

UNAT-BRASIL – UNIÃO NACIONAL DE ANALISTAS TRANSACIONAIS
FATEP – FACULDADE DE TECNOLOGIA PAULO FREIRE

CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ANÁLISE TRANSACIONAL, PARA
OBTENÇÃO DO TÍTULO DE ESPECIALISTA EM ANÁLISE TRANSACIONAL

ATENDIMENTO HUMANIZADO À GESTANTE COM ENFOQUE EM
ANÁLISE TRANSACIONAL

ATENDIMENTO HUMANIZADO À GESTANTE COM ENFOQUE EM
ANÁLISE TRANSACIONAL

DÉBORA MARCOLINO FERRARI

Rio de Janeiro
2012

DÉBORA MARCOLINO FERRARI

**ATENDIMENTO HUMANIZADO À GESTANTE COM ENFOQUE EM
ANÁLISE TRANSACIONAL**

Palavras-chave: Humanização, Gestação, Análise Transacional

Artigo de conclusão do curso apresentado à Faculdade de Tecnologia Paulo Freire e à União Nacional dos Analistas Transacionais, como requisito parcial do curso de Pós-Graduação em Análise Transacional, para obtenção do título de Especialista em Análise Transacional.

Orientador: Profª ADRIANA MONTHEIRO

Key words: Humanization, Gestation, Transactional Analysis

Rio de Janeiro
2012

RESUMO

O presente artigo nasce de questionamentos da autora frente à sua rotina de trabalho dentro de uma unidade materno-infantil de uma instituição pública. Tem como proposta apresentar uma leitura psicológica do cenário, utilizando como instrumento teórico a Análise Transacional, como facilitadora no processo de Humanização em concordância ao que vem sendo preconizado pelo Ministério da Saúde, no que se refere à Gestação, Parto e Puerpério. A proposta de utilizar como instrumento de apoio psicológico a Análise Transacional se dá pela possibilidade que esta abordagem oferece de acompanhar a gestante de maneira objetiva, prática, efetiva e humanizada, propiciando-lhe possibilidade de auto-conhecimento e um vínculo com a equipe de saúde que é de vital importância para a prática do acolhimento humanizado.

Palavras-chave: Humanização; Gestação; Análise Transacional

ABSTRACT

This article is the author's questions against his work routine within a maternal and child unit of a public institution. Has as a psychological reading of the proposal put forward by using theoretical scenario as an instrument to Transactional Analysis, as a facilitator in the process of Humanization in accordance to what has been advocated by the Ministério da Saúde (Brazilian Ministry of Health), with regard to Gestation, Childbirth and Puerperium. The proposal to use as a tool of psychological support Transactional Analysis is the possibility that this approach provides to monitor the pregnant woman of objective manner, practice, effective and Humanized, providing you with possibility of self-knowledge and a link with the health team that is of vital importance to the practice of humanized.

Key words: Humanization; Gestation; Transactional Analysis



FATEP

**FACULDADE DE TECNOLOGIA PAULO FREIRE
CURSO DE ANÁLISE TRANSACIONAL
ATA DA BANCA EXAMINADORA DO TRABALHO DE CONCLUSÃO DO
CURSO – TCC**

Aos vinte quatro dias do mês de março do ano de dois mil e doze, estão reunidos neste recinto, situado à Rua Prof Álvaro Rodrigues nº 203, Botafogo na cidade do Rio de Janeiro , RJ, Professora Doutora Luiza Oliveira, o Coordenador do Curso Professor Mestre Maria Adriana Melo Monteiro e o Professor Especialista Ede Lanir Ferreira Paiva para juntos, deliberarem sobre o Trabalho de Conclusão de Curso dos alunos (as):

1. VITOR AGRA MERHY

Na defesa do tema:

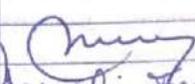
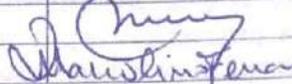
**CRESCENDO EM DIREÇÃO À AUTONOMIA OU À
DEPENDÊNCIA ?**

**TRABALHANDO A SIMBIOSE NA RELAÇÃO TERAPEUTA-
PACIENTE NÃO PSICÓTICO**

2. DEBORA MARCOLINO FERRARI

Na defesa do tema:

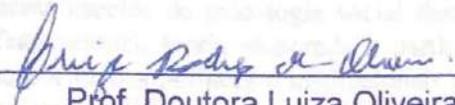
**ATENDIMENTO HUMANIZADO À GESTANTE COM ENFOQUE
EM ANÁLISE TRANSACIONAL**

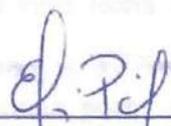
Aluno(a)	Grau final (%) (0,0 a 10,0)	Desempenho (0% à 49% - NS) (50% à 89% - S) (90% à 100% - PS)	Situação Final (aprovado ou Reprovado)	Ciente do(a) aluno(a)
1	10,0	PS	APROVADO	
2	10,0	PS	APROVADO	

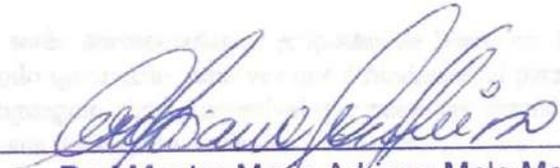
OBS: PS Plenamente satisfatório – S – Satisfatório – NS – Não Satisfatório

E, para surtir os efeitos legais e educacionais, eu, Professor Doutor Luiza Oliveira, Presidente da banca, lavrarei a presente ata que será abaixo por mim assinada e pelos demais integrantes da Banca Examinadora.

Rio de Janeiro, 24 de Março de 2012 .


 Prof. Doutora Luiza Oliveira
 Presidente da Banca


 Prof. Especialista Ede Lanir Ferreira Paiva

De acordo: 
 Prof. Mestre Maria Adriana Melo Monteiro
 Coordenador do Curso

O Ministério da Saúde propõe através de várias políticas de Saúde a implantação de projetos de Humanização e Acolhimento em todos os níveis de saúde, ou seja, desde o nível primário que envolve a atenção básica até o nível terciário que envolve os hospitais que executam procedimentos de alta complexidade e que representam a intenção deste estudo. Porém enquanto a humanização e a prática do acolhimento forem pensadas tão somente como mais um programa do Ministério da Saúde, estaremos mais uma vez atendendo a normas pré-estabelecidas e que correm o risco de não serem implementadas.

É tarefa da Psicologia Social o estudo das interações entre os indivíduos; isto é, tal tarefa envolve a compreensão e entendimento da influência de um indivíduo sobre outro, de um indivíduo sobre um grupo, de um grupo sobre um indivíduo e de grupos entre si. Sempre que uma situação envolve uma ou mais pessoas ou grupos de pessoas, tem-se a expectativa de uma interação entre estes indivíduos.

Dentre as diversas escolas de psicologia social destaca-se para reflexão neste trabalho, a Análise Transacional, teoria elaborada a partir de 1958, por Eric Berne, médico, psiquiatra que por razões políticas e institucionais não teve suas contribuições aceitas pelas sociedades psicanalíticas da época, criando a sua própria escola. Sua teoria tem como base as observações de comportamento das transações humanas intra e interpessoais, constituindo-se uma nova teoria dentro do movimento da Psicologia Social.

Steiner (1974) apresenta como ponto de inovação na teoria de Berne a necessidade de um terapeuta ser mais ativo na perseguição das curas de seus pacientes.

A seguir serão apresentadas as propostas de Berne em busca de um tratamento nivelado e de modo igualitário, uma vez que é fundamental para o analista Transacional o uso de uma linguagem clara e acessível que possa ser entendida por qualquer pessoa independente de sua formação acadêmica e ou social.

Para atingir tais objetivos, Berne introduz a idéia de uma relação contratual, na qual um contrato é "Um compromisso explicitado bilateral a um curso de ação bem definido (BERNE, 1966 p. 296).

Berne (1966) fala que há dois tipos de contratos, o Contrato Organizacional, e o contrato à clinica particular.

Consideramos relevante falar de contrato organizacional, uma vez que o presente artigo tem como pano de fundo uma instituição de saúde que necessariamente, para o desempenho de suas atribuições, necessita de comprometimento com seus funcionários e seus usuários. Desta forma a sugestão de Berne se dá na forma de sistematizar três aspectos do contrato, a saber: o administrativo, onde se dá a compreensão e finalidade do projeto a ser implantado; o profissional, que tem como objetivo definir a meta profissional, mas com a possibilidade de observar possíveis conflitos para o tratamento e o contrato psicológico onde o terapeuta esclarece seu compromisso com o grupo, e vice versa, o grupo explica o seu compromisso e motivação para uma participação efetiva visando uma mudança.

Rodrigues (2003, p. 21) define a Psicologia Social como sendo o estudo científico da influência recíproca entre as pessoas — interação social — e do processo cognitivo gerado por esta interação — pensamento social. Isto, considerando que entende-se por interação social o encontro de pessoas e por pensamento social o processamento mental destas informações a partir da interação. Pode-se, portanto, concluir que a ação de acolhimento é, antes de tudo, uma ação psicossociológica; isto é, é uma ação que comporta elementos psicológicos e também elementos sociológicos. Psicológicos porque afeta cada um daqueles que estão envolvidos direta e também indiretamente nos processos de prevenção e promoção de saúde; e sociológicos porque afeta todos enquanto grupo envolvido no desenvolvimento de práticas em saúde mais humanizadas e, portanto, mais responsáveis e sustentáveis socialmente.

Nesse contexto, se faz necessário repensar as práticas de acolhimento, em especial nessa dimensão psicossociológica que lhe é peculiar e fundamental. O que se está realizando quando das ações de prevenção e promoção da saúde envolve sentimentos positivos ou negativos? Há disponibilidade por parte dos profissionais de saúde para lidar com o outro ou não? O que se pensa em relação à situação da saúde de forma geral? Quais as crenças, valores e opiniões que norteiam essas práticas de saúde? Considerando que todas estas questões dizem respeito a processos de interação social, do encontro entre duas ou mais pessoas, não se pode deixar de salientar que estes fatores são recíprocos e que envolvem o desenvolvimento de laços de cidadania numa prática permanente de responsabilidade social. Podemos dizer que a Rede de Humanização em Saúde é uma rede de construção permanente de laços de cidadania. Trata-se, portanto, de olhar cada sujeito em sua especificidade, sua história de vida, mas também de olhá-lo como sujeito de um coletivo, sujeito da história de muitas vidas. (Humaniza SUS: Política Nacional de Humanização, 2004, p. 4).

Do ponto de vista da Psicologia Social, essas questões dizem respeito direto a como atitudes são desenvolvidas em relação aos objetos do meio social. “Atitudes são sentimentos pró ou contra pessoas e coisas com quem entramos em contato” (RODRIGUES, 2003, p. 97). E são necessariamente compostas a partir de três elementos constitutivos: um elemento afetivo, um elemento cognitivo e um elemento comportamental.

Para Berne é a partir destes elementos que se aprende a estar no mundo e segundo a teoria da Análise Transacional, a definir a Posição Existencial, que é uma variável fundamental da vida humana. A capacidade de reconhecer o valor que atribuímos a nós mesmos e ao outro, se inicia muito cedo, desde o momento da concepção, pela percepção que a criança tem de ter sido desejada ou não. Ela percebe a emoção da mãe, e através desta percebe o mundo. Consequentemente a percepção de

uma criança desejada é totalmente diferente da criança que foi rejeitada. Ao longo de seu desenvolvimento, a criança consolida, confirma e forma o conceito que tem de si mesma, sua autovalorização e auto-estima, comparando-a com o outro e com o mundo. A Posição Existencial justifica decisões de vida baseadas em convicções profundamente implantadas na mente de cada um, ou seja, suas crenças, e explica porque Jogos são jogados e *Scripts* vividos.

Berne definiu certos padrões disfuncionais de relacionamento interpessoal e comportamental como Jogos Psicológicos, como sendo transações repetitivas, instaladas com o objetivo de obter reconhecimento. Diríamos que a pessoa busca resolver necessidades do passado no 'aqui e agora'. Estas transações repetitivas reforçam sentimentos e auto conceitos negativos, mascarando a expressão direta de sentimentos e pensamentos. Eric Berne nomeou estes Jogos por nomes fáceis de serem entendidos, de tal modo que ao se nomear o Jogo já se sabe o processo que se apresenta.

Temos ainda que o comportamento disfuncional resulta de decisões auto limitantes tomadas na infância, devido as necessidades de entendimento da situação e de sobrevivência. Tais decisões culminam no que Berne chama '*Script*', o plano pré-consciente de vida que governa os caminhos da pessoa. Mudar o *Script* de vida é o objetivo da Análise Transacional em trabalhos individuais e grupais.

Sendo assim a gravidez de uma mulher envolve todo o meio social ao qual esta pertence, incluindo-se neste processo a equipe de assistência. Seja esta assistência durante o pré-natal, parto ou puerpério. Desta forma não é somente a mulher grávida que precisa ser acompanhada e entendida e sim todo o meio ao qual ela está inserida. No acompanhando das gestantes se faz necessário

O diálogo franco, a sensibilidade e a capacidade de percepção de quem acompanha o pré-natal são, condições básicas para que o saber em saúde seja colocado à disposição da mulher e sua família – atores principais da gestação e parto. Uma escuta aberta, sem julgamentos nem preconceitos, que permita à mulher falar de sua intimidade com segurança, fortalece a gestante no seu caminho até o parto e ajuda a construir o conhecimento sobre si mesma, levando a um nascimento tranquilo e saudável.

Escutar uma gestante é algo mobilizador. A presença da grávida remete à condição de poder ou não gerar um filho, sendo-se homem ou mulher. Suscita solidariedade, apreensão. Escutar é um ato de autoconhecimento e reflexão contínua sobre as próprias fantasias, medos, emoções, amores e desamores. Escutar é desprendimento de si.

Na escuta, o sujeito se dispõe a conhecer aquilo que talvez esteja muito distante de sua experiência de vida e por isso exige um grande esforço para compreender e ser capaz de oferecer ajuda, ou melhor, trocar experiências. (Mistério da Saúde, 2000, p. 7).

O processo gestacional não é tão somente a espera do desenvolvimento de um bebê por cerca de 9 meses dentro do útero materno, com pré-natal iniciado de preferência antes da 12ª semana de gestação e com mínimo de 6 consultas de pré-natal, além do cumprimento de todo um protocolo de consultas, exames, orientações educativas a serem apresentadas nos grupos de pré-natal, como preconiza o Ministério da Saúde. Os serviços de saúde estão aptos a absorver esta demanda? Estamos preparados e disponíveis para ouvir nossas gestantes? Somos capazes de ver o que não é mostrado ou dito? As equipes têm tempo para isso? Estão tecnicamente preparadas? E emocionalmente como estão?

Não menos importantes são as respostas a estas questões que nos remetem mais uma vez à importância do contrato bem definido, claro e mensurável. Há necessidade de uma equipe coesa que conheça não só o projeto no qual estão engançados, mas principalmente tenham autoconhecimento de suas questões e demandas. Desta forma estarão mais propensos a um melhor desempenho de suas funções.

Também é importante a visão que a equipe tem de si mesma, pois os sentimentos e emoções são intercambiáveis com os da paciente. A equipe trabalha entre dificuldades diagnósticas e terapêuticas; com cobranças por parte da paciente, da família ou da instituição (Manual Técnico Gestação de Alto risco, 2010).

A Análise Transacional parece ter muito a contribuir neste contexto uma vez que sua teoria e técnica podem e devem ser apresentadas à equipe de saúde como forma de integrar e desenvolver nesta equipe uma percepção mais humanizada e acolhedora. Uma vez que por se tratar de uma técnica psicológica que apresenta uma linguagem clara, simples, de fácil compreensão, que propicia a percepção verbal e não verbal, favorece a integração dos vários membros da equipe, da mesma forma que facilita a percepção da pessoa da gestante e os demais envolvidos no processo gestacional.

Uma vez que a Análise Transacional reconhece e defende o princípio que todos têm capacidade de compreender o próprio comportamento e assumir as rédeas da sua trajetória de vida (KRAUSZ, 2001 p. 105), pode nos ajudar a responder incertezas e dúvidas que envolvem o processo gestacional, e que se somam às questões institucionais.

Desde perguntas mais simples como: *Onde farei meu pré-natal? Será que vou poder escolher o médico, a equipe, o local onde meu filho irá nascer?* Como as mais complexas: *Será que estou pronta para a maternidade? Será que vai nascer perfeito? Será que é o momento certo?* Sejam estes questionamentos por problemas financeiros ou emocionais, *O que vai acontecer com meu corpo? Será que sou capaz?* Estas perguntas quando não encontram espaço para serem expressas podem acabar por gerar medos, inseguranças, fantasias, dúvidas e a não compreensão das mudanças físicas e emocionais que ocorrem e que precisam ser consideradas como parte do processo gestacional.

Os conceitos sugeridos por Berne (1988 p. 287) de permissão, proteção e potência nos parecem bastante adequados de serem utilizados quando estas questões surgem.

As gestantes necessitam de permissão para aceitar o turbilhão de emoções que experimentam durante o período gestacional, de proteção para expressá-las e de alguém potente, em quem possam confiar, para entregarem-se ao processo de gerar e trazer ao mundo um novo ser.

Segundo Maldonado (1984) questionamentos, expectativas, sentimentos contraditórios, oscilações de humor, aumento da sensibilidade, diminuição do desejo sexual, introversão e passividade são alguns dos fatores que podem ocorrer durante o período gestacional. Quando a gestante encontra um lugar onde pode expressar livremente seus sentimentos com um profissional disponível para ouvi-la falar de suas ansiedades e medos, tende a passar pelo processo de uma forma mais saudável.

Considerando os fatores acima mencionados, temos que, o preparo para o parto deve ser iniciado durante o pré-natal. A psicoterapia em grupo ou individual com base na teoria de Análise Transacional, apresenta-se como um instrumento de amparo psicológico para a gestante, seja esta gestação de alto risco ou não, uma vez que estas questões envolvem ambos os casos, sendo agravadas na gestação de alto risco. Isto porque, na gestação de alto risco, o medo da perda é figura constante durante todo o processo gestacional. Assim como sentimentos de incapacidade, insegurança e muitas vezes perda da autonomia sobre si e sua gestação. Isto motivado pela frequente necessidade de hospitalização, onde a gestante se vê impotente a tantas solicitações e limitações ambientais. Culminando estes fatores por gerar estresse e ansiedade.

Não é raro esta clientela necessitar de um ou vários períodos de internação para buscar assegurar sua saúde e de seu bebê. Neste contexto, mais uma vez o acolhimento por parte da equipe que a assiste é fundamental, como forma de amenizar sua dor e medo.

Reconhecer a individualidade é humanizar o atendimento. Permite ao profissional estabelecer com cada mulher um vínculo e perceber suas necessidades e capacidade de lidar com o processo do nascimento. Permite também relações menos desiguais e menos autoritárias, na medida em que o profissional em lugar de "assumir o comando da situação" passa a adotar condutas que tragam bem-estar e garantam a segurança para a mulher e o bebê (Assistência Humanizada à Mulher, 2001).

Desta forma, como ficou evidenciado é possível oferecer permissão para que a gestante reconheça e aceite seus sentimentos e isto é possível toda vez que ela sinta-se acolhida e reconhecida pelo sistema cuidador. Acabamos conseqüentemente oferecendo também proteção a partir da percepção individualizada e da disponibilidade em acolher. Quando este processo se completa evidencia-se a potência na equipe, que se empenhou e se comprometeu para cumprir o seu propósito, ou seja, assegurar saúde à sua cliente.

Ao sentir-se acolhida, protegida e cuidada, essa mulher está mais preparada com a estruturação de seus estados parentais e disponível para o desempenho das funções maternas de cuidado e nutrição com o bebê.

Segundo Maldonado (1984 p. 22) “a gravidez é uma transição que faz parte do processo normal do desenvolvimento”, uma vez que exige reestruturação e compreender as inúmeras transformações sentidas pela mulher gestante, sejam estas de ordem emocional ou física.

Maldonado (1984) na introdução de seu livro *Psicologia da Gravidez, parto e Puerpério* já propunha uma colaboração interdisciplinar para corrigir “a ótica distorcida e parcial do especialista”(p.11).

O obstetra, mais atento ao aspecto somático das manifestações da cliente, ajuda o psicólogo a evitar o perigo do psicologismo, que tenta negar a influência dos fatores hormonais, bioquímicos e mecânicos em vários aspectos do ciclo grávidico-puereral. Por sua vez, o psicólogo mais treinado para captar as nuances emocionais e suas manifestações a nível intra e interpessoal, ajuda o obstetra a aprofundar sua compreensão do funcionamento dinâmico da pessoa como um todo integrado (MALDONADO, p. 11).

Partindo dessa lógica, o acolhimento busca uma visão de cumplicidade entre todos os envolvidos no processo, seja esta de profissional para profissional ou de profissional para o cliente, ele perpassa toda a estrutura do processo de produção de saúde. Assim, o acolhimento não é apenas e tão-somente uma etapa do processo de prevenção e promoção da saúde, é, sobretudo, uma ação que deve ocorrer em todos os locais e momentos do processo. Por conseguinte, deve-se entender o acolhimento como uma ação propriamente psicossociológica, porque simultaneamente atinge tanto o nível psicológico quanto o nível sociológico de todos aqueles envolvidos nas relações estabelecidas nos processos de promoção e prevenção da saúde. Isso equivale dizer que essa ação implica cuidar tanto de cada um quanto de todos aqueles envolvidos nos processos de saúde.

Desta forma o conhecimento e a experiência de todos os envolvidos devem e precisam ser usados em prol do bem estar da gestante e de todos que a cercam. Para tanto é necessário que o atendimento à gestante não fique restrito ao cumprimento de protocolos. É preciso que o processo gestacional seja visto como um todo. Que o processo psicológico da mulher grávida seja considerado, conhecido e reconhecido durante o pré-natal, como forma de promoção e prevenção de saúde. Esta mulher necessita estar preparada para exercer a maternidade, uma vez que em um curto espaço de tempo ela precisa aceitar o fato de existir um bebê que se desenvolve dentro de si e por outro lado se preparar para deixá-lo nascer e crescer.

Varias são as expectativas sociais que acompanham uma mulher gestante. Afinal de contas “ser mãe é padecer no paraíso”, segundo a crença popular, e ainda hoje, século XXI, encontramos pessoas que acreditam nesta fala. E se submetem sem questionamento aos dizeres da equipe de saúde ou da comunidade na qual se encontram inseridas. E acabam por achar “normal” e sem possibilidade de ser ou fazer diferente. Caracteriza-se assim o que Schiff e Schiff (1974) descrevem como Conduta Passiva.

Que uma pessoa leiga pense assim é de certa forma aceitável, porém a recíproca não é verdadeira quando se fala de equipe de saúde. É necessário que se perceba a gestante, que qualifiquemos sua fala, suas queixas e inseguranças. Não importando se é uma primípara ou múltipara, uma vez que a cada gestação uma nova identidade estará sendo estruturada. Há uma troca de papéis. Deixa de ser mulher para ser mãe; deixa de ser mãe de um filho para ser de dois, três; prepara-se para gestar e aborta ou perde o bebê no parto. Todos estes fatos sabemos que são reais, que existem e quando uma mulher começa um pré-natal se faz necessário que se conheça não somente o número de gestações e abortos, mas principalmente seu sentimento em relação aos mesmos, pois somente desta forma é que poderemos oferecer suporte emocional para passar pela gravidez de forma saudável, como espera a equipe que a acompanha, ou seja, que após 48 horas nos casos de parto normal e de 72 horas nas cesareanas irão para casa mãe e bebê fusionados emocionalmente.

Criar bebês é muito árduo porque, assim como a criança, para ser, entra em fusão emocional com a mãe, esta, por sua vez, entra em fusão emocional com o filho para ser. A mãe passa por um processo análogo de união emocional. Ou seja, durante os dois primeiros anos, é fundamentalmente uma “mãe-bebê”. As mulheres puérperas têm a sensação de enlouquecer, de perder todos os espaços de identificação ou de referência conhecidos; os ruídos são imensos, a vontade de chorar é constante, tudo é incômodo, acreditam ter perdido a capacidade intelectual, racional. Não estão em condições de tomar decisões a respeito da vida doméstica. Vivem como se estivessem exatamente, dentro do “mundo-bebê”.

E é indispensável que seja assim. A fusão emocional da mãe com o filho é o que garante que a mulher estará em condições emocionais de se desdobrar para que a cria sobreviva (GUTMAN, p.26)

Mais uma vez se reafirma a necessidade de um pré-natal onde as questões emocionais têm espaço, pois só assim não diagnosticaremos erroneamente depressão pós-parto, em uma situação como apresentada acima, que é uma fusão emocional indispensável para o bem da relação “mãe-bebê” ou ainda como resultado de um parto desumanizado, onde o que se encontra é uma mulher psiquicamente destruída, o que não caracteriza depressão pós-parto e sim uma outra forma médica de diagnosticar o que não foi visto ou avaliado.

Para tal mais uma vez podemos nos valer dos ensinamentos de Berne no que se refere às emoções naturais e suas substituições. Uma vez que tenhamos posse deste conhecimento estaremos mais aptos a avaliarmos o que de fato se apresenta, minimizando o risco de interferir e acabar por dificultar no estabelecimento do vínculo mãe/ filho/família. Seja por introdução de substância medicamentosa; por afastamento da mãe do filho ou por desconsiderar a emoção do outro.

Steiner (1974) apresenta as três escolhas possíveis de uma pessoa cujos sentimentos são desconsiderados

Ignorar os sentimentos e agir como se não existissem. O resultado é uma pessoa desligada dos seus sentimentos. Muitas vezes os homens fazem esta escolha: tornam-se “frios” e não-emotivos.

Ter sentimentos e desconsiderar os que os desconsideram. Essa pessoa será considerada ultra-emotiva e imatura. Esta escolha é frequentemente feita por mulheres; tornam-se emotivas e “irracionais”.

Tentar conviver tanto com os sentimentos como com as pessoas que os desconsideram. Isto provoca confusão. A pessoa ficará inquieta e ansiosa (p. 125).

Como podemos perceber qualquer uma destas atitudes poderia facilmente em uma situação de pós-parto ser confundida com depressão.

Segundo Gutman (2011):

para que uma depressão pós-parto real se instale, é necessário haver um desequilíbrio emocional ou psíquico importante anterior ao parto, a experiência de um parto malculminado (uma cesareana abusiva, solidão, ameaças no trabalho de parto, desprezo por parte dos assistentes etc.) e uma desproteção emocional pós-parto (p. 27).

E mesmo assim, ainda de acordo com Gutman, um mínimo de apoio emocional seria suficiente para auxiliar esta mulher a superar este desconforto e não se caracteriza depressão pós-parto.

Da mesma forma que é importante lembrar que o puerpério não acaba com a alta do obstetra ou com a cicatrização da cesárea. Esta mulher está em busca de sua identidade agora como mãe que precisa dividir seu tempo com todos os afazeres de antes e com a função de conhecer o mundo pelos olhos do bebê. É necessário que consideremos que algumas mulheres ao receberem alta se sentem mais sozinhas e desamparadas uma vez que nem sempre têm companheiros disponíveis, familiares ou amigos e a vida que de alguma forma estava “estável” agora necessita de novos arranjos.

As necessidades da mãe puérpera têm a ver com a contenção afetiva, a aceitação de suas emoções e a confiança que podemos lhe oferecer para que se conecte com o que acontece com ela. Os conselhos carecem de sentido quando não guardam estreita relação com a história emocional de cada mulher. Em termos gerais, devemos recordar que as mulheres puérperas perderam seu equilíbrio emocional, que estão funcionando simultaneamente em dois aspectos (o aspecto adulto e o aspecto bebê) e que também perderam suas referências externas. Por isso, só precisam de pontos de apoio sustentar nas referências internas, na essência do que cada uma é (GUTMAN, p.34).

Ainda segundo Gutman (2011, p. 40) “Atravessar um parto é preparar-se para a erupção do vulcão interno, e essa experiência é tão avassaladora que requer muita preparação emocional, apoio, acompanhamento, amor, compreensão e coragem por parte da mulher e de quem pretende assisti-la”.

Berne fala de *Script*, como sendo um plano de vida elaborado na infância, com os recursos de maturidade disponíveis nesta etapa de vida, sejam estes intelectuais e ou emocionais. Sendo assim, é importante considerar a possibilidade de que a mulher durante o processo gestacional reviva sua história de vida, sua infância, seu próprio parto; confirme modelos e tema estes modelos durante todo o processo gestacional.

Recebendo um suporte terapêutico, revive emocionalmente questões que poderão ser benéficas propiciando mudança no comportamento disfuncional, a partir da elaboração de tais situações e possibilitando sua autonomia, ou em caso contrário, reforçando seu *Script* de Vida.

Os envolvidos neste processo serão de fundamental importância para esta experiência única que é o nascimento. O que for vivenciado marcará para sempre mãe e filho, principalmente se acreditarmos que o corpo tem memória e as marcas ficarão para sempre. Se os integrantes da equipe, que assiste a gestante, se remetessem à sua própria gestação/parto, será que conseguiriam ser mais humanos?

É importante que se faça uma revisão de nossas condutas intempestivas e busquemos sim qualidade de vida e saúde. Desta forma estaremos fazendo prevenção, diminuindo riscos de maus tratos, desproteção, abandono, falta de orientação. Se minimamente a dupla mãe e filho receberem apoio, acolhimento, tratamento humanizado provavelmente estaremos trabalhando em favor da uma vida mais plena, com dificuldades sim, mas com respeito ao outro e a si mesmo.

Seguindo os argumentos citados, embasamos nosso pensamento de que o processo pré-natal e puerperal necessita de uma atenção menos mecanicista e mais humanizada, onde condutas acolhedoras propiciem do início ao fim da gravidez e ao nascimento da criança uma garantia de bem-estar materno e neonatal.

A mulher tem necessidades de atenção física e psíquica. Não deve ser tratada como um número que corresponda ao seu leito ou enfermaria, e sim pelo nome, com respeito e atenção. Nos momentos iniciais após o parto, a relação mãe-filho não está ainda bem elaborada, portanto não se deve concentrar todas as atenções apenas à criança, pelo risco de que isso seja interpretado como desprezo às suas ansiedades ou queixas (Manual Técnico Gestação de Alto Risco, 2001).

Desta forma mais uma vez destacamos a possibilidade da inclusão no processo de gestação, parto e puerpério de um acompanhamento psicoterápico, tendo como instrumento a Análise Transacional.

Cabe salientar que apesar de todo o suporte técnico, medicamentoso, instrumental algumas destas gestantes serão separadas temporariamente, de seus filhos pelo nascimento prematuro e necessidade de internação em uma Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal. Sendo, portanto ambos, mãe e filho, privados de um desenrolar naturalmente esperado. Serão separados, vivendo dúvidas, incertezas, inseguranças, desespero, angústia, entre tantos outros sentimentos que serão experimentados.

Inúmeros outros argumentos cabem neste contexto. Não só por estarem em ressonância com o Ministério da Saúde que desde 2000, busca traçar iniciativas para uma Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão e continua investindo ao longo dos anos, através dos vários Manuais Técnicos de Assistência, sejam estes, manuais de Pré-natal, Parto, Puerpério, Aborto, Gestação de risco, Recém-nascido de baixo peso, como ficou evidenciado que um suporte psicológico ao longo do processo gestacional pode contribuir minimamente, para redução de tensão, ansiedade, estresse.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A proposta de utilizar a Análise Transacional como instrumento de apoio psicológico se dá pela possibilidade que esta abordagem oferece de acompanhar a gestante durante todo o processo gestacional, uma vez que os atendimentos podem ser atrelados ao planejamento de consultas do pré-natal. Desde sua admissão no ambulatório de pré-natal, seja este, de baixo ou alto risco; durante possíveis períodos de hospitalização; nos casos de doenças obstétricas ou intercorrências clínicas; durante a fase inicial do puerpério, onde novas dificuldades podem se estabelecer como: sentimento de incapacidade de cuidar do bebê, dificuldade para amamentar, negação ou desespero frente à separação em função da necessidade de cuidados específicos de uma UTI Neonatal. O acompanhamento psicoterápico oferece suporte emocional, tanto no pré-natal, quanto no parto e puerpério, assim como, nos casos de depressão pós-parto; e como apoio nos primeiros meses de vida como forma de assegurar e fortalecer o vínculo entre mãe/bebê e destes com o meio socio cultural ao qual pertencem.

Não menos relevantes, temos os casos de aborto espontâneo ou induzido, onde a necessidade de acolhimento, tratamento humanizado, apoio e acompanhamento emocional, são igualmente necessários, devendo ser sempre considerados e valorizados de forma a manter a integridade física e emocional da mulher, oferecendo-lhe uma escuta protegida e desprovida de julgamento.

A Análise Transacional nos possibilita uma atitude parental coordenada por um Estado de Ego Adulto, considerando a realidade objetiva de cada situação. Propicia suporte à Criança Interna da gestante e, ao mesmo tempo, pode servir de modelo e referência de proteção e acolhimento da mãe com o seu bebê. Oferece, assim, um atendimento objetivo, prático, efetivo e humanizado.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. *Política Nacional de Saúde da Mulher: Para o avanço e participação feminina na sociedade brasileira*. Brasília, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. *Programa Nacional de Humanização do Atendimento Hospitalar e Atenção à Saúde*. Secretaria de Atenção em Saúde. Brasília, 2001.

_____. *Minicampo 2007: Política Nacional de Humanização: o humanizado como uma estratégia para melhorar a qualidade e garantir um maior acesso à saúde*. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico de Políticas Nacionais de Humanização. - Brasília, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Cartilha de Atividade Motoras para Crianças*. Brasília, 2010.

FERRARI, Debora Marcelina. *Atividade em Saúde: Uma Política Psicopedagógica*. Petrópolis/RJ, 2008. (monografia (licenciado de saúde) - Universidade Católica de Petrópolis).

GILMAN, Louis. *A Maturidade e o espírito são a própria criança*. Rio de Janeiro, BestSeller, 2010.

KRATZ, Rosa R. *Análise Transacional: Foco de Comportamento ou Filosofia de Vida?* In *Revista Brasileira de Análise Transacional*, 2001.

HALDONADO, Maria Tereza P. *Psicologia da Gravidez*. Petrópolis, Vozes, 1984.

KUWARTZ, Aracely; STEINER, Evelyn Maria Loui; BARLOMMI, Barbara. *Psicologia Social*. Petrópolis, Vozes, 2004.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BERNE, E. O que você diz depois de dizer olá? A psicologia do destino. São Paulo, Nobel, 1988.

___ Princípios do Tratamento de Grupo. 1966.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Assistência Pré-natal: Manual técnico/equipe de elaboração: Janine Schirmer et al. – 3ª edição, Brasília, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Brasília, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Assistência à Saúde. *Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar* / Ministério da Saúde, Secretária de Assistência à Saúde. – Brasília, 2001.

___ *Humaniza SUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS*/ Ministério da Saúde, Secretária Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização, – Brasília, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. *Gestação de Alto Risco: Manual Técnico*. Brasília, 2010.

FERRARI, Débora Marcolino. *Acolhimento em Saúde: Uma Prática Psicossociológica*. Petrópolis/RJ, 2008, [monografia (conclusão de curso) – Universidade Católica de Petrópolis].

GUTMAN, Laura. *A Maternidade e o encontro com a própria sombra*. Rio de Janeiro, BestSeller, 2010.

KRAUSZ, Rosa R. *Análise Transacional: Teoria do Comportamento ou Filosofia de Vida?* In *Revista Brasileira de Análise Transacional*, 2001.

MALDONADO, Maria Tereza P. *Psicologia da Gravidez*. Petrópolis, Vozes, 1984.

RODRIGUES, Arouldo; ASSMAR Eveline Maria Leal; JABLONSKI, Bernardo. *Psicologia Social*. Petrópolis, Vozes, 2003.

SCHIFF, J. & SCHIFF, A. Passividade. In Prêmios Eric Berne. Belo horizonte: Unat-Brasil, 1999.

STEINER, C. Os Papéis que vivemos na vida: Análise Transacional de nossas interpretações cotidianas. Rio de Janeiro, Artenova, 1976.

Autora:

Débora Marcolino Ferrari

Psicóloga (CRP 38053-RJ) Especialista em Psicologia Clínica com enfoque em Psicoterapia Breve.

Fonoaudióloga (CRFª 5191-RJ) Especialista em: Distúrbios da Comunicação Humana, campo fonoaudiológico; e em Motricidade Orofacial.

Atua na area clínica e hospitalar em Petrópolis/RJ.

debmarf@yahoo.com.br

A APLICAÇÃO DOS CONCEITOS DA ANÁLISE TRANSACCIONAL
NA ORIENTAÇÃO PROFISSIONAL

ERIKA NEVES CHERVONT

Rio de Janeiro

2012