

Uma crise na maternidade

Erika Regina de Oliveira Colato

Resumo

Este artigo narra a recuperação de uma paciente que adoeceu após a gestação de seu quarto filho, em um contexto familiar desfavorável. Ela foi atendida enquanto esteve internada em um Hospital Psiquiátrico. Seu tratamento foi baseado no Método de Terapia Ocupacional Dinâmica.

Palavras-chave: Crise, atividades, maternidade, estado puerperal.

Abstract

This article describes the recovery of a patient who fell ill after the pregnancy of her fourth child in an unfavorable family context.

She was treated while hospitalized in a psychiatric hospital, following the method of Dynamic Occupational Therapy Method.

Keywords: crisis, activities, motherhood, puerperium.

Introdução

No Hospital Psiquiátrico HELR, em Feira de Santana, Bahia, o grupo de Terapia Ocupacional acontece de segunda à quinta, pela manhã e na quinta-feira à tarde. Quando internadas, as pacientes são convidadas pela Terapeuta Ocupacional a participarem do grupo, que

apresenta uma frequência média de oito pacientes a cada encontro. Além da Terapeuta Ocupacional, coordenadora do grupo, por questão de segurança, uma funcionária da enfermagem participa do grupo. Ela controla o fluxo da porta, ajuda na distribuição dos materiais e convida ou encaminha pacientes aos leitos conforme lhe é solicitado. A sala do grupo é pequena e comporta no máximo dez pessoas, encontra-se anexa à enfermagem dos leitos e, quando aberta, é o único ambiente ao qual as pacientes têm livre acesso.

Trilha Associativa

Val chega perguntando se vou mesmo lhe mostrar suas atividades antes de ir embora, digo que sim e a convido para um atendimento individual. Busco as atividades e as ponho sobre a mesa. Ela se surpreende e pergunta se realmente fez tudo aquilo, digo que sim, que ela fez bastantes coisas, e que se dedicou muito às atividades, aprendeu, experimentou, e que era muito legal ver tudo aquilo ali.

Ela pega as cartas, olha, lê e diz que não se lembra daquelas, que deveria estar muito triste quando as escreveu, diz que eram para Juninho, mas lhe dá tristeza só de olhar, e que não as entregará ao destinatário.

Pega os desenhos, observa-os, um a um, e começa a nomeá-los voluntariamente: Jesus, Olhar Piedoso, Kamila (parece-se com ela), Recorte Pra Juninho, então conclui: "todos são Jesus, né, Erika?".

Continua nomeando, “Brinquedos, Desenhos Para As Crianças, A Flor Da Valdinéia, O Boneco Da Kamila e O Porta-Retrato”, olha a massinha... “essa pintura – pano de prato pintado – eu posso dar para minha mãe”.

Após observar suas atividades, conta que as dará como presentes para seus familiares, pois já as fez com esta finalidade. Pergunto o que ela dará para seu bebê, ela diz que nada, pois não sabe do que ele gosta, nem como é, e terá que conhecê-lo melhor. Digo que ele lhe trará tanta felicidade quanto Juninho, seu filho querido, ela sorri. Pergunto o que ela fez para si e ela me responde que pode ficar com o porta-retrato, apesar de não ter pensado nisso. Pergunto se é suficiente, já que gastou tanto tempo com outros, ela responde que sim.

Peço que junte os trabalhos em sub-grupos. Ela então os separa em três grupos: o primeiro com todas as figuras de Jesus, o segundo com os presentes das crianças e de sua mãe, além das cartas, e último monte contendo o porta-retrato e as xuxinhas. Pergunto se ela quer me explicar o que significa cada um, ela diz que ao primeiro chamou de Jesus, A Sua Salvação, ao segundo de Filhos, Seus Amores, e ao terceiro de Val. Ela me diz que aprendeu muito como fazer coisas, mas também percebeu que tem que se apegar a Deus porque ele a fortalece, deve fazê-lo por ela e pelas crianças, porque sem Jesus não se pode nada, mas também tem que fazer sua parte e se cuidar.

Acrescento que concordo com ela, lembro que passara por coisas muito difíceis, o que talvez as cartas representem mais fortemente, que ela chegou ali muito mal e que deve pensar nelas como representantes desta fase, e uma possibilidade real de retornar àquele estado se não se olhar, se tratar e se cuidar .

Mostro as imagens de Jesus, ela diz que

representam a sua fé, digo que ter fé a fortalece, e seria, portanto, bom que retornasse a sua igreja, pois seria um porto seguro. Ainda mostro que uma das figuras de Jesus se parece com ela, e pergunto se ela mesma também não seria sua salvação. Ela se surpreende, diz que não havia percebido, e sorri.

Quanto ao grupo das atividades dos filhos, seus amores, digo perceber o amor que ela tem pelas crianças, mas não em relação ao filho mais novo, e fico muito contente em observar que aquele sentimento ruim em relação ao bebê passou, e que agora ela quer conhecê-lo. Ela acrescenta que ele nasceu em uma hora difícil, mas, depois, percebeu que o “bichinho” não tinha culpa, já não sente mais raiva dele, quer conhecê-lo, e recomeçar sua história com ele.

Confirmo que, realmente, tem de se responsabilizar por seus atos, manter seu tratamento, e ficar atenta à necessidade de ajuda em alguns momentos, mas que tem muita capacidade, e pode ser feliz, sim, desde que tome esta decisão e faça tudo que estiver ao seu alcance para alcançar seu objetivo.

Ela completa “Não jogar tudo nas costas de Jesus, né, Erika!”, frase que comumente digo nas sessões com os grupos. Sorrimos. Desejei muita sorte em seu retorno para casa, previsto para semana seguinte, e ela para minha viagem. Ela me entrega o pano de prato que daria a sua mãe. Tento recusar, mas diz que eu mereço e que deveria saber disso.

Primeiro Encontro

Como se pode perceber, introduzo este trabalho relatando o final de um tratamento em Terapia Ocupacional.

O início deu-se durante uma sessão com um

grupo de Terapia Ocupacional, quando observei Val olhando pela janela. Ela o fazia silenciosamente, parecia estar observando o grupo, saía, caminhava pelas enfermarias e voltava à janela. Ficou assim, neste movimento, durante toda a realização da sessão, cerca de duas horas. Ao verificar a finalização do grupo, vem correndo e chorando até a porta e me pergunta se pode entrar.

Val está com os cabelos molhados, presos por um pedaço de pano, desalinhados, tingidos de loiro, com o rosto sujo, mau hálito, usa um vestido, sandálias de plástico azuis, e carrega um copo plástico vazio nas mãos; está magra, abatida, com olheiras, e tem aproximadamente 30 anos de idade.

Entra dizendo que tem várias facas invisíveis sendo enfiadas em seu peito por Junior, ofereço-me para ajudá-la, ela posiciona minha mão sobre o seu peito, e a impulsiona para longe de seu corpo, explicando qual a posição e o movimento que devo realizar a fim de retirar estas facas invisíveis. Feito isto, me agradece, senta-se e começamos a conversar.

Apresento-me como Terapeuta Ocupacional. Mostro a sala de atendimento, explico que ali é onde realizamos atividades e também onde a Terapia Ocupacional acontece, mostro o armário com materiais e atividades acabadas e outras por terminar. Explico que sempre que ela quiser ser atendida, deve me procurar naquele local, e informo que ali faremos atividades em grupo.

Val parece não entender onde está, observa todo ao ambiente com olhar desconfiado, questiona onde está e o por quê. Explico-lhe as indicações sobre internação, digo que talvez se encaixe em alguma, além das normas sobre a rotina hospitalar. Ela ouve e, de repente, questiona se irá embora e quando. Respondo que irá quando receber alta hospitalar, ela começa a chorar novamente,

dizendo temer que aconteça como no hospital Charcot. Porém, logo se recompõe e afirma que Junior, seu filho, a quis ali naquela escola, e em maio irá embora. Interrompe a conversa, se levanta, olha no espelho e diz sentir-se feia, chora novamente, mas, dessa vez, cessa logo o choro. Retorno à conversa sobre as atividades e Val conta que gosta de desenhar, proponho então esta atividade, diz que naquele momento não queria, que me encontraria no dia seguinte.

Ao sair, conta que teve um filho que se chamava Jesus, havia vinte dias. Em seguida corrige, dizendo que se chamava Renan, que Jesus foi quem lhe botou ali, sorri timidamente, fecha a porta e sai.

Trilhando...

Agora, veremos como o processo ocorreu:

Após três meses e 33 atendimentos, Val, uma paciente atendida no grupo, pede para rever suas atividades comigo. Assim, resolvemos elaborar sua trilha associativa.

Val chegava aos primeiros atendimentos em um estado de grande angústia, tristeza e solidão, sentindo-se a pior das pessoas e acreditava carregar em suas costas o pecado do mundo todo (sic). Logo no primeiro atendimento ela já realiza uma atividade. Se insere na dinâmica do grupo.

Falava pouco, seu interesse estava na atividade, preocupando-se em presentear alguém com seus trabalhos. Quando o assunto do grupo não lhe agradava, ela se calava, saía da sala ou começava a cantar. Os assuntos do grupo normalmente eram suas relações interpessoais, atividades cotidianas e a ruptura destas, causada pela doença e pelas crises. Val não desejava compartilhar seus problemas, mas conversar sobre música, apenas.

Suas primeiras atividades eram desenhos com temas infantis como balões, pipas, bolas, o que me fazia pensar em seus filhos. Entretanto, quando eles se tornavam o assunto, surgiam “vozes, ou as pessoas queriam lhe fazer mal”, lhe causando grande sofrimento.

A partir da composição do seu diagnóstico situacional e o fortalecimento da relação triádica, percebi os sentimentos negativos e a culpa que Val depositava em Renan, seu filho recém-nascido, e o conturbado relacionamento com o marido, que a agredia física e emocionalmente, além do contexto emocional e social em que estava inserida, que demonstrava ser de grande pobreza financeira e afetiva, componentes que me ajudavam na elaboração de seu diagnóstico situacional.

O pano de prato, os fuxicos, a flor de fuxico, o boneco de fuxico, o porta-retrato, o biscuit (que ela chamava de massinha), atividades que abandonara, foram retomadas como auxiliadoras na narração da história de seus filhos, em que citava, de passagem, um tal “molinho” (Renan) que, no decorrer dos atendimentos, começa a aparecer com maior frequência.

Aos poucos me utilizo do grupo para trazer a tona o tema dos filhos, e Val vai elaborando e relatando seu relacionamento, seus pensamentos e sua história como mãe. Insisto em perguntar por Renan, o que a faz abandonar por algumas vezes suas atividades e começar cantar em voz alta e dançar, momentos em que eu recuava.

O olhar da terapeuta, calcado na relação triádica, foi essencial neste caso. Eu, ela e a atividade estávamos em constante movimento de avanço e recuo. Val estava se estruturando, organizando sua história, precisava elaborar muitas questões ao mesmo tempo, e o meu papel, enquanto Terapeuta Ocupacional, era ajudá-la nisso, mostrando o caminho, e não fazê-lo em seu lugar.

Val desenhava várias imagens de Jesus e também escrevia cartas discorrendo sobre seus sentimentos em relação ao filho mais velho, Juninho. Nestas atividades começam a surgir seu marido como um homem violento, que constantemente a humilhava, e lhe trazia grande sofrimento, e também questões como o abandono de sua religião e a falta de apoio familiar quanto ao desejo de acabar com seu casamento.

Eu e o grupo sempre discutíamos os assuntos que surgiam, levantávamos as reais possibilidades e o caminho que cada história de vida poderia tomar; pensávamos num futuro próximo e possível. Também explorávamos a função educativa da Terapia Ocupacional, abordando questões da sexualidade, tais como métodos contraceptivos, ou tratamentos medicamentosos. Assuntos que a princípio desagradavam Val, pois se recusava a tomar medicação, contraceptiva ou psicotrópica, o que influenciou em sua gravidez e posterior adoecimento. Os assuntos cotidianos eram os temas mais discutidos no grupo: homens, culinária, estética, viagens, filhos, sexo, pois o grupo e a intervenção com Val enfocavam a saúde.

Durante a jardinagem, as caminhadas e a confecção de tapetes, xuxinhas de cabelo e arranjos natalinos, Val interagiu mais com o grupo. Pude observar que suas relações extrapolavam o setting; o grupo se cuidava e se ajudava mesmo fora deste, e as relações, inclusive a triádica, eram percebidas em todo ambiente hospitalar.

Assim, a intervenção em Terapia Ocupacional chegou a ser solicitada também durante o atendimento médico, a fim de travar um diálogo entre a médica e Val, já que permanecia calada durante os atendimentos. Mas a intervenção não logrou êxito. Chegando ao atendimento, peço para Val que exponha à médica em quem deseja ser ajudada, ao que responde brevemente, dizendo

que tem sentido dores no corpo, e na cabeça, porque lhe judiaram, e ainda relata: “Endoidei quando pari; toda vez que paro é assim...” (sic). Levanta-se, diz que não quer dizer mais nada, pede licença e completa dizendo que se a médica quiser saber de mais alguma coisa, pergunte para mim, pois sei de tudo.

O foco de minha intervenção era a reconciliação de Val com Renan, o filho recém nascido. Eu tinha medo de que ela voltasse a agredi-lo, como fizera, antes de ser internada. Entretanto, outras questões surgem como algo a ser desvendado: o marido e a falta de suporte social e emocional. A princípio tentávamos elaborar juntas as possibilidades de ruptura com o marido, mas a situação se resolveu por si só, quando ele mesmo resolveu abandonar o lar. Contudo, não demorou muito, começou o sofrimento de Val por conta da separação.

Val começou o movimento de reconciliação com o filho. Sempre que era possível, eu a convidava para fazer um presente para Renan, o que ela nunca fez. Porém, eu trazia notícias dele e de seus outros filhos, os quais se tornavam assuntos no grupo, principalmente Renan, que começava a ser aceito. Tornava-se uma das preocupações da mãe. Certo dia, em que não disse nada sobre ele, ela me questiona, “E meu ‘bichinho’ Érika, ‘cê’ não tem notícia hoje, não?” (sic) E, aos poucos, a culpa pelo adoecimento foi transferida para a gravidez, e, depois, entendida como vontade de Deus. Seu filho passou a ser um desconhecido sobre quem se refere com tranquilidade, preocupação e interesse em conhecer.

Chegado o tempo de deixar o hospital, pude fazê-lo sabendo que Val teria condições de melhor elaborar a situação do abandono que sofrera pelo marido. Ela, inicialmente, se irrita e se afasta, depois se reconcilia, questiona meus motivos e se há responsabilidade nesta decisão, logo a partida do marido surge e pode ser reverenciada

e resignificada.

Sua rede social se amplia quando ela decide retomar suas atividades religiosas, perdendo o pastor que lhe apresentou seu marido.

Discussão

Anteriormente, a gravidez foi vista como um período de bem estar e tranquilidade. Entretanto, poucos dados da literatura, hoje, sustentam a idéia de que gravidez é, de alguma forma, protetora quanto à saúde mental. Assim, a incidência de transtornos do humor durante a gravidez é alta, até 70% das pacientes apresentam sintomas depressivos durante a gravidez e de 10 a 16% apresentam critérios de diagnóstico de depressão (Botega, 2007).

“Os fatores envolvidos nessa alta prevalência dizem respeito às diversas ocorrências biológicas na gravidez e da maternidade. Além de alterações hormonais, que provocam transformações no comportamento e no psiquismo da mulher nesses períodos, gravidez e maternidade implicam em mudanças da inserção social, e na organização familiar, na auto-imagem e na identidade feminina” (Botega, 2007).

Durante a gestação, é necessário evitar a prescrição de algumas medicações psicotrópicas, por seu efeito teratogênico, e nenhuma droga é considerada segura para ser utilizada. Por isso, comumente observa-se a interrupção dos tratamentos em pacientes psiquiátricos, implicando maior risco de recaídas (Botega, 2007).

“A gravidez e a maternidade funcionam como um marco no desenvolvimento físico e psicológico, modificando as condições e as perspectivas de vida da mulher, atualizam e remanejam os

problemas de integração psicossocial, reavivando conflitos antes reprimidos” (Botega, 2007). E os transtornos mentais no puerperal interferem não apenas na segurança da paciente, mas também de seu bebê, podendo a mãe negar o nascimento do filho, ou não reconhecê-lo como tal, o que, em estados mais graves, pode levá-la a cometer um infanticídio ou suicídio (Botega, 2007).

No período que permaneci no setor de internação no Hospital Psiquiátrico, pude observar vários casos de transtornos psiquiátricos no período puerperal, e o que me chamava a atenção era o sofrimento das mães em aceitar seus filhos, e como era complicado o seu retorno para casa, principalmente por causa dos transtornos ocorridos no seu cotidiano. Por vezes, esta volta era até mesmo indesejada, por isso, convinha que a reconciliação entre mãe e filho fosse feita antes da alta hospitalar. Escolhi o caso de Val, porque, ao ler seu prontuário, observei que me lembrava outro caso, atendido anteriormente, em que o processo de reconciliação fora árduo, porém satisfatório. Val passou por uma terceira crise com sua quarta gestação; jogou seu filho contra parede, ameaçou seu marido e seu próprio pai com uma faca, sofria muito com seus delírios e alucinações, e fora internada involuntariamente.

O atendimento de Val é norteado pelo MTOD, que tem a saúde mental como um dos pressupostos originais, “pois ela é a responsável pela construção do cotidiano, e a Terapia Ocupacional somente terá sentido na construção de um cotidiano se pensá-lo como veículo de ampliação de espaços saudáveis. E ao mesmo tempo, numa rua de mão dupla, pensar na saúde se faz necessário para construir ou reconstruir um cotidiano que foi interrompido por uma doença ou a repercussão dela” (Benetton, 2003). O rompimento se concretiza; como é o caso das integrantes deste grupo que, além destes fatores, têm o internamento como um agravante desta ruptura.

Val, quando chega ao grupo, tem sua vida entendida, compreendida através do diagnóstico situacional: O que faz, como faz, com quem faz, como é apreciado por ela, e pelo menos pelos que a rodeiam, isso tudo é que nos dá primeira noção de sua vida cotidiana (Benetton, 2003). Um diagnóstico não classificatório, ou explicativo, consiste na descrição e análise das condições sócio-emocionais que o sujeito apresenta nos primeiros atendimentos (Benetton, 2006). O Terapeuta Ocupacional obtém estas informações a partir de observações feitas durante a realização de atividades, e procura responder “em que história ela se encontra” (Benetton, 2003), sempre atualizando seu diagnóstico situacional. No decorrer do desenvolvimento do MTOD, percepções, observações, além de seu desenvolvimento técnico, darão uma localização do indivíduo no presente, passado e irão guiar possibilidades futuras (Benetton, 2006). Sendo a construção e organização do diagnóstico situacional essencial, pois contribui para este indivíduo excluído de seu contexto familiar, social, e afetivo a encontrar e reencontrar a história em que está inserido.

No grupo, as atividades são o instrumento sobre o qual vai ser sustentada a relação dinâmica tanto entre terapeuta e paciente assim como com o próprio grupo. Com as atividades, podemos tanto manter nossa função terapêutica, como nossas ações educativas. Essas funções e ações são, no setting, promotoras de aquisições que sem dúvida repercutirão como elementos chave de inserção social.

O Setting é o espaço onde ocorre a Terapia Ocupacional, e, conseqüentemente, o grupo que Val participa pode ser entendido como um espaço de fazer, criar, construir e reconstruir a história. Inclui a Terapeuta Ocupacional, o sujeito alvo, os materiais, e as atividades. Em situações

excepcionais pode existir um espaço, um setting estendido, com o mínimo de alterações possíveis, principalmente na conduta do terapeuta e em sua condução terapêutica (Benetton, 2003). Setting é visto como um espaço aberto internamente para receber e aberto externamente para estimular o partir, o sair deve ser uma das atividades previstas dentro do método (Benetton, 2006). É neste setting que as atividades devem adquirir significados na relação entre paciente e terapeuta e atividades, dando margem, assim, aos primeiros movimentos de uma relação triádica (Benetton, 2006).

A relação triádica – relação terapeuta – paciente – atividades – é o núcleo duro do MTOD. O grupo é considerado o quarto termo numa relação de Terapia Ocupacional; considerando a relação com os três primeiros termos, ele deve interagir nesta dinâmica fundamental, e deve ser lembrado pelo seu papel social. Logo, este quarto termo deve representar o social, além de que, deve ser aberto, ou seja, o ingresso do paciente deve ser voluntária e espontânea (Benetton, 2006). Contudo, o grupo pode ser “visto como espaço e como ferramenta, o estar em grupo como a principal atividade, e o formar um grupo ou sentir-se em grupo como os principais desafios” (Maximino, 2001).

Neste grupo observam-se as dinâmicas, identificadas pela autora BENETTON, (2006), como o grupo de atividades (cada paciente faz sua atividade e mantém com o terapeuta uma relação individual) e a atividade grupal (todos os pacientes fazem a mesma atividade e o terapeuta pode manter o grupo nessa relação de trabalho conjunto). Val participa destas dinâmicas em diferentes momentos.

Outro fator importante observado é a Coesão, explicada por MAXIMINO (2001), utilizando-se de CARTWRIGHT e ZANDER (1986) que a definem como resultantes de todas as forças que, agindo nos membros do grupo, fazem com que nele permaneçam: fator positivo, relacionado ao

desejo individual de participar e compartilhar experiências com o grupo, servindo como base para a interação social e o aprendizado interpessoal. Afirmam que a efetividade do grupo pode ser medida pelo grau de coesão, percebida quando as pacientes encontram satisfação pessoal e esperam ansiosamente pelo grupo, cita, por sua vez, MOSEY (1974); que a coesão contribui também para que o grupo alcance seus objetivos (Maximino, 2003). Esta coesão é percebida não somente durante o grupo, mas também quando as mesmas pacientes permanecem juntas em atividades de rotina do hospital, cuidando uma das outras, demonstrando preocupação mútua, mesmo em momentos de recaída, quando estar junto pode ser desagradável.

Após o trabalho da Terapia Ocupacional junto à equipe interdisciplinar, Val retornou ao seu lar, sendo recebida por todos os seus familiares e filhos, inclusive o pequeno Renan.

Referências bibliográficas

BENETTON, M. J. **Trilhas Associativas**, 3ª edição, Campinas, 2006.

BENETTON, M. J. et al. **Hábitos cotidiano e Terapia Ocupacional**, Revista do *Ceto*-8, 2003.

MAXIMINO, V. S. **Grupo de atividades com pacientes psicóticos**, 2001.

MAXIMINO, V. S. **Mulheres e o uso de benzodiazepínicos criando espaços para a saúde**. Revista *Ceto*-11, 2008.

BOTEGA, N. J. **Prática psiquiátrica no hospital geral: Interconsulta e emergência**, 2ª edição, São Paulo, 2007.

Notas

I. Bichinho é o termo regional afetivo para se referir a uma criança.

II. Molinho é o termo regional para se referir a um recém-nascido