

Limites e Possibilidades no exercício da Maternidade*

*Renata Oliveira Magalhães***

A gestação é um momento importante e singular na vida da mulher por ser um período de reatualização de intensas ansiedades, angústias e conflitos conscientes e inconscientes. A história pessoal de cada gestante, o relacionamento familiar e a história do casal são relevantes para o modo como cada mulher lidará com a sua gravidez.

A Psicologia percebe que além da orientação médica, muitas dúvidas, temores e fantasias perpassam pelo período da gestação sendo importante oferecer um espaço privilegiado de escuta para que a gestante possa trabalhar suas questões relacionadas à gravidez.

O ambulatório Pré-Natal do HUPE atende as gestantes de alto risco por serem portadoras de patologias que, associadas à gestação, oferecem algum risco de morte à mãe ou ao bebê, como por exemplo, diabetes mellitus, história anterior de pré-eclâmpse, hipertensão, anemia falciforme, cardiopatias, hiperemese gravídica ou abortos anteriores.

O acompanhamento psicológico individual é oferecido a todas as gestantes que realizam o Pré-Natal no hospital e caso algum profissional de saúde acredite ser necessário o atendimento a determinada gestante, ela é contactada e convidada para uma primeira entrevista. Esses atendimentos individuais são realizados durante a gestação, no período de internação devido a intercorrências clínicas ou por ocasião do parto, e no pós-natal.

Na experiência com essas futuras mães, constatou-se que havia gestações há muito tempo desejadas e planejadas, porém para a maior parte da população atendida, o estar grávida foi uma grande surpresa.

É curioso notar o fato de que em uma grande quantidade de casos, a gravidez ocorreu em um período de grande turbulência e intensos conflitos no relacionamento com o parceiro ou após a separação do casal. Qual seria o sentido da gravidez nesses casos? É como se a mulher desejasse manter algum tipo de vínculo dessa relação ou quisesse guardar para si um pedaço desse amor que se foi.

Embora a gravidez nem sempre seja planejada, pode-se dizer que, em algum momento do relacionamento, ter um bebê foi desejado pelos pais ou pela mãe para que pudesse se concretizar.

Maldonado (1976, p.78) ressalta que a gravidez é:

[...] uma transição que faz parte do processo normal do desenvolvimento. Envolve a necessidade de reestruturação e reajustamento em várias dimensões, verificando-se mudança na identidade e uma nova definição de papéis, cuja mulher deixa de ser filha para tornar-se mãe.

A partir do acompanhamento psicológico às gestantes, observou-se que após a confirmação da gestação, a primeira reação mais comumente apresentada pela mulher é o sentimento de ter dúvidas no sentido de não saber se quer estar grávida e se deseja levar adiante a gestação. Então ela começa a pensar sobre as suas condições psicológicas e financeiras de ser mãe ponderando sobre a sua relação com o companheiro e com a sua família, refletindo sobre os prós e os contras de ter um bebê em casa e mudar completamente a sua rotina e a sua vida.

As mudanças do seu corpo e do seu papel social no primeiro trimestre da gestação mobilizam aspectos psíquicos que podem gerar ansiedade, constipação, hipersonia, uma maior sensibilidade e/ou irritabilidade, desejos, crises de choro e uma maior fragilidade.

Isso ocorre porque a gestante revive inconscientemente o seu próprio nascimento e a sua infância, identificando-se com o bebê que está gerando. A criança que fomos permanece viva e retorna a nossa consciência de forma enriquecedora.

Segundo Solis-Ponton (2004, p.70) a mulher durante a gestação:

[...] passa por um jogo de identificações, identificando-se de maneira especial com sua própria mãe. Deste modo, o modelo de relação vivido com sua própria mãe irá marcar a sua relação atual com o bebê. Numa corrente regressiva, a mãe se identifica com seu próprio bebê e são essas identificações que possibilitam à mãe cuidar e se adaptar a necessidade de seu bebê.

No segundo trimestre da gestação acontece algo muito esperado que é poder sentir o bebê. Nesse momento, é possível identificar através do exame de ultra-som o sexo do bebê e a mãe começa a sentir os primeiros movimentos e chutes do bebê. A barriga começa a crescer e na maior parte dos relatos, as gestantes diziam sentir uma alteração na sua sexualidade, refletindo em uma diminuição no desejo e no seu desempenho sexual com os respectivos parceiros.

Do sétimo ao nono mês de gestação há um temor que predomina nas gestantes que é o medo do parto e o de não conseguir reconhecer os seus sinais. O HUPE é um hospital reconhecido como "Amigo da Criança" e por esse motivo, além do programa de aleitamento materno, dá preferência aos partos normais, só realizando partos cesários em casos específicos e de necessidade, dependendo da patologia ou das condições clínicas da mãe e do bebê no momento do nascimento. Por esse motivo, a gestante não sabia com antecedência qual seria o seu tipo de parto, normal ou

cesáreo, e isso gerava uma grande ansiedade nas futuras mães porque cada qual tinha uma preferência.

O medo do parto, além de envolver o maior medo do ser humano que é o temor de se confrontar com a própria morte, incluía fantasias de má-formação fetal, medo de perder o bebê, medo de sentir uma dor intensa e insuportável durante o parto, medo do bebê nascer prematuro e um sentimento de insegurança quanto à sua capacidade de tornar-se mãe.

O parto é um momento único da gestação, muito esperado pela gestante para poder ver e conhecer o seu bebê, temido pelo medo da dor e da morte, e que finaliza o período da gestação e inicia o puerpério.

Sobre o parto Maldonado (1976, p. 110) diz:

[...] o parto se constitui como momento crítico porque sua principal característica é dele ser irreversível, imprevisível e desconhecido sobre o qual não se tem controle. Com o parto, dá-se o primeiro passo decisivo dentro do contínuo simbiose-separação: dois seres, anteriormente unidos, se separam e uma das tarefas psicológicas mais importantes da gestante é sentir, desde a gravidez, o filho como um indivíduo singular e diferenciado dela.

A pedido de uma gestante com diabete melittus, assisti o seu parto cesáreo. O bebê nasceu com quatro quilos e oitocentos gramas e a fantasia da mãe era de que se esse bebê não nascesse logo, ele iria aumentar o seu peso até uns seis quilos. A espera pelo nascimento do bebê é cercado de muito cuidado e expectativa. A comunicação entre a equipe cirúrgica é feita apenas pelo olhar. O momento do nascimento é de muita comoção para toda a equipe.

Embora possamos nos questionar sobre a função do psicólogo dentro do centro cirúrgico, acredito que para muitas mães cujo parto é assustador e temeroso, a presença de alguém da equipe de saúde a qual a mãe confie e possa eventualmente, dialogar no Centro Cirúrgico, seja de fundamental importância nessa circunstância tão especial.

Apesar de nós, psicólogos, não termos nenhum conhecimento técnico e científico para intervir dentro de uma emergência de cunho clínico, o estar ali presente, dizendo a mãe o que está sendo feito, o que ela poderá vir a sentir, o que é normal, o que ela deve comunicar a equipe cirúrgica se preciso e durante o procedimento do nascimento, se já nasceu, se vai demorar, como o bebê está e etc. são informações que geralmente não são ditas, mas são muito importantes.

Com ou sem psicólogo presente, a cirurgia vai ocorrer, porém esse momento pode ser mais agradável e a mãe se sentir mais segura com alguém que ela já conhecia e tinha um vínculo anterior bem estabelecido. A partir desta constatação, criou-se uma lei dando à mãe o direito de ter um acompanhamento no momento do parto. Na antiga maternidade, os partos cesarianos aconteciam no Centro Cirúrgico Geral e por isso, a entrada do acompanhante não era possível devido à ausência de uma infraestrutura física adequada. Esse acompanhamento só era permitido para o parto normal.

Após o nascimento e durante a internação, o foco é alternado para os cuidados com o bebê e afloram na mãe diversos questionamentos sobre o aleitamento, o cuidado, a higiene, a respiração, a temperatura, o peso, o tamanho e o fato do bebê se encontrar na Unidade de Tratamento Intensiva ou no Berçário Intermediário, contribui para que a mãe sintasse-se impotente para cuidar do seu bebê.

Klaus e Kennell (1993, p.89) salientam que:

[...] a situação de risco do bebê prematuro ou a termo que necessita de cuidado intensivo neonatal pode despertar na mãe sentimentos de intensa culpa e profunda tristeza, prejudicando o surgimento do sentimento de competência materna e, conseqüentemente, de sensibilidade materna.

Há também casos de adolescentes que se tornam mães prematuramente e durante a gestação, não conseguem vivenciar o tornar-se mãe. Não conseguem desocupar o papel de filha para tornar-se mãe, de modo que os primeiros cuidados de higiene com o bebê, como por exemplo, dar o banho, precisa ser feito pela avó. Ocorre um estranhamento quando esse bebê nasce e de repente ela se dá conta de que, aquele pequeno ser, só depende dela.

O hospital pode servir como um grande aparato de ajuda às dificuldades emocionais, pois nele há profissionais que estão aptos a cuidar do seu bebê. O temor de assumir sozinha a responsabilidade de cuidar do seu filho intensifica a insegurança materna. O medo de não corresponder à figura da mãe ideal se junta ao medo real de não saber cuidar do bebê, não saber o que fazer com aquele bebê tão pequeno e indefeso, imaginando a possibilidade de que ele adoça e morra.

A seguir, exemplificarei essas temáticas da gestação e do tornar-se mãe através de um caso clínico. Vera foi encaminhada pela enfermagem para ser atendida pela Psicologia após ela ter realizado o exame de ultra-som e de ter sido constatado alterações nas imagens do feto.

Vera é uma mulher de 40 anos com seis meses de gestação e estava gerando um bebê com múltiplas más-formações. Segundo a obstetra que acompanhava a gestante, não havia chances de sobrevivência para o bebê após o seu nascimento, "mas naquele momento tão doloroso, não era o meu objetivo tirar as esperanças dessa mãe" (sic).

Sua família reside em Minas Gerais e ela veio para o Rio de Janeiro para ser empregada doméstica. A seguir relatarei falas da Vera colhidas em diversos momentos durante os atendimentos que acontecem há um ano e meio e que foram devidamente autorizadas por ela. Ela diz "estou ansiosa e tranqüila ao mesmo tempo. Tenho medo que não me deixem ver o meu bebê. Algumas amigas dizem que eu posso ficar traumatizada, mas eu quero vê-lo porque fui eu quem o gerei."

"Agora eu não me culpo mais, achei que o problema poderia ter sido causado por algo que eu tivesse comido. Por medicação não foi porque eu só tomava o que o médico prescrevia. O neurologista disse que era má-formação congênita e eu fui procurar no dicionário o que era congênito. Dizia ser inato, que nasce com ele. Sei que o meu bebê vai ser diferente, pode ficar numa cadeira de rodas ou andar de modo estranho."

“O obstetra disse que vai combinar com o neurologista para marcar o parto cesáreo. Em seguida, eles farão uma cirurgia no bebê para drenar o líquido do cisto. Dizem que o cisto é grande e pesado e que por isso sua cabeça pode ser maior. Quero pensar que esse cisto não vai gerar seqüelas muito graves. Eu estou mais forte do que antes e não choro mais. Antes eu desabava e não parava de chorar só de pensar. Eu não parei de trabalhar e quero muito esse filho.”

“Não procurei o pai porque sei que ele é fraco, não consegue se organizar. Ele mesmo diz que não consegue ser responsável nem por si mesmo e que não poderia me ajudar a enfrentar esse problema. Dei o telefone dele para minha irmã porque se eu morrer durante o parto, eu quero que ele seja avisado. Para morrer basta estar vivo.”

“Peço a Deus porque quero muito esse bebê, seja do jeito que for. Olho para as crianças na praça e choro imaginando que eu queria ter um bebê assim. Vejo crianças em cadeira de rodas e penso que talvez eu tenha um filho assim. Vai ser a minha missão, eu quero muito ter esse filho. Se ele não sobreviver, espero que eu vá junto dele porque ele é o meu projeto de vida mais importante.”

“Às vezes eu prefiro não falar para não lembrar porque eu começo a chorar, mas também penso que é melhor eu falar agora porque se eu morrer, não dará mais para eu falar nada. Chamo o meu bebê de meu campeãozinho Lucas, digo para ele esperar para nascer para dar tempo de eu me mudar e lavar as suas roupinhas, digo que eu o amo, que o papai o ama, será que eu estou fazendo certo?”

O bebê nasceu a termo com 38 semanas de parto cesáreo e chama-se Lucas. Ele pesa aproximadamente quatro quilos, não tem o palato, seu crânio é um pouco maior do que o normal, mas o seu corpo é perfeito. Com dez dias de vida, Lucas começou a usar uma prótese palatina para ajudá-lo em seu aleitamento. Ele sugava, mas não o suficiente para a sua sobrevivência e com setenta dias de nascido foi realizada uma gastrostomia para poder se alimentar através de uma sonda.

Vera estava preocupada, não queria fazer a gastrostomia porque sabia que aquela cirurgia era o início de várias cirurgias subseqüentes. Nesse momento sua preocupação gira em torno de saber se ele é capaz de ver, ouvir e quais serão os seus limites neurológicos.

Queixa-se de sentir-se muito só. Começa a ficar inquieta com a internação e quer ir embora, mas tem que esperar pelo Lucas. Diz que a sua sobrinha, ex-patroa e amigas que lhe deram tanto apoio durante a gestação ainda não vieram conhecer o Lucas. Teme que quando sair do hospital, ele já seja um rapaz.

Seu diagnóstico era de más-formações do sistema nervoso central associado a cisto aracnóide (holoprosencefalia), que impediu que o seu cérebro se desenvolvesse normalmente. O resultado do seu exame auditivo foi que sua escuta era insuficiente, mas esse diagnóstico não era definitivo. Além do cisto aracnóide, ele é um bebê com hidrocefalia, fenda labial, gastrostomia e macrocéfalo.

Após quatro meses de internação no Núcleo Perinatal, eles foram transferidos para a emergência da Pediatria. Vera mostra-se receosa com a mudança por não conhecer a equipe de saúde da Pediatria. Ela havia se vinculado muito bem com a equipe da

UTI neonatal que já conhecia a história de Lucas desde o nascimento. Ela sente medo de sair e deixar o seu bebê sozinho com a enfermagem.

Com oito meses Lucas fez uma cirurgia reparadora do palato e alguns médicos dizem que é possível que com a cirurgia ele pare de ter esses episódios de apnéia. Seu desenvolvimento é uma incógnita, não se sabe até onde Lucas será capaz de chegar, mas ele já superou muitas as expectativas e me parece que ele vai muito, mas muito longe de qualquer estimativa.

A equipe médica deu a Vera a possibilidade de ela escolher pela alta, informando os riscos que o seu bebê correria se parasse de respirar e sem os aparelhos, ele não conseguisse voltar. Ela optou por ficar internada no hospital com o seu filho até conseguir os aparelhos necessários, solicitando-os na Defensoria Pública.

Hoje ele está com onze meses, ficou sete meses internado na Enfermaria Geral da Pediatria e procura o som, presta atenção quando falamos com ele, apesar de apresentar surdez central. Possui comprometimento visual de 80%, não fixa os olhos no objeto, mas sabe quando algo está se movimentando.

Ele pesa 14 quilos, é um lindo bebê, de olhos claros, coxas gordas e muitas dobrinhas que vem superando os seus próprios limites. Vera diz que ele sabe que eu sou a psicóloga dele porque quando ele ouve a minha voz ele começa a conversar emitindo alguns sons.

Vera residiu 11 meses no hospital desde o nascimento do seu bebê com uma grande dedicação, transpondo barreiras e limites. Com um mês antes do Lucas completar um ano de idade, suas apnéias foram ficando menos freqüentes e lê recebeu alta. O Serviço Social conseguiu que a mãe recebesse fraldas, medicamentos e leite.

No nosso último encontro ela disse que embora eu não fosse cardiologista, eu cuidei muito do seu coração. Pensando nesse caso clínico observo que o atendimento psicológico é de fundamental importância no sentido de poder simplesmente estar ali ao lado dessa mãe, ouvindo os seus temores, as suas queixas, as suas dúvidas e acompanhando também as suas conquistas, promovendo um apoio e um suporte emocional para essa mãe que vivencia tantos entraves no exercício da sua maternidade.

Segundo Penna (1998, p.85):

[...] a maternidade pode oferecer a mulher oportunidades de crescimento e de integração da personalidade, mas pode também desencadear uma crise existencial. Há sempre possibilidades de reestruturação da personalidade, que, modificando-se dinamicamente, reintegra-se diante de situações novas, conduzindo a novas formas de ajustamento.

Conclusão

Percebeu-se que o atendimento psicológico a gestante e a puérpera é muito relevante para melhor elaboração da gestação, nem sempre desejada, para dar um

suporte no caso de abortos anteriores ou fetos com má-formação, para elaboração do luto de um bebê neomorto ou natimorto muito desejado, para possibilitar a construção de um vínculo mãe-bebê saudável, e principalmente de modo que essas mulheres pudessem, durante a gestação e no momento da internação, se sentirem acolhidas, ouvidas e compreendidas dentro do seu próprio saber de ser mulher e de ser mãe¹.

O tornar-se mãe não é algo “natural”, como uma consequência direta do parto. É um processo em construção na vida da mulher, que tem seu germe na infância, quando surge pela primeira vez a fantasia de ter um filho que se prolongará ao longo de sua vida.

Desse modo, levando em consideração a diversidade e a complexidade da história de cada mulher, bem como o modo particular como cada uma vive a maternidade, é importante a oferta do acompanhamento psicológico às gestantes e às puérperas. Tal acompanhamento diferenciado realizado pela Psicologia proporciona a gestante um espaço de reflexão, reorganização e elaboração da sua vida, favorecendo a criação de recursos psíquicos para lidar melhor com as mudanças físicas e psíquicas decorrentes da gravidez, permitindo uma elaboração do vir a ser mãe.

Referências Bibliográficas

KLAUS, M. H., & KENNEL, J. H. Pais/bebê: a formação do apego. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

MALDONADO, M. T. Psicologia da Gravidez. São Paulo: Saraiva, 1976.

PENNA, M. Cartas a uma jovem mãe. Rio de Janeiro: Imago, 1998.

SOLIS-PONTON, L. (org.) - Ser pai, ser mãe: parentalidade: um desafio para o terceiro milênio. Silva, M.C.P. (revisão técnica da tradução). São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

KOVÁCS, M. J. Morte e desenvolvimento humano. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1992.

Notas

* - Esse trabalho foi desenvolvido no Núcleo Perinatal do HUPE sob a orientação da Dr^a Susan Guggenheim e apresentado no XI Fórum de Residência em Psicologia Clínico-Institucional, em setembro de 2007.

** - Psicóloga, Residente do 2º ano do Programa de Residência em Psicologia Clínico-Institucional do IP/HUPE/UERJ.

¹ Essa conclusão foi apresentada no 44º Congresso Científico do HUPE em 2006 em um trabalho realizado pela autora e pelas residentes Clarice Palmeira e Raquel Pádova.