

ISSN 2525-6904



NÚMERO ESPECIAL



Os fantasmas da maternidade

A importância da psicanálise no contexto hospitalar

Amanda Pereira de ALBUQUERQUE, *Universidade Federal de Pernambuco*
Cecília Gardenia de SALES, *Hospital Agamenon Magalhães/PE*

Este artigo apresenta um estudo de caso realizado durante o estágio curricular no setor de Psicologia da maternidade de um hospital público da Região Metropolitana do Recife, Pernambuco. O caso foi de Valentina, gestante de alto risco, devido a um sopro cardíaco. O adoecimento durante a gestação restaurou um luto complicado em relação às suas figuras maternas, a mãe e avó que morreram em situações parecidas, instaurando um medo de não sair com vida do hospital. A Psicanálise foi utilizada como método para resgatar a subjetividade dos pacientes dentro do contexto hospitalar, possibilitando uma escuta qualificada e novas formas de elaborar o sofrimento psíquico. Como resultado das intervenções, na medida em que a relação terapêutica mesmo que breve foi construída, estabeleceu um setting terapêutico na postura do analista independente do ambiente de atendimento, permitindo que revisitasse o luto com segurança e ressignificasse a internação.

PALAVRAS-CHAVE: Maternidade. Psicanálise. Luto. Psicologia Hospitalar. Setting terapêutico.



Introdução

A gestação é considerada um fenômeno fisiológico, a maioria das gestantes passam por esse período sem nenhuma dificuldade que não faça parte das limitações de uma gestação, no entanto, uma parte da população é portadora de alguma doença ou apresenta um quadro favorável para a evolução de uma gestação de alto risco, ou seja, uma gestação onde a saúde da mãe e do bebê possam estar em risco (BRASIL, 2010).

Enquanto isso, a maternidade é apontada como um período de crise para as mulheres, pois implica em grandes mudanças existenciais, com a assunção de um novo papel, o de mãe (TAGUCHI; PIO, 2014; SARMENTO; SETÚBAL, 2003). Além disso, Taguchi e Pio (2014) apontam que “A maternidade é um momento intenso para as mulheres, em que há uma alteração na dinâmica psíquica da gestante visto alterações biológicas, somáticas, psicológicas e sociais, características do período (p. 2)”.

É um período de crise onde a gestante passa por diversos pontos conflitivos, decisórios, inseguros, que exigem um crescimento emocional e que esse crescimento pode determinar o estado de saúde da gestante e da família que vivencia também a maternidade (TAGUCHI; PIO, 2014). Nesse período, os pais revivem conscientemente e inconscientemente as experiências infantis, como filhos e suas relações com seus pais. Esse movimento retoma conflitos antigos e que ajudam a definir seus papéis como futuros pais (FERRARI, PICCININI; LOPES, 2006).

Diante disso, se faz necessário o acompanhamento das alterações psicológicas, emocionais e afetivas que podem afligir a saúde mental das mulheres. E aqui entra a necessidade do olhar da Psicologia no contexto da assistência hospitalar, como um modelo biopsicossocial, que se utiliza das contribuições de diversos campos como da Psicologia Comunitária, Social e das ciências médicas (REMOR, 1999) para assistir os indivíduos. Castro e Bornholdt (2004) assinalaram que o diálogo com outros profissionais e com a comunidade são essenciais nesse campo, exatamente para fornecer a promoção e a educação na saúde, onde a comunidade será agente de transformação da sua própria realidade e da sua qualidade de vida.

Simonetti (2013, p. 15) define a Psicologia Hospitalar como "o campo de entendimento e tratamento dos aspectos psicológicos em torno do adoecimento". Nesse sentido, trata dos aspectos psicológicos



das doenças, no que está em torno dela e a perpassa. Entendendo, a doença como um estado de desequilíbrio emocional, físico ou orgânico. Enquanto isso, a saúde diz respeito a esse complexo equilíbrio entre esses elementos que compõe o ser humano (MOTA; MARTINAS; VERAS, 2006).

Diante disso, a vivência psicológica pode está ligada ao adoecimento, muitas vezes servindo de gatilho para um processo patogênico. Por outro lado, pode ter nenhuma relação direta ou instigadora com o adoecimento, mas seus sintomas, e a forma como a pessoa significa a doença, pode influenciar no agravamento dos sintomas já instalados, ou seja, atrapalha e afeta negativamente o quadro clínico (SIMONETTI, 2013).

De modo geral, se utiliza de duas técnicas, a escuta analítica, que implica intervenções que são parte da Psicologia Clínica, como o espaço de escuta, associação livre, transferência, interpretação e outros. E o manejo situacional, que implica o controle situacional, mediação de conflitos, análise institucional e outras intervenções que se constituem e afetam o entorno do adoecimento (SIMONETTI, 2013).

A Psicanálise serviu de referencial teórico da minha atuação no contexto hospitalar, pelo motivo de que muitas demandas orgânicas estão além do biológico, e podem estarem pautadas no sofrimento psíquico, como também, as angústias podem atrapalhar a adesão de um tratamento. Portanto, a escuta psicanalítica permite resgatar e colocar em evidência a subjetividade, desvalorizada pela Medicina, articulando a história do sujeito com sua enfermidade (ELIAS, 2008).

Devido à proximidade com a dor e sofrimento, a hospitalização para Elias (2008):

[...] favorece uma situação propícia para a implicação do sujeito com a sua subjetividade, possibilitando uma abertura para a escuta do inconsciente se o profissional se colocar na posição de desejar escutar, ainda que a busca principal seja da cura da enfermidade inscrita no corpo biológico (p. 4).

Portanto, a promoção da saúde individual e coletiva vem ganhando importância, permitindo a inserção do campo psicológico no espaço hospitalar. O método clínico psicanalítico dentro do contexto hospitalar pode ajudar o sujeito a encontrar novas formas de elaborar um espaço simbólico diante do seu sofrimento e propiciando também uma escuta qualificada (RAVANELLO; FARIAS 2012). Além disso, o



psicanalista vai aparecer quando o paciente demandar saber algo além do diagnosticável, convocando que o mesmo fale de sua dor, resgatando a sua subjetividade e o sujeito como protagonista, ao invés da doença.

Apesar de encontrarmos casos mais breves nesse contexto, pois quando uma análise começa existem grandes chances de ser interrompida devido à alta do paciente, ainda assim, é possível nesse breve encontro fazer o paciente sentir o efeito analítico e proporcionar um bem-estar diante das perdas, inseguranças, medos e outros sentimentos que pairam a maternidade (MORAIS; REI; NICOLAU, 2009).

O objetivo deste artigo é apresentar um estudo de caso dentro da maternidade de um hospital público, apontando para as contribuições do método Psicanalítico dentro desse espaço, e para assistir as etapas da maternidade.

Metodologia

Este estudo de caso é fruto da experiência de Estágio Curricular, 9º e 10º período, do curso de Psicologia da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), no num hospital da rede pública da Região Metropolitana do Recife de Pernambuco em 2017. O hospital referido é um dos suportes do Sistema Único de Saúde do estado de Pernambuco. Assiste milhares de pessoas nas suas quatro emergências, Clínica, Cardiológica, Otorrinolaringologia e na Maternidade de Alto Risco, que é referência em Pernambuco. Atendendo gestantes e puérperas em gestações de alto risco de diversas idades e localidades do estado.

A paciente relatada encontra-se sob sigilo, sendo assim, seu nome e dados pessoais se encontram alterados para maior segurança e ética. Com exceção da idade de 33 anos, profissão de dona de casa, o sexo feminino e quadro clínico de uma gestação de alto risco, com sopro cardíaco. As técnicas utilizadas e as interpretações dadas ao caso foram advindas da Psicanálise aliadas à Psicologia Hospitalar.

Caracterização dos Espaços

Os atendimentos ocorrem em diversos espaços do hospital, assim, faz-se necessária uma descrição dos contextos de atendimento que fugiram dos espaços organizados e privados da clínica tradicional,



por exemplo. No Centro Obstétrico encontram-se as gestantes encaminhadas dos seus respectivos pré-natais devido ao diagnóstico de gestação de alto risco, ou por demanda espontânea, em todos esses casos elas passam pela triagem na emergência do hospital. A partir da triagem são conduzidas ao Centro Obstétrico que tem por objetivo a estabilização do quadro clínico, para então serem encaminhadas para Enfermaria de Alto Risco, como também para o acompanhamento ambulatorial ou algumas até evoluindo para a realização do parto normal ou cirúrgico.

Na Enfermaria de Alto Risco, podemos observar as gestantes que precisam de cuidado prolongado e de observação. O objetivo desse setor é a manutenção da saúde das gestantes, enquanto o Centro Obstétrico faz uma assistência mais emergencial, no Alto Risco existe um trabalho voltado para enfermidades que resistem. Como também, assiste gestantes com alto risco de trabalho de parto prematuro. Desse modo, as pacientes nessa enfermaria costumam ter longos períodos de internação.

No Alojamento Conjunto, como o próprio nome diz, trata-se de um espaço de cuidado para as mães e os bebês, nele encontram-se as puérperas que estão se recuperando do parto, e aguardando alta médica para si e seus bebês. Como também, é encontrada a presença das suas acompanhantes ou os pais.

Estudo de Caso

Valentina, 33 anos, sexo feminino, com 38 semanas de gestação, grávida de uma menina. Era dona de casa, do interior de Pernambuco, solteira, com três filhos (5, 9 e 13 anos). Chegou ao hospital com o diagnóstico de hipertensão e um possível problema cardiológico. Os atendimentos ocorreram em diversos espaços do hospital devido ao internamento acompanhado de um parto de risco, totalizando 6 atendimentos em 3 semanas, em média 40 minutos de atendimentos.

Em umas das rondas do setor de Psicologia no Centro Obstétrico, Valentina chamou-me a atenção pela aparência deprimida, deitada em posição fetal na maca. Estava aguardando há alguns dias um parecer cardiológico, mostrou-se angustiada e frustrada pela demora dos resultados. Alcântara et al (2013) comenta que o contexto hospitalar é propício ao medo, ansiedade e fantasias sobre os procedimentos e diagnósticos, exatamente pelo afastamento da vida cotidiana, exames invasivos e pelas limitações da patologia.



Sobre a gestação, o feto ainda não havia sido nomeado e naquele momento não apresentou nenhum desejo em nomeá-lo, deixando a responsabilidade para o pai do bebê e sua filha, de 5 anos. Em meio a lágrimas relatou que um acidente de moto com seu irmão causou o aumento da sua pressão arterial, após um tempo em silêncio chorando, verbalizou o desejo de sair com vida do hospital.

Nesse primeiro atendimento pude perceber que a hospitalização estava lhe causando um grande sofrimento. Avaliei que o espaço oferecido para que ela pudesse chorar, onde a figura do psicólogo estaria disponível para acolher suas demandas, foi importante para que ela se sentisse segura para verbalizar seu medo e para que iniciasse a construção de um vínculo num ambiente tão caótico como o Centro Obstétrico de um hospital público.

Uma semana depois, Valentina se encontrava na Enfermaria de Alto Risco, aguardando os futuros procedimentos. Durante a ronda médica a equipe discutiu seu caso na sua presença, confirmando o diagnóstico de sopro cardíaco e a necessidade da interrupção da sua gestação em 3 ou 4 dias. Ela apresentava humor deprimido, não manifestou dúvidas, ou reações às informações da equipe médica. Nesse segundo atendimento, referiu que sua filha seria chamada de Maria Joana, pois sua vizinha fez uma promessa a uma santa para que sua filha nascesse saudável, apontando a sua relação com a religiosidade como uma forma de enfrentamento ao adoecimento e também, a pouca implicação na escolha do nome de sua filha.

Valentina repetia angustiada que independente da realização de um parto cesárea ou normal, iria para a UTI, e novamente apontou que gostaria de sair do hospital com vida e com sua filha também. Ela demonstrou compreensão dos procedimentos e do seu caso, mas aparentou está associando a ida à UTI com sua possível morte.

Afirmou que nunca tinha entrado numa UTI, esse fato foi importante para reforçar as fantasias que Valentina havia criado sobre esse espaço. Pinho e Santos (2008) apontam que o senso comum caracteriza a UTI com um sentimento negativo e de pesar, pela proximidade da morte e pela quantidade de aparelhos que mantém os pacientes vivos, assim, acreditam-se que os casos nessa unidade acabam em sofrimento e com a morte dos pacientes. No entanto, no caso de Valentina, sua estadia na UTI tinha por objetivo monitorar melhor seu quadro clínico no pós-parto devido seu problema cardíaco.



Chorosa, me informou não queria deixar os filhos como sua mãe fez, referiu que a mãe morreu quando tinha 15 anos, ela teve uma gestação de risco, com isso, foi encaminhada para a UTI desse mesmo hospital, e após sair do hospital foi a óbito. Então, aos 15 anos precisou criar os três irmãos mais novos, ou seja, assumiu o papel da figura materna, com o apoio do pai, com o qual referiu ter uma relação positiva e de cuidado. Valentina demonstrou orgulho pelo fato de ter criado bem os irmãos.

Nesse encontro comecei a questionar como foi a elaboração do seu luto, e se teve espaço para elaborar, visto que precisou imediatamente virar “mãe dos irmãos”. Além disso, como a sua mãe, teve uma gestação de risco e foi encaminhada para a UTI desse mesmo hospital, possivelmente o medo de morrer ao ir para a UTI poderia ter sido acentuado pelo medo de que a história se repetisse.

No terceiro encontro, três dias depois, ainda na Enfermaria de Alto Risco, ela me recebeu com um sorriso, com uma aparência disposta, tranquila, diferente do humor diminuído dos outros encontros. Havia iniciado a indução do parto normal. Voltou a falar da morte da mãe, com mais detalhes informou que sua mãe estava grávida de gêmeos quando brigou com a sua tia, que tentou esfaqueá-la na discussão, o estresse lhe causou uma hemorragia, devido à gravidez de risco foi encaminhada para este hospital, onde ficou na UTI. Comparado ao atendimento anterior, Valentina apresentou uma postura de enfrentamento, e conseguiu falar sobre a mãe sem chorar. Acredito que o espaço dado anteriormente para que pudesse chorar e falar permitiu revisitar o luto e naquele dia ela pôde falar mais livremente da morte da mãe.

Ao ser questionada se sentia saudades da mãe, relatou que teve que se conformar, e usou essa frase algumas vezes enquanto falava da mãe. Questionei como ela se sentia nesse hospital, informou que não se lembrava de como havia chegado no hospital. E a primeira coisa que veio a sua cabeça ao perceber onde estava foi a sua avó. Quando tinha 20 anos, sua avó morreu na UTI desse mesmo hospital, tinha vários problemas de saúde, recordava que ela tinha feito 3 cirurgias antes de ir a óbito. Também sinalizou que precisou se conformar com a morte dela. Como a mãe e avó, ela estava no hospital e passaria pela UTI.

Freud (2011, p.28) descreveu “O luto é a reação à perda de uma pessoa querida ou de uma abstração que esteja no lugar dela, como pátria, liberdade, ideal etc”. Para esse autor, o luto não é patológico,



apesar de o enlutado apresentar desvios de condutas, espera-se que com o tempo ele supere a perda da pessoa querida. Com o teste de realidade, o sujeito vai perceber que o objeto perdido não existe mais no mundo, e isso força as ligações da libido investidas nele a serem desligada, aos poucos, de forma penosa e dolorosa. Para, então, ser investida amorosamente em outros objetos, como outra pessoa, no trabalho ou num hobby (FREUD, 2011).

O luto, não patológico, tem por características uma tristeza profunda, a perda de interesse pelo mundo externo, já que nada no mundo faz o sujeito lembrar-se desse objeto perdido, o afastamento de qualquer atividade que não remeta ao objeto perdido e a incapacidade de substituir por um novo objeto de amor, exatamente, pela dedicação exclusiva ao luto. O enlutado sabe o que perdeu, assim, o luto não tem nenhuma relação com o inconsciente (FREUD, 2011).

Enquanto isso, o quadro de melancolia tem os mesmos sintomas do luto, exceto pela perturbação e diminuição da autoestima. Acaba acontecendo uma identificação com o objeto perdido que o sujeito havia investido amorosamente, fazendo com que a libido objetual volte para o ego do indivíduo. Assim, a libido é julgada pelo superego como se fosse o objeto que foi perdido, o que justifica a autoestima diminuída, pois o enlutado passa sem inibições a expressar autorecriminações, autorepressões que na realidade são referentes à pessoa perdida, ao objeto que lhe deixou, não sobre si. Resumidamente, “No luto, é o mundo que fica pobre e vazio; na melancolia, é o próprio ego (FREUD, 2011, p. 251)”.

Desse modo, a hipótese diagnóstica para Valentina era de que ela não se encontrava num quadro de luto patológico, como o descrito na melancolia, mas ainda em elaboração da perda das figuras maternas, como referiu várias vezes, em forma de repetição que precisou se conformar. Apesar de ter se passado mais de 15 anos da morte da sua mãe, no contexto do estresse da hospitalização, da vulnerabilidade do adoecimento, de está neste hospital e indo para a UTI, possibilitou que revivesse as experiências passadas. Freud (2011) não define um tempo “normal” para o luto e Worden (2008) pontuou que é difícil estabelecer um período ideal, já que cada indivíduo passa por uma experiência própria em cada perda.

De outro modo, esse luto em elaboração acentuou o sofrimento de está no mesmo hospital que as figuras maternas passaram ao



morrerem ou antes de morrerem. Como a mãe, estava grávida, e teve uma situação de estresse que levou ao adoecimento e a uma gestação de risco. Valentina tinha medo de que as histórias se repetissem e o que mais desejava era sair com vida do hospital e da UTI.

Diante disso, temos o conceito de luto complicado, Shear (2012) explica:

We use the term “complicated” in the medical sense to refer to a superimposed process that alters grief and modifies its course for the worse. Think about a physical wound that produces an inflammatory response as part of the healing process. A wound complication, for example an infection, increases the inflammation and delays healing (p.4).

Desse modo, o luto complicado indica que a pessoa necessita de mais tempo para elaborá-lo, que há algo impedindo a elaboração e não permitindo que o enlutado caminhe para uma boa adaptação após a perda. Esse atraso costuma ser resultado da presença de fatores de risco, que não necessariamente acarretarão em lutos patológicos (WORDEN, 2008).

Reforço que o caso de Valentina precisaria ser aprofundado em análise clínica, e me utilizo de hipóteses com viés psicanalítico para interpretar seu quadro. Um dos principais fatores de risco que prolonga a elaboração do luto é a evitação do sofrimento, a negação e repressão da dor ligado a perda (KOVÁCS, 2008), que pode ter sido uma das estratégias de enfrentamento diante do óbito da mãe e da avó para que pudesse dá conta do papel de ser mãe tão jovem.

Worden (2008) discute sobre os *mediators of mourning*, que podemos aqui chamar de fatores de risco ou complicadores do luto, para esse autor existem diversas circunstâncias que podem gerar um luto complicado. Como quem morreu, já que a relação de proximidade com o sobrevivente resulta em lutos diferentes. A natureza da relação, especialmente se for amorosa, pode implicar na intensidade do luto. As causas da perda, se repentina, prolongada, esperada, violenta ou traumática, se houve mais de uma perda, como também, o histórico de perdas, e como o enlutado elaborou e lidou com essas perdas anteriores.

Trazendo para a história de Valentina podemos identificar diversos complicadores que poderiam ter afetado na elaboração do seu luto, e desse modo, lentificando o mesmo. Ela tinha 15 anos, relativamente nova, quando perdeu a mãe, que descreveu de forma



positiva como uma pessoa presente e que lhe ensinava tudo. Pelo seu relato, a mãe havia saído do hospital quando veio a óbito, o que caracterizaria como uma morte repentina, não esperada. Não sinalizou a presença de uma rede apoio, acredito que não houve espaço para a elaboração do luto com os novos papéis que precisou assumir. E 5 anos depois, houve a morte da avó, que possivelmente remeteu a forma como lidou com a perda da mãe.

Portanto, acredito que Valentina sentia as repercussões do adoecimento e da hospitalização, vivenciando um luto complicado, de outra maneira, um luto lentificado que afetava sua estadia no hospital. Nesse atendimento ela voltou a repetir que iria para UTI, independente do tipo de parto, ficou claro o quanto a estadia na UTI estava lhe causando um grande sofrimento. Decidi lhe passar algumas informações sobre a UTI, para que a compreensão do seu estado amenizasse sua ansiedade.

O quarto atendimento foi no Centro Obstétrico, aguardando a realização do parto normal. Assim que entrei na instalação a vi deitada numa maca no final do corredor, com sua acompanhante lhe abanando com um papel e uma profissional de saúde mexendo no que parecia ser sua barriga, quando me aproximei, a profissional de saúde havia retirado o bebê da paciente, e de forma completamente inesperada vi o nascimento de Maria Joana.

Ao me aproximar, Valentina apresentava-se cansada, mas com um sorriso no rosto, relatou que estava feliz com o nascimento da filha. Fiquei em presença reservada até o momento que foi levada para a UTI Coronária.

Na UTI, no dia seguinte, quando me viu, me recebeu com sorriso, esperava lhe encontrar angustiada de está naquele lugar que tanto temia, no entanto, parecia calma, sentada na cama. Numa postura de aceitação referente ao internamento e fazendo referências positivas à sua fé.

Questionei se a UTI era como imaginava, disse que sim, achou que estaria ligada às máquinas e que não sairia com vida de lá, porém, olhou para seu corpo e apontou que só estava com aferidor de pressão no braço. Notei uma confusão no seu tom ao fazer esse relato, ela estava começando a perceber que apesar de ver várias máquinas em sua volta, ela estava ligada apenas a uma, e que não tinha nenhuma relação em lhe manter viva, era apenas um aferidor de pressão. Pinho e Santos (2008) comentam que diante da concepção de morte e sofrimento que a UTI



carrega no imaginário das pessoas, em contrapartida, os pequenos sinais de vida nesse ambiente começam a serem valorizados. Valentina estava percebendo aos poucos que sua passagem na UTI não indicava sua morte.

Indaguei sobre como sua mãe reagiria com a chegada da sua filha, afirmou que achava que estaria feliz, e voltou a repetir que teve que se conformar com sua morte. Reforçando mais uma vez minha hipótese de um luto lentificado, complicado. Logo, um médico nos interrompeu para informar que estava de alta. Voltei-me para ela, e disse “Você ouviu? Você está de alta”, ela sorriu, disse que o importante era está perto de sua filha naquele momento. Desse modo, ficou apenas um dia na UTI.

No sexto atendimento, já se encontrava no Alojamento Conjunto com sua filha. Quando entrei na enfermaria do Alojamento ela estava sentada na ponta sua cama ao lado do berço de sua filha, parecia mais leve e humorada, com energia. Estava feliz por estar perto da filha, e por ela estar bem. Descreveu que sua estadia na UTI foi boa, gostou por que davam banho nela no seu leito, e gostou mais do que os outros setores que ficou no hospital, até ficaria mais tempo lá, mas preferia ir para sua casa, riu desse comentário. Na UTI não podia está próxima de sua filha, e isso seria ao único ponto negativo desse espaço. Desse modo, perguntei novamente se era como imaginava, e naquele dia, afirmou que não, bem convicta, me disse que não era o que pensava, as pessoas não conhecem aquele espaço, especialmente as pessoas do interior de onde ela vem, então tinham uma percepção errada desse local.

Esse relato apontou para a ressignificação do contexto da UTI, assinalando sua capacidade de refletir sobre suas percepções. Acima de tudo, apesar de não ter trazido através da fala que seu medo estava relacionado às perdas maternas naquele hospital, pela forma como relatou a experiência, humorada, aliviada, sem lágrimas, sem sofrimento, sem medo, indicava que ela havia percebido que a história não se repetiu. Possivelmente, não estava pronta para confrontar esse conteúdo naquele momento, provavelmente com mais encontros mais defesas, repetições e fantasias relacionadas ao luto poderiam submergir.

Ela finalizou o atendimento me dizendo que estava bem, como se tivesse indicando que naquele momento e contexto estava bem, não precisava de mais acompanhamento. No entanto, gostaria que lhe visitasse novamente. Infelizmente, não se encontrava no hospital quando



fui a sua procura três dias depois, não tive oportunidade de discutir os benefícios de um acompanhamento psicológico.

Considerações Finais

Acredito que o suporte psicológico em todo seu percurso no hospital foi essencial para que revisitasse o luto, e permitiu que elaborasse através da fala a experiência do internamento, e até que indicasse uma mudança de percepção em relação ao espaço da UTI. Isso aponta para a importância do psicólogo no contexto hospitalar, a maioria dos profissionais de saúde possui uma formação no modelo biomédico e estão dedicados a definir diagnósticos, diante das limitações do tempo e espaço do hospital, esquecendo-se das questões sociais e psicológicas dos pacientes (TRAVERSO-YÉPEZ, 2001). Traverso-Yépez (2001) comenta:

São relativamente poucos os casos em que o médico reconhece as necessidades de escuta dos pacientes, atividade que faria parte de práticas de prevenção e promoção da saúde. De fato, isso implicaria o reconhecimento da necessidade da participação dos outros profissionais da saúde, como psicólogo e assistente social, mais preparados para esse tipo de atendimento, sendo esse um dos principais empecilhos para um verdadeiro trabalho interdisciplinar e práticas mais humanizadas de saúde (p. 5).

Como também, ficou evidente o efeito terapêutico do encontro analítico psicanalítico, como é possível observar os atendimentos aconteceram em 4 espaços diferentes que possuíam suas características próprias, desse modo, não se tratava de onde aconteciam os atendimentos, mas da figura e da presença do psicólogo, do analista no encontro com os analisandos, que tornava qualquer um desses ambientes seguros para pudessem chorar, falar sobre si, dos seus sofrimentos, acima de tudo, para que pudesse ser quem são (MORAIS; REI; NICOLAU, 2009).

Esse caso reforça como a maternidade é organizada por inseguranças, medos, fantasias e vestígios das relações parentais que refletem em que tipo de cuidado aquele bebê terá dentro da sua dinâmica familiar. E a importância da inserção do profissional de Psicologia dentro do espaço hospitalar, e especificamente, na maternidade.



Referências

ALCÂNTARA, T. V. et al. Intervenções psicológicas na sala de espera: estratégias no contexto da Oncologia Pediátrica. *Rev. SBPH*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, 2013. p. 103-119.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada: manual técnico*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. p. 162.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Gestação de alto risco: manual técnico*/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. 5. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.

CASTRO, E. K.; BORNHOLDT, E. Psicologia da saúde x psicologia hospitalar: definições e possibilidades de inserção profissional. *Psicol. ciênc. prof.*, v. 24, n. 3, 2004. p. 48-57.

ELIAS, V. A. Psicanálise no hospital: algumas considerações a partir de Freud. *Rev. SBPH*, Rio de Janeiro, v.11, n. 1, 2008. p. 87-100.

FERRARI, A.G.; PICCININI, C.A.; LOPES, R.S. O narcisismo no contexto da maternidade: algumas evidências empíricas. *Psico*, v. 37, n. 3, 2006. p. 271-278.

FREUD, S. *Luto e Melancolia*. Trad. Marilene Carone. São Paulo: Cosac Naify, 2011.

MORAIS, J. L.; REI, V. A. F.; NICOLAU, R. F. *A clínica psicanalítica no hospital geral: uma escuta possível*. In: Colóquio Internacional sobre o Método Clínico, São Paulo, 2009.

MOTA, R. A.; MARTINS, C. G. M.; VERAS, R. M.. Papel dos profissionais de saúde na política de humanização hospitalar. *Psicol. estud.*, Maringá, v. 11, n. 2, 2006. p. 323-330.

RAVANELLO, T. FARIAS, F. M. O contexto hospitalar e a escuta psicanalítica. *ECOS - Estudos Contemporâneos da Subjetividade*, v. 2, p., 2012. p. 276-290.



REMOR, E. Psicologia da saúde: apresentação, origens e perspectivas. *Revista Psico*, Porto Alegre, v. 30, n.1, 1999. p. 205-217.

SARMENTO, R.; SETÚBAL, M. S. V. Abordagem psicológica em obstetrícia: aspectos emocionais da gravidez, parto e puerpério. *Revista Ciência Médica*, Campinas, v. 12, n. 3, 2003. p. 261-268.

SHEAR, M. K. et al. Complicated grief and related bereavement issues for dsm-5. *Depression and Anxiety*, v. 28, n. 2, 2011. p. 103–117.

SIMONETTI, Alfredo. *Manual de psicologia hospitalar – o mapa da doença*. Casa do Psicólogo, São Paulo, 2004.

TAGUCHI, M. C. M.; PIO, D. A. M.. Uma leitura psicanalítica da vivência da maternidade nos casos de aborto e prematuridade. *Revista Psicologia e Saúde*, v. 6, 2014. p. 56-61.

TRAVERSO-YÉPEZ, M.. A interface psicologia social e saúde: perspectivas e desafios. *Psicol. estud.*, Maringá, v. 6, n. 2, 2001. p. 49-56.

WORDEN, J. W. *Grief counseling and grief therapy: a handbook for the mental health practitioner*. Springer Publishing Company, New York, n. 4, 2008.

KOVACS, M. J. Desenvolvimento da Tanatologia: estudos sobre a morte e o morrer. *Paidéia*, Ribeirão Preto, v. 18, n.41, 2008. p. 457-468.



The ghosts of motherhood: the importance of psychoanalysis in the hospital context

ABSTRACT: This article presents a case study carried out during the curricular internship in the Psychology sector of the maternity of a hospital of the metropolitan region of Recife, Pernambuco. The case was Valentina, a high-risk pregnant woman due to a heart murmur. The illness during pregnancy restored a complicated mourning in relation to her maternal figures, the mother and grandmother who died in similar situations, instituting a fear of getting out alive of the hospital. Psychoanalysis was used as a method to rescue the subjectivity of patients within the hospital context, enabling qualified listening and new ways of elaborating psychic suffering. As a result of the interventions, insofar as the therapeutic relationship, even if brief, was achieved, it established a therapeutic setting in the attitude of the analyst independent of the care environment, allowing her to revise her mourning safely and re-signify the hospitalization.

KEYWORDS: Maternity. Psychoanalysis. Mourning. Hospital Psychology. Therapeutic setting.

Amanda Pereira de ALBUQUERQUE

Formada em Psicologia pela Universidade Federal de Pernambuco. Especialista em Psicopedagogia Clínica e Institucional/FAFIRE. Mestranda no Programa de Pós-Graduação em Psicologia Cognitiva/UFPE.

Cecília Gardenia de SALES

Formada em Psicologia pela Universidade Federal de Pernambuco. Mestra em Psicologia/UFPE. Especialista em Saúde da Mulher pelo Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Saúde do Hospital das Clínicas/UFPE. Gerente do serviço de Psicologia do Hospital Agamenon Magalhães, Pernambuco.

Recebido em: 31/01/2019

Aprovado em: 26/12/2019