qualificado para o parto. Hoje, o termo *doula* é mundialmente conhecido e adquiriu outro significado, sendo utilizado para referir-se a uma mulher com experiência sobre parto, e que provê suporte físico, emocional e informacional contínuo para a mulher, tanto antes como durante e logo após o parto (Campero et al., 1998; Klaus & Kennell, 1993; Klaus & Klaus, 1993; Klaus et al., 1993; Langer et al., 1998; Perez & Snedeker, 2000).

A idéia inicial de Klaus e Kennell (1993) era oferecer uma companhia tranqüilizadora para as mulheres durante o trabalho de parto e o parto, visando prevenir problemas inerentes ao processo, como longo tempo de duração do trabalho de parto, parto difícil e outras complicações no pós-parto. Os resultados dos estudos mostraram que algo aparentemente simples, como a presença de um acompanhante com as mulheres durante o processo de nascimento do bebê, era capaz de produzir menos problemas de trabalho de parto e nascimento para o grupo com acompanhante, em detrimento do grupo-controle (Klaus & Klaus, 1993; Klaus & Kennell, 1993; Klaus et al., 1993).

Atualmente, os programas de preparação de *doulas* incluem os conceitos de amparar, conter e tocar. A mulher disposta a desempenhar essa função junto às parturientes deve aprender a dirigir-se às mães durante o trabalho de parto e sentir-se confortável nesse papel. Além de aprender a lidar com os aspectos ligados à fisiologia do parto, a *doula* deve ser capaz de deixar a parturiente à

vontade e confiante, comunicando-lhe o que está acontecendo, e permitindo que seu corpo passe pela experiência do parto. A questão central é atender as necessidades da mãe, trazendo-lhe conforto emocional, apoio, encorajamento e segurança. Entretanto, ainda se espera da *doula* uma postura intervencionista, no sentido de utilizar ativamente recursos para fins de alívio das dores e de manejo dos aspectos emocionais, por exemplo (Klaus et al., 1993; Perez & Snedeker, 2000). Essa idéia necessita de cuidado redobrado para não ser mal interpretada, pois os resultados descritos nesse trabalho evidenciam um modelo de assistência ao parto repleto de atitudes intervencionistas, que nem sempre estão em sintonia com o que a mulher realmente precisa ou deseja. A idéia da *doula* pode se aproximar do conceito de *holding* de Winnicott (1991), e oferecer uma alternativa para a mudança na forma de atendimento das parturientes, se for utilizada com cautela e não reproduzir o modelo vigente.

Tais pressupostos relacionados ao cuidado e à humanização da assistência à parturiente podem ser facilmente aplicados na realidade brasileira, como já vem sendo feito principalmente em algumas capitais, tanto através de iniciativas privadas quanto governamentais. O Ministério da Saúde brasileiro vem trabalhando, desde o final da década de noventa, na instituição e fortalecimento do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento, revelando a preocupação dos gestores da saúde pública do país em, além de reduzir as taxas de mortalidade materna e neonatal, também adotar medidas que assegurem a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, e da assistência ao parto e ao puerpério (Brasil, 2000). Esse programa prevê, entre tantas outras coisas, que a parturiente atendida pelo Sistema Único de Saúde (SUS) tenha o direito de escolher uma pessoa para acompanhá-la dentro das dependências da instituição hospitalar durante o pré-parto, parto e pós-parto. Essa determinação, que data de abril de 2005, tem mobilizado muitos hospitais no sentido de conseguirem se adequar a tal exigência. O que se percebe é uma preocupação com a adequação das instalações físicas dos hospitais, para que se garanta espaço suficiente para a parturiente e seu acompanhante, de forma a não atrapalhar o andamento da rotina nos setores envolvidos. Entretanto, não se percebe uma igual preocupação com o preparo dos profissionais para lidarem com essa nova demanda, que incluirá ser mobilizado emocionalmente também pelo acompanhante.

Em uma ocasião em particular, a equipe demonstrou a expectativa de que a observadora desempenhasse a função de acompanhante das parturientes, talvez tentando atribuir a esta a função de aliviar um sofrimento que eles, como profissionais da enfermagem, nem sempre conseguem. É interessante constatar que a equipe depositava na observadora expectativas de que ela resolvesse o que parecia um problema: uma mulher que pede ajuda, que pede respostas, que solicita atenção e que quer se fazer ouvir não é bem vista pela equipe, pois talvez mobilize nesta sentimentos contra os quais os profissionais lutam incessantemente.

Além disso, as mulheres também apreciam ter necessidade de estabelecer contato com a observadora, talvez na tentativa de aliviar sentimentos de solidão. Muitas pacientes buscavam a troca de olhares com a observadora, e tantas outras necessitavam estabelecer um diálogo com ela. Talvez essa necessidade das mulheres de falar com a observadora revele a necessidade não apenas de obter companhia, mas de confessar medos, angústias e culpas. Além disso, essa necessidade de conversar com a observadora parece revelar, também, a pouca disponibilidade da equipe para fazer isso, seja em função do volume e sobrecarga de trabalho, seja em função de questões pessoais ou, até mesmo, do receio de não ter respostas para as dúvidas e questionamentos das mulheres. Na maioria das vezes, a equipe atribui à falta de tempo o fato de não permanecer mais tempo com as mulheres na sala de pré-parto ou mesmo na sala de parto, mas na maioria das vezes o que foi observado foi o medo da equipe de ficar com elas e, talvez, ser invadida por sentimentos desconhecidos ou primitivos (como o medo) e não conseguir lidar com eles ou mesmo controlá-los.

Nesse mesmo sentido, também foi possível observar como a equipe utiliza de recursos pouco adequados para manejar as pacientes com dores, talvez evidenciando a própria atrapalhão e dificuldade de lidar com uma situação tão ansiogênica. Segundo alguns autores, a tensão constante dos profissionais que trabalham em Centro Obstétrico, e a exposição às manifestações de dor, além do envolvimento com a intimidade das mulheres e de suas famílias, despertam emoções pessoais que mobilizam defesas. Nesse sentido, a banalização do evento, a automatização das rotinas e a padronização das práticas reduzem as iniciativas pessoais e o envolvimento emocional, estando a serviço da proteção emocional dos profissionais implicados no processo (Klaus & Kennell, 1993; Raphael-Leff, 1997; Tedesco, 1997).

Reações de satisfação consigo mesma e com seu desempenho no parto, além da expressão de sentimentos como alívio e empolgação pelo nascimento do bebê também foram observados, embora em menor número. Talvez não se possa dizer que sentimentos de cunho positivo sejam um padrão de reação ao parto, assim como também não é possível afirmar que reações negativas sejam o padrão em vigor. Talvez o que tenha se repetido incessantemente seja justamente este paradoxo: satisfação *versus* insatisfação, ou empolgação *versus* indiferença. Esse padrão de reações polarizadas também ficou evidente durante o trabalho de parto e no parto em si, quando as mulheres mostravam um movimento chamado pela observadora de alienação: uma espécie de estado alterado de consciência que fazia com que as mulheres ficassem alheias ao mundo ao seu redor, interagissem pouco com o ambiente à sua volta, verbalizassem pouco e até dormissem durante a evolução do trabalho de parto.

Esse movimento de vir à tona e aproximar-se da superfície, para em seguida mergulhar nas profundezas de seu próprio inconsciente, pode ser entendido como uma defesa contra a avalanche de sentimentos e sensações que as mulheres poderiam estar experimentando. Essa alienação, entendida como uma proteção contra a sobrecarga de estímulos e contra a perturbação do senso de continuar existindo também pode estar revelando, além de um mecanismo de defesa, uma espécie de identificação com o bebê. Autores como Szejer e Stewart (1997) afirmam que o bebê, durante o trabalho de parto, experimentaria um estado de torpor que o protegeria do excesso de estimulação à qual poderia ser exposto durante o trabalho de parto e nascimento. Dessa forma, não estaria a mulher utilizando um mecanismo semelhante?

Pode-se aventar algumas hipóteses para esse movimento da mulher, chamado aqui de alienação, mas talvez melhor definido como um movimento de alternância entre o mundo externo e o mundo interno. Uma das hipóteses diz respeito a esse movimento como uma forma de defesa contra estímulos percebidos como excessos para o psiquismo materno. Assim, ao sentir a ameaça, a mulher desencadearia, inconscientemente, uma espécie de desconexão com o mundo que a cerca, evidenciada pelo comportamento alheio e distante. A outra hipótese estaria relacionada à maciça identificação da mulher com o seu bebê, o que a faria experimentar um estado de torpor semelhante ao do bebê dentro do útero. É possível, entretanto, identificar nessa segunda hipótese um caráter defensivo semelhante ao da primeira. E uma terceira hipótese estaria relacionada à

necessidade da mulher de voltar-se exclusivamente para si durante o trabalho de parto e o parto, corroborando a idéia de que o parto é um evento feminino por excelência, e é a mulher a atriz principal nesse palco dos acontecimentos. Entretanto, quase sempre o bebê é tomado como o personagem principal, relegando a mulher a segundo plano, desvalorizando seus sentimentos e sua necessidade de auxílio para elaborar psicologicamente a experiência (Lopes, Donelli, Lima e Piccinini, 2005; Peterson, 1996).

O movimento de alienação testemunhado pela observadora assemelha-se ao estado de retraimento descrito por Winnicott (1954/2000, 1991) e definido como um desligamento momentâneo de uma relação com a realidade externa durante a vigília, assemelhando-se a um breve sono. Para o autor, o paciente busca inconscientemente esse estado de retraimento com o objetivo de garantir uma sustentação para o próprio eu. Se, nesse momento, o paciente conseguir obter do ambiente uma sustentação semelhante à que ele procura, então o que até então se configurava como um simples retraimento pode transformar-se em regressão. A vantagem da regressão é a de que ela traz consigo a possibilidade de corrigir experiências anteriores e de transformar-se em algo produtivo. Assim, mais uma vez pode-se pensar no papel dos profissionais que assistem a mulher durante o parto, os quais muitas vezes evitam o estabelecimento de uma relação de dependência com o paciente, pois esta pode ser muito intensa e difícil de suportar. Entretanto, seria somente através da sustentação do paciente e da possibilidade de lidar com a dependência que seu estado regressivo evoca, que seria possível oferecer um espaço para o crescimento pessoal. Talvez em função disso o que se tenha percebido nas observações, e que se repetiu inúmeras vezes, foi apenas um estado de retraimento, desassistido e incompreendido pela equipe.

Nesse sentido, pode-se pensar que estaria se exigindo das equipes médica e de enfermagem muito mais do que eles poderiam dar conta. Além de toda assistência aos aspectos somáticos, a assistência aos aspectos emocionais lhes exigiria uma enorme reformulação pessoal e da própria prática profissional. Entretanto, o que aqui se sugere não é uma mudança técnica, mas sim de atitude. Não é preciso interpretar, no sentido psicanalítico e com a finalidade de promover reflexões, *insights* ou uma mudança comportamental. Aqui se pretende fazer refletir sobre uma mudança de atitude e de acolhimento dos aspectos emocionais, para que eles sejam, pelo menos, compreendidos e respeitados como inerentes ao processo de nascimento de um filho.

Também em relação ao bebê pôde-se testemunhar reações até então apenas vistas na teoria. Segundo Stern et al. (1999), existem momentos universais e definitivos durante o nascimento do bebê que ajudam as mulheres a entrar na maternidade. O primeiro choro do bebê, o colocar o bebê sobre o ventre, a primeira troca de olhares e a amamentação são eventos que se desenrolam imediatamente e a partir do parto, e são fundamentais para que a nova mãe ative em si mesma o senso da maternidade. Esses momentos iniciais mostraram reações maternas que variaram do encantamento ao estranhamento do bebê e, em outras vezes, também foi possível identificar uma reação de atordoamento observada após o nascimento do bebê e revelada nos primeiros contatos com o filho. Esse achado vem ao encontro do estudo de Robson e Kumar (1980) que afirmam que, na primeira meia hora após o parto, a reação mais comum observada nas mulheres era de indiferença em relação ao bebê. Talvez o atordoamento possa ser entendido dessa forma: uma súbita indiferença experimentada em relação a alguém que até então foi seu objeto de amor.

O estranhamento do bebê foi uma das reações que chamou atenção e que merece aqui uma tentativa de entendimento. Parece natural e até esperado que a mulher acolha seu bebê recém-nascido com paixão e encantamento e que revele, desde logo, o quão boa, dedicada e carinhosa ela pode vir a ser como mãe. Entretanto, a sensação de estranhamento provocada pelo bebê não foi incomum, e parece evidenciar a diferença entre o bebê imaginado, gestado e conhecido, e o bebê real, parido e tão pouco familiar para elas. Durante toda a gestação, e até mesmo antes da sua concretização, a mulher alimenta expectativas em relação ao seu filho, bem como em relação à maternidade, ao parto e ao seu desempenho como mãe (Donelli, 2003; Lebovici, 1987; Stern et al., 1999). As expectativas acalentadas em relação ao bebê auxiliam na personalização do feto, fenômeno que ganha força durante a gravidez, especialmente no segundo trimestre, quando o bebê começa a ser sentido e encarado como um ser separado dela, com reações e comportamentos independentes (Brazelton & Cramer, 1992; Maldonado, 1994; Raphael-Leff, 1997; Szejer & Stewart, 1997).

Durante a gestação, portanto, o relacionamento se dá entre um bebê imaginado e sempre idealizado, e uma mãe em potencial, que pode ser entendida como uma mãe idealizada: aquela mãe que a mulher pretende e sonha ser, e que é, de uma certa forma, também idealizada (Donelli, 2003). O parto, além de ser um momento de separação entre a mãe e o bebê, é também um momento de encontro:

mãe e bebê se encontrarão frente a frente, ela com o bebê real, e ele com a mãe real. Dessa forma, a mãe encontra, muitas vezes, um desconhecido, pois o bebê real pode ser imensamente diferente daquele que ela idealizou. Em função desse desencontro, pode-se pensar na reação de estranhamento como uma reação ao desconhecido. Ou, retomando Freud (1919/1987), uma reação de súbito estranhamento em relação a algo familiar mas que, de repente, não é reconhecido como tal.

Nesse estudo, a maioria das mulheres observadas pôde ver e tocar o bebê imediatamente após o parto. Entretanto, foram momentos fugazes, pois logo a equipe exigia das mães que entregassem o filho para a realização de procedimentos médicos e de enfermagem. Nesse momento, foi possível observar novamente duas reações bem distintas. Por um lado, algumas mulheres se mostraram relutantes e contrariadas de ter que entregar o bebê e interromper o momento que estavam vivendo, enquanto outras não pareciam ter dificuldades para entregar o bebê, como se o fato de alguém se encarregar dele naquele momento fosse um alívio para elas. Essa última reação comumente desperta na equipe sentimentos de rechaço, pois a mulher é vista como uma mãe má, “desnaturada”, que está rejeitando o filho. Talvez falte à equipe um julgamento imparcial e menos precipitado, além de conhecimento teórico sobre os aspectos emocionais ligados ao parto. A literatura tem mostrado que quando a mãe e o bebê ficam juntos depois do nascimento, tem início uma série de eventos sensoriais, hormonais, fisiológicos, imunológicos e comportamentais, muitos dos quais provavelmente contribuem para a ligação da mãe ao bebê, gradualmente unindo-os e garantindo o posterior desenvolvimento do seu relacionamento. Entretanto, quando a mãe recebe cuidados de rotina que incluem a separação total do bebê após vê-lo rapidamente em seguida ao parto, pode se sentir vazia, só, privada e preocupada com o filho. O ambiente mais propício para o estabelecimento de uma ligação afetiva entre pais e bebê inclui a oportunidade de a nova família estar junta, de forma privada, logo após o nascimento e durante toda internação hospitalar, além do apoio em relação aos cuidados com o recém-nascido (Klaus et al., 2000).

Além das reações das mulheres ao nascimento do filho, também foi possível observar as reações dos bebês nos primeiros momentos após o parto. As diferenças entre um bebê e outro foram marcantes, e ficavam evidentes mesmo sem esforço para notá-las. Entretanto, as diferenças entre os bebês não se

limitavam apenas à aparência física, mas principalmente à forma como cada um reagia aos estímulos a que eram submetidos: enquanto uns bebês não se mostravam incomodados, ou talvez possuíssem uma capacidade maior de enfrentar a adversidade, outros mostravam claramente, e de forma insidiosa, o seu desconforto.

Invariavelmente, os bebês foram submetidos a uma série de procedimentos médicos e de enfermagem logo após o nascimento, todos invasivos e potencialmente dolorosos, como injeções e sondagens naso-gástricas. O próprio banho foi percebido pela observadora como um momento de excesso de estímulo para o bebê, pois a reação testemunhada era sempre de desconforto. Os comportamentos dos bebês durante o primeiro banho trazem a possibilidade de refletir sobre a necessidade do bebê de ter uma “pele” psíquica, continente e integradora, como definiu Bick (2002). A pele psíquica, para o bebê, pode ser entendida como um objeto capaz de lhe oferecer um limite que atue como continente e protetor, e que seja capaz de defender o bebê que encontra-se em um estado não-integrado das partes da personalidade. Esse é um conceito semelhante aos conceitos de *holding* (Winnicott, 1991) e de continente de projeções (Bion, 1973). Todos eles, invariavelmente, tratam da importância, para o bebê, de um objeto capaz de oferecer-lhe sustentação e contenção, no sentido de protegê-lo contra um excesso de estimulação potencialmente traumático, que pode exigir reações e provocar a quebra do senso de existência.

De forma análoga, este trabalho parece revelar também a necessidade da mulher parturiente de possuir figuras capazes de protegê-la desse excesso de estímulos ao qual ela está exposta em função da organização da assistência ao parto em um ambiente hospitalar. Assim, pode-se pensar que uma experiência satisfatória do parto seria aquela em que a mulher poderia entregar-se à experiência de parir sem sentir-se ameaçada pela perda da própria identidade e da própria sensação de continuar existindo. Segundo Winnicott (1949/2000), todos os indivíduos buscam, na verdade, um novo nascimento, no qual a sua linha de vida não seja perturbada por uma quantidade de reações maior que a que pode ser experimentada sem que ocorra perda do senso de continuidade da existência pessoal.

Talvez o parto, por suas particularidades e pela complexidade descrita neste trabalho, não possa garantir à mulher uma experiência de transição contínua entre o estado gravídico e sua nova condição de puérpera. Pode-se pensar que o

parto em si representa sempre um momento de quebra no senso de continuidade, em função de sua intensidade e do seu potencial desorganizador. Em função disso, caberia à mulher tentar mobilizar recursos internos capazes de protegê-la do excesso de exigência emocional inerente ao parto, o que é uma função muito mais inconsciente do que consciente e, dessa forma, facilmente incontrolável.

Entretanto, é também dos profissionais a responsabilidade de garantir um novo nascimento, no sentido de oferecer à mulher uma assistência capaz de acolhê-la, compreendê-la e respeitá-la no sentido mais amplo dessas palavras. Acolhê-las na sua totalidade, não lhes exigindo uma extrema despersonalização e abdicção de sua condição de sujeitos. Compreendê-las não apenas nas manifestações somáticas, mas principalmente na causa de seus comportamentos e sentimentos. E respeitá-las na sua individualidade, no seu ritmo e nas suas necessidades. Talvez apenas assim se pudesse ir em busca de uma experiência de parto que não exigisse da mulher a necessidade de defender-se do excesso de estímulos e que lhe permitisse experimentar o parto como uma transição o mais suave e contínua possível em direção a uma nova fase de seu desenvolvimento pessoal.

CAPÍTULO V

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A escolha do parto como tema central da investigação foi um dos desafios deste trabalho. Foi preciso lidar com uma literatura predominantemente médica e biologicista, que enfatiza aspectos fisiológicos em detrimento das questões emocionais. Além disso, no próprio meio acadêmico, o interesse por um momento tão fugaz e intenso como o parto foi, inúmeras vezes, recebido com surpresa e desconfiança. Como pode um evento tão efêmero ser merecedor de tanta atenção? Aos poucos, essa foi uma barreira transposta, especialmente pela constatação de que o caráter transitório da experiência do parto na verdade remete a uma das vivências mais extremas de um ser humano. Ela inclui, entre tantos e variados aspectos, dor, perda, esvaziamento, rupturas, surpresa, satisfação, encantamento, enfim, vida e morte, que se misturam em uma tela rica de detalhes, prontos para serem apreendidos por quem se dispuser.

Dispor-se a investigar esse momento intenso através da observação foi outro desafio. Talvez agora, depois da realização deste trabalho, seja possível entender porque a maioria dos estudos disponíveis para consulta não investigaram o parto através de observação. Na verdade, a partir da produção científica disponível nos bancos de dados consultados, não foi encontrado nenhum estudo observacional sobre o parto. As características desse evento são extremamente mobilizantes. Elas remetem todo ser humano ao seu próprio nascimento, às suas memórias mais arcaicas, de uma época em que as palavras não tinham sentido e não serviam para definir o que foi registrado através de sensações ainda predominantemente corporais. Reaproximar-se dessas sensações inomináveis e conscientemente desconhecidas exige uma disponibilidade interna ímpar.

A realização do trabalho no contexto hospitalar também foi um desafio. Além das características do parto em si e de tudo que ele é capaz de mobilizar, tanto para quem o experimenta como para quem o assiste, foi preciso inserir-se em um ambiente árido e pouco permeável para os aspectos emocionais envolvidos na assistência que oferece.

Outro desafio ainda pode ser citado, e diz respeito à aplicação do Método Bick a partir do modelo padrão proposto por Bick (1964). Essa tarefa exigiu

empenho e preparação para sua realização, pois são inúmeros os entraves que se apresentam quando se decide modificar algo já conhecido e amplamente instituído, talvez não na pesquisa, mas especialmente na formação de psicoterapeutas e analistas infantis. Nesse sentido, a manutenção da postura e da função do observador segundo o que preconizava Bick (1964), foi de suma importância para que se pudesse estabelecer um *setting* capaz de fazer emergir aspectos do mundo intrapsíquico. Paralelo a isso, pode-se citar ainda um último desafio, que foi o de utilizar um método predominantemente clínico como ferramenta de coleta de dados, transpondo para a pesquisa uma metodologia ainda incipiente e pouco utilizada.

Apesar de tudo isso, o trabalho foi feito. E pode-se atribuir, em grande parte, a possibilidade de ter realizado esse trabalho justamente ao método eleito para fazê-lo. O Método Bick, com seus pressupostos teóricos, garantiu a possibilidade de ir desvendando, aos poucos, as mensagens e, porque não, os segredos que se escondiam por trás do ambiente físico caótico, da rotina rígida e de todo o esforço que as pessoas faziam para defender-se de conteúdos extremamente ansiogênicos, e potencialmente desorganizadores, que acompanhavam os acontecimentos naquele Centro Obstétrico. O momento do relato possibilitou revisitar tudo o que havia sido experimentado durante a observação em si, fazendo com que aquela experiência intensa fosse adquirindo sentido. Além disso, o papel do grupo de supervisão precisa ser destacado, pois garantiu um momento de amparo e de suporte, funcionando como uma espécie de *holding* também para a observadora. Talvez esse espaço tenha permitido, em muitas ocasiões, que a observadora desempenhasse, na prática, sua função continente junto às mulheres e à equipe, pois para ela também era garantido um espaço acolhedor e cuidador.

Em relação aos dados analisados neste estudo, pode-se reforçar a idéia do parto como um evento de significância psicológica incontestável, especialmente pelo seu potencial desorganizador. Os efeitos sobre o psiquismo materno são inegáveis, tendo em vista o tipo de conteúdo emocional mobilizado nas mulheres, e por elas nos profissionais e na própria observadora.

Ao aproximar o olhar de um momento tão fugaz como o parto, que muitas vezes se perde entre a gestação e o puerpério, foi possível testemunhar inúmeros aspectos teóricos e refletir sobre as questões de pesquisa deste estudo. Nesse sentido, um dos pontos que merece destaque é, justamente esse paradoxo que o

parto carrega: ao mesmo tempo que é tratado como um momento de curta duração, ele se mostrou uma experiência intensa e, corroborando estudos anteriores, confirmou-se como capaz de marcar profundamente as lembranças sobre a gestação e as futuras experiências da mulher como mãe no puerpério. É no potencial desorganizador do parto que encontra-se amparo para essa afirmação. A sobrecarga emocional, e também os excessos ambientais que se evidenciaram nesse trabalho permitem supor que o parto seja capaz de interromper, ao menos momentaneamente, a linha de continuidade do senso de existir da mulher parturiente. A necessidade de mobilização de defesas e de mecanismos comportamentais para proteger-se dessa sobrecarga, em um momento de intensa regressão psíquica, exige que da mulher um esforço emocional que pode marcar profundamente sua história de vida, como mulher e como mãe.

Foi possível testemunhar o estado regressivo em que as mulheres se encontram por ocasião do nascimento de um filho, especialmente através da alienação e do retraimento que expressavam. Nesse sentido, também as angústias de ordem primitiva, como as de aniquilamento, ficaram evidentes nas expressões de medo e de desespero, comunicadas através do corpo e encontrando eco na observadora através de sentimentos contratransferenciais e do processo de identificação. Aqui pode se pensar na inutilidade das palavras para expressar o que as mulheres estavam experimentando por ocasião da proximidade do parto, o que acaba exigindo novas formas de comunicação com as parturientes.

Por tudo isso, pode-se confirmar a hipótese de que o parto possui um potencial traumático, que está implícito em função da mobilização psíquica que exige, sobretudo de uma mulher já fragilizada e regredida. Entretanto, isso não parece ser provocado somente pela concretização do encontro da mulher consigo mesma como mãe, e o conseqüente confronto entre a mãe que ela sonhou ser e a mãe que ela poderá ser. Essa questão necessitaria, inclusive, de uma investigação mais detalhada, de caráter longitudinal, para verificar como se desenrolam essas questões durante o puerpério.

Trata-se aqui de pensar no parto como um momento de separação para a mulher e, ao mesmo tempo, de confronto com algo subitamente estranho. Aqui se encontra o segundo paradoxo do parto: ao mesmo tempo em que ele provoca a separação, ele possibilita o encontro. A separação é entre mãe e bebê, mas também entre a mãe com uma parte de si mesma, com uma parte do seu eu que se perderá para sempre, pois nunca mais ela se verá daquela forma novamente, nunca

mais se colocará no mundo como fazia antes da gravidez, e precisará encontrar uma nova forma de existir, dessa vez também como mãe.

Aqui parece se configurar um terceiro paradoxo que o parto carrega: a necessidade de perder e a oportunidade de ganhar. Se perde a barriga, se perde uma parte do próprio corpo através da saída da placenta e dos anexos, se perde a condição de grávida, mas se ganha um bebê e uma nova forma de ver o mundo.

Os dados também apontam para questões inerentes à instituição hospitalar, e possibilitaram o entendimento do papel desta instituição e dos profissionais que nela atuam para o incremento da assistência ao parto. As falhas no acolhimento às parturientes somadas à organização do setor, à falta de preocupação com o agressivo desvelo da intimidade ao qual as mulheres acabam submetidas, aos raros movimentos de indignação e às poucas tentativas dos profissionais de mudar essa realidade, revelaram uma instituição incapaz de conter os aspectos emocionais das pacientes obstétricas. Ao mesmo tempo, é imprescindível considerar esse funcionamento como a defesa encontrada pelos profissionais para lidar com as tarefas inerentes ao seu exercício.

Na tentativa de aprofundar mais o olhar e o entendimento em relação ao parto, foi possível à observadora aproximar-se, ainda que de forma incipiente, da vivência das parturientes. O fato de precisarem se sujeitar à rotina de internação, às dificuldades de comunicação, à exposição de sua intimidade e à falta de eco que invariavelmente encontravam na equipe foram um conjunto de exigências que, entre tantas outras pequenas cobranças, acabaram mobilizando defesas contra diversos sentimentos, entre os quais pode se destacar a angústia de aniquilamento, as fantasias de despedaçamento, de perda de uma parte de si, e o medo de fragmentar-se e perder-se de si mesmas.

Mas o grande desafio imposto à observadora, entre tantos já citados, foi a aproximação efetiva com as mulheres. O processo de escrita desse trabalho acabou por tornar ainda mais evidente esse desafio, mas que também pode ser entendido como o diferencial deste estudo. Estar próxima às parturientes, compartilhar seus sentimentos, na maioria das vezes ligados a vivências extremamente primitivas, forneceu a oportunidade de pensar sobre o parto através de um novo ponto de vista, e de analisá-lo de forma microscópica.

Os momentos universais contidos em cada experiência, como o momento da expulsão do bebê, a espera pelo primeiro choro, o esvaziamento da barriga com a posterior saída dos anexos, o primeiro encontro com o filho e as reações de

encantamento e de estranhamento advindas desse momento só puderam ser testemunhadas pela escolha de um método observacional. Entretanto, a aproximação do olhar, própria do Método Bick, foi o que permitiu explorar também o mundo interno dos participantes, vendo nesses momentos universais também as particularidades próprias de cada indivíduo.

Ver os fenômenos que se revelaram durante a realização das observações, e posteriormente a realização da tarefa de organizá-los e de traduzi-los através da escrita, assemelhou-se a um processo de retirada de camadas, talvez como em uma cesariana, quando é preciso cortar as várias camadas de tecido para se chegar ao útero que o bebê habita. A aproximação da observadora com o ambiente físico, depois a imersão na rotina de atendimento das mulheres e, em seguida, o mergulho em um mundo repleto de conteúdos primitivos, de defesas inconscientes, de paradoxos e de contrastes, só foi possível em função do método escolhido para a coleta dos dados.

De uma forma geral, pôde-se perceber que o parto, apesar de ser um evento natural e que faz parte da vida de todo ser humano, senão pela via de parir, pela via de nascer, tem sido tratado como um evento que necessita ser dominado e controlado. É como se apenas o trabalho de parto e o parto repleto de intervenções garantisse ao profissional sua importância e sua utilidade, justificando a presença dele ali junto às mulheres. Entretanto, o que se percebe é que o parto comum, aquele que transcorre sem problemas, e talvez por isso não interesse aos profissionais, é igualmente extraordinário. E aqui se estabelece a necessidade de mudança de paradigma na assistência ao parto: é preciso que outras questões sejam trazidas à tona em relação ao parto e se tornem igualmente relevantes no sentido de chamar atenção dos profissionais para a necessidade de rever suas práticas.

Os dados trazidos pela observadora neste trabalho apontam uma série de questões passíveis de reformulação. Uma delas trata da necessidade do profissional que assiste ao parto de dar conta de uma demanda de ordem psicológica e emocional. Outra necessidade diz respeito à importância de desenvolver características pessoais em direção ao autoconhecimento, no sentido de poder dar conta dessa demanda anteriormente citada. Também se faz necessário buscar novos conhecimentos técnicos e científicos para respaldar a revisão da prática profissional. Nesse sentido, parece já não bastar às equipes compartilhar seu dia-a-dia apenas com profissionais das áreas médicas e de

enfermagem. Abre-se aqui um ponto importante para o profissional da psicologia: o Centro Obstétrico como local de atuação, e a obstetrícia como especialidade, possuem um vasto campo para atuação do psicólogo, seja na assistência direta às pacientes, como na assistência direta aos profissionais, ou no desenvolvimento de programas de capacitação. O conhecimento psicológico acumulado em relação a essa especialidade médica, e em especial em relação ao parto, abre um ainda novo campo para a prática psicológica.

Essas questões apontam para as implicações clínicas deste estudo. O Método Bick parece ter se confirmado como um método eficaz de acesso aos conteúdos intrapsíquicos, especialmente através do uso de sentimentos contratransferenciais e da compreensão dos movimentos de projeção e de identificação. Sua aplicação em um hospital e, mais especificamente, em um Centro Obstétrico, permite supor que seu uso como estratégia de intervenção nesse contexto é viável e até desejável. A possibilidade de oferecer um novo modelo de intervenção, pautado no respeito à individualidade, ao ritmo e às necessidades de cada um, está implícita no trabalho empreendido nesta tese. A figura da observadora como alguém que conseguia se comunicar efetivamente com as pacientes, que podia vê-las de outra forma, levando em conta seu mundo interno, que realizava sua tarefa de forma tranqüila, constante e coerente, que respeitava os limites da intervenção, que conseguia conter a carga bruta e por vezes hostil de projeções oriundas tanto das mulheres quanto dos profissionais, sem, no entanto, perder-se ou fragmentar-se, ofereceu a todos um novo referencial, mostrando que é possível, sim, fazer seu trabalho de outra forma.

Nesse sentido, pode-se pensar em propostas capazes de ir ao encontro desse novo tipo de intervenção junto às mulheres. De forma ideal, pode-se pensar na presença de um profissional psicólogo, previamente treinado no Método Bick, e disposto a inserir-se nas equipes de assistência obstétrica, utilizando os pressupostos do método no seu trabalho de intervenção. Nesse sentido, ter-se-ia um profissional psicólogo cujas ações terapêuticas se baseariam em uma postura não-intrusiva, sem deixar de ser ativa. Outra possibilidade é a inserção dos pressupostos do Método Bick nos cursos voltados à educação de profissionais da saúde, para que estes atentem, desde a sua formação, para os aspectos emocionais dos pacientes atendidos, encontrando formas menos violentas, menos intrusivas e mais eficazes de lidar com a demanda de ordem psicológica. Além disso, pode-se pensar no psicólogo realizando um trabalho com as equipes durante seu exercício

profissional, no sentido de garantir-lhes apoio contínuo durante sua prática. De forma análoga ao que a observadora experimentou em relação ao seu trabalho de observação, no sentido de ter garantido para si, através do grupo de supervisão, um espaço para compartilhar a intensidade da experiência que estava vivendo, perpassa a compreensão da essência do trabalho dos profissionais que se dedicam à assistência ao parto. A eles também é necessário garantir “espaços” para que compartilhem suas experiências, suas dúvidas, inseguranças, incertezas e descontentamentos, o que lhes ajudaria a garantir para as mulheres que atendem um espaço igualmente acolhedor e continente. Todas essas ações visam, em última instância, a melhoria da assistência às mulheres, tentando oferecer-lhes o que foi chamado pela pesquisadora de uma nova forma de nascer como mãe.

Talvez esse seja um compromisso ético assumido pelo profissional psicólogo, mas tão pouco lembrado: é preciso utilizar o conhecimento em prol da melhoria da qualidade de vida e do respeito à dignidade do ser humano. E esse trabalho parece trazer importantes sugestões nesse sentido. Em um momento de revisão e de discussão sobre as práticas ligadas ao nascimento, é compromisso irrefutável lançar luz sobre o potencial clínico e de intervenção do Método Bick, contribuindo, assim, para a disseminação e aplicação de seus pressupostos nos mais variados contextos.

Em relação às implicações para a pesquisa, é importante destacar seu ainda pouco uso para fins de investigação acadêmica. No presente estudo, o fato de utilizar um método de observação garantiu o caráter original do estudo pois, como já referido, a revisão da literatura feita para este trabalho no banco de dados *Psycinfo* não localizou estudos observacionais sobre o parto. Entretanto, para investigar um evento da vida da mulher que remete a vivências primitivas, e no qual a linguagem predominante é a não-verbal, o Método Bick parece ser especialmente indicado por possibilitar o acesso ao mundo intrapsíquico. Pelas características do fenômeno estudado nesse trabalho, a utilização do Método Bick foi capaz de fazer emergir dados que talvez outro instrumento não conseguisse. É o caso de uma entrevista, por exemplo. O fato de ter que traduzir em palavras uma experiência que, num primeiro momento, pode não comportar esse tipo de tradução, poderia impedir o acesso a conteúdos importantes relativos ao evento.

Outra questão a se considerar em relação à utilização do Método Bick em pesquisa é a possibilidade de o pesquisador contribuir também com seu próprio mundo interno, facilitando, ou não, o acesso a questões relevantes no estudo

proposto. Aqui cabe destaque ao que pode ser considerado também uma limitação do Método Bick. O trabalho de mobilização interna do pesquisador pode interferir negativamente com o curso do processo de observação, impedindo o acesso a dados relevantes em função das limitações do próprio observador/pesquisador. Outra questão importante a ser considerada é a necessidade de treinamento prévio no Método Bick, com o objetivo de minimizar esses entraves do observador.

A necessidade de adaptação dos três momentos fundamentais do método – observação, relato e supervisão, somada à necessidade de encontrar uma forma de reunir todos os dados e organizá-los para permitir sua análise, exigiu muitas reflexões. Como reunir em categorias, eixos ou temas, um material extenso, coletado sem nenhuma categoria definida *a priori*, como às vezes a entrevista possibilita? E como fazer tudo isso sem privar o material de toda a riqueza de sentimentos que o gerou?

O momento da análise do material gerado pela aplicação do método em pesquisa poderia ser chamado de um quarto momento do processo de observação, que viria somar aos três momentos anteriores de observação, relato e supervisão. O momento da observação em si possibilita a vivência de inserção em um contexto particular, seja a casa do bebê, no modelo padrão, ou em instituições, como neste estudo em particular. É um momento ímpar, de extremo valor, especialmente quando se utiliza o método para fins de formação. Essa vivência permite o desenvolvimento de características essenciais para o trabalho clínico, pois desenvolve habilidades como a tolerância, a flexibilidade, a capacidade de observar e de sentir, antes mesmo de teorizar, de desprender-se de idéias pré-concebidas sobre a melhor ou a pior maneira de cuidar de um bebê, além da oportunidade de contatar as comunicações primitivas, e a linguagem não-verbal, ambas ligadas a etapas precoces do desenvolvimento. Já o momento do relato é igualmente rico, pois possibilita reviver a experiência e iniciar o processo de entendimento daquilo que foi visto e percebido durante a observação. É pelo relato que o observador traduz em palavras o que se passou no momento da observação, o que lhe permite iniciar um processo de elaboração e organização psíquica de conteúdos inicialmente inconscientes e muitas vezes inomináveis. E é na supervisão que o observador encontra respaldo teórico e contenção emocional para o que a observação mobiliza. Entretanto, é preciso pensar no momento de análise dos dados obtidos através desses três momentos, e que só é possível

quando o método é utilizado para investigação e pesquisa, isto é, com o objetivo subsequente de produção científica.

Os grupos de trabalho envolvidos com a utilização do Método Bick em pesquisa (Caron & Lopes, 2001; Oliveira-Menegotto, 2007; Vivian, 2006) já vêm refletindo sobre essa questão e apontando a necessidade de trabalhar melhor essa idéia. O quarto momento do método estaria implícito à utilização deste para fins acadêmicos, pois ele corresponde à escrita nos moldes de descrição de resultados e análise de dados, próprias da investigação acadêmica.

O processo de escrita desse trabalho refletiu e até reproduziu, em muitos momentos, a própria experiência de observação. As dificuldades e as facilidades para lidar com as situações reproduziram-se no momento de analisar esse mesmo material, pois foram revividas e precisaram ser, mas uma vez, reorganizadas para se tornarem legíveis. Ao mesmo tempo, foi preciso ter o cuidado para que a riqueza da experiência e do material gerado por ela não fosse reduzido a eixos e categorias que não refletissem essa amplitude de conteúdos. Foi preciso muitas tentativas, algumas frustradas, para que se definisse uma forma de análise de dados que mantivesse o material o mais intacto possível mas, ao mesmo tempo, organizado e passível de confronto com a literatura.

Acredita-se que os três eixos propostos para a descrição dos dados deste trabalho, e depois os três temas propostos para sua discussão, ofereceram ao leitor uma aproximação com os dados originais e, ao mesmo tempo, trouxeram questões para reflexão e análise teórica. Entretanto, ao aplicar o Método Bick na pesquisa, parece ser ainda necessária uma exaustiva reflexão sobre a melhor forma de analisar os dados, para que futuros estudos possam se beneficiar do caminho trilhado, no sentido de tomar conhecimento sobre as alternativas e soluções encontradas por outros pesquisadores para dar conta desse problema.

O presente estudo teve como premissa a realização de observações em um espaço relativamente longo de tempo, o que pode ser entendido como uma forma longitudinal de coleta de dados. Ao mesmo tempo, a investigação empreendida sobre o parto em si obedeceu a um critério transversal, visto que as parturientes eram vistas apenas uma vez. Essa foi uma particularidade do estudo que pode ser vista com suas vantagens e desvantagens.

O fato de acompanhar ao longo do tempo a rotina de atendimento ao parto possibilitou que emergissem padrões de assistência que provocaram ricas reflexões. Ao mesmo tempo, a grande quantidade de mulheres observadas

permitiu identificar aspectos comuns da experiência do parto. O que estava em jogo era o fenômeno do parto em si, e não a experiência individual de cada mulher. Entretanto, seria interessante empreender novos estudos que pudessem focalizar poucas parturientes, acompanhando-as ao longo do tempo, no sentido de conhecer, também de forma microscópica, a experiência do parto inserida no processo de transição para a maternidade. Assim, novos estudos que utilizem metodologia observacional, aliada ou não a outras formas de coleta de dados, podem trazer enormes contribuições para o conhecimento deste tema.

Recriar o espaço para o parto é um desafio e uma necessidade apontada pelos dados deste trabalho. E não apenas o espaço físico, mas principalmente o espaço emocional que envolve e acolhe as parturientes. Assim, é possível sugerir novos estudos que explorem as particularidades do tema, aproximando ainda mais o olhar sobre questões específicas, e que se preocupem em avaliar a assistência prestada às mulheres. Nesse sentido, pode-se sugerir estudos com o objetivo de avaliar intervenções e programas de assistência. Além disso, estudos que visem a exploração de aspectos específicos do processo do parto, inerentes às parturientes, podem ser realizados de forma longitudinal, procurando investigar a repercussão de tais aspectos no desenvolvimento feminino, no desenvolvimento do bebê e ainda no desfecho da relação mãe/bebê.

Em suma, este trabalho apontou para o parto como um momento potencialmente desorganizador que ocasionou sobrecarga emocional e, conseqüentemente, provocou intensa mobilização psíquica nas mulheres. Somada à condição regressiva em que elas se encontravam por conta do ciclo gravídico-puerperal, a vivência emocional do parto foi capaz de produzir um estado de vulnerabilidade psíquica experimentado sobremodo pelas mulheres, mas que produziu impacto emocional também na observadora e na própria equipe, e provavelmente contribuiu para desencadear o uso de mecanismos defensivos pelos profissionais, prejudicando sua interação com as pacientes. A condição prévia regressiva da mulher, aliada às características do parto como um evento intenso, imprevisível, doloroso e incontrolável, à falta de empatia dos profissionais e à dificuldade de lidarem com os aspectos emocionais ligados ao parto, podem instaurar uma espécie de quebra de continuidade, configurando o parto, em algumas situações, como uma experiência traumática.

Pode-se afirmar, ainda, que o Método Bick, com seus pressupostos teóricos, garantiu a possibilidade de atingir o objetivo geral deste trabalho, que era

o de desvendar e conhecer a vivência emocional das mulheres que dão à luz. Além disso, os momentos previstos para a coleta de dados e que incluíram, além da observação, o relato e a supervisão, permitiram contatar, acolher, conter e nomear as emoções primitivas suscitadas durante as observações. Foi, portanto, o método escolhido para a coleta de dados deste trabalho que permitiu a aproximação da vivência emocional das mulheres sobre o parto, especialmente através da disponibilidade psíquica, da postura não-intrusiva e dos demais pressupostos do Método Bick sobre a postura do observador.

Enfim, espera-se que este trabalho tenha contribuído para descortinar a vivência feminina do parto, bem como para repensar questões ligadas à assistência prestada nesse momento de intensa mobilização psíquica. Ao ampliar a discussão sobre o parto e sobre a melhor maneira de cuidar das mulheres nesse momento, acredita-se estar prestando uma importante contribuição para que, em um futuro próximo, se encontrem formas de garantir a elas um novo nascimento, através de uma assistência capaz de acolhê-las, compreendê-las e respeitá-las no sentido mais amplo dessas palavras.

REFERÊNCIAS

- Alvarez, M. G. (1995). Esboços do Feminino: Procura do materno? *Análise Psicológica*, 13 (1-2), 33-37.
- Angerami-Camon, V. A. (1998). Breve reflexão sobre a postura do profissional da saúde diante da doença e do doente. In V. A. Angerami-Camon (ed.), *Urgências Psicológicas em Hospital* (pp. 41-60). São Paulo, Brasil: Pioneira.
- Anzieu, D. (2000). *O Eu-pele* (Z. Yazigi & R. Mahfuz, Trans.). São Paulo, Brasil: Casa do Psicólogo.
- Areskog, B., Uddenberg, N., & Kjessler, B. (1983). Experience of delivery in women with and without antenatal fear of childbirth. *Gynecology and Obstetric Investigation*, 16, 1-12.
- Areskog, B., Uddenberg, N., & Kjessler, B. (1984). Postnatal emotional balance in women with and without antenatal fear of childbirth. *Journal of Psychosomatic Research*, 28, 213-220.
- Badinter, E. (1980). *Um amor conquistado: O mito do amor materno* (W. Dutra, Trans.). São Paulo: Círculo do Livro.
- Ballard, C. G., Stanley, A. K., & Brockington, I. F. (1995). Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) after childbirth. *British Journal of Psychiatry*, 166, 525-528.
- Barker, C., Pistrang, N., & Elliot, R. (1994). *Research methods in clinical and counselling psychology*. Nova Iorque: Wiley.
- Barnett, B. E. W., Hanna, B., & Parker, G. (1983). Life events scales for obstetric groups. *Journal of Psychosomatic Research*, 27, 313-320.
- Bibring, G. L., Dwyer, T. F., Huntington, D. S., & Valenstein, A. F. (1961). A study of the psychological processes in pregnancy and of the earliest mother-child relationship. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 16, 9-44.
- Bibring, G. L., & Valenstein, A. F. (1976). Psychological aspects of pregnancy. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 19, 357-371.
- Bick, E. (1964). Notes on infant observation in psycho-analytic training. *International Journal of Psychoanalysis*, XLV, 4, 97 - 115.
- Bick, E. (2002). The experience of the skin in early object relations. In A. Briggs & D. Meltzer (Eds.), *Surviving space: papers on infant observation* (pp. 55-59). London, UK: Karnac Books. (Original published in 1968)

- Bion, W. R. (1973). *Atenção e interpretação* (C. H. P. Affonso, Trans.). Rio de Janeiro, Brasil: Imago.
- Bion, W. R. (1991). *O aprender com a experiência* (P. D. Corrêa, Trans.). Rio de Janeiro, Brasil: Imago. (Original published in 1962)
- Birksted-Breen, D. (2000). The experience of having a baby: A developmental view. In J. Raphael-Leff (Ed.), *'Spilt milk', perinatal loss and breakdown* (pp. 17-27). London, UK: Institute of Psychoanalysis.
- Bleger, J. (1992). *Psico-higiene e psicologia Institucional* (E. de O. Diehl, Trans.). Porto Alegre, Brasil: Artes Médicas.
- Brasil (2000). *Programa Humanização do Parto: humanização no pré-natal e nascimento*. Brasília, Brasil: Ministério da Saúde.
- Brasil (2006). *Acolhimento nas práticas de produção de saúde*. Brasília, Brasil: Ministério da Saúde.
- Brazelton, T. B. (1988). *O desenvolvimento do apego: Uma família em formação* (D. Batista, Trans.). Porto Alegre, Brasil: Artes Médicas.
- Brazelton, T. B., & Cramer, B. G. (1992). *As primeiras relações* (M. B. Cipolla, Trans.). São Paulo, Brasil: Martins Fontes.
- Bressiani, L. L.; Lindenmeyer, D. & Donelli, T. M. S. (2004). Expectativas e sentimentos em relação à dor no parto. [Abstracts]. In Universidade Federal do Rio Grande do Sul (Ed.), *Salão de Iniciação Científica* (pp. 784). Porto Alegre, Brasil: UFRGS.
- Campero, L., Garcia, C., Diaz, C., Ortiz, O., Reynoso, S., & Langer, A. (1998). 'Alone, I wouldn't have know what to do': a qualitative study on social support during labor and delivery in Mexico. *Social Science and Medicine*, 47, 395-403.
- Campos, E. P. (2005). *Quem cuida do cuidador: uma proposta para os profissionais da saúde*. Petrópolis, Brasil: Vozes.
- Candelori, C. & Dal Dosso, M. (2007). An experience of Infant Observation in a Prison. *Infant Observation*, 10 (1), 59-69.
- Caron, N. A. (1995). Fundamentos teóricos para a aplicação do Método de E. Bick. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 24 (2), 283-291.
- Caron, N. A., Matte, L. D. da S., Cardoso, M. G., Lopes, R. de C. S. & Dalcin, V. E. (2000). Vivenciando a violência sutil: o impacto emocional diante de tendências humanas comuns. In N. A. Caron (Ed.), *A relação pais-bebê: da observação à clínica* (pp. 45-59). São Paulo, Brasil: Casa do Psicólogo.

- Caron, N. A., & Lopes, R. C. S. (2001). *Estudo longitudinal sobre o desenvolvimento do bebê, da mãe e da relação mãe-bebê intra-útero e nos primeiros 3 anos de vida do bebê*. Unpublished research project.
- Caron, N. A. (2005, October). *O espaço e o vazio na arte e na psicanálise*. Paper presented at the V Bienal do Mercosul, Porto Alegre, Brasil.
- Cramer, B. G. (1996). *Secrets de femmes: de mère à fille*. Paris, France: Calmann-Lévy.
- Cresti, L. & Lapi, I. (1997). O esboço da relação mãe/bebê e a instituição hospitalar: díade ou tríade? (F. F. Settineri, Trans.). In M. B. Lacroix & M. Monmayrant, *Os laços do encantamento: a observação de bebês, segundo Esther Bick, e suas aplicações* (pp. 149-162). Porto Alegre, Brasil: Artes Médicas.
- Conselho Federal de Psicologia (2000). *Resolução nº 016/2000 de 20/12/2000: dispõe sobre a realização de pesquisa em psicologia em seres humanos*. Brasília, Brasil: Conselho Federal de Psicologia.
- Cordeiro, S. N., & Sabatino, H. (1997) A humanização do parto. In M. Zugaib, J. J. Tedesco, & J. Quayle (Eds.), *Obstetrícia psicossomática* (pp. 280-317). São Paulo, Brasil: Atheneu.
- Cunningham, F. G., MacDonald, P. C., Gant, N. F., & Gilstrap III, L. C. (1993). *Williams obstetrics*. London, UK: Prentice-Hall International Inc.
- Czarnocka, J., & Slade, P. (2000). Prevalence and predictors of post-traumatic stress symptoms following childbirth. *British Journal of Clinical Psychology*, 39, 35-51.
- Deutsch, H. (1977). *La psicología de la mujer*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Losada.
- DiMatteo, M. R., Morton, S. C., Lepper, H. S., Damush, T. M., Carney, M. F., Pearson, M., & Kahn, K. (1996). Cesarean childbirth and psychosocial outcomes: A meta-analysis. *Health Psychology*, 15, 303-314.
- Dolto, F. (1984). *Sexualidade feminina: Libido/erotismo/frigidez*. São Paulo, Brasil: Martins Fontes.
- Donelli, T. M. S. (2003). *O parto no processo de transição para a maternidade*. Unpublished master's thesis, Programa de Pós-graduação em Psicologia do Desenvolvimento, Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, Brasil.

- Druon, C. (1997). Como o espírito vem ao corpo das crianças em UTI Neonatal (F. F. Settineri, Trans.). In M. B. Lacroix & M. Monmayrant, *Os laços do encantamento: a observação de bebês, segundo Esther Bick, e suas aplicações* (pp. 139-148). Porto Alegre, Brasil: Artes Médicas.
- Durik, A. M., Hyde, J. S., & Clark, R. (2000). Sequelae of cesarean and vaginal deliveries: psychosocial outcomes for mothers and infants. *Developmental Psychology*, 2 (36), 251-260.
- Fawcett, J., Pollio, N., Tully, A., Baron, M., Henklein, J. C., & Jones, R. C. (1993). Effects of information on adaptation to cesarean birth. *Nursing Research*, 42 (1), 49-53.
- Figueira, S. A. (1994). Bases freudianas da contratransferência. In S. A. Figueira, *Contratransferência: de Freud aos contemporâneos* (pp. 1-32). São Paulo, Brasil: Casa do Psicólogo.
- Fisher, J., Astbury, J., & Smith, A. (1997). Adverse psychological impact of operative obstetric interventions: A prospective longitudinal study. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 31, 728-738.
- Freud, S. (1987). História do movimento psicanalítico (T. O. Brito, P. H. Britto & C. M. Oiticica, Trans.). In J. Salomão (Ed.), *Edição standard brasileira de obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. 14, pp.15-73). Rio de Janeiro, Brasil: Imago. (Original published in 1914)
- Freud, S. (1987). O 'estranho' (E. A. M. de Souza, Trans.). In J. Salomão (Ed.), *Edição standard brasileira de obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. 17, pp.237-269). Rio de Janeiro, Brasil: Imago. (Original published in 1919)
- Freud, S. (1987). A organização genital infantil: uma interpolação na teoria da sexualidade (J. O. de A. Abreu, Trans.). In J. Salomão (Ed.), *Edição standard brasileira de obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. 19, pp. 237-269). Rio de Janeiro, Brasil: Imago. (Original published in 1923)
- Freud, S. (1987). Inibições, sintomas e ansiedade (C. M. Oiticica, Trans.). In J. Salomão (Ed.), *Edição standard brasileira de obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. 20, pp. 95-204). Rio de Janeiro, Brasil: Imago. (Original published in 1926[1925])
- Furhmeister, A., Wirth, A. F., Miranda, G. B., Costa, H. D., Martini, I., & Enk, I. (2001). A importância da observação da relação mãe-bebê na formação do psiquiatra. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 23, 1, 56-60.

- Gennari, J. L. & Gennari, M. C. de S. (1999). *O início da vida*. São Paulo, Brasil: Antônio Bellini Editora e Design.
- Hassen, M. de N. A. (1998). *Fogos de bengala nos céus de Porto Alegre: A faculdade de medicina faz cem anos*. Porto Alegre, Brasil: Tomo Editorial.
- Hays, M.-A. (2004). Illustration clinique de l'observation selon la méthode de Brazelton, dans une circonstance particulière d'accouchement: processus de transformation des angoisses vitals en potential de lien vivant. *Neuropsychiatrie de l'enfant et de l'adolescence*, 52, 166-174.
- Hindle, D. & Klauber, T. (2006). Ethical issues in infant observation: preliminary thoughts on establishing na observation. *Infant Observation*, 9(1), 7-19.
- Houzel, D. (1997). Observação de bebês e psicanálise, ponto de vista epistemológico (F.F. Settineri, Trans.). In M.B. Lacroix & M. Monmayrant (Eds.), *Os laços do encantamento: a observação de bebês, segundo Esther Bick, e suas aplicações* (pp. 87-94). Porto Alegre, Brasil: Artes Médicas.
- Kitzinger, S. (1987). *A experiência de dar à luz*. São Paulo, Brasil: Martins Fontes.
- Klaus, M. H., & Kennell, J. H. (1993). *Pais-bebê: A formação do apego* (D. Batista, Trans.). Porto Alegre, Brasil: Artes Médicas.
- Klaus, M. H., Kennell, J. H., & Klaus, P. (1993). *Mothering the mother: how a doula can help you have a shorter, easier, and healthier birth*. Cambridge, USA: Perseus Books.
- Klaus, M. H., Kennell, J. H., & Klaus, P. (2000). *Vínculo: Construindo as bases para um apego seguro e para a independência* (M. R. Hofmeister, Trans.). Porto Alegre, Brasil: Artmed.
- Klaus, M. H., & Klaus, P. (1993). Apoio à parturiente durante o trabalho de parto. In Associação Brasileira para o Estudo do Psiquismo Pré e Perinatal (Ed.), *Anais do primeiro encontro brasileiro para o estudo do psiquismo pré e perinatal* (pp. 49-78). São Paulo, Brasil: ABREP.
- Klein, M. (1969). Sobre a identificação. In M. Klein, P. Heimann & R. E. Money-Kyrle (Eds.) *Temas de Psicanálise Aplicada*. Rio de Janeiro, Brasil: Zahar Editores.
- Langer, A., Campero, L., Garcia, C., & Reynoso, S. (1998). Effects of psychosocial support during labour and childbirth on breastfeeding, medical interventions, and mother's wellbeing in a mexican public hospital: a

- randomised clinical trial. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, *105*, 1056-1063.
- Lebovici, S. (1987). *O bebê, a mãe e o psicanalista*. Porto Alegre, Brasil: Artes Médicas.
- Leifer, M. (1977). Psychological changes accompanying pregnancy and motherhood. *Genetic Psychology Monographs*, *95*, 55-96.
- Lipp, M. E. N. (1996). *Pesquisas sobre stress no Brasil: Saúde, ocupações e grupos de risco*. Campinas, Brasil: Papyrus.
- Lipson, J. G., & Tilden, V. P. (1980). Psychological integration of the cesarean birth experience. *American Journal of Orthopsychiatry*, *50*, 598-609.
- Lisboa, R., Loureiro, A. L., & Lucas, P. (1995). Intervenção psicológica em situação de internamento obstétrico. *Análise Psicológica*, *1-2*, 67-72.
- Lopes, R. de C. S., Donelli, T. M. S., Lima, C. M. & Piccinini, C. A. (2005). O antes e o depois: expectativas e experiências de mães sobre o parto. *Psicologia: reflexão e crítica*, *18(2)*, 247-254.
- Lopes, R. de C. S., Vivian, A. G., Oliveira-Menegotto, L. M. de, Donelli, T. M. S. & Caron, N. A. (2007). A observação da relação mãe-bebê através do método Bick. In C. A. Piccinini & M. L. S. de Moura (Eds.), *Observando as interações pais-bebê-criança: diferentes abordagens teóricas e metodológicas*. São Paulo, Brasil: Casa do Psicólogo.
- Lucinda, E. (2000). *O semelhante*. São Paulo, Brasil: Record.
- Maldonado, M. T. P. (1994). *Psicologia da gravidez*. Petrópolis, Brasil: Vozes.
- Maldonado, M. T. P., Dickstein, J., & Nahoum, J. C. (1996). *Nós estamos grávidos*. São Paulo, Brasil: Saraiva.
- Martins-Costa, S. H., Vidal, A. M. C., Chaves, M. T. P. & Ramos, J. G. L. (2001). Assistência ao trabalho de parto. In Freitas, F., Martins-Costa, S. H., Ramos, J. G. L. & Magalhães, J. A. (Eds.) *Rotinas em obstetrícia* (pp. 219-233). Porto Alegre, Brasil: Artmed.
- Mascaro, M. S., Calderon, I. de M. P., Costa, R. A. de A., Maestá, I., Bossolan, G. & Rudge, M. V. C. (2002). Cardiotocografia Anteparto e Prognóstico Perinatal em Gestações Complicadas pelo Diabete: Influência do Controle Metabólico Materno. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, *24(9)*, 593-599.
- Matte, L., Figueiredo, A. B., Svirski, A. C. C., Appio, D., Levandowski, D. C., Marques, M. F. de A., Bressani, M. C. L & Kulpa, R. H. V. (2000). Novas

- tendências: o psicólogo na sala de parto. In C. M. F. Rohenkohl (Ed.), *A Clínica com o Bebê* (pp. 37-46). São Paulo, Brasil: Casa do Psicólogo.
- Melender, H.-L. (2002). Experiences of fears associated with pregnancy and childbirth: a study of 329 pregnant women. *Birth, 29*(2), 101-111.
- Meltzer, D. (1971). *O processo psicanalítico: da criança ao adulto* (W. I. de Oliveira, Trans.). Rio de Janeiro, Brasil: Imago.
- Mercer, R. T., Hackley, K. C., & Bostrom, A. G. (1983). Relationship of psychosocial and perinatal variables to perception of childbirth. *Nursing Research, 32*, 202-207.
- Miller, T. (2000). Losing the plot: Narrative construction and longitudinal childbirth research. *Qualitative Health Research, 10* (3), 309-323.
- Mould, T. A. J., Chong, S., Spencer, J. A. D., & Gallivan, S. (1996). Women's involvement with the decision preceding their caesarean section and their degree of satisfaction. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology, 103*, 1074-1077.
- Murray, L. (1997). The early mother-infant relationship and child development: a research perspective. *Infant Observation, 1*(1), 80-92.
- Niven, C. A., & Brodie, E. E. (1995). Memory for labor pain: Context and quality. *Pain, 64*, 387-392.
- Noel, T. K. (1998). An observation of loss in the Neonatal Intensive Care Unit. *Infant Observation, 1*(2), pp. 100-106.
- Nuutila, M., Halmesmäki, E., Hiilesmaa, V., & Ylikorkala, O. (1999). Women's anticipations of and experiences with induction of labor. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica, 78*, 704-709.
- Oliveira-Menegotto, L. M. de (2007). O desamparo materno diante de seu bebê com Síndrome de Down: aplicação do Método Bick de observação da relação mãe-bebê. Unpublished doctoral dissertation, Programa de Pós-graduação em Psicologia do Desenvolvimento, Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, Brasil.
- Perez, P. & Snedeker, C. (2000). *Special women: the role of the professional labor assistant*. Vermont, USA: Cutting Edge Press.
- Petrie, R. H. & Williams, A. M. (1996). Trabalho de parto. In R. A. Knuppel, & J. E. Drukker (Eds.), *Alto risco em obstetrícia: Um enfoque multidisciplinar* (pp. 233-250). Porto Alegre, Brasil: Artes Médicas.

- Peterson, G. (1996). Childbirth: the ordinary miracle: Effects of devaluation of childbirth on women's self-esteem and family relationships. *Pre and Perinatal Psychology Journal*, 11, 101-109.
- Quayle, J. (1997). Óbito fetal e anomalias fetais: Repercussões emocionais maternas. In M. Zugaib, J. J. Tedesco, & J. Quayle (Eds.), *Obstetrícia psicossomática* (pp. 216-230). São Paulo, Brasil: Atheneu.
- Quinodoz, J.-M. (1993). *A solidão domesticada: A angústia de separação em psicanálise* (F. F. Settineri, Trans.). Porto Alegre, Brasil: Artes Médicas.
- Rank, O. (1961). *El trauma del nacimiento* (H. F. De Saltzmann, Trans.). Buenos Aires, Argentina: Paidós. (Original published in 1923)
- Raphael-Leff, J. (1997). *Gravidez: A história interior* (R. D. Pereira, Trans.). Porto Alegre, Brasil: Artes Médicas.
- Rio Grande do Sul (2004). *HumanizaSaúde: manual*. Porto Alegre, Brasil: Secretaria da Saúde.
- Robson, C. (1994). *Real World Research*. Oxford, USA: Blackwell.
- Robson, K. M. & Kumar, R. (1980). Delayed onset of maternal affection after childbirth. *British Journal of Psychiatry*, 136, 347-353.
- Rocha, E. B. (1994). Wilfred Bion e os neokleinianos. In S. A. Figueira, *Contratransferência: de Freud aos contemporâneos* (pp. 107-130). São Paulo, Brasil: Casa do Psicólogo.
- Rosa, J. C. (1995). Reflexões sobre o método da observação da relação mãe-bebê. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 29 (2), 299-305.
- Rosa, J. A. A. C. (2000). Reflexões sobre o ambiente facilitador no desenvolvimento psíquico do recém nascido. In N. A. Caron, *A relação pais-bebê: da observação à clínica* (pp. 62-96). São Paulo, Brasil: Casa do Psicólogo.
- Ruble, D. N., Brooks-Gunn, J., Fleming, A. S., Fitzmaurice, G., Stangor, C., & Deutsch, F. (1990). Transition to motherhood and the self: Measurement, stability and change. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58, 450-463.
- Rustin, M. J. (1989). Observing infants: reflections on methods. In L. Miller, M. E. Rustin & J. Shuttleworth (Eds.), *Closely Observed Infants* (pp. 52-75). London, UK: Duckworth.
- Rustin, M. J. (2001a). *Reason and unreason: Psychoanalysis, science and politics*. London, UK: Continuum Books.

- Rustin, M. J. (2001b, April). *Looking in the right place: complexity theory, psychoanalysis and infant observation*. Paper presented at a conference on 'Origins and Evolution: the interplay of attachment theory and british objects relations', at the Under Fives Study Centre. University of Virginia, Charlottesville, UK.
- Ryding, E. L., Wijma, B., Wijma, K., & Rydhström, H. (1998). Fear of childbirth during pregnancy may increase the risk of emergency cesarean section. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*, 77, 542-547.
- Ryding, E. L., Wijma, K., & Wijma, B. (2000). Emergency cesarean section: 25 women's experiences. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 18 (1), 33-39.
- Salmon, P., & Drew, N. C. (1992). Multidimensional assessment of women's experience of childbirth: relationship to obstetric procedure, antenatal preparation and obstetric history. *Journal of Psychosomatic Research*, 36, 317-327.
- Sandelowski, M., & Bustamante, R. (1986). Cesarean birth outside the natural childbirth culture. *Research in Nursing and Health*, 9, 81-88.
- Sargent, C., & Stark, N. (1987). Surgical birth: Interpretations of cesarean delivery among private hospital patients and nursing staff. *Social Science Medicine*, 25(12), 1269-1276.
- Sjögren, B. (1998). Fear of childbirth and psychosomatic support: A follow up of 72 women. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*, 77, 819-825.
- Silva, M. J. P. da (2003). *Comunicação tem remédio: a comunicação nas relações interpessoais em saúde*. São Paulo, Brasil: Edições Loyola.
- Simkin, P. (1991). Just another day in a woman's life? Part I: Women's long-term perceptions of their first birth experience. *Birth*, 18, 203-210.
- Simkin, P. (1992). Just another day in a woman's life? Part II: Nature and consistency of women's long term memories of their first birth experiences. *Birth*, 19, 64-81.
- Smith, J. A. (1994). Reconstructing selves: An analysis of discrepancies between women's contemporaneous and retrospective accounts of the transition to motherhood. *British Journal of Psychology*, 85, 371-392.
- Smith, J. A. (1995). Qualitative methods, identity and transition to motherhood. *The Psychologist*, march, 122-125.

- Smith, J. A. (1999). Identity development during the transition to motherhood: An interpretative phenomenological analysis. *Journal of Reproductive and Infant Psychology, 17*, 281-299.
- Soet, J. E., Brack, G. A. & Dilorio, C. (2003). Prevalence and predictors of women's experience of psychological trauma during childbirth. *Birth, 30*, 36-46.
- Sonne, S., Rubey, R., Brady, K., Malcolm, R., & Morris, T. (1996). Posttraumatic stress disorder occurring after painful childbirth. *Journal of Nervous and Mental Disease, 184*, 195-196.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., & Lushene, R. E. (1979). *Inventário de ansiedade Traço-Estado (IDATE)*. Rio de Janeiro, Brasil: CEPAC.
- Stern, D. (1997). *A constelação da maternidade: O panorama da psicoterapia pais/bebê* (M. A. V. Veronese, Trans.). Porto Alegre, Brasil: Artes Médicas.
- Stern, D., Bruschiweiler-Stern, N. & Freeland, A. (1999). *El nacimiento de una madre*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Soifer, R. (1992). *Psicologia da gravidez, parto e puerpério* (I. V. de Carvalho, Trans.). Porto Alegre, Brasil: Artes Médicas. (Original published in 1977)
- Soulé, M. (1987). O filho da cabeça, o filho imaginário: Seu valor estruturante dentro das trocas mãe-filho. In T. B. Brazelton (Ed.), *A dinâmica do bebê* (pp. 132-170). Porto Alegre, Brasil: Artes Médicas.
- Szejer, M., & Stewart, R. (1997). *Nove meses na vida da mulher: Uma abordagem psicanalítica da gravidez e do nascimento* (M. N. B. Benetti, Trans.). São Paulo, Brasil: Casa do Psicólogo.
- Tedesco, J. J. de A. (1997). A humanização da relação obstetra-mãe-filho. In M. Zugaib, J. J. Tedesco, & J. Quayle (Eds.), *Obstetrícia psicossomática* (pp. 271-279). São Paulo, Brasil: Atheneu.
- Terry, R., & Gijbsbers, K. (2000). Memory for the quantitative and qualitative aspects of labour pain: A preliminary study. *Journal of Reproductive and Infant Psychology, 18*(2), 143-152.
- Trucharte, F. A. R., & Knijnik, R. B. (1995). Estudos psicológicos do puerpério. In V. A. Angerami-Camon (Ed.), *Psicologia hospitalar: Teoria e prática* (pp. 73-98). São Paulo, Brasil: Pioneira.
- Tulman, L. J. (1986). Initial handling of newborn infants by vaginally and cesarean delivered mothers. *Nursing Research, 35*, 296-300.

- Urban, E. (2003). Developmental aspects of trauma and traumatic aspects of development. *Journal of Analytical Psychology*, 48, 171-190.
- Vivian, A. G. (2006). *O desenvolvimento emocional de um bebê em uma família numerosa: uma aplicação do método*. Unpublished master's thesis, Programa de Pós-graduação em Psicologia do Desenvolvimento, Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, Brasil.
- Vliegen, N. (2006). 'She doesn't want to look at me' – Mother-infant observation as a bridge between clinical practice and research. *Infant Observation*, 9(3), 261-268.
- Waldesntröm, U. (1999). Experience of labor and birth in 1111 women. *Journal of Psychosomatic Research*, 47, 471-482.
- Weiderpass, E.; Barros, F. C.; Victora, C. G.; Tomasi, E.; & Halpern, R. (1998). Incidência e duração da amamentação conforme o tipo de parto: Estudo longitudinal no Sul do Brasil. *Revista de Saúde Pública*, 32, 225-231.
- Wijma, K., & Söderquist, J. (1997). Posttraumatic stress disorder after childbirth: A cross sectional study. *Journal of Anxiety Disorders*, 11(6), 587-597.
- Winnicott, D. W. (1975). O papel de espelho da mãe e da família no desenvolvimento infantil (J. O. de A. Abreu & V. Nobre, Trans.). In *O brincar e a realidade* (pp. 153-162). Rio de Janeiro, Brasil: Imago. (Original published in 1967)
- Winnicott, D. W. (1989). *Tudo começa em casa* (P. Sandler, Trans.). São Paulo, Brasil: Martins Fontes. (Original published in 1967)
- Winnicott, D. W. (1990). Teoria do relacionamento paterno-infantil (I. C. S. Ortiz, Trans.). In D. W. Winnicott, *O ambiente e os processos de maturação* (pp. 38-54). Porto Alegre, Brasil: Artes Médicas. (Original published in 1960)
- Winnicott, D. W. (1990). O desenvolvimento da capacidade de se preocupar (I. C. S. Ortiz, Trans.). In D. W. Winnicott, *O ambiente e os processos de maturação* (pp. 70-78). Porto Alegre, Brasil: Artes Médicas. (Original published in 1963)
- Winnicott, D. W. (1991). *Holding e interpretação* (S. M. Tavares & M. de Barros, Trans.). São Paulo, Brasil: Martins Fontes. (Original published in 1972)
- Winnicott, D. W. (1999). A contribuição da psicanálise à obstetrícia (J. L. Camargo, Trans.). In D. W. Winnicott, *Os bebês e suas mães* (pp. 61-71). São Paulo, Brasil: Martins Fontes. (Original published in 1957)

- Winnicott, D. W. (1999). A amamentação como forma de comunicação (J. L. Camargo, Trans.). In D. W. Winnicott, *Os bebês e suas mães* (pp. 19-27). São Paulo, Brasil: Martins Fontes. (Original published in 1968)
- Winnicott, D. W. (2000). Memórias do nascimento, trauma do nascimento e ansiedade (D. Bogomoletz, Trans.). In D. W. Winnicott, *Da pediatria à psicanálise: Obras escolhidas* (pp. 254-276). Rio de Janeiro, Brasil: Imago. (Original published in 1949)
- Winnicott, D. W. (2000). Psicoses e cuidados maternos (D. Bogomoletz, Trans.). In D. W. Winnicott, *Da pediatria à psicanálise: Obras escolhidas* (pp. 305-315). Rio de Janeiro, Brasil: Imago. (Original published in 1952)
- Winnicott, D. W. (2000). Retraimento e regressão (D. Bogomoletz, Trans.). In D. W. Winnicott, *Da pediatria à psicanálise: Obras escolhidas* (pp. 347-354). Rio de Janeiro, Brasil: Imago. (Original published in 1954)
- Winnicott, D. W. (2000). A preocupação materna primária (D. Bogomoletz, Trans.). In D. W. Winnicott, *Da pediatria à psicanálise: Obras escolhidas* (pp. 399-405). Rio de Janeiro, Brasil: Imago. (Original published in 1956)
- Wirth, A. F. (2000). Aplicação do método de observação de bebês em uma UTI neonatal. In N. A. Caron, *A relação pais-bebê: da observação à clínica* (pp. 207-231). São Paulo, Brasil: Casa do Psicólogo.
- Yazlle, M. E. H. D., Rocha, J. S. Y., Mendes, M. C., Patta, M. C., Marcolin, A. C., & Azevedo, G. D. de, (2001). Incidência de cesáreas segundo fonte de financiamento da assistência ao parto. *Revista de Saúde Pública*, 35, 202-206.
- Zero Hora (2005, April 8th). Parto no SUS terá acompanhante. *Caderno Vida*, 3.

ANEXO A

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS
Programa de Pós-graduação em Psicologia do Desenvolvimento - Mestrado e
Doutorado

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Pelo presente consentimento, declaro que fui informada, de forma clara e detalhada, dos objetivos e da justificativa do presente Projeto de Pesquisa, o qual pretende investigar o significado, para as mães, da experiência do parto e da maternidade.

Tenho conhecimento de que receberei resposta a qualquer dúvida sobre os procedimentos e outros assuntos relacionados com essa pesquisa. Também terei total liberdade para retirar meu consentimento, a qualquer momento, e deixar de participar do estudo, sem que isto traga prejuízo ao atendimento prestado por essa instituição.

Entendo que não serei identificada e que se manterá o caráter confidencial das informações registradas relacionadas com a minha privacidade.

Concordo em participar desse estudo, bem como autorizo para fins de pesquisa, a utilização dos dados coletados através de observações. Os dados coletados serão arquivados no Instituto de Psicologia da UFRGS, e serão destruídos após decorrido o prazo de cinco (05) anos.

A pesquisadora responsável por esse projeto é a Dra. Rita de Cássia Sobreira Lopes, que poderá ser contatada pelo telefone (51) 3316- 5145.

Data: / /

Nome da participante: _____

Assinatura da participante: _____

ANEXO B

Relato de observação

Relato de observação 26

Nome da observadora: Tagma

Data: 17/09/2004, sexta-feira

Local: Centro Obstétrico

Participantes: Tagma, técnicas em enfermagem (Sandra, Anita, Solange e Rafaela), enfermeira (Daniela), obstetras (Fábio e Osvaldo), pediatra (Mariana), senhora da limpeza (Luíza), cinco pacientes, duas estagiárias do técnico em enfermagem, uma professora.

Como de costume, fui ao CO, entrei e procurei alguma roupa para vestir. Além de úmidas, só havia uma calça, e ainda tive que prendê-la com um clipe de papel, pois estava sem o cordão. Mesmo assim, dei um jeito e entrei.

A equipe estava completa nesse dia, isto é, estavam de plantão as 4 técnicas. Na sala de pré-parto, havia inicialmente quatro mulheres. Uma delas, Priscila, era uma menina de 16 anos, bem gorda (a gordura disfarçava sua barriga, que não parecia de grávida - aquelas bem esticadas) e com muitas dores. Cheguei bem na hora que Sandra estava trocando o soro de Priscila, e em seguida soube, através das estagiárias que chegavam, que ela estava ali desde o dia anterior. Apesar de ser grande, Priscila dava uma impressão de desamparo, de desespero. Ela parecia muito sozinha, e olhava para todos ao seu redor como que procurando alguém que pudesse ajudá-la. Quando vinha a contração, ela chorava e gemia, pedindo ajuda. Todos passavam por ela dizendo que ela não precisava chorar (Sandra), ou que era assim mesmo (estagiária), que era o bebê que estava chegando (estagiária), enfim, comentários totalmente desnecessários. Eu tinha vontade de ficar ao lado dela, sentar ao lado e ficar ali. Se fosse dizer alguma coisa, diria que eu estava ali com ela.

Na cama em frente à de Priscila estava uma mulher que não lembro o nome. Ela parecia mais velha, e estava dormindo quando cheguei, assim como a paciente ao seu lado. E na cama aos pés de Priscila estava outra paciente, tapada até o queixo, e com os olhos bastante arregalados. Ela não se mexia, parecia congelada. Logo em seguida à minha chegada, após me acomodar perto da porta do banheiro, chegou a pediatra para conversar com ela, a paciente. Ela lhe disse que tinham feito de tudo, mas seu bebê não tinha sobrevivido. Foi como se tivessem me dado um soco no estômago. Fiquei sem ar, sem saber o que dizer (como se eu precisasse dizer alguma coisa...). Foi então que ouvi a voz da mãe dizendo, apressadamente, "fazer o que". A médica ainda explicou que o bebê não tinha respirado em nenhum momento, o que indicava que ele deveria ter algum outro problema além de ser muito pequeno. Era um prematuro de 26 semanas, e o parto tinha acontecido cerca de meia hora antes. A médica completou dizendo que fariam um raio x para confirmar o que havia acontecido, e que ela sentia muito. Quando se virou para sair, me viu ali parada e deu de ombros. Pensei que deve ter sido duro para ela dar aquela notícia, o que saiu rápido e num tom de voz bem alto. Em seguida, a porta da sala que dá para o corredor se abriu, pois uma técnica da maternidade estava vindo

buscar a paciente. Quando ela se levantou da cama, percebi como ela era pequena e jovem, e estava chorando. Me surpreendi, pois não esperava que ela estaria chorando.

Ela se foi, e ficou na sala um clima pesado. Todas as mulheres ali ouviram o que a médica falou, e se fosse eu teria pedido para ir embora. Eu tinha vontade de dizer que, afinal, o bebê da outra era muito pequeno. Mas com certeza não adiantaria dizer nada.

Algum tempo depois, chegaram duas estagiárias do curso técnico de enfermagem. Elas estavam acompanhadas da professora, que as orientou sobre o que fazer. Foi então que soube que Priscila já estava ali há tempo, assim como a mulher da cama em frente, que parecia mais velha. Ela não sentia nada, segundo dizia, nem dores nem nada. E na cama ao seu lado, havia uma mulher, uma barriga com um bebê, e só. Não sei mais nada dela, a não ser que, já para o fim da observação, ela começou a se impacientar.

As estagiárias desse dia pareciam mais experientes que as da outra observação, especialmente uma moreninha. A mais velha custou um pouco a encontrar os batimentos do bebê da Priscila, mas foi bem menos angustiante que da outra vez. A moreninha interagiu bastante com as mulheres, puxava assunto e era interessada. Mas também era um pouco desatenta. Já a outra era mais calada, mas meticulosa.

A certa altura, o Dr. Fábio veio atender um exame, daquele jeito, arrastando os chinelos. Ficou decidido que a mulher internaria, e as estagiárias deveriam fazer os primeiros procedimentos. Enquanto ela estava no banheiro, o médico passou pela paciente que dizia não sentir nada, e perguntou como ela estava. Ela informou que continuava na mesma, e ele decidiu colocar um comprimido vaginal para ver se alguma coisa acontecia. Na volta do procedimento, ela contou para a colega ao seu lado que ele, o médico, estava colocando os tais comprimidos desde de manhã, para ver se ela tinha dilatação. Ela voltou para sua cama, onde permaneceu entre cochilos e despertares até o fim da observação.

Em seguida, chegou Elis, uma mulher jovem e bem alemoazinha, que teria seu primeiro filho. Ela chegou com uma expressão tensa e assustada, e foi orientada a se deitar na cama próxima à parede, em frente à Priscila e ao lado da que não sentia nada. Priscila continuava chorando e gemendo, pedindo por ajuda, desesperada. Acho que Elis se assustou mais ainda com aquela cena, e começou a ficar vermelha. Logo vieram as estagiárias para punção-la e fazer mais um monte de coisas. Elis não sabia se olhava para si e para o que estava lhe acontecendo, ou se olhava para todo o resto. Coitadinha.

E assim a observação chegou ao final.

ANEXO C

Relato de Supervisão

Relato da supervisão da 11ª observação

Nome da observadora: Tagma

Data da observação: 17/09/04

Local: CO

Relatora: Lisiane

Tagma inicia seu relato referindo-se à falta de recursos do hospital: roupas do CO úmidas. Sem cordão para ajusta-las, etc. Tagma também relata sobre a relação entre mulheres: parturientes e técnicas (enfermeiras, técnicas de enfermagem e estagiárias de enfermagem). De acordo com o relato, a dor e a queixa de uma das parturientes provocou ódio nas mulheres (da enfermagem). O grupo também pensou na sensação de impotência que essa vivência desperta nas mulheres, ou seja, o fato de elas não poderem fazer nada. Já Tagma, através da postura de observador, encontra uma saída para esse dilema, colocando-se numa posição receptiva, isto é, apenas estar ali e suportar os gemidos de dor da parturiente.

A observação também contou com uma situação de morte. Uma mãe que havia dado a luz a um bebê prematuro e que provavelmente nascera morto. A médica veio dar a notícia, que abalou a observadora. Afinal, estas questões não são fáceis de serem manejadas e novamente exigiu da observadora um “holding” dessa situação.

ANEXO D

Carta de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa