

Psicologia da Maternidade: Alguns Aspectos da Teoria e Prática de Intervenção

ISABEL PEREIRA LEAL (*)

1. INTRODUÇÃO

Habitualmente radica-se a ascensão da Psicologia da Saúde num movimento herdeiro das conceptualizações biopsicossociais de Engel (1970) e Lipowski (1977). Este modelo que cresce e se desenvolve dentro da própria medicina como alternativa ao clássico modelo biomédico perspectiva uma visão holística do homem, da saúde e de doença. Como todos os modelos possui os seus méritos e os seus limites. Um desses limites, é do nosso ponto de vista, o que promoveu a criação do mito da «humanização», conceito híbrido e vago que, até hoje, circula nas teorias e nas práticas assistenciais em geral e nas de cariz psicológico em particular.

De facto, dizer que a Psicologia da Saúde surge como resposta à necessidade de humanização dos cuidados de saúde (Dieksma, 1990) acaba por ser algo pueril e excessivamente simplificador de uma realidade por demais complexa. Os processos e vicissitudes que se encontram no território próprio da saúde, não fazem mais do que reproduzir, à sua própria escala, aquilo que a sociedade mais vasta, define a cada momento como sendo os seus valores e os seus problemas. Nesse sentido, o desenvolvimento da Psicologia da Saúde, é paralelo ao de muitas outras psicologias temáticas: a psicologia

forense, educacional, empresarial, económica, etc. etc., e tal como nesses casos, não faz mais do que nomear uma área de intervenção. Neste caso na saúde. E como tradicionalmente a visão sobre a saúde se define pela negativa, quer dizer pela doença, a Psicologia da Saúde nasce tomando como população aquela que corresponde a um espaço previamente delimitado pela intervenção na saúde e na doença.

Este espaço, habitualmente assimilado ao espaço médico é entretanto entrecruzado por múltiplas disciplinas e discursos, uns científicos e outros nem tanto. E, se em muitas sub-áreas de intervenção em psicologia da saúde isso não é óbvio, julgamos que o é no caso da Psicologia da Maternidade.

2. MATERNIDADE E SAÚDE

A abordagem, numa óptica de saúde, da maternidade, inscreve-se numa espacialidade concreta pré-existente a todo o discurso psicológico. Dizendo de outra forma, o espaço de reflexão e intervenção que a maternidade oferece à psicologia, chega-nos num primeiro momento, via discurso médico. Este, ao longo dos séculos classificou, segmentou e caracterizou em especialidades e sub-especialidades suas, diferentes aspectos inerentes à especificidade da condição feminina.

(*) Professora Auxiliar, ISPA.

É assim que, ao lado de hospitais ou outras instituições de saúde que trabalham com doentes sem nenhuma especificidade sexual, existem depois essas instituições onde jamais indivíduo algum do sexo masculino esteve internado para lá dos recém-nascidos: *as maternidades*.

São essas instituições peculiares que num primeiro momento rastreiam as utentes de uma ulterior intervenção psicológica. São elas que definem as categorias de pessoas, os grupos de risco, as populações-alvos. Há trinta anos, por exemplo, às maternidades eram magnos serviços de obstetrícia cuja maior preocupação era indubitavelmente, fazer diminuir as mortes e sequelas dos problemas peri-natais para as mães e as crianças. Mas não passavam disso — serviços obstétricos. Em trinta anos assistiu-se a um rápido evoluir conceptual dentro do discurso médico, que implicou um extraordinário alargamento do campo de intervenção das Maternidades.

De um lado em direcção ao novo recém-nascido, por outro em relação à mãe.

A preocupação com o novo recém-nascido conduziu ao estabelecimento das consultas de Pediatria e estas guiaram os técnicos na compreensão de que não bastava que um bebé crescesse e engordasse. Era igualmente importante que adquirisse um determinado nível de aprendizagem e respostas e que estas estavam estritamente ligadas à qualidade dos estímulos e das relações que o bebé implicava nas pessoas que o cuidavam. Daqui, destas consultas de Pediatria, nasceram depois as consultas de desenvolvimento.

Algumas delas começaram a existir em Portugal há vinte anos atrás e inscrevem-se numa óptica global de Saúde — dimensão física e psicológica em uníssono nos humanos que, por excelência implicam esta óptica, já que alheios a posteriores diferenciações exprimem-se apenas nesse registo em que o sensorio é também motor e o psicológico é ainda somático.

Por outro lado, a preocupação com a mãe foi implicando os seguimentos cada vez mais precoces e cuidadosos das gravidezes. As tecnologias foram surgindo possibilitando o aparecimento de muitas consultas diagnósticas: da ecografia à aminocintose por exemplo. Foi-se recuando nos percursos biográficos das mulheres. Já não era só a gravidez que importava conside-

rar mas as anteriores gravidezes, as antigas e recentes doenças, tipos de vida, cuidados alimentares. Foi então o desenvolvimento da ginecologia e dos seus exames como rotina, o aparecimento das consultas de planeamento familiar e, mais uma vez de mãos dadas com a tecnologia, o início dos trabalhos sistemáticos com as mulheres de gravidezes anteriormente difíceis ou mesmo impossíveis.

Por esta altura a questão da gravidez já era uma questão familiar, uma questão do casal e não da mulher e o momento do parto é um momento longínquo a vários meses ou anos de distância.

Foi ainda dentro do discurso médico e dentro das paredes das maternidades que se problematizou um conjunto de temas: a interrupção voluntária da gravidez, a laqueação tubária, as gravidezes precoces e as gravidezes tardias, a multiparidade, os grupos de risco, etc, etc.

E assim, verifica-se que quando se parte para a abordagem de Psicologia de Maternidade hoje parte-se igualmente para um território previamente medicalizado e instituído num espaço cultural que não é só «nosso».

3. DA INSTITUIÇÃO ASSISTENCIAL AO CONCEITO

Este espaço cultural que no limite é ele próprio réplica de outros espaços e dinâmicas, determina várias coisas. Em primeiro lugar, a posição relativa do psicólogo e do médico, mas também da equipa de saúde e de uma extensa panóplia de outros técnicos: do biólogo ao assistente social, do enfermeiro ao educador infantil, da secretária de unidade ao técnico de reabilitação. Determina depois a pertinência de qualquer abordagem e também muitas vezes, a natureza e mobilidade dos conceitos com que se trabalha.

O espaço cultural de Maternidade é um espaço extraordinariamente complexo. Em cinquenta anos, os avanços tecnológicos, a investigação psicológica e as dinâmicas sociais em torno por exemplo de anticoncepção ou de profissionalização das mulheres alteraram radicalmente e, por várias vezes, a concepção do ser mãe.

Passou-se da família alargada à família nuclear e desta à família monoparental. Passou-

-se da mãe, dadora de afecto, à mãe prestadora de cuidados e desta à mãe culpabilizada por tudo o que acontece ou não ao seu filho.

Passou-se da mãe vagamente desleixada à mãe super-mulher para, no mínimo, corresponder aos estereótipos dominantes do que deve ser «ser mãe».

Passou-se em cinquenta anos de uma taxa de fertilidade ascendente para uma taxa de fertilidade negativa.

Há cada vez menos mulheres a ter menos filhos e o ter um filho é cada vez mais um projecto de vida, dispendioso a todos os níveis, do qual não se pode desistir nunca.

Daí que a própria instituição que acolhe grávidas, tenha tido necessidade de deslocar as suas conceptualizações da centralidade do acto médico para a centralidade do acto clínico ao mesmo tempo que se distancia do imediatismo da assistência materno-infantil para se centrar mais amplamente nos comprometimentos do projecto de maternidade.

E são múltiplas as situações que comprometem um projecto de maternidade.

Em primeiro lugar, a própria inexistência desse projecto.

E são muitos estes casos: apenas como exemplo, algumas adolescentes para quem a confirmação da sua feminilidade facilita uma gravidez a que não corresponde depois nenhum projecto de vida, nenhum projecto de ser mãe.

Por razões diferentes, encontramos esta ausência de projecto na maioria das mulheres toxicodependentes e/ou alcoólicas e também em muitas outras situações que nos chegam com o pedido expresso de interrupção voluntária de gravidez.

Noutros casos em que de facto o projecto de maternidade existe, o comprometimento vem ou pode vir pela existência de uma doença crónica (diabetes, hipertensão, etc.) física ou mental (psicose, esquizofrenia, p.m.d.) ou por doença infecto-contagiosa grave (como agora tem acontecido com a SIDA).

Muitas vezes não há doenças, mas apenas situações vivenciais complexas por razões afectivas, socio-económicas ou mesmo temporais como é o caso das mulheres que pretendem ser mães tardiamente.

Existem depois todas as situações que sem nenhum diagnóstico preciso psicológico ou so-

mático implicam um comprometimento de ser mãe: estão neste caso os abortos recorrentes, as más-formações fetais, as mortes peri-natais e também as infertilidades. Podemos acrescentar a esta lista, outros aspectos que comprometem, ou se assume como podendo comprometer um futuro projecto de maternidade.

As violações a crianças e a adolescentes e as alterações ginecológicas desta fase, as cirurgias extripatórias, como sejam as histerectomias e as mastectomias mas também situações mais simples mas vividas com extrema angústia, como sejam as infecções ginecológicas permanentes, as amenorreias, etc, etc.

Comprometem ou podem comprometer igualmente um projecto de maternidade as situações ligadas às condições de nascimento de bebé: a prematuridade, as más-formações e as alterações cromossómicas, os casos de anóxia ou acidente peri-natal. O comprometimento neste caso vem como é óbvio da enorme distância entre um bebé real muito diferente do bebé imaginário.

Estas são apenas algumas das situações que, na sua enunciação clarificam o peso que a maternidade ganhou. São igualmente razões de compreensibilidade para o fenómeno de rápido crescimento e implantação da Psicologia da Saúde nesta área.

4. PSICOLOGIA DA MATERNIDADE

Designaremos como Psicologia da Maternidade o conjunto de saberes e conhecimentos psicológicos que tomam como objecto a Maternidade, sincronicamente no sentido de determinar estruturalmente um conjunto de categorias que descrevam como este conceito opera num determinado tempo. Diacronicamente, no sentido de explicar as mudanças na forma estrutural do objecto.

Epistemologicamente, a delimitação deste território de intervenção e de pesquisa implica o assumir de uma óptica transdisciplinar, ou seja, o assumir de um discurso a partir do interior de uma disciplina — a psicologia — para, como diria Agra (1986) «decifrar as mensagens que aí circulam e as pôr em relação com outras que circulam em outros domínios disciplinares». Implica, do nosso ponto de vista, a partir das interfaces dos antigos limites disci-

QUADRO 1

Níveis de intervenção efectivos em serviços públicos

PSICOLOGIA GINECOLÓGICA

- Planeamento familiar
- Cirurgias extripatórias
- Senologia
- Infertilidade
- Fertilização *in vitro*
- Ginecologia infantil
- Menopausa

PSICOLOGIA OBSTÉTRICA

- Interrupção voluntária da gravidez
- Aborto eugénico
- Má-formação fetal
- Doença infectocontagiosa materna (SIDA, incluída)
- Toxicoddependência e alcoolismo
- Morte fetal recorrente
- Adolescência
- Gravidez tardia
- Doença física crónica (diabetes, hipertensão, etc.)
- Perturbação mental

Vivências ansiosas
Vivências depressivas
Vivências reactivas

plinares, assumir que este território é ele próprio produtor de um discurso normativo, legislativo e regulador daquilo que produz, e que, isso mesmo se deve espelhar no valor heurístico das suas propostas.

Achamos por isso fundamental o surgimento de propostas que vão no sentido de estabelecer o território próprio da Psicologia da Maternidade, tendo em conta as transformações operadas no conceito, nas instituições e nas disciplinas que de algum modo a informam.

Esta tarefa não é fácil, nem para a Psicologia da Maternidade nem para a Psicologia da Saúde em geral. Por um lado porque os ajustamentos dos diversos níveis de conhecimento, dentro da própria psicologia estão ainda por fazer, quanto mais a outras práticas e outros discursos.

Por outro lado, porque a importância e a extensão do território de intervenção da Psicologia da Maternidade, parece apelar a formulações gerais. Estas são entretanto dificilmente conciliáveis com essa mesma prática já que ela se dessemina por áreas e sub-áreas de focos múltiplos.

Tomando apenas como exemplo a Psicologia Ginecológica e a Psicologia Obstétrica (ver Quadro 1) verifica-se, sem necessidade de nenhum outro comentário, a dificuldade de arti-

cular sobre eixos comuns práticas a níveis de intervenção tão diversos.

Daí que defendamos que mais importante que a existência de eventuais teorias ou princípios teleológicos ou unificadores de toda a Psicologia da Maternidade seja sobre a «Teoria da Prática» que no imediato importa trabalhar.

5. INTERVENÇÃO EM PSICOLOGIA DA MATERNIDADE

No actual quadro das Instituições assistenciais e da formação dos psicólogos, considero que o psicólogo cuja formação está vocacionada para a intervenção na saúde é o psicólogo clínico.

Do meu ponto de vista o psicólogo clínico é como todo o clínico aquele que está em relação directa com o paciente e nessa medida é suposto que ao nível do seu «saber» e do seu «saber fazer» disponha dos meios e das técnicas que optimizem a relação estabelecida.

Nesse sentido deverá dominar as técnicas de entrevista, conhecer profundamente as técnicas diagnósticas (psicométricas e projectivas) e finalmente saber manejar a relação que foi estabelecida no sentido de poder promover os

reajustamentos considerados necessários às diferentes situações apresentadas pelos seus clientes/pacientes em diversos contextos.

A este trabalho de promoção de reajustamentos eu chamo *psicoterapia de apoio* ou *aconselhamento* e considero-o como momento fundamentais da intervenção e da especificidade do psicólogo clínico. Esta intervenção de cariz psicoterapêutico não o transforma em psicoterapeuta de *setting*, antes o afirma naquilo que ele é: *psicólogo clínico*.

É necessário esclarecer muito claramente que nas instituições em que se faz psicologia da maternidade, os utentes não vão à procura de um psicólogo, muito menos de um psicoterapeuta. Vai-se a uma maternidade porque se vai ter um filho, ser operado a qualquer problema ginecológico, se é infértil ou se tem uma criança com problemas, as mais das vezes muito longe do foro habitualmente descrito como psicológico. O pedido é pois um pedido global à instituição, um pedido perfeitamente focalizado na resolução de um problema que se nomeia ao nível do corpo real (Sami Ali, 1977).

Qualquer protocolo de intervenção psicoterapêutica de *setting* revela-se rapidamente obsoleto.

Na grande maioria das vezes não há quadro psicopatológico digno desse nome e em muitos casos não há tempo para um diagnóstico minucioso de personalidade já que uma parte substancial da intervenção psicoterapêutica é feita na crise. Não há, como dissemos, pedido de relação psicoterapêutica por parte do sujeito e há muitas vezes em contrapartida um baixo *insight* e um baixo nível socio-cultural. Decorre deste último aspecto uma atitude técnica absolutamente eclética e adaptada às possibilidades interpessoais e comunicacionais do paciente.

O *setting* terapêutico ganha particularidades próprias, porque além das habituais possibilidades de utilização do espaço há ainda a situação de «acamado», que mesmo assim não é constante ao longo de diversas sessões (casos de puerperas e de pacientes de intervenções cirúrgicas).

Nem por isso, melhor dizendo nem por isto tudo, que escapa às regras securizantes de intervenção psicoterapêutica em *setting* os pacientes «não têm direito ao auxílio do psicoterapeuta».

Continuamos a defender que a «psicoterapia

em equipas de saúde geral, reveste-se de importância fundamental» tanto mais que aquilo que habitualmente se pede ao psicólogo clínico, é não só que colabore na clarificação de uma situação, mas sobretudo, que a ajude a mudar (Teixeira & Leal, 1990).

Trabalhamos, neste sentido, em Psicologia da Maternidade com pessoas e não com doenças e inscrevemos a nossa concepção psicoterapêutica num quadro institucional que questiona algumas formulações clássicas da nossa profissão.

A primeira questão que se coloca é de saber quem é o nosso cliente: O indivíduo ou a instituição?

A segunda de definir claramente o nosso papel. É uma especificidade técnica de um sujeito individual, que faz parte de uma instituição ou, alternativamente, é membro de uma estrutura que no seu conjunto é dirigida para a saúde e para formas de resolução terapêutica.

O que é que é terapêutico? O técnico como pessoa individual? A instituição de que o técnico faz parte? A qualidade da relação estabelecida entre o paciente e a instituição? Do nosso ponto de vista, o nosso primeiro cliente é a instituição. É ela no seu todo que define os objectivos terapêuticos, os limites de intervenção, os critérios de selecção a adoptar. É ela que implica diferentes *settings* e técnicas. É a ela que os pacientes dirigem os pedidos e é ela instituição, que promove os diversos processos que considera mais importantes para a mais eficaz terapêutica. Nesse sentido o papel do psicólogo é obviamente compreendido enquanto membro de uma estrutura toda ela terapêutica, embora pela sua especificidade técnica e pela sua natureza relacional só a ele caiba promover uma efectiva relação psicoterapêutica.

Dizendo de outro modo: Numa instituição em que o sofrimento psicológico e as alterações vivenciais acompanham quadros de sofrimento físico e alterações corporais, a função psicoterapêutica cumpre-se ou pode cumprir-se na abordagem multidisciplinar de cada situação. No entanto só o psicólogo aborda deliberadamente cada caso, cada pessoa numa perspectiva relacional e questionando o vivido psicológico.

6. CONCLUSÕES

Não pretendemos obviamente, esgotar aqui

o muito que há a dizer sobre a teoria e a técnica de intervenção em Psicologia da Maternidade.

Pretendemos apenas abrir um espaço para a construção dos caminhos que podem ser percorridos por todos aqueles que quiserem aderir ao fascínio deste tema.

A Psicologia da Maternidade é um enorme espaço de intervenção que nos obriga a repensar os nossos saberes e as nossas práticas. É também um espaço muito jovem com os mesmos riscos de todas as imaturidades: transposição pura e simples de práticas sem referenciar cuidadosamente os contextos, interfaces com discursos poderosos, riscos de superficialidades pelo encontro com uma realidade tão ampla e multifacetada.

A Psicologia da Maternidade é, e esta é uma questão crucial, uma zona «quente» no confronto com os nossos próprios limites e desejos grandiosos. O que está em causa na grande maioria das vezes é a possibilidade de reequilíbrio e de reatualização de defesas enfraquecidas dos nossos utentes ao invés da espectacularidade das «curas» que eventualmente desejáramos.

Também por isso e pela inserção em equipas de saúde com outros técnicos que por sua vez se inscrevem num quadro institucional, as questões éticas e deontológicas colocam-se com uma particular importância.

BIBLIOGRAFIA

- Leal, I. (1990). Nota de Abertura de «Psicologia de Gravidez e de Maternidade». *Análise Psicológica*, 4 (VIII): 365-366.
- Leal, I. & Ferreira, L. (1990). Psicoterapia em Instituição. Que Relação. *Actas do Forum de Psicologia Clínica* (para publicação).
- Agra, C. (1986). *Science, Maladie Mentale et Dispositifs de l'Enfance — du Paradigme Biologique au Paradigme Systemique*. Lisboa: Instituto Nacional de Investigação Científica.
- Dieksma, R. (1990). Public Health Psychology: on the Role of Psychology and Health Care in the 21st Century. In *European Perspectives in Psychology*, Vol. 2, (P. Drenth et col., Eds.), Chichester: John Wiley.
- Teixeira, J.A.C. (1991). *Psicologia de Saúde e SIDA*. Trabalho para Provas de Aptidão Pedagógica e Capacidade Científica (inédito).
- Teixeira, J.A.C. & Leal, I. (1990). Psicologia de Saúde. Contexto e Intervenção. *Análise Psicológica*, 4 (VIII): 453-458.

RESUMO

A autora apresenta a Psicologia da Maternidade como área de intervenção dentro da Psicologia da Saúde. Primeiro, aborda-a historicamente no seu território de emergência, os hospitais, chamando a atenção para a cultura própria destas instituições. Seguidamente, dá conta das possibilidades globais de intervenção em Psicologia da Maternidade e propõe uma reflexão teórica e técnica sobre alguns aspectos que considera relevantes.