

## ATUALIZAÇÕES/CURRENT COMMENTS

### ASPECTOS PSICOLÓGICOS DA GESTANTE SOB O PONTO DE VISTA DA TEORIA DO NÚCLEO DO EU

Helena Sevastano \*  
Djalma Pereira Novo \*\*

---

SAVASTANO, H. & NOVO, D. P. Aspectos psicológicos da gestante sob o ponto de vista da teoria do Núcleo do Eu. Rev. Saúde públ., S. Paulo, 15:101-10, 1981

**RESUMO:** Foi apresentada, sucintamente, a teoria do núcleo do Eu de Rojas-Bermudez. Fez-se analogia de alguns aspectos psicológicos que ocorrem nos três trimestres da gestação com essa teoria, nos tempos de determinação dos papéis psicossomáticos de ingeridor, defecador e urinador, que se marcam respectivamente, até o 3º mês de vida, do 3º ao 8º e do 8º aos 2 anos de vida. Sugeriu-se a necessidade de implantação do método psicoprofilático em maior número de serviços de assistência à mulher grávida, adaptando-o aos recursos da área atendida e às possibilidades da gestante.

**UNITERMOS:** Gravidez. Psicologia. Teoria do Eu.

---

#### 1. INTRODUÇÃO

Olhando a história da Medicina e estudos antropológicos (Briquet<sup>2</sup>, Beauvor<sup>1</sup>, Langer<sup>8</sup>) podemos dizer que através dos séculos o parto foi visto como um processo que provocava medo e admiração no homem primitivo levando-o, dada a sua ignorância sobre a natureza do processo atribuir a poderes mágicos.

Na história da Obstetrícia, que foi muito bem sintetizada por Briquet<sup>2</sup>, um dos maiores expoentes da obstetrícia brasileira, deparamos que o parto foi primeiro um "processo solitário", isto é, a mulher escondia a gravidez e fazia os seus partos;

ela dava à luz sozinha, não tinha nenhuma espécie de ajuda; somente com o passar do tempo ela foi auxiliada por amigas, vizinhas ou mulheres mais experimentadas chamadas curiosas. Com o progresso da Medicina a gestante passou a ser atendida por obstetrias e/ou por obstetras.

Atualmente, graças à evolução científica, a parturiente tem oportunidade de ser amparada mais adequadamente, sobretudo quando se submete a curso de preparação para o parto.

A evolução científica trouxe um conhecimento médico especializado dando à ges-

---

Da Faculdade de Saúde Pública da USP — Av. Dr. Arnaldo, 715 — 01255 — São Paulo, SP — Brasil.

Do Grupo de Atendimento Psicossomático (GAP) — Rua Japiaçóia, 50 — 05455 — São Paulo, SP — Brasil.

tante, à parturiente, à puerpera e ao bebê um certo nível de segurança ante os problemas orgânicos maternos e fetais, como por exemplo a incompatibilidade de Rh, a mortalidade perinatal, a patologia pré-natal e muitos outros. Mas, com a vida moderna, muitos outros problemas surgiram, principalmente os que dizem respeito ao atendimento de gestante considerando-a como um ser dotado de necessidades afetivas que devem ser compreendidas e atendidas, pois a especialização técnica levou a relação médico-paciente a nível objetal. Assim, muitos profissionais, visando suprir as necessidades psicológicas e afetivas da mãe e da criança introduziram o chamado método psicoprofilático.

Na Inglaterra, o médico Read (citado por Gavensky<sup>6</sup>), preocupando-se desde 1914 com os problemas da dor do parto, criou em 1942 o que denominou "Parto sem temor". Constatou a existência do ciclo medo-tensão-dor para explicar a origem da dor. Propôs, então, a educação da grávida como antídoto do temor, consequentemente da dor.

Por outro lado, na Rússia, Velvovski e Platonov, neuropsicólogos, a partir de 1920, desenvolvendo as idéias de Pavlov e as aplicações terapêuticas da hipnose em geral, tentaram conseguir a analgesia do parto. Criaram, em 1947, em colaboração com os tocólogos V. Ploticher e E. Shugon, o Método Psico-profilático (MPP). As bases científicas do método se apoiam principalmente na teoria do condicionamento de Pavlov (Velvovski e col.<sup>14</sup>).

## 2. TENDÊNCIAS ATUAIS DO USO DO MÉTODO PSICOPROFILÁTICO

Em 1951, depois do Congresso sobre Analgesia Obstétrica realizado em Lenigrado, organizado pela Academia de Medi-

cina e pelo Ministério de Saúde Pública da Rússia, este Ministério promulgou, em decreto, a generalização do método em todo o país.

Muitos autores, em diferentes países, preocuparam-se com a evolução da gravidez e do parto. Na França, destacou-se Lamaze que visitando os serviços da Rússia ficou impressionado com a tranquilidade com que as mulheres davam à luz; e, em 1956 introduziu o método em seu país expandindo-o para a América do Sul. Em São Paulo, na década de 50, houve grande divulgação do método graças ao psiquiatra Samuel Verebe do Hospital das Clínicas de São Paulo e ao obstetra Hirst Schor que visitaram a clínica de Lamaze, na França (Grunspun<sup>7</sup>). Na sua volta, Verebe preparou médicos e obstetras que ministraram cursos às gestantes em hospitais, centros de saúde e clínicas particulares\*.

Por sua vez, a Escola Inglesa de Read influenciou a Escola Norte Americana. Read, no Congresso Mundial de Obstetrícia e Ginecologia de Montreal, em 1958, propôs falar simplesmente método psicoprofilático à todas as modificações que vinham ocorrendo em relação ao método original. Isto porque as técnicas eram semelhantes através de exercícios corporais de educação respiratória, informação teórica, e o objetivo era o mesmo: analgesia da parturição (Grunspun<sup>7</sup>).

Muitos fatores têm influenciado para que modificações do método aconteçam, entre eles a preocupação de profissionais da área em levar a mulher a ter maior participação e conscientização do processo da gestação e da parturição. Por outro lado, estudos e tratamentos psicanalíticos de pacientes que engravidam possibilitaram a obtenção de uma compreensão mais profunda das vivências psicológicas da maternidade.

\* Dr. Francisco Cerruti, obstetra, foi o iniciador no Centro de Saúde da Faculdade de Saúde Pública, 1956.

Chertok, citado por Maldonado<sup>9</sup>, observou, em 1966, a base teórica insuficiente do método original, uma vez que não se conseguia explicar adequadamente a grande variação de seu grau de eficácia: algumas mulheres bem treinadas fracassavam na utilização das técnicas, outras, não preparadas, tinham parto relativamente indolores. Chertok acreditou que a dor não tinha sido estudada suficientemente, especialmente à luz dos estudos de personalidade.

Langer<sup>8</sup> apresenta diversos relatos psicodinâmicos de tratamento na gravidez. Destes surgem duas abordagens metodológicas básicas no trabalho psicoterápico com gestantes (Grunspun<sup>7</sup>): uma, a psicoterapia de grupo denominada operativa, na Argentina, e outra, a psicoterapia breve centrada num tema, no Brasil. Ambas têm como foco os problemas relacionados à ansiedade decorrente do estado gravídico, parto e puerpério.

Temos ainda o desenvolvimento da teoria da crise e dos programas de prevenção (Caplan<sup>3</sup>), levando o atendimento psicológico da grávida a ser considerado como trabalho de prevenção primária.

O método psicoprofilático, cuja base de enfoque de condicionamento ainda é válido, está sendo na atualidade, nos países americanos como o Brasil, Argentina e Estados Unidos, englobado num processo de preparação integral da gravidez, parto e puerpério (Grunspun<sup>7</sup>). O objetivo do método deixou de centrar no treinamento da analgesia da parturição e se ampliou no sentido de favorecer a boa consolidação do vínculo materno-filial.

### 3. A TEORIA DO NÚCLEO DO EU DE ROJAS-BERMUDEZ

Ao apresentarmos um esboço teórico dessa teoria, temos por finalidade mostrar como é abordado o desenvolvimento da personalidade.

Soeiro (citado por Rojas-Bermudez<sup>11</sup>) confirma ser a teoria do Núcleo do Eu a primeira teoria de personalidade de origem latino-americana. Rojas-Bermudez<sup>11</sup> além de difundir as idéias de Moreno, criador do psicodrama, não só organizou uma programação teórico-prática visando fundamentar os princípios e técnicas do psicodrama como construiu a teoria.

Segundo Rojas-Bermudez<sup>11</sup>, a teoria tem uma correspondência com as formas anatômicas, com a embriologia e com a fisiologia desde o nascimento do ser humano até a estruturação básica de sua personalidade, ao redor dos 2 anos. A partir desta estrutura a qual ele chamou "núcleo do eu", ao ser humano vão se agregando novas vivências e conhecimentos que resultarão no desempenho de papéis sociais, normais ou patológicos, do indivíduo adulto. É uma teoria que partindo do biológico inclui o social, em sua estruturação. Desta maneira se mantém, por um lado, a rigidez do genético e, por outro, a flexibilidade e multipotencialidade do indivíduo. Isto nos permite colocá-lo em um dos quatro modelos teóricos, básicos, de personalidade que é o interacionismo (Endler e Magnusson<sup>5</sup>; Savastano<sup>12</sup>). No interacionismo, as determinantes do comportamento tanto podem ser internas como externas ao indivíduo. O comportamento atual é uma função de um processo contínuo ou interação multidirecional entre o indivíduo e a situação.

Soeiro (citado por Rojas-Bermudez<sup>11</sup>) afirma que é a Biologia a base da impressão de todas as aquisições do homem no seu desenvolvimento. As teorias que partem do biológico para compreender o psiquismo estarão então alicerçadas no natural observável — o corpo, tendendo a ser mais objetivas.

A teoria do Núcleo do Eu parte do nascimento da criança como um ser que possui poucos registros mnêmicos e sobre o qual irão se armazenar novos registros resultantes da interação deste ser com o seu meio ambiente. O mundo indiferenciado

do recém-nascido vai aos poucos se organizando e se diferenciando através das funções fisiológicas básicas e periódicas da criança: ingestão, defecação e micção <sup>11</sup>.

Rojas-Bermudez <sup>11</sup> mostra como vão sendo armazenados os registros provenientes do corpo da criança, do ambiente e das produções mentais. Estes registros dão como resultado e estrutura do Núcleo do Eu que o autor representa, graficamente, por um círculo com três áreas: corpo, ambiente e mente, separadas por três raios que representam os papéis psicossomáticos de ingeridor, defecador e urinator (Figura).

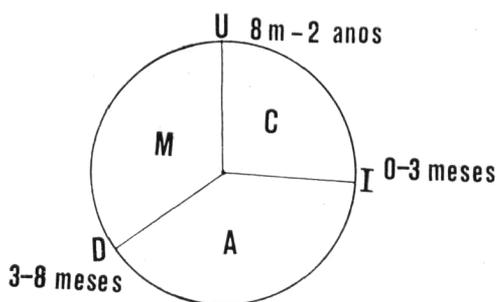


Fig. Núcleo do Eu

Fonte: Rojas-Bermudez <sup>11</sup>

Esse mesmo autor descreve o núcleo como sendo um esquema teórico, genético e estrutural que condensa em si os fatores biológicos, psicológicos e sociais participantes da individualização do ser humano. É *teórico* enquanto é o resultado da elaboração intelectual de conceitos provenientes de outras áreas em relação à prática clínica tais como: etologia, embriologia, anatomia, psicodrama, psiquiatria infantil. É *genético* porque considera que o psiquismo se desenvolve a partir de estruturas genéticas estáveis, próprias da espécie, que se manifestam através da anatomofisiologia. É *estrutural* porque é um esquema de reações resultantes da interação simultânea de fatores fisiológicos e sociais.

Segundo Rojas-Bermudez <sup>11</sup>, a criança ao nascer possui unicamente a "sensação de existir" o "si mesmo fisiológico". A sensação de existir é a primeira manifestação psicológica do organismo. Os papéis psicossomáticos estão ligados às funções fisiológicas. O crescimento desses papéis deve-se mais ao processo de maturação orgânica. Propõe esse autor a presença de Estruturas Genéticas Programadas Internas (EGPI) que se encontram no interior do indivíduo já ao nascer, com complementos externos, a Estrutura Genética Programada Externa (EGPE). Como resultante da complementação forma-se uma marca mnêmica. A marca mnêmica (mm) é a resultante do registro do contato das estruturas genéticas complementares, externa e interna (E-I) com descarga de tensão correspondente. No recém-nascido, a fome é uma EGPI que é satisfeita com leite que é EGPE. Quando a fome se manifesta, a EGPI forma uma tensão que é desfeita à medida que se dá o leite. Isto significa que a EGPI e EGPE se completaram totalmente, que a marca mnêmica resultante é sem carência e há o desaparecimento do campo de tensão. Ao contrário, quando o recém-nascido tem fome e no lugar de ser alimentado é embalado, trocado ou aquecido ou qualquer outra conduta que não seja a de atender totalmente a fome, não se verifica o desaparecimento da tensão; então a marca, sendo incompleta, produz o que se chama de porosidade.

A maturação dos papéis psicossomáticos é, portanto, orgânica, independente da vontade; mas o grau de desenvolvimento destes papéis, satisfatório ou com porosidades, depende da complementação das estruturas internas e externas (EI-EE).

A estruturação dos papéis psicossomáticos está associada a um clima emocional que depende inicialmente da mãe ou substituta. Este clima emocional que acompanha a complementação das EGPI e EGPE é uma característica ontogenética e

depende da ação ambiental sobre o recém-nascido. Ao conjunto das características filogenéticas e ontogenéticas dá-se o nome de modelo psicossomático.

### 3.1. *Papel e Modelo do Ingeridor*

O psiquismo da criança ao nascer é caótico e indiferenciado; não há vontade, não há pensamento, não há limites, não há diferenças entre o próprio e o alheio, entre as sensações e os fatos. É uma sensação cenestésica de existir é o "si mesmo fisiológico".

O papel do ingeridor vai do nascimento aos 3 meses (Fig.) formando um modelo ingeridor com suas características de personalidade.

Segundo a sua formação pode ter uma descarga emocional completa ou com porosidade, isto é, o campo de tensão desaparece normalmente ou não. Assim, quando a criança tem a sua fome saciada ela está na sua quietude; é como se não existisse nenhuma tensão. A mãe vê a criança calma, em sono. Quando surge a fome esta dá origem à contrações gástricas. A criança sente um desagrado progressivo e global conforme aumenta a fome, chegando a um nível de tensão que necessita ser descarregado. Como a criança não tem como descarregá-la, a tensão se difunde para o resto do organismo. A mãe vê a criança corporalmente agitada, tensa, chorando. A mãe vai funcionar como ego auxiliar da criança descobrindo a causa do choro: constatada a fome, alimenta a criança que pára de chorar entrando num estado de saciedade, calma e sonolência.

Estabelece-se, assim, o ciclo da fome-saciedade. Lentamente, através da repetição experimental e do desenvolvimento do sistema nervoso, o estômago vai se destacando como órgão-produtor de sensações percebidas. A fome, então, fica associada

à falta de conteúdo e a saciedade à sua existência. A anatomia e fisiologia estão servindo de guia ao psiquismo incipiente para a sua evolução.

Vemos, pois, que o papel do ingeridor é manter com o ambiente uma relação baseada no ciclo fome-saciedade-dependência.

A criança no primeiro trimestre vivencia ao nível bipolar do prazer-quietude e desprazer-tensão.

### 3.2. *Papel e Modelo do Defecador*

O papel do defecador vai dos 3 aos 8 meses (Fig.). No processo evolutivo desse modelo, a defecação dirige a atenção da criança para o meio externo iniciando-se o descobrimento da área ambiente. Neste momento existem duas relações com o "afora": uma em nível oral, de dependência e outra de nível anal, de deposição, não existindo entre ambas uma relação direta. Se o papel do ingeridor é manter com o ambiente uma relação baseada no ciclo fome-saciedade-dependência, o papel do defecador é manter com o ambiente uma relação baseada no ciclo criação-descarga-perda. Neste período a criança vai delimitando pouco a pouco seu ambiente.

Uma vez que a criança descobre o "afora oral", ela perde o mundo pela boca e o "recupera pelos olhos". Isto porque os estímulos visuais produzem conhecimento e reconhecimento de coisas e pessoas.

A atenção da criança antes concentrada na zona oral é, agora, atraída pelo aparecimento de uma nova série de sensações desencadeadas pela formação do primeiro cíbalo. A surpresa do seu aparecimento é, talvez, o estímulo mais intenso para desviar a atenção da zona oral para a intestinal; a partir dessas novas sensações num processo evolutivo, a sua atenção vai sendo dirigida para fora. A descoberta anal "afora" realiza-se através de defecação. O ato de defecar estabelece a continuidade entre o interno e o externo. A criança procura, então, o cíbalo perdido.

As estruturações dos papéis ingeridor e defecador determinam a discriminação entre o ambiente e o si mesmo, permitindo uma inter-relação indivíduo-ambiente favorável à transmissão da herança cultural.

### 3.3. *Papel e Modelo do Urinador*

O fator essencial na discriminação mente-corpo durante a estruturação do papel urinador é a descoberta pela criança da dependência à sua vontade. Pois, o papel psicossomático do urinador se estrutura sobre uma função fisiológica indispensável: a micção.

Assim, como nos outros papéis psicossomáticos, o processo evolutivo começa com a sensação generalizada e progride no sentido de maior discriminação. O papel do urinador se desenvolve do 8º mês aos 2 anos (Fig.).

A discriminação entre mente e corpo começa com o início da atividade do esfinter vesical, culminando com o aparecimento do ego. A criança vai, através dos seus atos, incorporando-se à estrutura social e ao ambiente em geral.

A anatomofisiologia serve novamente de guia para o desenvolvimento da atividade mental integrando a criança ao ambiente por meio do corpo.

A discriminação esfinteriana contribui para relacionar as áreas mente, corpo e ambiente; o cíbalo é o concreto, o formal; a urina o abstrato, o sem forma. O controle esfinteriano condiciona a ação com a vontade, surgindo integralmente o ego.

Segundo Rojas-Bermudez<sup>11</sup> o ego é uma instância nova e diferente que resulta da integração dos seis elementos que intervem na estruturação do Núcleo do Eu: os papéis psicossomáticos de ingeridor, defecador e urinador e as três áreas, corpo, ambiente e mente. O Eu, embora com esses seis elementos, é diferente deles.

### 3.4. *Conceito de Patologia*

Vimos, segundo a teoria, que um indivíduo com o Núcleo do Eu plenamente desenvolvido apresenta o seguinte esquema (Fig.): três áreas bem delimitadas e três papéis íntegros.

O modelo de ingeridor bem desenvolvido permite incorporação eficiente e satisfatória do mundo externo. É o indivíduo que consegue "ingerir" bem tudo o que lhe é oferecido: afeto, ensinamentos, e se satisfaz com o "ingeridor".

O modelo defecador, íntegro, permite uma criatividade e uma elaboração do "ingerido", do incorporado, e sua deposição no ambiente externo. É a capacidade criativa que transforma o incorporado e elimina-o com características próprias após elaboração.

O modelo urinador, íntegro, está relacionado com a capacidade de integração das várias áreas sobre o meio externo, submetida a um controle voluntário. É a capacidade de agir no momento adequado, incorporando as áreas, mente, corpo e ambiente.

A área corpo é responsável pelas emoções, o sentir. A área mente, pelo pensamento, o pensar. A área ambiente, pela percepção do ambiente externo.

Dependendo da integridade dos modelos, as áreas estão delimitadas e uma boa delimitação possibilita ao indivíduo a identificação do que sente, do que pensa e do que percebe no mundo externo.

No caso de haver modelos mal estruturados, isto é, com carências, tensões, elementos do campo não satisfeitos, verifica-se a interligação de duas áreas através de porosidades no papel psicossomático. Assim, podemos ter uma dificuldade de incorporação e insatisfação com o incorporado: de elaboração e comunicação; e de organização interna e a correspondente ação no meio, isto é, inadequação da ação no meio

externo. Desta maneira, se um esquema é desenvolvido com porosidade, a vivência de confusão é constante. Como exemplo, um indivíduo que tenha um modelo ingeridor com porosidade tem como característica uma boa capacidade de criação e elaboração, mas apresenta dificuldade de incorporação, de satisfação e de organização e ação.

Segundo a teoria, o indivíduo pode apresentar um sintoma básico que é a confusão desde que um dos papéis apresente porosidade e uma ou mais áreas entrem em contato direto. Desta maneira pode surgir confusão entre sentir, perceber o ambiente, pensar-perceber o ambiente, pensar-sentir, pensar-sentir-perceber. É muito penoso para o indivíduo viver na confusão; ele se utiliza, então, de mecanismos de defesa que tendem a reparar a porosidade no modelo, impedindo, assim, que as áreas se interliguem. Estes mecanismos, muitas vezes, trazem transtornos sintomáticos. Mas, é preferível viver com o transtorno do que com a confusão. À medida que o mecanismo reparador atua, as áreas em contato ficam delimitadas, possibilitando ao núcleo um funcionamento mais harmônico.

O indivíduo compensado com os mecanismos reparadores tem uma semelhança com o indivíduo sem porosidades pois apesar de ter um modelo poroso consegue ter uma razoável delimitação das três áreas.

Outro tipo de recurso apresentado por Rojas-Bermudez<sup>11</sup> é a vicariância no modelo íntegro. Vicariância, em termos clínicos, é a capacidade de um órgão ou parte do órgão fazer a função do órgão homônimo. Como exemplo temos o indivíduo que retira o pulmão direito e outro aumenta a atividade e compensa a falta do primeiro.

No caso do Núcleo do Eu a vicariância de um modelo é o aumento da utilização do modelo íntegro para suprir a deficiência do modelo poroso, auxiliando, assim, o alívio das tensões. Todos esses mecanismos são considerados recursos sintomáticos, mas não resolutivos.

#### 4. ASPECTOS PSICOLÓGICOS DA GESTANTE SOB O PONTO DE VISTA DA TEORIA DO NÚCLEO DO EU

A maternidade é um momento muito importante no ciclo vital feminino que dá à mulher oportunidade de atingir novos níveis de integração e desenvolvimento da personalidade. É durante a gravidez que surge a necessidade de um novo equilíbrio dinâmico na unidade familiar. A gestante repassa "o Núcleo do Eu" íntegro ou com porosidade, segundo o seu desenvolvimento.

Os modelos estando íntegros, as tensões surgidas em quaisquer das áreas (pensar, sentir e percepção do ambiente) são aliviadas devido à sua integridade.

No caso de existir um modelo poroso o alívio das tensões se dá graças aos modelos íntegros, mecanismos reparatórios e mecanismos de vicariância que são recursos sintomáticos e não resolutivos.

As vivências emocionais do ciclo gravídico nos três trimestres de gravidez, em analogia com os três papéis psicossomáticos do Núcleo do Eu, ficam assim determinadas: 1º trimestre gravídico é representado pelo papel do ingeridor; 2º trimestre, pelo defecador; 3º trimestre, pelo urinador.

No primeiro trimestre predomina o papel psicossomático do ingeridor; os sintomas que a mulher grávida traz ao médico obstetra são: náuseas, vômitos, hiperemese, gastrites, azias, eructações, epigastralgias, sialorréia, problemas dentários, gengivites. São sintomas do aparelho digestivo alto. A gravidez para a mulher, nesta fase, é conceitual, porque ela ainda não se sente grávida. Às vezes pode abortar por rejeição à gravidez e ao papel de mãe, mesmo não rejeitando o filho.

Inicia, neste período, a formação da relação materno-infantil. Com o início desta relação há uma modificação da rede de comunicação familiar.

A ambivalência afetiva manifesta pela dúvida de estar ou não grávida, é típica do papel ingeridor que ainda está indefinido no seu "si mesmo fisiológico".

O segundo trimestre de gravidez corresponde ao papel psicossomático do defecador, quando então surge o impacto dos primeiros movimentos fetais.

Segundo Bonnaud e Rivauld D'Allones (citados por Maldonado<sup>9</sup>) há maior aceitação da gravidez em 85% das mulheres quando sentem os primeiros movimentos, 10% maior grau de ambivalência e 5% de maior rejeição. As que não aceitam a gravidez geralmente identificam o feto com um sentimento de despersonalização: "é uma massa", "é um caroço".

A percepção dos primeiros movimentos determina a emergência de fortes ansiedades e dependerá de cada personalidade a maior ou menor capacidade de tolerá-las. Os primeiros problemas de relacionamento surgem envolvendo os vínculos familiares.

A mulher pode negar a percepção dos primeiros movimentos. O extremo patológico que pode chegar esta ansiedade é o aborto entre o 4º e 5º mês de gestação. Ela tem necessidade de se definir, mas a capacidade de decisão está muito alterada; tem de vencer a ansiedade para chegar no final da gravidez. A grávida ainda "não é o eu" e projeta no bebê as suas angústias.

As alterações do esquema corporal são evidentes. As ansiedades aparecem conscientemente de várias maneiras; o sentimento de fealdade leva a depressão e fantasias de ciúmes em relação ao marido.

No terceiro trimestre o nível de ansiedade tende a elevar-se devido a aproximação do parto. Muito o que a mulher pensa e o que sente é ainda confusão, pois não está concluída a terceira etapa no Núcleo do Eu. Ela sente medo do parto "como vai se sair se não está formada".

Surgem sentimentos contraditórios: vontade de ter o filho e terminar logo a gra-

videz; ou, de prolongar a gravidez mantendo o filho dentro dela.

Os temores estão associados às fantasias que surgem neste período; temores com caráter de auto-punição, significando sentimento de inadequação e desvalorização como mãe, podendo persistir após o parto.

Sua atitude no parto depende de seu crescimento: este ponto de vista dá a Noronha<sup>10</sup> um conceito de parto normal: é aquele em que a mulher é capaz de agir e sentir o nascimento da criança; é o parto em que a parturiente participa com lucidez e cooperação na experiência do nascimento do filho, independente da forma obstétrica do parto (parto normal, fórcepe, cesárea).

Geralmente, o momento do parto é tido como um trauma. Segundo Noronha<sup>10</sup>, há duas necessidades: a da mãe, de fazer nascer a criança e a da criança de nascer. Assim podemos encarar o trauma do parto exatamente ao contrário, isto é, será trauma se essas necessidades não forem satisfeitas. Isto implica modificações muito profundas no preparo do médico obstetra, no relacionamento médico-paciente e no preparo da gestante.

##### 5. ASSISTÊNCIA A GESTANTE

Vimos que com o desenvolvimento da teoria da crise e dos programas de prevenção (Caplan<sup>3</sup>) a assistência à gestante é considerada como atividade de prevenção primária. Na programação desta atividade deve-se considerar não somente o risco grávidico descrito em Delascio e Almeida<sup>1</sup> mas, também, os conflitos psicológicos.

O atendimento psicológico na gravidez tende a reduzir a incidência de novos casos de distúrbios psicológicos numa comunidade por meio do combate aos fatores etiológicos nocivos, da modificação ambiental e do fortalecimento da capacidade do "eu" para enfrentar novas situações.

O atendimento psicológico da grávida é evidentemente importante uma vez que é durante a gravidez que se constroem os alicerces do futuro relacionamento entre os pais e o bebê. É durante a gravidez que começam a surgir tensões específicas deste momento de crise e que se abordadas nessa fase tendem a se resolver mais facilmente. Se superadas, favorecem o crescimento e a formação de uma ligação materno-filial mais saudável.

A gestante que é um ser com necessidades afetivas a serem compreendidas conseguiu um maior fortalecimento de sua capacidade de adaptação à nova situação graças aos métodos psicoprofiláticos.

As diferentes técnicas de preparo da mulher gestante segundo o método psicoprofilático, atualmente, abordam as diretrizes originais do método ou recebem influências de escolas psicológicas diversas (Psicanálise, Psicodrama, Desenvolvimento e outras).

As diretrizes originais se apoiam no preparo da gestante quanto aos aspectos formativo e informativo sobre a anatomia e fisiologia dos órgãos reprodutores, desenvolvimento da gravidez, parto e puerpério, exercícios físicos e educação da respiração.

A vantagem de um preparo psicológico é permitir à mulher vivenciar as emoções do parto com a sensação gratificante de cooperar ativamente em todo o processo.

Os Programas de Assistência à Gestante, da Coordenadoria de Saúde da Comunidade da Secretaria de Estado da Saúde<sup>13</sup>, procuram cumprir essa assistência nos Centros de Saúde como atividade de prevenção primária.

É claro que os métodos de abordagem no psicoprofilático obstétrico, pelo fato de envolverem equipes, são dispendiosos e devem ser adequados aos recursos da comunidade. Essa Coordenadoria de Saúde procura também dar ênfase aos trabalhos

de grupo relacionados à gestação, parto, puerpério e cuidados com a criança. Para tal, ela se baseia nos problemas comuns das gestantes, detectando-os através de equipes de saúde.

#### 6. COMENTÁRIO FINAIS

Toda mulher, tanto em clínica particular como em serviço público, que obtiver uma confirmação diagnóstica de gravidez, deveria submeter-se aos cuidados adequados de uma assistência pré-natal, a fim de evitar possíveis processos patológicos que possam prejudicar a evolução da sua gestação.

A preparação psicoprofilática para o parto fazendo parte dos cuidados do pré-natal foi rapidamente divulgada em vários países da Europa, Estados Unidos e América do Sul, sendo atualmente bem aceita no Brasil.

Há trabalhos, entre eles o de Langer<sup>8</sup>, que mostra os vários benefícios usufruídos pelas mulheres que se submetem ao preparo psicoprofilático do parto. Desses vários estudos apresentamos as seguintes conclusões:

- Redução de medicação durante o parto.
- Redução da dor da parturição.
- Menor freqüência do uso do fórceps.
- Maior número de mulheres com atitude mais positiva através da experiência de parto.
- Menor número de depressão pós-parto e de psicose pós-parto diagnosticado nas mulheres que têm dificuldades de entrar no papel de mãe pela sua estruturação do núcleo de personalidade.

Considerando todos esses fatores sugerimos a expansão do atendimento psicoprofilático a todos os serviços públicos e particulares de assistência pré-natal.

SAVASTANO, H. & NOVO, D. P. [Psychological aspects of the pregnant woman as seen by the Center of the Ego Theory.] *Rev. Saúde públ.*, S. Paulo, 15: 101-10, 1981.

**ABSTRACT:** Using the Rojas-Bermudez theory, an analogy has been drawn with some of the psychological aspects that occur in the three trimesters of the gestational period with regard to the psychosomatic roles determined by the three physiological functions — ingestion, defecation, urination. Need for the use of this psychoprophylactic method by a greater number of prenatal services is emphasized, as is the fact that the method has to be adapted to the resources of the area served and to the patient's possibilities.

**UNITERMS:** Pregnancy. Psychology. Ego Theory.

---

#### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BEAUVOIR, S. *O segundo sexo*. São Paulo, Difusão Européia, 1960. 2 v.
2. BRIQUET, M. *Obstetricia normal*. Rio de Janeiro, Freitas Bastos, 1932.
3. CAPLAN, G. *Princípios de psiquiatria preventiva*. London, Tavistock, 1964.
4. DELASCIO, D. & ALMEIDA, P. A. M. de *Propedêutica da gestação de alto risco*. São Paulo, Manole, 1974.
5. ENDLER, N. S. & MAGNUSSON, D. Toward an interactional psychology of personality. *Psychol. Bull.*, 83: 956-74, 1976.
6. GAVENSKY, R. V. *Psico-profilaxis obstétrica*. Buenos Aires, El Ateneo, 1971.
7. GRUNSPUN, F. *Psicologia da gravidez e método psicoprofilático*. São Paulo, Instituto Sedes Sapientiae, 1979. [Postilas de aulas].
8. LANGER, M. *Maternidade, realidade e mitos*. Buenos Aires, Peña Lillo, 1974.
9. MALDONADO, M. T. P. *Psicologia da gravidez, parto e puerpério*. Petrópolis, Vozes, 1976.
10. NORONHA, D. T. Gravidez: uma situação de crise. *Mais*, 6(65):104-7, 1978.
11. ROJAS-BERMUDEZ, J. C. *Núcleo do eu*. São Paulo, Natura, 1978.
12. SAVASTANO, H. Abordagem do binômio saúde-doença e do conceito de personalidade no ecossistema. *Rev. Saúde públ.*, S. Paulo, 14:137-42, 1980.
13. SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE. Coordenadoria de Saúde da Comunidade. *Programa de assistência à gestante*. São Paulo, 1980.
14. VELVOVSKI, I. et al. *Psicoprofilaxia de las dolores del parto*. Moscú, Ediciones en Lenguas Extranjeras, 1963.

Recebido para publicação em 30/09/1980

Aprovado para publicação em 08/12/1980