

«Querer ser mãe... um longo caminho a percorrer!»

Um caso da consulta GEMF (Grupo de Estudos de Morte Fetal)

PATRÍCIA LUCAS (*)

Mas a maternidade... «requer que, mais do que desejar ter um filho se deseje ser MÃE!» (I. Leal, 1990)

1. INTRODUÇÃO

O comportamento materno implica todo o comportamento de uma mulher que aguarda um filho, as suas fantasias, expectativas e atitudes durante as várias semanas (mais ou menos 40 semanas) de gravidez, as suas fases de aproximação ao parto e o período subsequente.

Segundo Luísa Mascoli (1990), *«esperar um filho e em especial o primeiro filho é um dos acontecimentos mais importantes da vida da mulher e representa, sem dúvida, um desafio à sua maturidade e à estrutura da sua personalidade; é também uma oportunidade para o desenvolvimento de novas responsabilidades face a um novo ser, perante o qual a mulher se sente*

geralmente ligada desde o início, por uma relação de dependência mútua e progressiva.»

Assim, estar grávida significa um enorme esforço físico (mudanças corporais, hormonais, metabólicas) e psicológico (momento do ciclo de vida que é vivenciado como um período de crise, reactivando conflitos do desenvolvimento precoce). O reajustamento necessário dos múltiplos mecanismos responsáveis pela manutenção do equilíbrio psíquico e biológico da mulher grávida consome parte da sua energia.

O facto da gravidez constituir uma situação crítica implica, por si só, a presença natural de um certo grau de ansiedade, porém, se por motivos vários existirem dificuldades e/ou probabilidades de se observarem complicações obstétricas (ex: mortes fetais), gera-se um grau de ansiedade mais intenso.

Vários estudos apontam que o processo de gravidez em mulheres que já vivenciaram insu-

(*) Psicóloga Clínica. Estagiária no Departamento de Psicologia Clínica da Maternidade Dr. Alfredo da Costa, Lisboa.

cessos em anteriores gestações (mortes fetais) significa um duplo esforço para a manutenção do equilíbrio físico e psíquico, já que a situação de uma nova gravidez, após uma ou mais mortes fetais implica sempre a existência de ansiedade que se exprime de formas diferentes de mulher para mulher (J. Roy, F. Molinet, J. L. Viala, *et al.*, 1988).

A nossa sociedade sempre aceitou como praticamente normais as dificuldades e/ou complicações da gravidez e do parto, no entanto, ultimamente o número crescente de investigações na área comprovaram que estas dificuldades são a consequência de conflitos psicológicos e, por isso, acessíveis a meios psicoterapêuticos (M. Langer, 1986).

Durante a gravidez e parto, a mulher repete a sua relação primitiva com a própria mãe. Hélène Deutsch (cit. M. Langer, 1986), interpreta este facto como consequência de uma dupla identificação, ou seja, a mulher grávida identifica-se com o feto, revivendo a sua própria vida intra-uterina. O feto representa para o inconsciente da grávida a sua própria mãe e especialmente o seu superego materno e assim a relação ambivalente com a mãe é revivida com o futuro filho.

Tendo em consideração o reactivar dos conflitos passados, é provável também o reavivar dos conflitos relativos à sua própria identidade sexual: a mulher deixa de ser filha para se tornar mãe.

2. MORTE FETAL (IN UTERO)

As mortes «in utero» ocorrem obviamente durante a gravidez e estão relacionadas com complicações obstétricas durante a mesma.

São casos cada vez mais raros (8% a 12%) nas sociedades actuais dado o desenvolvimento tecnológico no campo da medicina, mas constituem sempre um acontecimento traumatizante na vida da mulher (de ambos membros do casal) sendo reavivado numa gravidez posterior, que obstetricamente é considerada de imediato de «alto risco».

Estas gestações são objecto de um seguimento particular que deve começar mesmo antes da concepção da nova criança (autópsia, diagnóstico genético...) e são frequentemente vivenciadas com um alto índice de angústia decorrente

do conflito existente entre a gravidez actual e o trabalho de luto da criança precedente.

J. Roy, F. Molenat *et al.*, entre 1983 e 1985 elaboraram um estudo com 21 grávidas que tinham pelo menos um antecedente de morte fetal na sua história obstétrica e constataram que estas mulheres podiam apresentar três níveis diferentes de angústia no decorrer de uma nova gravidez (estado de adaptação com humor ansioso, estado de ansiedade generalizada e estado de pânico).

Estes três níveis, semiologicamente poderão desenvolver-se no sentido do estado de pânico que será o ultimo a ser atingido.

3. O LUTO POR MORTE FETAL

A perda de um bebé «in utero» é sentida como semelhante à morte de um ser querido e é frequentemente associada a consequências psicológicas a longo termo.

O luto desse bebé é pois, um período crítico na vida da mulher quando se defronta com tais situações. É vivido com grande sofrimento emocional, o que necessariamente implica reajustamentos psicológicos, familiares e individuais, os quais são vividos com dificuldades.

A mãe durante a gravidez idealiza o seu bebé e a sua relação com ele, preparando-lhe um espaço psicológico e físico, fantasiando os mínimos pormenores. Com a perda desse bebé imaginário que nunca passa verdadeiramente a real, algo se perde dentro dessa mulher (M. J. Correia, *et al.*, 1990).

Inevitavelmente, deprime-se e apela a mecanismos de defesa – deverá entrar na fase do luto normal (Coimbra de Matos, 1980), isto é, terá forçosamente de fazer o luto desse bebé fantasiado, perdido e expressar a sua dor, a sua angústia e o seu sentimento de culpa.

Este luto normal necessário na perda do objecto amado, se estiver ausente numa mulher que perde o seu recém-nascido, então é fonte de preocupação. Tal como o referido autor enfatiza, só passando por um estado de luto se pode sair da depressão e se pode permitir fantasiar de novo e procurar investir num novo objecto.

Segundo Kennell (1983, cit. M. J. Correia, *et al.*, 1990), neste processo estão envolvidas as seguintes fases reactivas:

- choque
- recusa
- tristeza e raiva
- equilíbrio
- reorganização.

Várias pesquisas elaboradas por A. Melody, M. A. Graham *et al.* (1987), sugeriram que as respostas dos sujeitos a um acontecimento traumático, como por exemplo um insucesso da gravidez por morte fetal, dependem do significado da «perda» para esses mesmos sujeitos.

Segundo as autoras, o significado da morte fetal, está correlacionado com três factores importantes: o maior ou menor desejo da mulher em relação à gravidez, o número de filhos existentes e a quem atribui a culpa pela perda sofrida.

Assim, os estudos efectuados concluíram, por um lado, que as mulheres que tiveram insucessos de gravidez por morte fetal deprimiam-se menos se já tivessem um ou mais filhos vivos. Provavelmente, ao saberem que podiam «dar à luz» um filho saudável, estas mulheres não sentiam a morte fetal como uma falha na sua capacidade reprodutiva.

Por outro lado, se a mulher fez uma atribuição de culpa do insucesso da gravidez a si própria, deprime-se mais facilmente do que se a atribuição da culpa foi feita a terceiros (equipa médica, Deus...).

Em relação ao desejo de gravidez, estes estudos não encontraram nenhuma correlação com os níveis de depressão.

4. CASO CLÍNICO

Dos vários casos de apoio psicológico que efectuei no âmbito da Consulta GEMF, escolhi um que me foi particularmente gratificante, quer pela aderência da utente ao apoio, quer pela duração e riqueza dos elementos recolhidos nas sessões.

Tomo ainda a liberdade de citar (entre aspas) algumas das verbalizações da utente ao longo dessas sessões, que me parecem relevantes para o enriquecimento do relato deste caso.

Maria, 32 anos, professora, casada há 10 anos com João, 34 anos, recorreu ao Departamento de

Psicologia num dia do mês de Outubro de 1995, grávida de sete semanas, manifestando desejo de iniciar um apoio psicológico durante esta gestação, que foi considerada desde o início, em termos médicos, como de «alto risco».

Para Maria, esta era a terceira gravidez e estava a ser vivenciada como um momento de crise dada a existência de dois insucessos anteriores por morte fetal de causa desconhecida (às 33 e às 31 semanas). As duas gestações anteriores não foram seguidas na Maternidade Dr. Alfredo da Costa (M.A.C.) e Maria nunca tinha sido vista ou seguida pela Psicologia.

Nesta terceira tentativa estava a ser seguida pela equipa de Estudos de Morte Fetal da M.A.C., que iniciou nesta mulher determinado tratamento que se esperava resultasse num êxito.

Segundo Maria, esta seria a última tentativa que realizaria no sentido de «ser mãe biológica» – «Não posso continuar a matar crianças...»; «No insucesso anterior, quando cheguei a casa sentia-me tão suja que enchi a banheira de água e permaneci horas lá dentro...», revelando assim uma certa culpabilidade latente, embora ao nível do consciente esta culpabilidade fosse projectada para as equipas médicas que a assitiram.

Penso ser importante debruçar-me agora um pouco sobre alguns dados da vida e da história familiar desta utente, que julgo terem uma certa relevância para compreender os determinantes de seus insucessos.

Maria pertence a uma família numerosa e unida, que funciona em «bloco», da qual recebe todo o apoio necessário e até, por vezes, uma exagerada superprotecção. – «Sempre que podemos reunimo-nos todos, telefonamo-nos com frequência e estamos pendentes dos problemas de cada um.»

É a terceira de quatro irmãos (duas irmãs e um irmão), todos casados e com descendência.

Refere que o casamento dos pais sempre foi harmonioso, sem conflitos e com muito amor.

O pai de Maria era marinheiro, de raça negra e por obrigações laborais passava longas temporadas no mar. O tempo que passava em casa não era muito, mas era sinónimo de bem-estar para a família. Faleceu há cerca de quatro anos. A morte do pai foi uma situação extremamente dolorosa para Maria e com a qual ainda parece ser difícil de lidar. O pai parece ser uma figura

que embora fisicamente ausente (mesmo em vida), está muito idealizada.

A mãe, de raça branca, sempre trabalhou fora de casa (chefe de refeitório), tendo delegado na filha mais velha o cuidado dos irmãos. A mãe de Maria é descrita por esta como uma pessoa muito organizada, que lutou para criar os filhos praticamente sozinha. – «As coisas práticas são sempre com a minha mãe.»; «A minha irmã mais velha é como uma segunda mãe. Quando precisávamos de algo recorriamos a ela. Ainda hoje é assim.»

A figura materna aparece, pois, como uma figura de autoridade, sempre citada em termos funcionais e não emocionais, revelando alguma incoerência no investimento da relação mãe-filha.

O marido de Maria provém de uma família pouco estruturada (pais divorciados/relações conflituosas). A mãe de João nunca aceitou o casamento do filho. Actualmente, apenas mantém contacto com o pai. Citando Maria: – «O meu marido entrou em ruptura com a mãe...»; «A mãe tem problemas de racismo e por minha causa, abandonou o filho...»; «O meu marido está totalmente integrado na minha família, sente-se muito querido.»

Em termos do relacionamento conjugal, Maria refere que após dez anos de casamento «ainda somos como namorados, nunca discutimos». A relação com o marido parece marcada pela fantasia que ela faz do relacionamento «perfeito» dos pais.

A sua única mágoa é a incapacidade para gerar um filho vivo, o que faz com que se sinta sempre inferior às outras mulheres e com sentimentos de culpa perante o marido, que deseja muito um filho.

Este desejo de ter um filho para «dar» ao marido que adora crianças, é algo referido com frequência ao longo das sessões. – «Penso que não devo privar o meu marido desse desejo.»; «Era capaz de me retirar da sua vida para ele poder realizar esse objectivo com outra mulher.»

Após este breve resumo do contexto pessoal, familiar e conjugal de Maria vou abordar um pouco mais o desenrolar das sessões deste longo apoio psicológico (cerca de sete meses), onde penso que posso destacar três grandes momen-

tos, que coincidem mais ou menos com os três trimestres de gravidez.

Durante os três primeiros meses, além de consolidarmos aquilo que eu penso ter sido uma boa relação terapêutica, pude compreender a globalidade do problema que desencadeou a necessidade deste apoio, sendo compartilhados e trabalhados em cada sessão os insucessos anteriores, a morte do pai (ainda muito presente), dados da história familiar, profissional, conjugal e ainda aspectos da gravidez actual, sobre a qual Maria estava muito centrada.

A utente apresentava-se em cada sessão muito ansiosa, angustiada, emocionando-se sempre que se abordavam aquilo que eu chamaria de «lutos mal conseguidos», ou seja, os insucessos anteriores e a morte do pai.

Em nenhum destes momentos de crise ela lidou com a situação, já que era sempre muito protegida pela família ou pelo marido. No que diz respeito aos insucessos, nunca viu ou tocou em nenhuma das crianças, todos os aspectos burocráticos (funerais, papéis) foram tratados pela família, as roupas e objectos dos bebés foram retirados antes da sua volta a casa, no pós-parto.

A morte do pai foi vivenciada praticamente da mesma forma, e após quatro anos ainda não foi capaz de visitar o túmulo do pai.

Assim, o processo de gravidez actual estava a ser vivido com um alto nível de ansiedade e angústia dado existir um conflito entre esta gestação e o trabalho de luto das crianças precentes. As situações traumáticas mal resolvidas no passado, foram reavivadas no decorrer desta gravidez e Maria apesar de possuir alguns recursos internos, sentia-se nesta altura incapaz de fazer uso deles, dado apresentarem-se muito debilitados.

Considero, ainda, importante fazer referência à ligação de Maria com o bebé imaginário durante este período. Em relação ao sexo do bebé, a utente não mostrava qualquer preferência, embora, certa vez, tivesse comentado que gostaria de dar à luz uma menina, só para ser diferente das anteriores gestações, das quais resultaram sempre fetos masculinos. – «Gostaria que tudo fosse diferente das situações anteriores...»; «Até em termos de rituais, estou a fazer tudo diferente. Ainda não comprei nada e não vou arranjar nada para o bebé com antecedência.»

Maria sempre conseguiu imaginar o seu bebé, mas não conseguia definir um rosto nesta fase e

este facto preocupava-a. Notei também, com alguma frequência que as referências à criança eram sempre feitas em termos hipotéticos. - «Se o bebé nascer...»; «Se esta gravidez tiver sucesso...», como se não acreditasse no êxito desta gestação.

No segundo trimestre de gravidez, ou seja, no segundo grande momento que considerei nesta gravidez, penso que destacaria a grande necessidade de Maria de se referir aos exames médicos a que era submetida periodicamente.

A ansiedade neste período tinha um cariz oscilatório, ou seja, aumentava consideravelmente nos dias que precediam as consultas médicas e a comunicação dos resultados dos exames e entrava em fase descendente após as consultas e o apoio psicológico (que geralmente coincidia com o dia das consultas médicas).

Existiram dois momentos particularmente críticos durante este segundo trimestre, que foram, por um lado, o diagnóstico de citomegalovírus em determinada análise e, por outro, uma ameaça de parto pré-termo. As dificuldades para lidar com a ansiedade acentuaram-se, agravado pelo facto de Maria não partilhar com o marido estas situações mais complicadas. - «Não quero preocupá-lo... ele anda tão feliz.»

Pude perceber que no seio deste casal não existe partilha das grandes questões e emoções, talvez devido às dificuldades de Maria em lidar com o sofrimento.

Mais tarde, veio-se a confirmar um erro em relação ao diagnóstico do citomegalovírus e a equipa médica garantiu a Maria que a gravidez decorria sem complicações e o bebé apresentava-se sem problemas. A utente relaxou um pouco mais e verifiquei algumas alterações graduais positivas na forma de lidar com a ansiedade, orientando os seu tempo livre com actividades como a leitura, trabalhos de computador, que a descentralizavam um pouco da preocupação constante com o decorrer da gravidez e com a constatação dos movimentos fetais.

Maria começou gradualmente a vivenciar a gravidez como algo que seria possível ser levado até ao fim sem problemas e as referências ao bebé passaram a ser feitas com perspectivas futuras. - «Quando o bebé nascer...»; «Estamos a pensar decorar o quarto...»; «Resolvi mexer pela primeira vez nos enxovais dos bebés anteriores...

foi importante fazer isto.»; «Escolhi o nome para o bebé... é M...».

Um aspecto que, também, considerei relevante neste período, foi a decisão de Maria de visitar finalmente o túmulo do pai na companhia da família, dando assim um passo importante na elaboração deste luto.

Outro facto importante deste segundo trimestre foi o início dos movimentos fetais (já referidos anteriormente). Maria tornou-se algo dependente destes movimentos, que coincidiram também com uma grande actividade onírica da utente, que já me tinha revelado «ter medo de sonhar» porque antes de acontecerem as mortes fetais anteriores sempre tinha tido sonhos nos quais se via dar à luz, mas nunca aparecia nenhuma criança. «Eram sonhos promonitórios...»

Citarei agora dois sonhos relatados durante este período e que me parecem ser reveladores da problemática desta mulher.

«Sonhei que estava numa sala com uma amiga. Olho para a minha barriga e vejo uma costura ensanguentada. Pergunto então pela criança, mas a minha amiga não sabe onde está. Entram entretanto muitos médicos nessa sala mas não me ligam pois cantam e fumam como se estivessem numa festa. Levanto-me e aos tropeços percorro corredores e corredores até que entro numa cozinha suja, onde está uma mulher desgrenhada que me pergunta: - «É a mãe do M..., vou buscá-lo!»

«Certa vez sonhei que estava com o meu marido numa casa de campo que não conhecia. Chovia muito. Vi então chegar a minha família. A minha irmã mais velha trazia o meu bebé ao colo. Saí a correr e fui ao encontro deles com um guarda-chuva. Agarrei o bebé para o ver e levei-o para dentro. Entreguei-o ao meu marido porque me lembrei de que tinha algo a fazer.»

Analisando os sonhos e inferindo um pouco sobre eles poderia pensar que no primeiro sonho aquela mulher desgrenhada poderia ser a imagem interna algo desfavorável que ela tem da figura materna e no segundo sonho está bem patente as dificuldades ao nível da capacidade materna desta mulher, ou seja, o filho é-lhe trazido pela irmã mais velha, afinal um substituto materno, e é de imediato entregue ao marido, sen-

tindo-se Maria como se tivesse cumprido a sua missão: «Oferecer um filho ao marido.»

No último trimestre de gravidez, o nível de ansiedade voltou a atingir níveis altos dado a proximidade das 30 semanas de gestação, um marco crítico para esta mulher, dados os insucessos anteriores terem ocorrido às 31 e 33 semanas.

A grande obsessão de Maria neste período é o internamento imediato na Maternidade. – «Preciso de ser internada, porque senão fico maluca.»; «Tenho muito medo que aconteça algo ao bebé...».

É como se já não fossem suficientes as consultas médicas periódicas. Ela precisa de se sentir dentro da Maternidade. A instituição aqui funciona como a representação materna, dentro da qual ela se sente segura e protegida.

«A médica disse-me que me vão tirar o bebé às 35 semanas.»; «Espero que o tempo corra rápido, pois só me querem internar nessa altura.»

Porém, ao atingir as 31 semanas, Maria foi mesmo internada com sinais evidentes de parto pré-termo, que desapareceram algumas horas após o internamento!!

A partir desta fase, o setting terapêutico do nosso apoio mudou. Passei a fazer as consultas na enfermaria de grávidas junto à cabeceira da utente, até ao fim da gravidez.

Por volta das 33 semanas, a equipa médica informou Maria de que desejavam prolongar o momento do parto até às 38 semanas, facto esse que desencadeou grandes níveis de ansiedade na utente. – «Já me tinha mentalizado que o bebé nascia às 35 semanas.»; «Para quê prolongar? Ainda acontece alguma coisa ao bebé.»

Assim, às 35 semanas e 2 dias e depois de um CTG ter mostrado que algo anormal se passava com o bebé, Maria foi submetida a uma cesariana de urgência, nascendo como estava previsto um rapaz, que apesar de prematuro dado o número de semanas, apresentava peso normal, o que lhe permitiu não «visitar» a sala de prematuros e voltar para casa com os pais após os cinco dias que Maria teve de permanecer na Maternidade.

Durante os dias de permanência da utente na M.A.C., tive a oportunidade de observar a relação de Maria com o bebé, parecendo existir uma boa interação mãe-filho.

Concluindo, posso dizer que esta nova gravidez de Maria surge uma vez mais como um grande período de reactivação de conflitos. Penso que um dos conflitos consiste na persistência de seus desejos infantis de carinho e atenção, que a relação com a mãe na infância não lhe permitiu usufruir. O pai embora fisicamente ausente está muito idealizado.

Maria parece reivindicar ao nível inconsciente os seus direitos infantis e não pode decidir-se a renunciar a eles sendo mãe por sua vez, dado que transformar-se em mãe significa para ela deixar definitivamente de ser filha.

Aparece-nos, então, também o reavivar de um conflito relativo à própria identidade sexual, ou seja, a mulher que deixa de ser filha para se tornar mãe.

Este aspecto poderá ter a ver com dificuldades que se poderão expressar numa incapacidade de ser mãe, manifestando-se no plano somático com representação psíquica (M. J. Correia, *et al.*, 1990).

Assim, Maria não proporcionaria o meio intra-uterino adequado a um desenvolvimento físico saudável do bebé, exprimindo as suas tendências hostis em relação a ele, rejeitado pelo seu inconsciente.

Esta problemática ligada à imagem precoce da sua identidade sexual e também, como não, da sexualidade em geral tem repercussões em vários fenómenos, entre os quais o da morte fetal.

Tomando em consideração tudo o que foi exposto até aqui, podemos verificar que a intervenção do psicólogo clínico nestas situações se reveste de importância, pois a criação de um clima facilitativo, através de uma escuta empática e activa poderá permitir não só trabalhar os conflitos intrapsíquicos como também a verbalização da agressividade, da culpa, das fantasias relativas à origem e consequências do problema e consequentemente, a resolução dos sentimentos de luto, permitindo o vivenciar de uma nova gravidez de forma mais saudável.

Neste caso clínico, a orientação que estabeleci em termos de trabalho a realizar com esta utente ao longo do apoio centrou-se em três aspectos que considerei importantes: o conter da ansiedade, procurando descentralizar a utente do processo de gestação, o trabalhar os lutos mal elaborados no sentido de se completarem e de haver um reequilíbrio de forma estruturada e ainda o

trabalhar os conflitos intrapsíquicos da infância (relação mãe-filha, pai-filha).

Por outro lado, procurei sempre manter o maior contacto possível com a equipa médica da consulta GEMF no sentido de me ir informando do caso em termos médicos e de ir dando algumas indicações que, por sua vez, também pudessem ajudar a equipa a lidar com esta utente.

Penso ser importante continuar a seguir esta utente, agora de forma mais esporádica, no sentido de poder avaliar a interacção mãe-filho a fim de determinar as repercussões eventuais das anteriores mortes fetais na actual relação de Maria com o seu bebé e assim poder trabalhar a superprotecção que me parece evidente existir sobre esta criança por parte de Maria e de todos os membros da família.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ferreira, L. M., Correia, M. J. *et al.* (1990). O luto por morte perinatal e/ou malformação do bebé. *Análise Psicológica*, 8 (4), 399-402.
- Graham, M. A., Thompson, S. C. *et al.* (1987). Factors affecting psychological adjustment to a fetal death. *American Journal Obstet. Gynecol.*, 157 (2), 254-257.
- Langer, M. (1986). *Maternidade e sexo*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Mascoli, L. (1990). Fantasias, atitudes e ajustamento materno ao primeiro mês de vida da criança: Abordagem psicológica a puérperas em isolamento e no pós-parto distóxico. *Análise Psicológica*, 8 (4), 377-388.
- Matos, A. C. (1980). Sobre a depressão. *O Médico*, 97, 363-370.
- Roy, J. *et al.* (1988). Grossesses survenant après une mort périnatale. *Journal Gynecol. Obstet. Biol. Reprod.*, 17, 75-82.
- Soifer, R. (1980). *Psicologia da gravidez, parto e puerpério*. Porto Alegre: Artes Médicas.

RESUMO

A perda de uma criança «in utero» pode ser uma experiência trágica para a mulher. O objectivo deste artigo é tentar abordar esta questão e examinar os resultados do apoio psicológico numa futura gravidez após um ou mais insucessos por Morte fetal, dando como exemplo a análise de um caso clínico.

Palavras-chave: Morte fetal, luto, caso clínico.

ABSTRACT

The loss of a child «in utero» can be a tragic experience. The purpose of the present article is to examine the effectiveness of psychological intervention in the adjustment to a fetal death and to a pregnancy after a fetal death, focusing on a clinical case.

Key words: Fetal loss, grief, clinical case.