

Um filho ter ou não ter: O caso de Isabel

MARIA DE JESUS CORREIA (*)

1. HISTÓRIA DE ISABEL

A Isabel surge no Departamento de Psicologia Clínica enviada pela Consulta de Alto Risco do Serviço de Medicina Materno Fetal da Maternidade Dr. Alfredo da Costa após 1.^a consulta médica; tinha cerca de 18 semanas de gravidez e queixava-se de dores abdominais e perdas hemáticas.

Na 1.^a consulta, refere que o médico a enviou ao departamento de psicologia porque a notou muito nervosa; quando lho constatou, surpreendeu-se com o facto de «não querer o bebé e de se sentir muito confusa» refere.

Expressou com entusiasmo a ideia de ajuda psicológica pois, segundo diz «não sei como vai ser... não estou a aguentar-me grávida... ao João não posso queixar-me; têm sido meses horríveis».

Isabel, é uma rapariga de 23 anos; figura alta e esguia; aspecto geral adequado. Vem vestida à moda para a sua idade e de acordo com a sua situação social e profissional: saia curta, camisa e casaco condizentes, evidenciando cuidados particulares com a sua aparência: cabelo cuidado, algum toque de pintura no rosto. Não havia

indício externo de nos encontrarmos perante uma grávida.

Apresenta, no primeiro contacto, um semblante triste; chora frequentemente quando se refere à gravidez no entanto, controla o choro.

Tem discurso fácil, aborda os assuntos relevantes de modo conciso; expressa as suas emoções de um modo ajustado.

É secretária numa empresa; casou há cerca de 1 ano e meio com o João, de 30 anos, engenheiro de informática, com quem refere ter uma boa relação.

Quando conheceu o João, teria cerca de 19 anos, acabara de entrar para o curso de Secretariado (área profissional sempre do seu interesse); viveu então uma época que descreve como muito importante na sua vida; por um lado ter encontrado alguém que gostou dela e de quem gostou «a sério», por outro, a possibilidade de entrar num curso que sempre lhe interessou e que, na sua opinião, lhe permitiria uma carreira de sucesso na área da sua eleição.

Há cerca de um ano atrás, ingressa na empresa onde trabalha actualmente; profissionalmente tudo corre muito bem; tem tido oportunidade de frequentar cursos de formação, perspectiva boa ascensão na empresa.

Seis meses antes de iniciar o trabalho nesta empresa, casara com João. A vida de casada não lhe trouxe dificuldades; descreve o João como colaborante nas tarefas domésticas e, a privacidade e intimidade proporcionados por viverem

(*) Psicóloga Clínica na Maternidade Dr. Alfredo da Costa, Lisboa.

juntos permitiu-lhes um movimento de grande aproximação afectiva que Isabel descreve como uma experiência muito securizante, gratificante e plena.

«Sempre nos demos muito bem excepto no que se refere a ter filhos!» diz.

«Já nos conhecemos há 4 anos e sempre foi muito bom, quanto aos filhos... o João vem insistindo desde o casamento no grande desejo de ser pai...»

Este aspecto, já o vinham tocando desde o namoro mas a Isabel foi sempre manifestando a sua vontade de adiar o máximo o seu projecto de maternidade antecipando-lhe claramente o projecto de realização profissional (como defesa?): «Lá para os 30 e tal anos talvez me sentisse preparada para ter filhos... agora não...» diz.

Sempre se preocupou em tomar precauções para não engravidar. Desde o início da sua vida sexual com o João tomara a pílula mas, por alterações nos valores da sua tensão arterial (hipertensão) esta fora-lhe medicamente desaconselhada. Há cerca de um ano colocara o dispositivo intra-uterino (DIU) que viria a retirar por incómodo físico acentuado (dores abdominais + menstruações abundantes).

Nos últimos meses, começaram a recorrer a métodos anticoncepcionais locais (preservativo + espermicida) até poder voltar a experimentar o DIU.

A Isabel refere alguma inquietação na adaptação aos métodos locais «sempre soube dos riscos e da falibilidade destes métodos... mas... confiei...»

É neste contexto que surge a actual gravidez.

Acusa o marido de a ter engravidado sem o seu consentimento «julgo até que me obrigou a beber uma noite para me pôr grávida...». «Quando me faltou o período nem queria acreditar.»

Conscientemente a gravidez surpreendeu-a.

Mostra-se zangada e triste ao falar deste assunto. «Ele ocupou o meu corpo com este bebé sem eu querer...», diz. «O João ficou contente... era o que ele queria... e eu?»

Refere que no início da gravidez sentiu vômitos e enjoos «cheguei mesmo a pensar que talvez a gravidez não evoluísse mas não, tem continuado...»

A hipótese de IVG não lhe pareceu solução «tinha medo... e, além disso o João ter-me-ia deixado... eu gosto muito dele apesar disto...!»

Uma breve abordagem do contexto familiar permitiu perceber que Isabel é a mais velha de uma fratria de 3 irmãos sendo a única rapariga.

A relação com os irmãos, descreve-a como «normal». Refere uma maior proximidade com Pedro, o irmão mais velho, «aquele a quem sempre contei as minhas coisas... também o ajudei nas tarefas escolares».

Descreve uma relação complicada com a mãe, com a qual nunca se sentiu entendida nem amada «acho que a minha mãe sempre gostou mais deles; talvez por serem rapazes, nunca teve paciência para mim.» «Nunca pude pedir-lhe conselhos ou um miminho... tinha sempre má cara para mim e só me exigia sucesso na escola... nunca tive dificuldade de aprendizagem, sempre estudei bastante mas, mesmo assim, nunca era o suficiente e, se alguma vez me elogiava era sempre pelas notas... nunca por outras coisas como estar bonita, ser simpática, ser boa... nunca!»

«O meu pai, estava pouco em casa... quando não estava a trabalhar (funcionário público administrativo numa escola secundária) estava com os amigos no café ou na loja de um colega a ajudar. Em casa ainda era o mais meigo, mas quando lá estava, o que era raro.»

Descreve a relação entre os pais como «normal»: o pai pouco envolvido nas coisas da casa, a mãe como exclusivamente dona-de-casa, a liderar, mas sem discórdias.

Sempre aceitaram bem a sua relação com o João apesar de, frequentemente, a mãe lhe fazer notar o seu pouco jeito para as coisas de casa e, quase a criticar pelo seu excessivo investimento profissional, no fundo aquilo a que sempre a incentivara.

Este aspecto, deixava Isabel um pouco confusa relativamente ao seu ser mulher mas, o João sempre a apoiara muito, ajudava-a nas tarefas domésticas, entendia e compensava as suas carências afectivas; permitia-lhe mesmo um equilíbrio que não julgara conseguir e que tornou fácil a saída de casa dos pais «... melhorei muito o meu equilíbrio afectivo desde que saí de casa dos meus pais... sentia-me mesmo muito bem...»

Visita os pais algumas vezes pois, actualmente moram a cerca de 100km de distância.

O grande problema surge com o ter engravidado sem querer, acrescido da desilusão em relação ao marido que Isabel sente como «culpado» e traidor da sua confiança. «Ele tem tentado

aproximar-se de mim; logo que soube da gravidez também ficou surpreendido, diz que não foi de propósito! Que sempre tomámos precauções de comum acordo! Que apesar de querer ser pai não o queria contra a minha vontade! Eu, às vezes acredito! Quase que penso que foi mesmo por acaso... afinal eu também sei que o método que usávamos era tão falível... mas, quando me lembro que a consequência é estar grávida, ir ter um bebé, ser mãe! Aí não posso acreditar!» (Chora).

2. REFLEXÕES PSICOLÓGICAS

Percebida a tempestade emotiva que corria no interior da Isabel; o jogo conturbado das identificações com as suas imagens parentais, a sua fragilidade narcísica, no final da primeira consulta foi-lhe proposto um *acompanhamento psicoterapêutico de apoio* a que a Isabel aderiu de imediato.

Em consultas seguintes tornou-se evidente que a identificação com uma imagem materna *confiável e securizante* não aconteceu; a isto somou-se uma figura paterna muito ausente, pouco interveniente, em nada facilitadora da sua identificação feminina.

Gradualmente, percebeu-se que a sua dificuldade em pensar tornar-se mãe, corporizada num adiar do projecto de maternidade, concomitante com um investimento maciço na vida profissional, se relaciona quer com a inexistência de um modelo de mãe gratificante quer com a consequente percepção de ausência de recursos internos suficientes para «conceber» uma criança.

A sua imagem de mulher é pobre e desvalorizada; com algum valor surge apenas o seu lado profissional, esse sim sempre investido por uma mãe (provavelmente também ela com dificuldades na sua feminilidade) que perante a ameaça de uma filha mulher, concorrente, ameaçadora, consegue desvalorizar-lhe o lado feminino e materno incentivando-lhe apenas um préstimo profissional.

Com o João, consegue um grande salto na sua valorização narcísica; não só é amável (logo não será assim tão feia e tão má!) como também consegue amar (então, não é assim tão vazia, tão apenas competente no trabalho e no estudo).

Isto permite-lhe uma fase de vida muito plena,

como ela própria diz, em que encontra uma satisfação ao nível afectivo.

Eis que surge uma inesperada e temida gravidez (talvez também um pouco ansiada já que se mais segura dos seus «préstimos» como mulher talvez se permitisse emergir o arriscar da falibilidade dos métodos contraceptivos) quando predominam as dificuldades, ambivalências quer no desejo da gravidez quer no projecto de maternidade.

Estas ausências, além de inevitáveis repercussões psicológicas condicionam igualmente a resposta dada pelo próprio corpo somático (bem evidenciada pelos sintomas conducentes à consulta médica – dores/hemorragias – Indícios de ameaça de aborto).

No espaço uterino da Isabel, fixou-se o seu microscópico óvulo, já transformado em ovo porque fertilizado pelo espermatozóide do João; este movimento irá conduzir Isabel às profundezas do seu espaço psíquico; trará à superfície imagens da sua história mais precoce e mais íntima, condicionará os seus sonhos e fantasias, acenderá os seus temores e angústias; conhecer-se grávida traz ao de cima fragmentos de memória; reacções de processos adormecidos no interior da Isabel relacionados com a sua infância, com o seu ser menina, com o seu ser filha de sua mãe.

Emerge o viver da encruzilhada entre o passado, o presente e o futuro. Uma imensa roda de impressões e sentimentos entrelaçados, de lembranças fragmentadas ressurgem das profundezas do seu inconsciente. Emergem os antigos conflitos do seu interior.

A 1.^a fase do desenvolvimento psicológico da gravidez (incorporação) foi vivida pela Isabel com vômitos e enjoos intensos, como refere.

O pólo negativo da ambivalência característica desta primeira fase da gravidez quase venceu; no entanto, a gravidez vem prosseguindo até ao momento em que surge pela primeira vez na consulta de psicologia.

Está no 2.^o trimestre, fase do desenvolvimento psicológico da gravidez denominada de diferenciação. Surgem dores abdominais e perdas hemáticas.

Esta fase torna evidente o quanto numa grávida existem dois corpos, um dentro do outro, duas pessoas que vivem sob uma mesma pele, duas pessoas diferentes. Esta evidência, dada pelos

primeiros movimentos e pelo crescente desenvolvimento do abdómen exacerba o confronto com a inevitabilidade da maternidade e, por outro lado, acentua o recordar e o reavaliar da relação da Isabel com a sua própria mãe desde o tempo em que era ela a habitante do útero materno. Consequentemente reactivam-se vulnerabilidades e dúvidas angustiantes, agrava-se a sua ambivalência – chega-se à ameaça do insucesso de gravidez.

Pareceu-nos que enquanto este sentimento de recusa prevalecesse; enquanto o bebé fosse sentido como incómodo, toda a gravidez seria problemática quer ao nível psicológico quer ao nível físico. Teríamos uma gravidez não só de alto risco psicológico mas acrescida da inevitabilidade de um alto risco médico.

Se, apesar de tudo o bebé nascesse, confrontada com a maternidade não desejada, não elaborada, para a qual não se sente capaz, Isabel e o seu bebé corriam fortes riscos de estabelecer uma relação disfuncionante.

3. INTERVENÇÃO PSICOTERAPÊUTICA

Neste contexto, a intervenção psicológica proposta à Isabel e na óptica de um *atendimento focalizado*, visa essencialmente os seguintes *objectivos*:

Por um lado, permitir que se sentisse alvo de um apoio afectivo, ela própria, enquanto ser em sofrimento, proporcionando-lhe (através de características positivas cuidadoras de ser psicóloga mulher) o sentir de um cuidado maternal a ela Isabel, vulnerável enquanto mulher, mais vulnerável e insegura a respeito do seu próprio valor enquanto grávida.

Por outro lado, através de alguma elaboração da relação negativa com a sua mãe (o seu modelo de uma maternidade distorcida) conseguir que a Isabel entendesse que, embora embora não se tivesse sentido amada pela sua mãe, ela poderia amar a sua criança. Isto porque tem recursos afectivos que lho permitem, porque tem a seu lado um *companheiro disponível* para a ajudar enquanto mulher e enquanto mãe; porque tem uma psicóloga que a ajuda como suporte reforçador na optimização dos seus recursos e defesas agora fragilizadas.

Seria importante que viesse a entender que

poderia, através da sua maternidade, experienciar uma relação gratificante, de troca afectiva, com alguém de quem poderia gostar mas que também poderia gostar dela. Seria importante conseguir que, ainda no período de gravidez, o bebé viesse a despertar um desenvolvimento afectivo e pudesse conduzir a atitudes emotivas de natureza positiva.

Quando o «intruso» aquele que o marido tanto queria, quem sabe na sua fantasia, para competir com ela no afecto, fosse entendido uma dinâmica relacional como alguém potencialmente amante e amado, a sua vivência da gravidez e principalmente da maternidade, poderá tornar-se uma experiência de vida da qual será possível extrair alguma gratificação.

Os nossos encontros semanais permitiram de facto alguma evolução terapêutica positiva. Uma primeira evidência desta evolução sobressai no modo como percepcionava e descrevia pelas 22 semanas de gravidez os movimentos do bebé.

Fazia-o de um modo mais afectuoso e envolvido revelador de um progressivo investimento emocional, pondo a mão com carinho na barriga quando o bebé mexia durante as sessões, como que para o sentir melhor.

A dificuldade inicial em falar do bebé enquanto ser com existência própria foi-se tornando mais tenue, foi falando dele ao longo da gravidez, descrevendo-o e permitindo-se explorar os seus sentimentos em relação a ele. Foram decrescendo as preocupações quer quanto à sua capacidade de manter a gravidez (culpabilidades antigas) quer de se imaginar mãe/cuidadora do seu bebé.

A relação com o João (no início do processo terapêutico complicada pela culpa que lhe atribuída pela gravidez) foi melhorando ao longo desta quer à medida que foi percebendo a gratificação positiva dada pela gravidez quer com o concomitante readquirir da confiança na relação conjugal. Este aspecto tornou-se evidente pelo aumento da qualidade de comunicação entre ambos, por um lado relativamente às dúvidas e inseguranças normais de quem tem um filho, e, por outro lado na partilha das aulas de preparação para o parto, nas decorações do quarto do bebé, nas compras do enxoval.

À medida que a gravidez e o processo terapêutico se desenrolam, surgem novas e diferentes complexidades e ajustes inerentes.

O 3.º trimestre de gravidez (preparação para a separação/parto) foi vivido muito a dois pelo casal Isabel/João. Individualmente, a Isabel caminhou adequadamente para a chegada do bebé; à medida que se foi sentindo mais segura, que se foi permitindo explorar e elaborar as suas inquietações foi conseguindo pensar como tornar-se mãe.

Quando soube no início do 3.º trimestre que ia ter um rapaz, foi imediato chamar-lhe André (por escolha do casal) e nomeá-lo sempre que se lhe referia. De vez em enquanto vinham à superfície inquietações e algumas inseguranças... «e o parto? serei capaz?...» Dúvidas frequentes nas grávidas próximo do fim da gravidez; porque não na Isabel com todos os seus antecedentes?

O parto aconteceu às 38 semanas, foi um parto eutócico, com analgesia epidural por sugestão da equipa médica, já anteriormente pensada e discutida durante as nossas sessões.

O André nasceu bem com 3.050 Kg perante um sorriso feliz da Isabel e uma lágrima emocionada no olho do João.

Iniciou amamentação ao peito com sucesso.

Durante o internamento de dois dias a Isabel esteve bem, com algumas dúvidas partilhadas adequadamente com a enfermeira, quer no cuidar do bebé quer na sua recuperação. Tivemos um encontro durante o internamento em que a Isabel se mostrou tranquila e entusiasmada com o seu bebé. Evidenciou alguma preocupação normal com a chegada a casa mas confiante em si própria e no João.

Marcámos nova consulta para duas semanas pós-parto.

Penso termos conseguido movimentar a sua capacidade elaborativa no que se refere às angústias reactivadas pela crise inerente à gravidez (não desejada?) e ter conseguido estabelecer uma nova dinâmica na sua relação com a sua própria mãe; deste modo conseguirá sentir e provar a sua própria competência como mulher e como mãe, objectivo terapêutico delineado inicialmente aquando da avaliação e planeamento inicial de intervenção.

A elaboração dos seus conflitos internos referentes ao seu ser mulher e mãe permitiram-lhe caminhar numa transição do ser criança para o ser mãe.

Com este caso, evidencia-se claramente o quanto uma gravidez tem que ser entendida co-

mo uma fase carregada de significado simbólico que apela a inúmeros ajustes e transformações internas podendo mesmo funcionar como uma experiência de reparação de si própria.

4. ENQUADRAMENTO TEÓRICO SUBJACENTE À INTERVENÇÃO PSICOLÓGICA NUMA DIMENSÃO INSTITUCIONAL

Apresentado o Caso Clínico, a sua Compreensão Psicológica, o modo como se perspectivou e delineou a Intervenção Psicoterapêutica no quadro institucional Maternidade Dr. Alfredo da Costa, parece-me importante evidenciar algumas considerações gerais sobre o entendimento teórico subjacente à prática da intervenção psicológica no contexto particular que é uma maternidade.

4.1. *Reflectindo Sobre os Conceitos Psicoterapia/Psicoterapia Institucional*

Várias têm sido as formas específicas de Intervenção Psicológica surgindo a *Psicoterapia* como uma especificidade da Psicologia Clínica que, enquanto técnica que usa basicamente o diálogo, visa um aumento de adaptação individual aos estímulos internos e externos. Neste sentido, não podemos considerar a existência de uma *Psicoterapia* mas de *Psicoterapias*; em comum, terão fundamentalmente a atitude.

Por *atitude psicoterapêutica* podemos entender a disponibilidade interna para escutar o outro e, em conjunto, experienciar a angústia que ele traz para a situação terapêutica.

Considerando a existência de várias psicoterapias com diferentes características (exemplo: modelos terapêuticos com características temporais longas) consideramos a intervenção psicoterapêutica numa instituição específica, com particularidades inerentes precisamente ao seu carácter institucional.

A psicoterapia institucional, centra-se numa abordagem que, se por um lado enfatiza também o tratamento pela palavra, releva, por outro lado, o aqui e agora do sujeito naquele contexto.

Esta especificidade, relaciona-se claramente com a evolução do *conceito de Saúde* (Saúde-Estado de bem-estar físico, psicológico e social do sujeito, família e comunidade) que possibilitou à

psicoterapia outras áreas de intervenção não só relacionadas com a doença mental mas com a saúde na sua globalidade.

A Instituição de Saúde Geral é, assim, um contexto específico de intervenção que ganha particularidades próprias. Deste modo, podemos tomar como exemplo dessas particularidades:

- *Setting Terapêutico*: Tem que ser considerado de modo diferente do concebido classicamente; neste contexto ele será em qualquer lugar, num tempo não definido, de pé, sentado, ou mesmo deitado se se tratar de um hospital.
- *Pedido*: Frequentemente não é dirigido ao psicólogo mas à instituição; frequentemente há dificuldade na sua verbalização e no insight para o seu entendimento por surgirem clientes de classes e grupos culturais menos favorecidos.
- *Limitação dos Objectivos Terapêuticos*: Estes são focalizados num problema específico num problema específico do paciente, pretendendo-se a resolução da área conflitual.

Concomitantemente a estes novos entendimentos de Psicoterapia surge-nos um outro conceito – *Psicologia da Saúde*.

Esta expressão foi introduzida por Matarazzo (1980) para designar a área disciplinar da psicologia (ciência e profissão) que tem um papel fundamental nos domínios da saúde e da doença.

Para Weinman (1990), a *Psicologia da Saúde* entende o entrecruzamento do discurso médico com o discurso psicológico.

Para a *Psicologia da Saúde*, o *objecto é o sujeito* e a forma como ele vive e experimenta o seu estado de saúde ou de doença, na sua relação consigo mesmo, com os outros, com o mundo.

Em *Psicologia da Saúde* não se define um modelo específico de informação, formação e intervenção (Teixeira & Leal, 1990); podem usar-se diferentes modelos de acordo com diferentes situações.

Assim, se pensarmos em instituições hospitalares onde a intervenção psicológica se centre em sujeitos com dor crónica ou preparação para cirurgia revelar-se-ão mais úteis técnicas terapêuticas numa linha comportamental e cognitivo; se pensarmos em instituições como a Maternidade Dr. Alfredo da Costa, concretamente no

serviço de Obstetrícia, onde desenvolvo intervenção psicológica, o fundamental será uma intervenção de apoio focalizado no suporte a fornecer no decurso de uma situação específica (Gravidez e suas vicissitudes) visando, por um lado favorecer a emergência de um novo equilíbrio pessoal e, por outro lado, permitir o desenvolvimento de capacidades que permitam a sua reinserção social e profissional. Neste contexto, faz sentido uma intervenção psicoterapêutica na linha da *Psicoterapia Breve de Orientação Dinâmica* cujos conceitos fundamentais serão abordados adiante.

4.2. Uma Instituição – Maternidade

As áreas específicas que envolvem a saúde da Mulher são classificadas habitualmente pelo discurso médico (cuidados obstétricos/mulher grávida; cuidados ginecológicos/características inerentes ao ser mulher).

É pois o discurso médico que marca o novo espaço de intervenção psicológica a que chamamos *Psicologia da Gravidez e da Maternidade*.

Por *Psicologia da Gravidez e da Maternidade* entendemos o espaço de saberes e conhecimentos psicológicos que tem como objecto a Gravidez e a Maternidade (I. Leal, 1992), o modo como são vivenciados num determinado tempo por um determinado indivíduo.

O que é focalizado, em geral, na nossa clínica psicológica é a necessidade de reatualizar defesas enfraquecidas, de permitir a aquisição de um novo equilíbrio pessoal em torno das questões da reprodução, nascimento e relação precoce e não de «curar» situações psicopatológicas.

A Maternidade, enquanto instituição de saúde de uma área específica selecciona inerentemente os seus clientes da especialidade que serão os nossos eventuais clientes para intervenção psicológica.

Ao procurar uma Maternidade raras vezes se procura um psicólogo ou um psicoterapeuta; procura-se uma Maternidade para ter filhos, para cuidados ginecológicos, por uma infertilidade ou para cuidar de um filho com problemas.

Isto pode tornar pouco claro quem é, de facto, o nosso cliente – o sujeito ou a instituição? Do nosso ponto de vista temos a instituição como primeiro cliente (I. Leal, 1992); é a ela que os clientes específicos fazem o seu pedido específico.

co, focalizado na resolução de um problema que se localiza no corpo real.

É a instituição quem define os objectivos terapêuticos, os limites de intervenção, os critérios de selecção; é a instituição quem obriga a diferentes técnicas e a diferentes settings.

Neste sentido, o *papel do psicólogo* compreende-se enquanto membro de uma estrutura toda ela terapêutica cabendo-lhe a ele, pela especificidade técnica e pela natureza relacional, a promoção da relação terapêutica (I. Leal, 1992).

Numa instituição em que sofrimento psicológico é acompanhado de sofrimento físico a função psicoterapêutica cumpre-se na *abordagem multidisciplinar* da situação (I. Leal, 1992) tendo em conta a particularidade de cada área de intervenção caberá ao técnico da respectiva área o manejo concreto da especificidade da sua intervenção.

4.3. O Modelo Psicoterapia Breve de Orientação Dinâmica

Como já foi referido a Intervenção Psicoterapêutica num contexto institucional, especificamente numa instituição como a M.A.C., reveste-se de características específicas e particulares nomeadamente em dimensões como *setting terapêutico, limitação temporal, características do pedido*.

No contexto de Maternidade (Serviço de Obstetrícia em concreto) trabalhamos como também já foi referido questões inerentes à zona temática Psicologia da Gravidez e da Maternidade (exemplo: Desejo/ Não Desejo de Gravidez e Maternidade – suas vicissitudes e inerentes crises).

Deste modo, o modelo de intervenção psicoterapêutica terá que se caracterizar por tempos limitados e objectivos circunscritos o que na minha opinião poderá ser conseguido optando pela escolha de um modelo que utilize técnicas pressupostas da *Psicoterapia Breve de Orientação Dinâmica* com as inerentes adaptações ao contexto específico referido.

Vera Lemgruber (1987) propõe que o nome Psicoterapia Breve seja substituído por Terapia Focal pois considera que o *foco* é a qualidade fundamental deste método que define como uma técnica com características próprias e respectivas especificidades.

Podemos isolar alguns dos conceitos e pressupostos Psicoterapia Breve que considero subjacentes às características específicas da minha intervenção na maternidade:

- *Atendimento focalizado* (elegendo os conflitos) com tempo e objectivos limitados. «Uma das táticas que muitos autores encontraram para abreviar a duração das psicoterapias de relação analítica, foi a de restringir problemas postos por clientes, a fim de evitar grandes deambulações temáticas que pusessem em causa a eficiência das sessões, em termos de tempo» (P. L. Ribeiro, 1997).

Este atendimento dá ênfase quer à eleição dos conflitos que prevalecem (pela urgência e/ou importância) e estão subjacentes ao problema actual quer às inter-relações pessoais presentes quer ainda às resistências circunscritas às defesas mais superficiais. (Braier, 1986).

- A *transferência* é analisada apenas quando muito evidente ou se se torna impeditiva ao avanço do processo psicoterapêutico.

- Não se pretende atingir o *inconsciente*, resolver conflitos básicos, provocar e trabalhar a neurose de transferência; a razão principal é que o surgimento da Neurose de Transferência obriga a maior consideração no tempo na terapia.

Vera Lemgruber (1986) define *três grandes conceitos característicos da Psicoterapia Breve* que considero fundamentalmente subjacentes à intervenção psicoterapêutica na Maternidade:

Actividade – A intervenção do terapeuta é activa o que leva à transgressão da regra de abstinência perfilhada pela psicanálise.

A actividade do terapeuta caracteriza-se por avaliar e diagnosticar as condições internas do sujeito, estabelecer um foco a ser trabalhado no processo, planear a estratégia básica a seguir, combinar com o cliente o contracto de duração do processo, discutir com ele o foco escolhido, estabelecer metas e objectivos terapêuticos a alcançar no fim do processo psicoterapêutico; actuar na linha do foco (interpretar selectivamente; dar atenção e negligenciar selectivamente), opor-se ao desenvolvimento da Neurose de transferência.

Planeamento – O planeamento terapêutico deve ser flexível e a «táctica» empregue durante a terapia poderá sofrer modificações de acordo com as necessidades surgidas.

Foco – Material consciente e inconsciente do paciente delimitado como área a ser trabalhada no processo terapêutico através da avaliação e planeamento prévios.

Em Psicoterapia Breve define-se um objectivo terapêutico razoável e circunscrito; a «alta» será decidida em função da resolução do conflito focal.

Considera-se que as reacções em cadeia iniciadas na terapia irão desplotar mecanismos internos com seguimento no futuro.

5. CONCLUSÃO

Em jeito de conclusão pode dizer-se que se pretendeu com este trabalho, para além da apresentação de um caso clínico, ilustrar, através dele, o modo como Psicologia e Obstetrícia (Psicologia Clínica e Medicina) se podem intercruciar numa zona de saberes entendida na Psicologia da Maternidade considerada enquanto área de intervenção dentro da Psicologia da Saúde não implicando o entercruzamento dos dois discursos (médico e psicológico) a perda de autonomia e individualidade de cada um mas a valorização e complementaridade de ambos. Pretendeu-se ainda evidenciar a necessidade de flexibilizar a noção de intervenção psicoterapêutica ajustando-a às características específicas de uma instituição, concretamente a uma instituição Maternidade; neste sentido, enfatizou-se ainda o modo como alguns pressupostos e técnicas da Psicoterapia Breve de Orientação Dinâmica podem ser eficazmente utilizados no contexto referido.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Braier, E. A. (1986). *Psicoterapia breve de orientação psicanalítica*. São Paulo: Ed. Martins Fontes.
- Leal, I. P. (1992). Psicologia da maternidade: Alguns aspectos de teoria e prática de intervenção. *Análise Psicológica*, 10 (2), 229-234.
- Lemgruber, V. B. (1987). *Psicoterapia breve. A técnica focal*. Porto Alegre: Ed. Artes Médicas.
- Ribeiro, P. L. (1997) *Psicoterapia breve: Um modelo integrado*. Évora: Ed. SPPB.
- Teixeira, J. A. C., & Leal, I. (1990). Psicologia da Saúde. Contexto e intervenção. *Análise Psicológica*, 8 (4), 453-458.

RESUMO

Este artigo apresenta um caso clínico ilustrativo da intervenção psicológica numa Maternidade, particularmente no Serviço de Obstetrícia, numa óptica da Psicologia da Saúde.

Evidencia, por outro lado, a necessidade de ajustar a intervenção psicoterapêutica a um modelo institucional utilizando concretamente pressupostos e técnicas da Psicoterapia Breve Dinâmica.

Palavras-chave: Gravidez, ambivalência, psicoterapia de apoio, instituição, modelo de intervenção.

ABSTRACT

This article presents a clinical case illustrating a psychological intervention in a Hospital, namely in the obstetrics service, from the point of view of health psychology.

On the other hand, it stresses the need to adjust the psychotherapeutic intervention to an institutional model, using in effect bases and techniques of Short-term Dynamic Psychotherapy.

Key words: Pregnancy, duality, support psychotherapy, institution, intervention model.