



Adoecer com o filho: os modos de ser autêntica na vivência de um tratamento clínico gestacional

To get sick with the child: the ways of being authentic in the experience of a gestational clinical treatment

Larissa G. L. Neves*, Ewerton H. B. de Castro

Programa de Pós-graduação em Psicologia, Universidade Federal do Amazonas, Manaus, Brasil.

RESUMO

Introdução: Na perspectiva fenomenológico-existencial, compreender o ser-doente exige do profissional da equipe de saúde um mergulhar profundo na aceitação incondicional do mesmo, na qual o psicólogo deve criar condições para a reflexão do significado do adoecer. **Objetivo:** Compreender o discurso de gestantes em processo de internação para tratamento clínico, diante da situação de adoecer-com- o-filho, em uma maternidade pública na cidade de Manaus. **Métodos:** Pesquisa qualitativa que, diante da psicologia hospitalar e nos moldes da fenomenologia existencial, resgatou a partir de entrevistas de acolhimento os sentimentos e significados apreendidos por 14 gestantes em processo de tratamento clínico em uma maternidade pública na cidade de Manaus. As categorias de análise foram baseadas de acordo com a obra “Ser e Tempo”, de Martin Heidegger, na qual delinea o conceito de autenticidade do ser-no-mundo. **Resultados:** O trabalho constatou a importância da psicologia da saúde dentro de uma maternidade, assim como a relevância específica do acompanhamento de demandas psicológicas em leitos de tratamento clínico gestacional. **Conclusão:** Mediante os relatos colhidos, foi visto o ser em sua totalidade, não somente sua enfermidade. A autenticidade existiu quando elas demonstraram estarem lançadas ao mundo, a partir da compreensão de um ser-doente com um vir-a- ser-saudável.

Palavras-chave: Psicologia hospitalar, maternidade, fenomenologia existencial.

ABSTRACT

Introduction: In the phenomenological-existential perspective, to understand the being-sick requires a deep plunge into unconditional acceptance to the professional of the health team. Then, the psychologist must create conditions for reflection on the meaning of illness. **Objective:** Understanding the speeches of pregnant women in the process of hospitalization for clinical treatment, into the situation of falling-ill-with-the- child, in a public maternity hospital in the city of Manaus. **Methods:** Qualitative research, through health psychology and along the lines of existential phenomenology, rescued feelings and meanings from initial interviews. The audience was fourteen pregnant in medical treatment in a public hospital in the city of Manaus. The categories of analysis were based according to the book “Being and Time” by Martin Heidegger, which he outlines the concept about authenticity of being-in-the-world. **Results:** This study demonstrated the importance of health psychology inside a maternity hospital, as well as the specific relevance of monitoring of psychological demands on beds of clinical treatment. **Conclusion:** Through the reports collected, the person was seen in its entirety, not only his illness. Authenticity existed when they proved to be launched into the world, from the understanding of a being-sick with a becoming-to-be-healthy.

Keywords: Health psychology, maternity, existential phenomenology.

*Autor correspondente (corresponding author): Larissa G. L. Neves

Programa de Pós-graduação em Psicologia, Universidade Federal do Amazonas, Manaus, Brasil.

Rua Neves da Fontoura, 217, Adrianópolis, Manaus, Amazonas, Brasil

CEP 69057-495 Fone: +55 92 98204-5494

e-mail: lari.lins.neves@gmail.com

Recebido (received): 28/10/2017 / Aceito (accepted): 24/01/2018

1. INTRODUÇÃO

Os conceitos em torno do binômio saúde-doença foram mudando no decorrer dos séculos. De acordo com Dimitrov (2000), durante longos períodos da história, crenças e práticas religiosas ligavam limpeza e religiosidade. Egípcios, mesopotâmios, hebreus e outros povos, davam valor a esses hábitos. No século XXI, Straub (2005) entende que há causas biopsicossociais da doença e há métodos

modernos e flexíveis de tratamento.

Da mesma maneira caminhou o processo histórico da hospitalização. Vindo do latim *hospitalis*, no sentido de receber, hospedar, o hospital passou por um processo de construção influenciado pelas nuances históricas.

Nerder e Monteiro (2003) ressaltam que a transição real se deu próxima do século XIX, onde se diminuiu a influência religiosa, procurando acabar com o modelo depositário

que prevalecia. Aumentou-se a privacidade dos pacientes, criaram-se enfermarias específicas, menores, protegidas do contágio, além do avanço científico iniciando uma busca pela diminuição da dor e da infecção. Surgiram então os Hospitais Gerais, complexos, e que iam além da medicina, iniciando uma embrionária multidisciplinaridade, com um diálogo inicial entre enfermagem, nutrição, assistência social, saúde pública, psicologia. A partir de então, iniciam-se os preceitos de uma equipe multiprofissional, ainda que na prática sejam necessários rigorosos ajustes.

Sendo assim, apesar de o aspecto biopsicossocial estar em voga atualmente, Straub (2005) estabelece que há uma maior propensão a pensar na saúde como ausência de doença. Como tal definição concentra-se apenas na ausência de estado negativo, ela é incompleta. A saúde não se limita ao nosso bem-estar físico. Segundo a Organização Mundial de Saúde, saúde é “um estado de completo bem-estar físico, mental e social”, ou seja, ter saúde implica ter um corpo vigoroso e livre de doenças, assim como possuir hábitos saudáveis, além de ser capaz de pensar de forma clara, ter uma boa autoestima e um senso geral de bem-estar e, por fim, ter boas habilidades interpessoais, relacionamentos significativos com amigos e família.

Canguilhem (2000) conceitua o estado de doença enfatizando que “estar doente”, vulgarmente, pode significar ser nocivo ou indesejável, ou socialmente desvalorizado [...] O que é desejável é a vida, uma vida longa, a experimentação de sensações agradáveis, a capacidade de relacionar-se, a possibilidade de trocar vivências e afetos, a capacidade de reprodução, a capacidade de trabalho físico e mental, a força física e energética, a ausência de dor, um estado no qual o corpo sente o mínimo de desconforto e percebe a agradável sensação de “ser-no-mundo”.

Na perspectiva fenomenológico-existencial, empreender o ser-doente exige deste profissional da psicologia da saúde um mergulhar profundo na aceitação incondicional do mesmo, uma vez que, de acordo com Angerami (2002), quando se reflete sobre as experiências do cliente, por mais rica que ela possa ser, não há como abarcar em sua totalidade os detalhes e as sensações por ele vividas quando de sua ocorrência.

Diante desta contextualização do ser-doente, ao estar inserido em uma equipe multiprofissional, entende-se que o psicólogo dentro deste meio deve, conforme Campos (1995), criar condições para que o cliente consiga refletir sobre o significado do seu adoecer.

Neste sentido, um ser-doente imerso em situação de gestação traz consigo demandas multiplicadas de atenção e cuidado. Isto porque se sabe o desafio que é e sempre foi ser-mulher. Na perspectiva fenomenológico-existencial, Heidegger (1927) cita que o ser se estabelece a partir da relação com o mundo, o ‘eu’ não se dá sem o mundo, sem o outro, nem sem sua estrutura. Sendo assim, a mulher-mãe se constitui na relação com o outro (companheiro(a), filho(a), sociedade) por estar no mundo. E é neste mundo, que a mulher, sendo-no-mundo, apreende sentidos e significados únicos e intransferíveis do que é ser mãe-profissional-esposa (...), entre tantas outras dimensões de ser. Acerca disto, Heidegger (1927) diz que sentido é a perspectiva em função da qual se estrutura o projeto pela posição prévia, visão prévia e concepção prévia. É a partir dela que algo se torna compreensível como algo.

Sendo assim, Moura e Araújo (2004) ressaltam a

importância da equipe multiprofissional no atendimento à mulher grávida que atualmente existe, não sendo mais somente focada no profissional médico obstetra, mas na rede de apoio profissional e também familiar que a circunda. Desta forma, foi somente com a percepção global familiar, através do estudo da maternidade e paternidade como fases do desenvolvimento psicológico, que se foi dada a importância à saúde psicológica da mulher grávida e em pós-parto, assim como um olhar mais atento para o dinamismo psíquico familiar que ocorre com a chegada de mais um ser, através dos estudos conceituais de crise e transição existencial.

Ao observar a autonomia conquistada pela mulher nos tempos modernos, Barros e Rocha (2010) citam que o percurso histórico do universo feminino retrata um exercício constante da mulher em assumir responsabilidades por sua própria vida, cultuando a mulher-mãe e a mulher-profissional como opção, inclusive, de realização, mas não mais como imposição de forças externas à sua vontade.

Neste contexto de emancipação feminina, a psicologia da saúde dentro de um conceito de maternidade representa uma ampla importância nos processos de humanização no contexto hospitalar, uma vez que a atual representação social feminina está ligada à autossuficiência e independência e somente uma equipe de saúde esclarecida pode lidar com esse misto de segurança, evolução e firmeza e, ao mesmo tempo, de insegurança e necessidade de proteção, informação e cuidados.

Em meio a estas conceituações e reflexões, fez-se primordial um trabalho de investigação e humanização nesta área, uma vez que se encontra diversidade de histórias de vida dentro de um quarto de tratamento clínico gestacional, no qual são agrupadas mulheres com semelhantes demandas físicas, mas com demandas psicológicas variadas. Ao perceber este riquíssimo campo de estudo, foi importante compreender que impacto uma internação proporcionava na vida destas mulheres.

Como função científica, ao dar a liberdade ao usuário do sistema de saúde para um dizer que reflete seu sofrimento, anseio e expectativas, obteve-se acesso a uma contribuição significativa à ciência psicológica, uma vez que nas instituições de saúde ainda se prioriza bastante a pesquisa acadêmica positivista das doenças físicas, muitas vezes indo ao esquecimento que o corpo reflete o sofrimento da mente.

Assim, o objetivo principal da pesquisa foi compreender o discurso de gestantes em processo de internação para tratamento clínico, diante da situação de adoecer-com-o-filho, em uma maternidade pública na cidade de Manaus.

A seguir, os materiais e métodos utilizados, os resultados e suas discussões teóricas, e por fim, as reflexões acerca do conteúdo adquirido.

2. MATERIAL E MÉTODOS

De acordo com a resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde – CNS, toda pesquisa envolvendo seres humanos deverá ser submetida à apreciação de um Comitê de Ética em Pesquisa. Portanto, o projeto desta pesquisa foi enviado para apreciação na Plataforma Brasil para que fosse avaliado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Amazonas. Recebeu então resposta favorável de acordo com o parecer consubstanciado de número 267.471.

Como forma de salvaguardar o sigilo da identidade das participantes, seus nomes foram trocados pelos de atrizes do

cinema internacional.

Os dados foram obtidos e tratados a partir de uma metodologia qualitativa, na qual os dizeres foram analisados em busca de um sentido, assim como foi feito o agrupamento dos relatos semelhantes.

Diante do percurso fenomenológico de pesquisa, as entrevistas iniciaram com a seguinte questão norteadora: "Ao ser informada que deveria ser internada para tratamento clínico, o que sentiu? O que pensou?". E a partir desta questão, surgiram desdobramentos (tais como: "Como está a situação na sua casa sem você por perto?", "O que modificou em você após esta internação?", "Como está sendo este momento pra você?") de acordo com a interação que foi sendo estabelecida.

Foram realizadas 3 visitas de acolhimento aos leitos dos quartos para tratamento clínico em uma maternidade pública na cidade de Manaus/AM. Estas visitas tiveram periodicidade semanal e participaram todas as gestantes em tratamento clínico que assim manifestaram vontade própria em contribuir com a atividade ao assinar o termo de consentimento livre e esclarecido e que se encaixavam nos critérios de inclusão da pesquisa, os quais eram: mulheres gestantes internadas nos leitos para tratamento clínico na maternidade pública escolhida para a realização da pesquisa. No fim do período de obtenção de dados, foram realizadas 14 entrevistas. Os acolhimentos foram conduzidos pela própria pesquisadora e foi adotada a abordagem psicoterapêutica fenomenológico-existencial como base técnica para a atividade.

Sobre a natureza do método, é importante citar que a fenomenologia de Husserl conceitua mundo-vivido como a presença imediata do homem à realidade, o cotidiano em que a vida se desenrola, o mundo conforme é encontrado na experiência cotidiana, enquanto cenário de todas as atividades humanas (FRAGATA, 1959).

Na pesquisa fenomenológica o relato é tomado na sua intencionalidade própria e constitutiva, isto é, não é tomado pelo que ele revela, mas pelo que é. O que ele pretende efetivamente dizer? É esta pergunta que o pesquisador sob essa perspectiva metodológica se faz, como "que se colocando na posição de interlocutor que sente surgir de dentro de si mesmo a necessidade de resposta". O pesquisador da fenomenologia não se pode arvorar em emissor de juízo de valor sobre esse sujeito (AMATUZZI, 2001).

Após a obtenção, os relatos foram analisados de acordo com Martins e Bicudo (1994). Primeiramente, foi lida integralmente a entrevista e compreendida a linguagem do entrevistado para apreender a visão do todo. Após isto, a etapa foi realizar uma releitura do conteúdo da entrevista, com a finalidade de discriminar unidades de significado, sendo assim trabalhada uma análise seguindo critérios psicológicos diante da questão norteadora. A partir das afirmações significativas, houve uma postura reflexiva e imaginativa para expressar o que se intuiu dentro delas mesmas, buscando-se expressar o discurso nelas contido por trás da fala. Por fim, foram sintetizadas todas as unidades de significado e transformadas em proposições que refletissem a experiência dos sujeitos (BRUNS, TRINDADE, 2007).

Desta maneira, tem-se a seguir os relatos tratados e inseridos em categorias.

3. RESULTADOS

Diante das entrevistas realizadas nos leitos de tratamento clínico da maternidade pesquisada, foi resgatado um vasto conteúdo sobre a apreensão da experiência de estar internada durante a gravidez. Tendo posse disto, foram selecionadas as expressões que representaram a transposição de uma inicial situação desagradável em estratégias revigorantes e adaptativas, as quais foram chamadas de autênticas, de acordo com a obra "Ser e Tempo", de Martin Heidegger.

Segundo Ribeiro e Roncati (2012), o pensamento heideggeriano acerca dos conceitos de "autenticidade" e "inautenticidade" se refere ao "ser" do homem, falam sobre o estado em que o "ser" se encontra no homem.

Desta forma, a "autenticidade do ser" indica o momento em que este alcançou, através de um processo de investigação interna, sua maneira original de ser, e compreendeu modos de agir e pensar que lhe trazem o finar de incômodos e angústias diante da vida e dos outros homens.

Por outro lado, os autores enfatizam que "inautenticidade do ser" não indica o "ser" falso, mas aquele que ainda não tomou consciência sobre si mesmo, que ainda não descobriu modos de ser que lhe são peculiares. Isso porque ele ainda não conseguiu distinguir entre as maneiras de pensar e agir que lhe são próprias e aquelas que possui devido às suas experiências de vida.

Em meio a estas considerações heideggerianas, puderam ser analisados dizeres que refletiam pensamentos e atitudes autênticas e que facilitaram o desabrochar de um ser conhecedor de si mesmo, ainda que a motivação inicial para este autoconhecimento tivesse sido originado de uma notícia desagradável sobre sua enfermidade gestacional.

Portanto, foram encontradas quatro categorias que expressaram o ser-doente em processo de vir-a-ser-saudável. Suas denominações foram de acordo com as frases mais marcantes de cada grupo, a seguir mencionados: "Eu fico aqui, aqui eu vou ficando. Vontade de Deus..."; "... aí eles me internaram. Por isso que eu tô aqui..."; "... Não é aquele que fez e sumiu. Ele fez e tá do meu lado..." e "... Preferia tá em casa do que aqui, mas... já que é pro meu bem...".

4. DISCUSSÃO

A categoria "Eu fico aqui, aqui eu vou ficando. Vontade de Deus..." se refere à confiança nestas participantes, algumas envolvidas e fortalecidas pelos dogmas religiosos, outras através de diferentes subterfúgios.

Foram dizeres que demonstraram confiança na recuperação clínica, sendo em alguns casos uma esperança mais consistente, já que estava embasada em evidências clínicas informadas pela equipe médica, assim como apareceram expressões de persistência a partir do apego a um ser superior, no qual acredita olhar por ela e seu filho.

A citação abaixo de Angelina Jolie retrata a preocupação de uma mulher que precisa sair do ambiente hospitalar, na qual sente a passividade presente (diante do próprio termo que é definida como "paciente" neste ambiente), para retomar seus afazeres de ser-mãe, ser-esposa, entre tantos outros papéis. Para lidar com isto, utiliza o amparo da religiosidade:

"...Eu disse pra ele (esposo) que na hora da visita ele queria vir: "Não, fica com a neném. Aqui eu sei mevirar, sei gritar, sei chamar.". Eu fico aqui, aqui eu vou ficando Vontade de Deus..." (Angelina Jolie)

Nota-se em relatos como este que a segurança confiada em seres com poderes superiores (sejam estes denominados de diversas formas, não importando a filosofia seguida, mas a existência de uma espiritualidade) é de extrema importância para o sustento de uma perseverança em meio aos impasses clínicos do seu quadro.

Pode-se pensar que, ao transferir a responsabilidade de suas vidas a um ser superior, isto se configure uma atuação inautêntica, porém não é. Isto porque, em uma situação delicada como sofrimento de doenças, morte na família, entre outros casos, é normalmente adaptativo ao ser humano encontrar meios de apoiar-se e enfrentar tais conflitos a partir de uma filosofia, ideologias espirituais ou algum outro meio. A inautenticidade aí estaria se este ser não agisse em busca de lidar com estes problemas, estando assim inerte e passivo diante do sofrimento.

Acerca da importância da religiosidade, existe a relação da religiosidade e/ou espiritualidade com diversos aspectos da saúde mental. A maioria deles aponta para melhores indicadores de saúde mental e adaptação ao estresse em pessoas que praticam atividades ditas religiosas (MOREIRA-ALMEIDA, 2006).

Outros relatos também representaram confiança na recuperação clínica e não necessariamente estiveram apoiados em conteúdos religiosos, mas em outros suportes de naturezas diversas a partir de suas histórias de vida, a seguir:

“...Eu vejo muito assim. Muita mãe desesperada aqui nesse quarto. Aí eu: “Gente, se acalma”. Eu não consigo ficar nesse desespero, só se eu tiver com muita dor e não tiver como correr...” (Nicole Kidman)

Nicole Kidman representou a integrante do grupo que não estava com um quadro tão grave e, portanto, teve a possibilidade de ser a fonte de tranquilidade para outras com as quais dividia o quarto de tratamento clínico.

“...Aí desse aqui também tá sendo legal. O problema que tá tendo agora é que eu tô com infecção urinária. Só isso, mas a minha pressão também tá ótima...” (Sofia Loren)

As frases de Sofia Loren também refletiram uma tranquilidade maior em comparação a outras mulheres com quadros mais graves. Indica-se, nestes casos, a ligação ambivalente entre mente e corpo: se o corpo não está bem, a mente também não está e vice-versa. Sendo assim, com quadros clínicos amenos (pressão arterial controlada, poucas dores), estas mulheres lidavam de forma menos ansiosa com o fato de sua internação em um ambiente hospitalar, mesmo que, possivelmente, possuam preocupações em outros âmbitos de sua vida.

“...O médico pede repouso absoluto que é pra digerir o líquido. O líquido vê se reproduz. Mas até agora ainda não, eles falam que não tem líquido, mas pro bebê ainda estar vivo é porque tem oxigênio, o líquido é oxigênio, né?...” (Jennifer Aniston)

A gestante Jennifer Aniston expressou confiança por meio das evidências clínicas. Ao utilizar as informações fornecidas a ela sobre seu quadro fisiológico, encontrou possibilidades e razões para manter-se confiante.

Tais mecanismos de proteção, não necessariamente, eliminariam os riscos, porém têm um efeito de encorajamento que levam a pessoa ao enfrentamento e engajamento para a superação dos mesmos (RUTTER, 1987).

O grupo representado pelo título “... aí eles me internaram. Por isso que eu tô aqui...” constitui as expressões

que demonstraram que o trabalho de psicoeducação com os internos de um hospital é muito importante para que saibam o que fazem lá e porque estão lá, uma vez que o desconhecido gera ansiedade e preocupação.

Foram dizeres que demonstraram um conhecimento, mesmo que leigo, sobre seu quadro clínico. Nestas falas, puderam ser percebidos durante as entrevistas a timidez e o medo de realizarem perguntas à equipe médica. No entanto, estas frases aqui transcritas representaram as informações colhidas sobre si mesmas ao vencerem estes sentimentos e indagarem acerca da evolução de seus quadros.

“...Aí ela fez exame de urina, ultrassom e sangue, aí deu que meu líquido tava baixo, ele tá com uma volta do cordão umbilical no pescoço e tava com infecção urinária. Aí ela (médica) achou melhor ficar internada, pra ficar em observação. Aí ela disse que eu ia ficar de dois ou três dias e que eu ia terminar em casa, tomando via oral a medicação...” (Michelle Pfeiffer)

A psicoeducação, como o próprio nome indica, é um termo muito utilizado na ciência psicológica para definir o estabelecimento de um fluxo de informações de terapeuta para cliente e vice-versa (CALLAHAM, BAUER, 1999). No entanto, a partir da psicologia hospitalar, esta denominação também inclui as informações sobre seu quadro físico, já que ocorre uma íntima ligação entre os aspectos psicológicos e físicos.

O objetivo primeiro da psicoeducação é fazer do cliente um colaborador ativo, aliado dos profissionais de saúde envolvidos e, conseqüentemente, tornar o procedimento terapêutico mais efetivo (JUSTO, CALIL, 2004). Para tanto, Caminha, Wainer, Oliveira e Piccoloto (2003) afirmam ser fundamental que o cliente seja informado quanto ao modelo de tratamento ao qual será submetido.

Esta é uma técnica utilizada originalmente na terapia de base cognitivo-comportamental, porém perpassa em outras abordagens, inclusive a fenomenológica, uma vez que atualiza este ser na sua condição de adoecimento de forma que se torne atuante em prol de seu tratamento.

“... Segunda-feira de manhã, umas dez e meia, senti umas dores muito fortes assim no pé da minha barriga e nas cadeiras, uma dor do lado esquerdo, aí eu vim, bati uma ultrassom, aí deu que era nos meus rins e infecção urinária. Aí eles me internaram. Por isso que eu tô aqui...”

(Catherine Zeta Jones)

Nota-se acima a linguagem leiga, não-científica, mas nem por isso o desconhecimento. Isto se deve à própria metodologia de análise que tem como etapa a compreensão da linguagem do sujeito pesquisado, de forma a intuir o significado ali existente, independente do vocabulário rebuscado.

Por fim, é importante frisar que o medo impede a ação e, conseqüentemente, a reação diante de um adoecimento. Segundo Penna (1999), pesquisas realizadas com pacientes pré-cirúrgicos constataram que a maior parte dos temores que os pacientes enfrentam estão relacionados a situações como o deixar e ser deixado. Parte desses medos estão relacionados com algo presente e real (medo da cirurgia, da anestesia, de ser deixado), enquanto outra parte do medo relaciona-se com fatos futuros (complicações, morte).

Diante destas evidências, é primordial o trabalho psicológico em torno da quebra de mitos relacionados ao silêncio paciente-médico, bem como o incentivo ao conhecimento de si mesmo, possibilitando o desvendar

de suas condições físicas e também de novas trajetórias psíquicas.

Acerca da categoria "... Não é aquele que fez e sumiu. Ele fez e tá do meu lado..." estão representadas as expressões de mulheres que se sentiam amparadas pelo companheiro, ex-companheiro ou por algum membro da família. E este apoio afetivo foi essencial para a construção de um processo autêntico de recuperação clínica. Foram frases que refletiam a satisfação e o bem-estar em saber que, apesar da situação de internação hospitalar, não estavam sozinhas.

"... Nenhuma (preocupação). Meu marido me apoia em tudo. Então, ontem comecei a tirar minha licença maternidade, então já tava já pra ficar em casa. Ai eu não vou mais trabalhar se eu ficar em casa. Ai como ele trabalha um dia sim, um dia não. Um dia ele ia ficar comigo, no outro dia eu ia lá pra minha sogra. Ele não quer que eu fique sozinha. Preocupação de fazer comida eu não tenho. Se eu tiver bem eu faço, se eu não tiver, eu pego dinheiro e compro..." (Michelle Pfeiffer)

Michelle Pfeiffer relatou com orgulho a sua situação conjugal. Esta se sentia bem amparada pelo companheiro e até mesmo tratada com regalias. Notava-se durante a entrevista que falava isto em alto tom de forma a se mostrar superior às demais companheiras de quarto, estava bastante confiante em sua recuperação e também sentia-se privilegiada perante os casos de outras mulheres.

Frizzo, Prado, Linares e Piccinini (2008) comentam que se um dos cônjuges percebe o outro como ausente, distante ou pouco envolvido durante o processo gravídico e/ou puerperal, criam-se ressentimentos e mágoas que podem gerar problemas futuros. O apoio do parceiro pode ser muito importante para a recuperação de sua esposa.

Portanto, este forte vínculo deve permanecer após o parto, já que, segundo Frizzo et al (2008), afora a relação mãe-bebê, a relação conjugal é um dos relacionamentos mais importantes para a mãe no puerpério, por isso o conflito conjugal aparece tão associado à depressão pós-parto.

Outras mulheres também informaram ser bem amparadas, ainda que o pai da criança fosse seu ex-companheiro:

"... Não. Tô solteira. A gente chegou a conviver junto, mas não deu certo e a gente separou, mas ele me ajuda. Tá do meu lado desde a primeira gravidez. Então eu não me sinto muito só assim porque tenho ajuda dele. (...) Não é aquele que fez e sumiu. Ele fez e tá do meu lado..."

(Nicole Kidman)

Por fim, houve as que não mencionaram a presença atuante do pai da criança, mas que recebiam apoio familiar, tanto para cuidar delas mesmas, quanto para cuidar dos outros filhos que deixou em casa:

"... Não, porque eu sempre trabalhei né. Eles (outros filhos) sempre ficaram com elas (mãe e irmã). Preocupada a gente fica, mas tá em boas mãos. Elas tratam bem e quando é preciso puxar a orelha, elas puxam mesmo..."

(Jennifer Aniston)

Lewis (1987) define este conjunto de fatores de amparo como rede social de apoio. Este é um sistema composto por vários objetos sociais (pessoas), funções (atividades dessas pessoas) e situações (contexto) que oferece apoio instrumental e emocional à pessoa, em suas diferentes necessidades.

Craig e Winston (1989) definem apoio instrumental como a ajuda financeira, ajuda na divisão de responsabilidades, em geral, e informação prestada ao indivíduo. Já, o apoio

emocional refere-se à afeição, aprovação, simpatia e preocupação com o outro e, também, a ações que levam a um sentimento de pertencer ao grupo.

Em meio a isto, Dessen (1997) afirma que com a chegada de um novo filho, são exigidas da família novas estratégias para lidar com as tarefas de desenvolvimento, capacidade de adaptação para receber o novo membro e habilidades para administrar as necessidades emergentes do sistema, as quais consistem na rede social de apoio já mencionada.

De acordo com Dessen e Braz (2000), as mães apontam o suporte do marido/companheiro como o principal dentre os apoios recebidos e, em segundo lugar, o de suas próprias mães, o que foi verificado na prática durante as entrevistas realizadas. Na categoria "... Preferia tá em casa do que aqui, mas... já que é pro meu bem..." são verificadas expressões que representam a adesão ao tratamento, algumas por terem considerado o hospital um ambiente de amparo, outras por sentirem ter passado por um aprendizado na vida, entre tantas outras razões.

Pode-se afirmar que na maioria dos relatos foram encontradas expressões de ansiedade e inconformismo por estarem "presas" dentro de um hospital. Em contraponto a isto, esta categoria representa as frases que explicitaram a aceitação, as quais serão expostas a seguir:

"...É, porque em casa a gente sente as contrações e fica com medo né. Não sabe o que fazer. Aqui não, eles tão o todo tempo olhando a gente, examinando.(...) É bom, né. As pessoas vem examinar. É bom..." (Sharon Stone)

"... Preferia tá em casa do que aqui, mas... já que é pro meu bem... que eu fique aqui até... ficar melhor um pouco..." (Catherine Zeta Jones)

A sensação de segurança por saber que está rodeada de profissionais da saúde contribui ao sucesso do tratamento. Outros relatos também sugeriram o mesmo sentido:

"...Porque aqui toda horas eles vêm, eles dão remédio né. Lá fora não. Lá a gente tem que dar nosso jeito. (...) Eles sabem o que fazem, né?..." (Halle Berry)

Sobre estes cuidados da equipe de saúde, pode-se referir à já comentada rede de apoio social. Dessen e Braz (2000) ressaltam que os suportes sociais recebidos e percebidos pelas pessoas são fundamentais para a manutenção da saúde mental; para o enfrentamento de situações estressantes, como tornar-se pai ou cuidar de alguém doente por muito tempo; para o alívio dos estresses físico e mental; e para a promoção de efeitos benéficos nos processos fisiológicos relacionados aos sistemas cardiovascular, endócrino e imunológico.

As sensações de que se não viessem a tempo para a internação, poderiam não escapar de um acontecimento indesejado também foram presentes:

"...Ou poderia ter acontecido outra coisa pior, como a moça disse que poderia ter chegado a óbito. Foi bom, foi bom eu ter sentido essas dores pra poder saber o que tava realmente acontecendo. Eu já vinha sentindo essas dores, só que eu jamais imaginava que era uma infecção urinária, algum problema no rim, jamais..." (Halle Berry)

A percepção de ter escapado de uma tragédia possibilita que se sintam privilegiadas mediante o atendimento clínico, uma vez que passam a tratar o ambiente hospitalar como sinônimo da proteção de sua vida e de seu bebê.

E, finalmente, é importante comentar que algumas consideraram sua internação como um alerta ao seu estado de saúde e ao autocuidado, representando uma lição de vida

no que tange aos pensamentos de que o Eu sempre está a salvo e que situações ruins somente acontecem com o Outro: “... Ah, um aprendizado, né. A gente nunca espera que vá acontecer com a gente...” (Julia Roberts)

“... Fiquei triste por causa dessa parte, que era eu que fazia tudo, mas eu tenho que me cuidar, né. Fora isso, como eu acabei de falar, quero sair daqui boa. Quando eu sair daqui, vou continuar o tratamento, vou continuar me cuidando lá fora...” (Halle Berry)

Sobre o autocuidado, Borges e Japur (2008) comentam que ao trazer o foco para o usuário do sistema de saúde, ocorre um empoderamento deste dentro do processo transformativo da atenção em saúde, e agora a responsabilidade do paciente de saber de si e de seu tratamento passa a ser considerada fundamental.

Enfim, diante de todas estas manifestações autênticas extraídas do rico conteúdo obtido através dos encontros, são estabelecidas a seguir as reflexões finais que reúnem os sentimentos, aprendizados, conclusões e ideias de seguimento deste trabalho.

5. CONCLUSÃO

No entrelaçar dos relatos colhidos, foi visto o ser em sua totalidade. Uma pessoa não traz ao hospital somente a sua enfermidade, mas sim toda a sua completude de ser: seus medos, anseios, desejos, frustrações e alegrias. E é com toda esta carga humana que a equipe de saúde é responsável em trabalhar.

As expressões autênticas mencionadas nas categorias de análise não foram estabelecidas com a intenção de dividir dizeres saudáveis dos outros que, hipoteticamente, seriam patológicos, uma vez que rotular não é tarefa e nem propósito da fenomenologia existencial. É, portanto, importante esclarecer que a divisão proposta das categorias representou o “momento fenomenológico” da pesquisadora durante as entrevistas, ou seja, explicitou o que esta sentiu e ouviu de conteúdo adaptativo e resiliente na verbalização daquelas fortes mulheres.

A autenticidade existiu quando elas demonstravam Ser-Aí, lançadas ao mundo, em meio a uma internação, mas com: a força da fé religiosa; o conhecimento técnico seguro; o sólido apoio familiar ou a aceitação da internação com uma visão esperançosa do vir-a-ser. São, desta forma, compreensões do ser-doente com um vir-a-ser saudável.

O profissional da psicologia da saúde ao “inclinarse” no leito (de acordo com o real sentido etimológico da palavra “clínica”) tem como função principal fazer o cliente encontrar a sua autenticidade, sendo este capaz de responder pelas suas escolhas, não mais culpabilizando o outro, nem mesmo se vitimizando com autopiedade. Ao iluminar os caminhos das diversas possibilidades de ser que o cliente tem a liberdade de responder autenticamente, este percebe que ele não é somente a dor que ele sente, seja esta física ou emocional.

Ao focalizar a atenção neste campo de estudo, obtém-se mais uma contribuição ao início de um trabalho de humanização com usuários do sistema que possuem esta demanda. Em uma maternidade pública, é nítida a necessidade de amparo em enfermarias de pós-parto, de acolhimento pós-abortamento, de UTI/UCI neonatal e até mesmo nas enfermarias do método canguru. Contudo, nas enfermarias de atendimento clínico, por haver uma grande ênfase no quadro clínico físico, traz a impressão

de haver uma demanda muito mais médico-fisiológica que propriamente psicológica.

Este trabalho veio, portanto, mostrar que um olhar humanizado sobre estes leitos também merece atenção, no momento em que foi posta em evidência a possibilidade de trabalhar e realimentar estes conteúdos autênticos que podem estar latentes nestas pacientes e que devem ser elementos de contaminação à paciente do lado que ainda não teve a oportunidade de enxergar o fenômeno do adoecer-com-o-filho da mesma forma. É

importante revelar que os pseudônimos de atrizes do cinema internacional escolhidos para citar estas mulheres não foram selecionados por acaso. Os quatorze nomes são de atrizes que expressam a sensualidade feminina no cinema de forma a lembrar o leitor deste trabalho que estas são mulheres por completo, com sua singeleza e docilidade, não obstante com seus conteúdos sexuais aflorados e, por conseguinte, são férteis.

Há lacunas abertas para pesquisas específicas e mais aprofundadas em cada categoria aqui encontrada, uma vez que analisar o discurso (tema proposto neste trabalho) é garantia do resgate de múltiplos significados. Isto, de fato, era inevitável.

Poderão surgir novos estudos sobre os temas aqui resgatados no âmbito das ciências médica, sociológica e psicológica; que por fim irão desaguar no mesmo local: na interdisciplinaridade. Afinal, estas divisões de competências são bases meramente didáticas para lidar com o que há de mais complexo e instigante: o ser humano.

CONFLITO DE INTERESSE

Os autores declaram que não existe qualquer conflito de interesse.

REFERÊNCIAS

- Amatuzzi, M. M. Por uma Psicologia Humana. 1ª ed., Campinas: Alínea, 2001;
- Angerami, V. A. Psicoterapia Fenomenológico-existencial. São Paulo: Pioneira Thomson, 2002;
- Barros, Juliana Nunes de; Rocha, Margarete Maria da Silva. Mulher, mãe e profissional: uma breve discussão sobre o reflexo dessas escolhas no modo de ser mulher. Centro Universitário do Leste de Minas Gerais – UNILESTE-MG, 2010;
- Borges, Celiane Camargo; Japur, Marisa. Sobre a (não) adesão ao tratamento: ampliando sentidos do autocuidado. In: Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2008;
- Bruns, M. A. T.; Trindade, E. Metodologia Fenomenológica: a contribuição da ontologia-hermenêutica de Martin Heidegger. In: Bruns, M. A. T.; Holanda, A. F. Psicologia e Pesquisa Fenomenológica: Reflexões e Perspectivas. Campinas: Alínea Editora, 2007;
- Callahan, M.A.; Bauer, M.S. Intervenções Psicossociais para Transtorno Bipolar. In: The Psychiatric Clinics of North América, 1999;
- Caminha, R., Wainer, R., Oliveira, M.; Piccoloto, N. Psicoterapias Cognitivo-Comportamentais – Teoria e Prática. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003;
- Campos, T. C. P. Psicologia Hospitalar: a atuação do psicólogo em hospitais. São Paulo: EPU, 1995;
- Canguilhem, G. O normal e o patológico. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2000;
- Craig, St. J.; Winston, T. J. O efeito do suporte social no

- cuidado pré-natal. In: *Journal of Applied Behavioral Science*, 1989;
- Dessen, M. A. Desenvolvimento familiar: transição de um sistema triádico para poliádico. In: *Temas em Psicologia*, 1997;
- Dessen, Maria Auxiliadora; Braz, Marcela Pereira. Rede Social de Apoio Durante Transições Familiares Decorrentes do Nascimento de Filhos. In: *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, Set-Dez, 2000;
- Dimitrov, Pedro. Chegamos a 2000 d.C., e a saúde para onde vai? - O mundo da saúde. São Paulo, ano 24, v. 24, n. 1, jan./fev., 2000;
- Fragata, J. A fenomenologia de Husserl como fundamento da filosofia. Braga: Livraria Cruz, 1959.
- Frizzo, Giana Bitencourt; Prado, Luiz Carlos; Linares, Juan Luis; Piccinini, Cesar Augusto. Depressão Pós-Parto: Evidências a partir de dois Casos Clínicos, 2008. Disponível em: <www.scielo.br/prc>;
- Heidegger, M. Ser e Tempo. Parte I. Tradução de Márcia Sá Cavalcante Schuback, 14. ed., Petrópolis: Vozes, 1989. (Trabalho original publicado em 1927);
- Justo, L.P.; Calil, H.M. Intervenções psicossociais no transtorno bipolar. In: *Revista de Psiquiatria Clínica*, 2004;
- Lewis, M. Desenvolvimento social na infância e na primeira infância. In: *Handbook of infant development*. New York: Wiley, 1987;
- Martins, J; Bicudo, M.A.V. A pesquisa qualitativa em Psicologia: Fundamentos e Recursos Básicos, 2ª. ed., São Paulo: Moraes, 1994;
- Moreira-Almeida, A.; Lotufo Neto, F.; Koenig, H.G. Religiosidade e saúde mental: uma revisão. In: *Rev. Bras. Psiquiatria*, 2006.
- Moura, Solange M. S. Rolim; Araújo, Maria de Fátima. A maternidade na história e a história dos cuidados maternos. In: *Psicologia: ciência e profissão*\Conselho Federal de Psicologia, Ano 24, N 1., Brasília, DF, 2004;
- Nerder, F.; Monteiro, M. O hospital e o processo histórico da hospitalização – O mundo da saúde. São Paulo, ano 27, v.27, n.3, jul./set., 2003;
- Penna, R.B. Representações Sociais dos Pacientes Cirúrgicos - Uma Reflexão Sobre o Medo da Cirurgia. Florianópolis: UFSC. Dissertação (Mestrado em Enfermagem), Centro de Ciências da Saúde, Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, 1999;
- Ribeiro, Rafael Monho Pinto; Roncati, Ana Cristina Kuhn Pletsch. Conceitos de “autenticidade” e “inautenticidade” na obra “Ser e Tempo” de Martin Heidegger. In: *Publica VII*, 2012;
- Rutter, M. Resiliência psicossocial e mecanismos de proteção. In: *American Journal of Orthopsychiatry*, 1987;
- Straub, R. Psicologia da Saúde. Porto Alegre: Artmed, 2005.