

Encantos e Desencantos da Maternidade

MARIA MANUELA CRUZ (*)

«Multiplicarei o teu sofrimento e as tuas penas, parirás os teus filhos com dor.»

(Genesis, Versículo 10)

Ao longo dos séculos a fecundidade foi tida como um bem divino e a infertilidade como um castigo.

Até ao século XVII, o parto era considerado «assunto de mulheres», a parteira e a mãe ajudavam a criar clima emocional para a parturiente. Talismãs, orações e receitas mágicas ajudavam a aliviar a dor. Abandonada a si própria, a mulher ficava entregue aos seus medos e superstições.

Só no século XVII surge o médico na assistência ao parto e a cesariana deixou de estar associada à morte da parturiente.

Na nossa sociedade o medo do parto mantém-se apesar de toda a evolução médica. Desde a infância que a mulher ouve descrições dramatizadas de partos difíceis e dolorosos. Esta transmissão cultural ligada à tradição religiosa, em que as dores são o castigo que a mulher deve sofrer por ter cometido o pecado original, contribuem para o aumento da ansiedade e dos medos inconscientes da grávida.

A gravidez é um período que faz parte do processo normal do desenvolvimento e que

envolve reestruturação e reajustamento a várias dimensões.

Para se adaptar ao estado de gravidez a mulher tem de passar por muitas ansiedades, tem de incorporar o feto como parte do seu esquema corporal e acostumar-se a diferentes ritmos metabólico, hormonal e fisiológico. Neste período transitório dá-se nova definição de papéis e uma mudança de identidade, a grávida além de filha e mulher passa a ser mãe.

A paternidade também deve ser encarada como uma transição no desenvolvimento emocional do homem.

Esta nova definição de papéis pode reactivar conflitos inconscientes como: sentimentos de incapacidade de competir com os próprios pais, querer ser melhor que eles ou até encarar o filho como um irmão mais novo, rivalizando o afecto do pai e da mãe.

Para alguns autores (Chertok, 1966; Soifer, 1971) a gravidez é considerada experiência regressiva quer em relação à ansiedade e sintomas, quer em relação ao bem estar e protecção onde predominam as características orais (hipersónia, voracidade, dependência) que indicam uma identificação básica da grávida com o feto.

A decisão de ter um filho é resultado de várias motivações conscientes e inconscientes. Entre o projecto de engravidar, o desejo de ficar grávida e a gravidez, tem de haver um certo tempo de adaptação. A mulher precisa de disponibilidade psíquica para o acolhimento da criança no seu próprio corpo.

Embora a maioria dos autores reconheça a

(*) Estagiária de Psicologia do Departamento de Psicologia Clínica da Maternidade Dr. Alfredo da Costa.

existência de estados emocionais peculiares na gravidez, a sua origem é ainda muito discutida.

Por vezes supõe-se que as mudanças emocionais devem-se à existência de conflitos normalmente presentes neste período, mas é possível que outros factores influenciem decisivamente na etiologia dos estados emocionais da gravidez.

Colman (1969) afirma que actualmente é impossível discriminar separadamente as complexas interrelações entre factores hormonais e psicológicos. Contudo, para abordar as vivências do ciclo grávido-puerperal é importante considerar a interacção de factores como: história pessoal da grávida, contexto existencial da gravidez, idade, se houve períodos de esterilidade ou aborto (expontâneo ou provocado) assim como a evolução da gravidez e o contexto social e económico.

A ANSIEDADE NO PRIMEIRO TRIMESTRE

É a partir da percepção consciente ou inconsciente da gravidez que se iniciam a relação mãe-filho e as modificações na rede de intercomunicação familiar. É neste momento que se instala a ambivalência afectiva «querer e não querer aquele filho», fenómeno natural que caracteriza todas as relações interpessoais significativas e que se vai manifestar ao longo de toda a gravidez.

No primeiro trimestre o feto não é ainda sentido e as alterações do esquema corporal são ténues. Para Langer, toda a gravidez produz situação de maior ou menor conflito, baseando-se a rejeição em evidências persecutórias que se devem à elaboração do conflito edipiano.

Aparecem as náuseas e os vómitos coexistentes com a ansiedade, associados à incerteza da existência ou não da gravidez. Esta ansiedade pela incerteza expressa o conflito de ambivalência devido à intensidade das vivências persecutórias que existem face à maternidade, produto dos sentimentos de culpa infantil, quer pelos ataques fantasiados à própria mãe, quer pelo desejo de ocupar o seu lugar.

A ANSIEDADE DO SEGUNDO TRIMESTRE

Neste período dá-se o impacto dos

movimentos fetais e a mulher vai sentir o feto como algo de concreto dentro de si, vai interpretar esses movimentos e vai atribuir-lhes características pessoais. Assim, o bebé pode ser imaginado como carinhoso se os movimentos forem percebidos como suaves, ou agressivo se percebidos com impressão de sobressalto e temor, algo de estranho e determinam a emergência de fortes ansiedades.

As mudanças corporais são evidentes e a ansiedade ligada ao medo do filho malformado, ao medo da morte no parto ou à angústia do próprio corpo disforme. Estes estados de ansiedade podem ser passageiros ou prolongados sob a forma de fobias, hipocondrias ou depressões.

A ANSIEDADE DO TERCEIRO TRIMESTRE

O nível de ansiedade eleva-se com a proximidade do parto. Período marcado por sentimentos contraditórios, vontade de ter o filho e terminar a gravidez e ao mesmo tempo vontade de a prolongar para adiar a necessidade de novas adaptações exigidas pelo nascimento do bebé.

Os movimentos uterinos e fetais que levam o bebé a colocar-se à entrada do canal de parto provocam intensa ansiedade inconsciente que pode traduzir-se em diversas manifestações psíquicas e somáticas.

A incerteza quanto à data do parto e o temor à morte adquirem características inconscientes e o parto é vivido como momento irreversível, imprevisível e desconhecido, sobre o qual não se tem controle.

As fantasias centram-se no temor à morte, à dor, ao esvaziamento, à castração, etc..

O parto marca ruptura brusca da relação íntima mãe-criança. Nele, a mulher revive o traumatismo do seu nascimento e experimenta grandes angústias e temores irracionais que têm a ver com o inconsciente colectivo e pessoal. Só ao «dar à luz» o que criou dentro de si, saberá se o seu interior estava intacto e se a sua mãe não a castigou pela sua maldade ou se ela própria prejudicou o seu filho.

Identificando-se com o filho revive através

dele a sua própria angústia de separação da mãe.

É ao longo da gravidez que a mulher deve fazer a individualização do seu bebé para que no momento da diferenciação do parto a separação física e emocional se integrem e o nascimento não seja sentido como perda de parte de si mesma e o filho considerado uma projecção ou extensão de si própria.

O período crítico de *stress* físico e psicológico não termina com o parto, o puerpério é período de emoções intensas e variadas que implicam novas transformações fisiológicas, da relação, ritmo e rotina familiar nem sempre antecipadamente previstas.

A mulher vai ter de fazer o luto do bebé imaginário para se relacionar com o bebé real. Se o sexo não corresponde ao desejado, sente-se decepcionada e pode haver rejeição consciente ou inconsciente. Confusas, e por vezes desesperadas algumas mulheres dizem-se «vazias» e verbalizam medos de não saber cuidar do seu bebé, de não o perceber, o que pode levar a comportamentos inadequados e sentimentos de incapacidade, de frustração e culpa por não demonstrarem amor suficiente ao recém-nascido aparecendo com frequência as depressões reactivas.

Estes são alguns aspectos psicológicos da gravidez, parto e puerpério, que se nos deparam ao longo do nosso trabalho de rastreio e apoio a mulheres grávidas internadas por várias situações fisiológicas numa maternidade. Estes aspectos são acrescidos pelas vivências do internamento e pelas múltiplas consequências que ele acarreta.

Pelo que nos é dado observar, a gravidez é um período de crise que provoca profundas mudanças psicológicas e somáticas na vida da mulher e no qual esta revive intensos conflitos, sonhos e fantasias quer da vida infantil quer da adolescência.

Para algumas mulheres este período está longe da imagem de beleza tranquila e sonhadora da «Primavera» de Botticelli ou da serena beatitude das imagens da Senhora do Ó.

A gravidez é um «feliz acontecimento» da vida da mulher com momentos de alegrias e

tristezas que afecta o seu corpo e toca os seus desejos e fantasias.

A presença do psicólogo na situação de internamento de uma grávida torna-se de extrema importância, sobretudo quando a mulher está fragilizada e não tem recursos internos suficientes para se confrontar e superar sòzinha as suas ansiedades, receios e fantasias face ao momento vivido. Neste período é importante que a mulher seja ouvida e compreendida na sua realidade psíquica interna, baseada em angústias irracionais, medos, dúvidas e mitos sobre a concepção, a gravidez e o parto.

Um conhecimento adequado do seu corpo, uma informação correcta sobre a evolução da gravidez e do parto ajudam ao fortalecimento dos mecanismos adaptativos do Ego e proporciona à grávida uma realidade externa securizante e racional.

Esta atitude securizante e de compreensão tem de passar por todo o pessoal técnico das enfermarias para que não se ouçam comentários culpabilizantes como: «O que é que quer mais, tem um bebé tão bonito e está a chorar...»

A securização e a compreensão da mãe são de vital importância na prevenção da saúde mental do recém-nascido.

BIBLIOGRAFIA

- Badinter, E. (1980). *L'Amour en Plus: Histoire de l'Amour Maternal*. Paris: Flammarion.
- Clerget, J. (1986). *Fantasmes et Masques de Grossesse*. Lyon: Presses Universitaires.
- Colman, A. (1971). *La Grossesse, Experience Psychologique*. Paris: Editions Robert Laffont.
- Crandon, A.J. (1979). Maternal anxiety and obstetric complications. *J. of Psychosomatic Research*, Vol. 23: 109-111.
- Cordeiro, J.C.D. (1982). *A Saúde Mental e a Vida*. Lisboa: Edições Salamandra.
- Deutsch, H. (1949). *La Psychologie des Femmes*. Paris: PUF.
- Langer, M. (1986). *Maternidade e Sexo*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- MacDonald, R. et al. (1963). Relations between maternal anxiety and obstetric complications. *J. of Psychosomatic Medicine*, XXV(4): 357-363.
- Maldonado, M.T. (1985). *Psicologia da Gravidez*. Petrópolis: Ed. Vozes.
- Reis, F. & Sequeira, A. (1982). *Fantasias maternas*

no pós-parto. *Psicologia*, III(1/2): 157-182.
Soifer, R. (1986). *Psicologia da Gravidez, Parto e Puerpério*. Porto Alegre: Artes Médicas.
Widlocher, D. *et al.* (1977). Les remaniements psychologiques au cours de la grossesse. *La Revue du Praticien*, XXVII(50): 3413-3416.

RESUMO

Este artigo faz uma breve síntese de alguns aspectos

culturais e psicológicos da gravidez salientando o papel do psicólogo clínico numa maternidade.

ABSTRACT

This article is a short synthesis of some psychological aspects of pregnancy. It does some references to social and cultural aspects and the job of clinic psychologists in a maternity.