

HUMANIZAÇÃO NO PRÉ-NATAL E REPERCUSSÕES SOBRE O PARTO E PUERPÉRIO.

Natália Aparecida Lópes, Telma G.C.S. de Andrade, Glaucia de Lima D'Alonso, João Tadeu Ribeiro Paes. – Saúde Coletiva – Psicologia – Departamento de Ciências Biológicas – Faculdade de Ciências e Letras – Campus de Assis.

A vida da mulher apresenta três momentos intensos ou fases marcantes, quais sejam: adolescência, gravidez e climatério (Maldonado, 1985). Estas fases implicam em necessidade de adaptação, reajustamentos interpessoais e intrapsíquicos e mudança de identidade.

Dentre as três fases citadas, a gravidez é uma transição que requer uma reestruturação em vários aspectos, tais como, a definição do papel de mulher. Faz-se necessário ressaltar que a gravidez não atinge somente a mulher, o homem também passa por uma transição com conflitos na transposição do papel de marido/pai. Isto pode acarretar desestruturação no relacionamento do casal, com grande importância no firmamento da gravidez, iniciando o vínculo pais-filhos, ou seja, o início para o equilíbrio familiar (Maldonado, 1985).

A gravidez é dividida em três trimestres mais o puerpério. No primeiro trimestre ocorre a fase de percepção da gravidez, que depende de como cada mulher está em sintonia com seu corpo. Após a percepção tem a fase de ambivalência que seria: estar ou não estar feliz, querer ou não querer a gravidez, aceitar ou não aceitar, sendo essa fase o início de grandes transformações interpessoais e intrapsíquicas, aceitação familiar, dentre outras. Além disso, há alterações neuroendócrinas que causam náuseas, vômito e sonolência. Estes sintomas, além das mudanças de humor, poderiam também ser explicados psicologicamente: rejeição ou negação da gravidez, peso pela responsabilidade de gerar e manter uma vida, medo da ocorrência de problemas congênitos, apreensões em relação às prováveis modificações da estética corporal.

O segundo trimestre da gravidez, do ponto de vista emocional, é considerado estável. Há o impacto dos primeiros movimentos fetais os quais atingem o “pai” que não pode experimentar essas sensações de forma direta (Maldonado, 1985). As expectativas em relação à saúde do feto e ao corpo continuam. Nesta fase, a mulher passa a vivenciar outras preocupações, muitas delas em manter a sua vida conjugal estável. As alterações do desejo e desempenho sexual tendem a aumentar, o que normalmente traz medo de, durante a relação sexual, machucar o bebê. Dessa forma, é importante trabalhar com as gestantes essa questão, procurando desmistificar noções pré-concebidas e deixar claro que, nessa fase, as atividades e periodicidade das relações sexuais devem ser decididas pelo casal (Maldonado, 1985), excetuando-se, naturalmente, as situações onde o ato sexual represente um fator adicional de risco para a manutenção da gravidez.

Esta fase caracteriza-se também por uma maior introversão e passividade feminina, características que são importantes para a preparação do papel de mãe. Algumas variantes comportamentais podem ser observadas, entre as quais maior ansiedade e agitação. As gestantes passam por uma fase de querer mais receber do que dar, motivo gerador de conflitos se o marido não estiver preparado, ou mesmo conflitos com os próprios filhos, se múltipara (Maldonado, 1985).

O terceiro trimestre traz uma exacerbação dos sintomas de ansiedade com a proximidade do parto e possibilidades reais de mudança na rotina. Os temores vêm à tona, como o medo de morrer no parto, preocupação com a saúde do bebê ao nascer, temores em relação à amamentação e à recuperação da forma do corpo. Nesta fase há muitos relatos de sonhos com o parto, com o bebê, com o corpo (Maldonado, 1985).

O puerpério é o período que sucede o parto. Pode ser subdividido em fases: o puerpério imediato, puerpério tardio e remoto¹. Traz a continuidade dos conflitos, mas agora mais relacionado com a mudança de rotina do casal, contato com o bebê “real” ou “morte” do bebê idealizado, principalmente se a criança nasce com algum problema não previsto, como choro contínuo, malformações congênitas, deficiências metabólicas ou até mesmo mentais (Maldonado, 1985).

¹ O puerpério imediato (1º. ao 10º. dia); puerpério tardio (10º. ao 45º.); e remoto (45º. em diante). O puerpério é o período pós-parto cronologicamente variável, de âmbito impreciso, durante o qual acontecem todas as manifestações involutivas e de recuperação das estruturas do sistema reprodutor e do corpo e da mulher após o parto (Rezende, 2005).

A consolidação do vínculo afetivo mãe-feto se dá logo após o nascimento, especialmente na primeira hora de vida extra-uterina, quando o bebê se encontra em condições ideais para estabelecer contato com os pais, e a mãe está num período mais sensível e propício para isso. Esse vínculo forma crianças saudáveis, vivas e inteligentes (Bonomi, 2001; Maldonado, 1985).

O nascimento do bebê é um enigma, representa esperança de auto-realização para os pais, mas, ao mesmo tempo, ameaça expor suas dificuldades ou deficiências (Maldonado, 1985). O período gestacional é marcado por ansiedades específicas (Soifer, 1986), sendo comuns fantasias, expectativas e projeções de anseios e desejos (Pina-Neto e Petean, 1998).

Um aspecto delicado, refere-se à possibilidade do nascimento de uma criança com má-formação ou anomalia congênita. Neste contexto particular todo processo de angústias e receios se intensifica. As reações mais comuns são de choque, negação, raiva, tristeza e culpa (Pina-Neto e Petean, 1998).

Neste contexto, um processo de auxílio aos pais requer o empenho de toda uma equipe que atue de forma coordenada e cooperativa. Deverá sempre ser considerada a forma de abordar o problema, o momento mais adequado de transmissão da notícia e, sobretudo, respeitar o tempo de sua elaboração pelos pais, trazendo-os para o enfrentamento da realidade, apoiando-os na fase de adaptação e reorganização, voltada para a interação com o bebê (Pina-Neto e Petean, 1998).

Entretanto, há poucos centros hospitalares em que se desenvolvem trabalhos mais humanizados no que se refere às questões do parto e puerpério. Uma mãe que tem um tempo para ser ouvida pelos profissionais da equipe de saúde, tem suas angústias e suas dúvidas minimizadas, deixando-a mais tranqüila, proporcionando uma maior interação entre ambos e, conseqüentemente, ocasionando um melhor desenvolvimento para o bebê (Bonomi, 2001).

Assim, o estudo teve por objetivo geral avaliar as respostas emocionais e comportamentais de mães seguidas no programa de humanização da gestação (já implantado) de um hospital público na cidade de Assis, bem como, possibilitar às mulheres matriculadas no programa um atendimento personalizado visando seu completo bem-estar físico e psíquico ao longo da gestação e do puerpério.

O projeto foi desenvolvido num hospital público na cidade de Assis – SP, junto ao Ambulatório de Ginecologia e Obstetrícia, no programa de Assistência pré-natal a gestantes de risco no período de fevereiro de 2003 a setembro de 2004, com 28 mulheres (23 gestantes do programa de Humanização no Pré-natal e 5 parturientes sem participação no programa). Foram excluídas do estudo as que abandonaram o programa e as que não foram encontradas no puerpério imediato.

Foi utilizado um questionário para levantamento de informações gerais de identificação e específicas sobre a gestação e o teste IDATE (Inventário de Ansiedade Traço-Estado). Foram feitas três aplicações, em momentos diferentes, durante o pré-natal de gestantes que iniciaram o programa no primeiro e terceiro trimestre. As aplicações foram feitas em um primeiro momento quando chegaram para iniciar o programa, quinze/vinte dias antes da data provável do parto e em torno de 24 horas pós-parto.

O grupo controle foi constituído por gestantes que não participaram do segmento no pré-natal do Hospital, e que foram encaminhadas para a clínica obstétrica em trabalho de parto. Nesse caso, os questionários foram aplicados em torno de 24 horas após o parto.

Durante a realização do projeto, participou-se das oficinas durante o pré-natal, realizadas com as gestantes tendo por objetivo orientá-las sobre os diversos aspectos da gravidez e do puerpério, fato que favoreceu o vínculo entre estagiárias, equipe médica e gestantes.

A atuação no pós-parto possibilitou a aproximação entre mãe e bebê, favorecendo este vínculo que acaba por ser interrompido pelo trauma da hospitalização. O vínculo entre mãe-bebê é concretizado logo após o parto, possibilitando um melhor desenvolvimento para o recém-nascido, formando crianças saudáveis, vivas e inteligentes.

Pôde-se verificar um número considerável de jovens gestantes, na faixa etária entre 10 e 20 anos (30,4 %), portanto gestantes de alto risco. Sendo que nesse grupo apenas uma mulher era casada, as demais solteiras ou estavam numa condição conjugal sem estabilidade legal, o que pode caracterizar uma desestruturação familiar.

As gestantes apresentaram um nível de ansiedade moderado, durante todo o desenvolvimento da gravidez, sendo necessário o acompanhamento psicológico destas.

Foram encontradas dificuldades em comparar o nível de ansiedade entre as gestantes que participaram do acompanhamento pré-natal, com as que foram encaminhadas para a clínica obstétrica

e que não faziam parte do programa, pois estas ou eram, normalmente, encaminhadas para outra instituição da cidade ou permaneciam um tempo reduzido neste hospital. Fato este que implicou na ausência de diferença nos níveis de ansiedade.

Nenhuma criança nasceu com Apgar menor que 6 e as mulheres não apresentaram problemas para o aleitamento. Assim, verificou-se a importância de se realizar o acompanhamento de gestantes visando melhores condições fisiológicas e psicológicas da mãe e da criança no parto e no puerpério.

Referências Bibliográficas

- BONOMI, A. **Pré-natal humanizado: gerando crianças felizes**. São Paulo: Atheneu, 2001.
- BUENO, G. da M. Variáveis de risco para a gravidez na adolescência. Disponível em: <<http://virtualpsy.locaweb.com.br/index.php?art=56&sec=30>>. Acesso em: 13 dez. 2005.
- CAMPOS, R. A riqueza da vida antes do nascimento. **Viver Psicologia**, jul.: 10-15, 2003.
- SPIELBERG, C. D.; GORRUCH, R. L.; LUSHENE, R. E. **Inventário de Ansiedade Traço - Estado IDATE (State - trait anxiety inventory - STAI)** - Manual/ Tradução e Adaptação de Ângela M. B. Biaggio (PUC - RJ), Luis Natalício. University of Texas at El Paso, 1974.
- FILHO, J.M. **Psicossomática Hoje**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.
- MENDES, V. **Uma agenda para a saúde**. Ilucitec: São Paulo, 1996.
- MALDONADO, M.T. P. **Psicologia da gravidez: parto e puerpério**. São Paulo: Vozes, 1985.
- NOMURA, R.M. Y.; ALVES, E.A.; ZUGAIB, M. Complicações maternas associadas ao tipo de parto em hospital universitário. **Rev. Saúde Pública**, 38(1) 2004.
- PETEAN, E. B. L & PINA NETO, J.M. de. Investigações em aconselhamento genético: impacto da primeira notícia - a reação dos pais à deficiência. **Medicina**, jun.: 288-295, 1998.
- SOIFER, R. **Psicologia da Gravidez, Parto e Puerpério**. Trad. Ilka de Carvalho. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.
- WINNICOTT, D. **Os bebês e suas mães**. São Paulo: Martins Fontes, 1988.
- ZIEGEL, E. & CRANLEY, M. **Enfermagem Obstétrica**. Rio de Janeiro: Interamericana, 1980.
- ZIMMERMAN, D.E. e OSÓRIO, L. C. **Como trabalhamos com grupos**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

Bolsa: PROEX