

# Preparar o nascimento

MARIA JOÃO NASCIMENTO (\*)

Do ponto de vista da prevenção em saúde mental, a gravidez é um momento particular e privilegiado de intervenção, uma vez que a mulher está sujeita a um regime organizado de cuidados de saúde, para os quais, na maior parte das vezes, está motivada e desperta. Por esse motivo, a intervenção em grupos de grávidas pode ser um espaço privilegiado para a transmissão de informação e para a verbalização de ansiedades e expectativas relativas à gravidez e puerpério.

A maioria das depressões que ocorrem durante o período do pós-parto, tem repercussões em todo o sistema sócio-familiar que envolve a mulher e especialmente na interacção com o seu bebé.

## 1. ENQUADRAMENTO SOCIOLÓGICO

Ao longo dos tempos tem sido crescente a importância atribuída à mulher grávida. Registos de protecção e respeito podem já ser encontrados no Antigo Testamento. Tal importância não se atribuiu aos bebés durante um grande período da história da Humanidade.

Ainda no séc. XVII a vida da criança era subestimada, havia nascimentos a mais, a sobrevivência dos numerosos filhos era assegurada com grande dificuldade. Não parecia possível aos

adultos afeiçoarem-se às crianças, uma vez que estas eram consideradas desperdícios. O Infanticídio era uma prática comum, tolerada e praticada em segredo, camuflada sob a aparência de acidente. nenhuns esforços se faziam para ajudar uma criança em perigo (Ariès, 1988).

Contrariando esta anulação da infância, começaram a surgir na sociedade os primeiros elementos protectores da criança: O respeito pela vida toma forma, dá-se-lhe primeiro uma importância espiritual e só depois física. Os padres tornam a prática do Baptismo mais acessível e os reformadores católicos transmitem informação, sensibilizando a população relativamente à protecção da vida. A sociedade mostra-se mais vigilante no que diz respeito aos seus descendentes. É neste período de mudança que surgem as Parteiras, cuja missão é, não só ajudar a parturiente, mas também assegurar a protecção da criança acabada de nascer.

No séc. XVIII, dá-se ênfase à difusão das práticas contraceptivas e ao Malthusianismo, não só para controlar as doenças transmitidas sexualmente, mas também para controlar os nascimentos. A visão da criança como um ser com características e interesses próprios, substitui a ideia da criança como um adulto em miniatura, graças a Jean Jacques Rousseau.

Finalmente no séc. XIX, a transmissão de informação sobre higiene e cuidados de saúde torna-se importante, bem vista, aceite e valorizada socialmente. Também ocorre uma mudança nos cuidados e preocupação face aos bebés e à

---

(\*) Enfermeira Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica.

sua saúde, com considerável diminuição do número de enjeitados, e aumento significativo da amamentação pelas próprias mães em substituição das amas de leite, não só por questões higiénicas, mas para garantir o laço afectivo. O termo “bebé” passa a designar a criança nos seus primeiros meses, até aí sem designação (Ariès, 1988).

Todo este lento movimento relativamente aos bebés enquadra-se na mudança igualmente operada no conceito de família. A união dos casais na família tradicional que até aí se baseava em laços de heranças e de legados, passa a basear-se em laços de amor e afecto, construídos pelo ritual do namoro. É nesta unidade autoprotégida e privada que se pôde desenvolver entre mãe e filho algo mais que um elo biológico. Na hierarquia das prioridades do casal, o bebé passa a assumir um lugar cimeiro e único, e o amor materno assegura, assim, o seu bem estar que se vem sobrepor a tudo o mais (Shorter, 1975).

A maternidade desenvolve-se habitualmente no contexto das famílias e do seu enquadramento social e cultural e, portanto, a atitude da mulher face à gravidez e a importância que lhe é atribuída dependem desse mesmo enquadramento.

A família actual, ocidental, fechou-se num escudo de privacidade e intimidade, dificilmente penetráveis por outros elementos. Tem-se vindo a perder o contacto, as vivências e a proximidade com as mulheres mais velhas, as mães, avós, tias, vizinhas, portadoras e transmissoras de um envolvimento e sabedoria quase inquestionáveis e que provinha da própria experiência. Era esta rede familiar e social tecida à volta da grávida que lhe conferia protecção e suporte durante as várias fases e períodos da gravidez. Eram assegurados também os cuidados do período pós-parto, período em que a mulher era cuidada, alimentada, envolvida quase ao mesmo nível dos cuidados do recém-nascido.

Actualmente deparamo-nos com casais organizados em que a aprendizagem resultante do contacto com elementos de outras gerações foi substituída pela grande facilidade de acesso à informação sobre assuntos que outrora eram transmitidos de pais para filhos.

Hoje em dia, os pais não aprenderam necessariamente com os seus próprios pais, nem com os mais velhos, quais os ingredientes de base para virem a ser pais “satisfatórios”. Isso agora é en-

sinado pela escola ou durante a gravidez, pelos profissionais de saúde (Cox, 1995).

## 2. FUNDAMENTOS TEÓRICOS

A gravidez é um momento evolutivo fundamental do desenvolvimento da identidade feminina, em que há mudanças irreversíveis no ciclo vital feminino, durante o qual a mulher revive, elabora e resolve conflitos infantis. É um momento que se apresenta como uma crise evolutiva e também de extrema vulnerabilidade. A gravidez é um momento de reflexão do seu passado e de relançamento do seu futuro (Ammaniti et al., 1999).

Muitas mulheres durante a gravidez demonstram sinais de depressão, por vezes mascarados e confundidos com a sensibilidade e fragilidade atribuída à fisiologia própria da gravidez. Pelo menos 10% das mulheres manifestam estados depressivos nos primeiros três meses após o parto. A sintomatologia destes estados depressivos pode estar mascarada por uma dimensão ansiosa, irritabilidade e alguma agressividade até então não habituais (Mazet e col., 2002).

O'Hara (2001) considera que o nascimento e o processo precoce de adaptação representam factores de stress psicossocial que são co-responsáveis pelo aumento de taxas de depressão durante o período pós-parto, justificando porque este é um período de alto risco para o aparecimento de depressão.

Na génese da depressão pós-parto tem importância significativa a ausência de factores de protecção materna, nomeadamente, a ausência de suporte familiar, em particular do companheiro e de personagens femininas significativas (familiares ou amigas), e ainda a ausência de ajuda prática efectiva. Para o bebé, a ausência destes factores protectores, pode traduzir-se na ausência de figuras substitutas que possam assegurar o mínimo de suporte emocional de qualidade (Guedeney & Jeammet, 2001).

Vários estudos têm demonstrado que o estado depressivo da mãe influencia a interacção com o seu filho. Estas interacções poderão apresentar-se mais desarmónicas e mais pobres do ponto de vista afectivo (Mazet & Rosenblum, 2002).

Os profissionais de saúde mental infantil preocupam-se com o bem estar da mulher grávi-

da e do seu bebé. Tal como diz Maria José Gonçalves (1988), o bebé está intimamente ligado e dependente do bem estar físico e mental da sua mãe. Após o nascimento, o bebé e as suas manifestações não podem ser dissociados da mãe e dos cuidados que recebe. Se o bebé é um organizador desses cuidados, ele está também completamente dependente do meio que o envolve. No entanto, o bebé é um parceiro activo, com particularidades e modalidades de expressão próprias e individuais.

Alguns autores verificaram que o apoio e preparação durante a gravidez, assim como o aumento de informação, contribuem para o aumento do bem estar da mulher no final da gravidez, evidenciando-se menor ocorrência de problemas psicológicos e de depressão no período pós-parto (Figueiredo, 1997).

Ao trabalhar com grávidas privilegiando a intervenção em grupo, este funciona como suporte, contendo as ansiedades e fomentando as trocas de vivências e a reflexão sobre as mesmas. A interligação do falar, reflectir e receber informação científica contribui para a redução dos medos e consequentemente para o alívio da ansiedade relativa à gravidez. Quanto mais oportunidades tiverem de falar sobre a percepção que vão tendo das suas modificações, mais aumentam as suas hipóteses de adaptação (Zimmerman & Osório, 1997).

Segundo John Cox (1995), os profissionais de saúde dos cuidados primários e secundários deverão estar conscientes das mudanças sociais e do seu impacto nas perturbações perinatais, deverão também estar equipados para fornecer o saber no que diz respeito à prevenção e tratamento e deverão ter um papel de suporte, particularmente para os pais isolados socialmente.

### 3. O GRUPO

Na linha destes ensinamentos, optámos por um modelo de intervenção que se inscreve num trabalho protocolado de ligação com o centro de saúde, onde cuidados de saúde primários e cuidados de saúde diferenciados se interligam numa perspectiva de prevenção e de promoção da saúde mental da mulher e do futuro bebé.

Esta intervenção consiste num grupo de grávidas que se reúne com a enfermeira do Centro de

Saúde e com a enfermeira da U.P.I., num espaço integrado na comunidade. Cada grupo tem em média 10 grávidas, utentes do Centro de Saúde. As grávidas deverão ter pelo menos 26 semanas de gestação.

É um grupo aberto aos pais e avós, se a grávida assim o desejar.

Cada sessão tem a duração de 2 h, num total de 8 sessões.

As sessões estão esquematizadas em três tempos flexíveis:

- Discussão semiorientada sobre aspectos ligados à saúde mental
- Informação estruturada
- Exercícios /Respiração/Relaxamento.

Embora estes três tempos estejam interligados, é, no entanto, sobre o primeiro que a intervenção da enfermeira da Unidade da Primeira Infância incide e é mais específica.

Os objectivos gerais desta intervenção são, por um lado, incentivar capacidades interactivas precoces de comunicação pais-bebé e, por outro, alertar para os sinais de alarme da depressão do período pós-parto.

Ao longo das sessões são abordados vários temas, dos quais se destacam:

- Alterações da imagem corporal
- Alterações emocionais
- Expectativas face ao parto
- Vivência da dor
- Comunicação/interacção com o bebé “in útero”
- Vivência dos momentos ecográficos
- Expectativa face ao bebé após o parto
- Amamentação
- Reacção de outros elementos da família (pai, irmãos, avós)
- Alterações da dinâmica familiar
- Capacidade de «não isolamento social»
- Sinais de alerta da depressão
- Expectativas face à própria maternidade
- A comunicação dos bebés
- A comunicação mãe/pai/bebé.

Assim, no início de cada sessão é proporcionada a cada grávida a possibilidade de expor as suas dúvidas, preocupações e expectativas. Da abordagem semiorientada, resulta o confronto e reconhecimento pelo grupo da existência de problemáticas comuns, facto que proporciona o

evoluir conjunto na partilha de vivências e experiências relativas à gravidez e ao projecto de ser mãe/pai.

No início, durante as primeiras sessões, as ansiedades estão direccionadas e concentradas sobre o momento do parto, na vivência e controlo da situação desconhecida. As futuras mães mostram-se muito interessadas em receber informação. Nestas sessões aproveitam-se os relatos das avós e das mulheres que já foram mães, que são testemunhos encorajadores e muito enriquecedores para o grupo. Gradualmente, é notória a crescente preocupação com o bebé e com o seu bem estar. Amplia-se e cria-se espaço psicológico para o bebé. Em todas as sessões as futuras mães descrevem e personalizam os seus bebés, a partir das suas fantasias, dos seus sonhos e também da percepção dos movimentos fetais os quais, ao atribuir-lhes significado, se tornam reais elementos de interacção. Desta forma, a facilidade de algumas mulheres em exporem as suas expectativas “empresta” ao grupo capacidade de fantasiar. A interacção entre as grávidas desenvolve-se, tornam-se atentas entre si e muito comunicativas – várias vezes interrompem a sessão para descrever o que o bebé está a fazer nesse momento.

A maior parte das mulheres nunca teve contacto próximo com bebés. Também aqui, a existência de mulheres com filhos proporciona o relato de vivências reais e desdramatiza muitas das ansiedades colocadas num ser “desconhecido”. A possibilidade de reflectir sobre as alterações inevitáveis da dinâmica familiar torna possível o incentivo à estruturação e manutenção de redes sociais que suportem a futura díade, implicando o pai e outros familiares, se possível, nesta reflexão. Se a grávida está sozinha é incentivada a comunicar e partilhar a informação posteriormente com o companheiro. Se necessário, é combinada uma sessão específica para que todos os pais possam comparecer, e é na sessão com maior comparência que se dá ênfase e alerta sobre os sinais de depressão.

São valorizadas as atitudes não passivas face à informação transmitida. O grupo questiona e procura soluções, contrariando as tendências depressivas e “aguçando” o interesse pela comunicação.

As sessões decorrem num ambiente que se pretende espontâneo, cuja tonalidade agradável e

de boa disposição, provoca o emergir da capacidade lúdica, pelo simples prazer no acto de comunicar. Deste modo, a orientação da sessão deverá ter em conta a protecção do grupo e de cada grávida no que diz respeito a intervenções depressivas ou dramáticas. Para isso, cada futura mãe deverá ser orientada e contida de forma a não expor demasiado o seu estado negativo. Sempre que se revele oportuno, a grávida será abordada individualmente no sentido de lhe proporcionar um momento de maior proximidade com um terapeuta e de elaboração dos seus sentimentos íntimos.

Após as oito sessões e após o nascimento do bebé, as famílias mantêm o contacto com o Centro de Saúde através da vigilância habitual dos cuidados de saúde. Na eventualidade de aparecimento de situações de risco, nomeadamente sinais de depressão, os pedidos de ajuda são concentrados e efectuados pelo Centro de Saúde e cabe à enfermeira de Saúde Mental ser o elo de ligação entre a família, os vários elementos da equipa e os serviços tendo em vista o encaminhamento e resolução precoce de situações de risco ou patológicas. Privilegia-se a visita domiciliária como modelo de intervenção mais adequado à problemática que envolve o pós-parto e o bebé recém nascido.

#### 4. CONCLUSÃO

É aos profissionais de saúde que cabe a responsabilidade de detectar e orientar situações de sofrimento quer físico quer psicológico.

A enfermeira, ao apoiar-se em comportamentos e atitudes que se baseiam na proximidade com o utente – proximidade física, psicológica e sociológica (Namora, 1989) – tem acesso privilegiado e por vezes facilitado para a detecção precoce de situações de risco em saúde mental infantil. Cabe às enfermeiras não inculcar modelos de actuação para as futuras mães e pais, mas sim compreendê-los como parte integrante de uma história e cultura num contínuo transgeracional e encorajá-los a descobrir, realçar e aceitar a particularidade de cada ser, de cada relação – sempre numa perspectiva positiva de saúde.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ammaniti, M., Candelori, C., Pola, M., & Tambelli, R. (1999). *Maternité et grossesse – Étude des représentations maternelles*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Ariès, P. (1988). *A criança e a vida familiar no Antigo Regime*. Lisboa: Relógio d'Água. (Obra original publicada em 1973).
- Cox, J. (1995). *Troubles psychiatriques du post-partum: Aspects socioculturels de la «maladie mentale sévère»*. Trabalho não publicado. Comunicação oral. Colóquio Internacional de Psiquiatria Périnatal, Marrocos.
- Figueiredo, B. (1997). *Depressão pós-parto, interacção mãe-bebé e desenvolvimento infantil*. Trabalho não publicado. Dissertação de Doutoramento. Instituto de Educação e Psicologia da Universidade do Minho, Minho.
- Gonçalves, M. J. (1988). *Avaliação clínica e terapêutica na 1.ª infância – Semiologia da interacção*. Trabalho não publicado. Comunicação oral, Simposium de Psiquiatria do Desenvolvimento, «Do nascimento aos processos de individuação», Lisboa.
- Guédény, N., & Jeammet, P. (2001). Dépressions postnatales (DPN) et décisions d'orientation thérapeutique. *Devenir*, 13 (3), 51-64.
- Mazet, P., & Rosenblum, O. (2002). Bébé et mère déprimées. *Soins Pédiatrie*, 205, 31-34.
- Namora, A. (1989). *O enfermeiro especialista e a saúde mental infantil*. Trabalho não publicado. Comunicação oral, 1.º Encontro Luso-Espanhol de Psiquiatria Comunitária, Lisboa.
- O'Hara, M. W. (2001). La dépression du post-partum: les études de l'Iowa. *Devenir*, 13 (3), 7-20.
- Shorter, E. (1975). *A formação da família moderna*. Lisboa: Terramar.
- Zimmerman, D. E., & Osório, L. C. (1997). *Como trabalhamos com grupos*. Porto Alegre: Artes Médicas.

## RESUMO

A promoção da saúde mental da mulher grávida traz benefícios directos para a saúde mental do futuro bebé. A depressão pós-parto é um dos alvos da preocupação dos técnicos de saúde mental. Assim, neste artigo, descreve-se uma experiência de intervenção em grupos de preparação para o parto, onde a partilha de preocupações e ansiedades pode ser o veículo de detecção precoce de perturbações na futura diade mãe-bebé.

*Palavras-chave:* Intervenção precoce, gravidez, promoção da saúde mental.

## ABSTRACT

Mental health promotion in pregnancy has direct positive benefits for the mental health of the baby-to-be. Post-partum depression is a concern of mental health professionals. This paper presents an intervention program with groups of pregnant women in which the facilitation work of sharing worries and anxieties is a vehicle for early detection of mother-infant perturbations.

*Key words:* Early intervention, pregnancy, mental health promotion.