

Gestação, Parto e Puerpério

*Aida Zimmermann, Heloisa Zimmermann,
Jacques Zimmermann, Fernando Tatsch, Cristina Santos*

É muito importante o conhecimento dos aspectos emocionais relacionados à gravidez, ao parto e ao puerpério, uma vez que essas fases são cruciais para a saúde do bebê e para o desenvolvimento das relações familiares. Nesse contexto, a equipe de saúde pode realizar um bom atendimento orientando adequadamente a gestante e seu companheiro. Neste capítulo, serão abordados a gravidez, o parto e o puerpério, salientando-se os aspectos emocionais sadios mais relevantes.

A GESTAÇÃO

Há um consenso de que a gestação protege a mulher das doenças mentais, exceto na adolescência, quando pode aumentar o risco de várias atuações, inclusive o risco de suicídio, pelas dificuldades em lidar com as exigências conseqüentes. Entretanto, esse quadro melhorou muito depois do advento da contracepção e dos suportes sociais disponíveis.

A gravidez é um evento único, no qual alterações metabólicas e hormonais causam mudanças estruturais que influenciam o comportamento. Qualquer pessoa identifica uma gestante pela barriga desproporcionalmente grande; porém, um observador um pouco mais atento também verificará uma forma diferente de pensar e agir.

O instinto de ser mãe está presente em todas as fases da vida da mulher, contribuindo no seu modo de ser, pensar e agir, fazendo parte da psicologia feminina. É difícil determinar até que ponto esse modo é inato e até onde é estimulado social-

mente. Ao brincar com bonecas, as crianças demonstram a precocidade com que ele se manifesta, sendo notável a espontaneidade com que elas, já aos dois ou três anos, abraçam, repletas de afeto, seus filhos imaginários.

A mulher que teve um desenvolvimento infantil e uma adolescência saudáveis, guardando lembranças afetivas dos pais como modelos, provavelmente formará uma família bem-estruturada e poderá contar com o apoio e o amor do companheiro. Assim, as dificuldades desse evento vital serão minimizadas. Entretanto, não se pode afirmar que gestantes saudáveis sejam apenas as oriundas de famílias bem-estruturadas, pois esse não é o único fator responsável por um desenvolvimento adequado. Gestantes vindas de famílias funcionais podem vivenciar experiências desagradáveis durante a gestação, sendo o inverso também verdadeiro.

No início da gestação surge o sentimento de ter-se tornado finalmente "mulher". A gestante está inebriada com a percepção de algo semelhante a poder, capacidade, realização; já não é mais uma menina mas uma mulher. Assim, no primeiro trimestre, apesar de todos os temores, sente-se plena e orgulhosa. A gravidez representa, para a maioria das mulheres, uma questão fundamental, que dá significado e equilíbrio a suas vidas. A maternidade e a fertilidade são muito valorizadas em nossa cultura, de forma que, muitas vezes, a importância da pessoa fica ligada à sua capacidade de procriar.

Muitas mulheres nunca se sentem sexualmente satisfeitas enquanto usam métodos anticoncepcionais. A fertilidade eleva sua auto-estima e aumenta o respeito e a atenção que recebem do companheiro, da família e da sociedade. A grávida sente-se "com o rei na barriga". O bebê pode vir a ser o Messias, o presidente da república, um ídolo, etc.

Espera-se das mães um relacionamento próximo e afetivo com seus recém-nascidos, o que ocorre em mulheres psicologicamente saudáveis, que atravessaram a gestação superando adequadamente as ansiedades e as fantasias. Torna-se necessária, então, uma revisão sobre os eventos ansiogênicos, os mecanismos por meio dos quais as fantasias são elaboradas e a sua relevância no relacionamento materno-infantil. As principais elaborações psíquicas giram em torno de:

1. representações da gestante como mulher e mãe;
2. fantasias a respeito do filho e da sua identidade futura;
3. antecipações de dificuldades profissionais e no relacionamento com o marido;
4. medo da própria morte e/ou do bebê no parto, bem como de malformações.

Durante a gestação, podem-se identificar períodos em que prevalecem determinados sentimentos. Fica clara a associação entre a percepção da gravidez e o início de um período atribulado, no qual temores, ansiedades e alegrias estarão constantemente presentes e refletidos na conduta da gestante.

A confirmação da gravidez sempre desperta ansiedade, mesmo em gestações planejadas. Para compreender melhor esse sentimento, é necessário ter-se em men-

te a importância do relacionamento precoce entre pais e filhos e a infância da futura gestante.

As elaborações psíquicas não são necessariamente entendidas de modo racional. Pelo contrário, são percebidas apenas como um desconforto, um certo nervosismo. Os temores presentes durante toda a gestação mobilizam defesas importantes, como negações, somatizações e reações maníacas. É necessário enfatizar que as manifestações psicossomáticas costumam ser reduzidas se a gestante for devidamente esclarecida a respeito dos eventos aos quais está sujeita em decorrência da gravidez, de modo que um apoio psicológico e afetivo pode trazer ganhos significativos.

A gestação é marcada pela ambivalência dos futuros pais, que tendem a sentir-se vigorosos por serem férteis, mas angustiados pelas perspectivas de profundas alterações em suas vidas, já que a gravidez é o prenúncio de uma nova fase da vida de ambos. As fantasias de prazeres idílicos desencadeados pela maternidade e paternidade são contrabalançadas pela realidade das dificuldades surgidas pela chegada de um bebê, centradas nas restrições da independência dos futuros pais. Considera-se uma importante tarefa do profissional da saúde fazer com que eles percebam que tal ambivalência é natural para que a ansiedade e os sentimentos de culpa desnecessários não aumentem ainda mais.

Assim como se verificam alterações na gestante, seu companheiro também as apresenta, principalmente as psicológicas, originadas em fantasias. Para que se possa compreender tais fantasias, é necessário retornar às etapas mais precoces do desenvolvimento do homem, período em que ele se identificava e competia com seu pai no objetivo de ganhar o amor e o carinho da mãe. Esse sentimento de triunfo, associado à perda da forma física da companheira e aos temores de lesão ao feto, leva-o a afastar-se sexualmente da mulher, sendo que alguns homens, nesse momento, procuram relacionamentos extraconjugais. Espera-se que o homem consiga entender e diferenciar as relações edípicas do relacionamento matrimonial e que possa manter-se próximo e afetivo durante toda a gestação. No entanto, muitas vezes isso não ocorre, e o marido apresenta desde uma discreta diminuição do interesse sexual até uma completa indiferença em relação à gestante. Somando-se aos problemas do relacionamento recém-descritos, existe quase sempre um distanciamento amoroso da gestante em relação a seu companheiro, pois seu afeto está direcionado ao bebê e não mais apenas ao marido. O resultado é uma sensação de frustração e abandono experimentada pelo homem, que deverá aprender a tolerá-la. Nesses casos também são comuns as manifestações psicossomáticas, representadas por gripes, crises de asma, úlcera, etc.

A mãe sempre teve uma unidade natural com o bebê, mas o pai, nos tempos atuais, está cada vez mais envolvido com o desenvolvimento do seu filho. Os médicos incentivam e valorizam muito que o pai acompanhe o pré-natal, preparando-o para participar do parto. O futuro pai fantasia e vivencia as experiências que sua companheira está passando, observa a sua barriga aumentando, encanta-se com os primeiros sinais de vida do seu filho, sonha com o que fará com a "sua"

criança. Contudo, a gravidez e o posterior nascimento de um primeiro filho provocam mudanças fundamentais no relacionamento do casal, gerando profundas redefinições nos papéis familiares. Muitos casais não estão maduros para as modificações necessárias ao cuidado de um filho e precisam de assistência.

A gestante que já tem filhos pode verificar a animosidade dos mesmos, pois, com frequência, eles percebem a gravidez antes da mãe e sentem seu espaço ameaçado. O manejo dessa situação nem sempre é simples e sugere-se que, logo que possível, a gravidez seja comunicada para os outros filhos, a fim de que eles a compreendam. Ainda assim, podem ocorrer manifestações de intolerância e um comportamento regressivo, expresso por agressões à barriga da mãe ou por atitudes infantis para a idade. Além disso, cabe enfatizar a importância de deixar que eles saibam aquilo que é óbvio: o futuro irmão está na barriga da mãe e não no bico de uma cegonha.

Em geral, entre a 16^a e a 20^a semanas de gestação, são notados os primeiros movimentos fetais. Esses causam sobressalto e sentimentos de prazer e temor por algo estranho e insólito. Os movimentos fetais causam temores por representarem a dissociação entre mãe e feto. O feto não é mais apenas parte do corpo da mãe, mas um ser com movimentos próprios, cada vez mais independente. A gestante, até então deslumbrada com a sua condição de mulher completa e cumpridora de seu papel na sociedade, vê-se agora exposta ao ônus de ser mãe. Percebe que a euforia do início da gestação não é eterna, pois em breve dará à luz uma criança. Isso permite a elaboração de fantasias cada vez mais reais a respeito de seu papel na educação e no cuidado do filho, o que implica responsabilidades imensas.

Ao mesmo tempo em que os movimentos fetais impõem um limite entre a mãe e o feto, a mulher tem um sentimento de que o descendente representa a continuidade de seus genes, dando-lhe a idéia de perpetuação. A aproximação do parto aumenta os medos devido às fantasias de morte. O obstetra tem um papel decisivo ao tranquilizar a gestante, explicando os procedimentos realizados durante o parto e informando sobre as chances de eventuais complicações, relativamente raras.

Já nos primeiros meses, verificam-se alterações no corpo da gestante. Durante a gravidez, sua aparência ficará temporariamente alterada, pois aparecerão edema dos membros inferiores, varizes, seios aumentados e uma barriga incômoda que parece ter um crescimento sem limites. O que de fato gera preocupação é a possibilidade de ser rejeitada pelo companheiro, de não se sentir querida, desejada, uma vez que percebe que seu corpo não está mais tão atraente. O temor será maior se o número de relações sexuais diminuir após o início da gestação, o que frequentemente ocorre. Mais uma vez, torna-se essencial a atenção do médico assistente para identificar os problemas e orientar a gestante e seu companheiro. A manutenção das relações sexuais é, na medida do possível, recomendada, inclusive no último mês da gestação, pois, além de promover um alívio das ansiedades do casal, pelas sensações orgásticas, confirma seu sentimento de que se amam.

O crescimento da barriga provoca uma modificação no ponto de equilíbrio; logo, é necessária uma readaptação no modo de caminhar, de sentar e para a realização de qualquer movimento. Contudo, tal readaptação é prontamente aceita pela gestante.

Nos meses que precedem o parto, as dificuldades físicas acentuam-se, e, do ponto de vista psicológico, a mulher encontra-se em meio a um turbilhão de emoções. Por um lado, há a alegria associada ao nascimento do filho com a conseqüente satisfação do instinto materno e o alívio que o parto proporcionará. Por outro lado, as preocupações são cada vez mais intensas pela proximidade do parto e por reavivar os medos da gestante de ser mutilada ou morrer. Além disso, estão presentes sensações físicas desagradáveis, como peso no períneo, micções frequentes, compressão do estômago, diminuição da capacidade pulmonar, hemorróidas, etc.

Nessa época, a maioria das gestantes adquire a consciência da responsabilidade implicada em ser mãe. Junto a isso, imagens da aparência e do temperamento da criança invadem a mente da futura mãe, trazendo consigo temores de defeitos físicos. Em alguns casos, ocorre a parada dos movimentos fetais, sendo rapidamente associada a complicações e gerando verdadeiras crises de ansiedade. Porém, se a gestante perceber e aceitar os motivos que desencadeiam essas ansiedades, elas diminuirão. Mais uma vez, torna-se evidente a importância de um relacionamento franco e próximo do obstetra com a paciente, o que apenas é atingido se aquele estiver disponível e puder transmitir à gestante segurança e firmeza. O médico deve saber detectar os sinais de ansiedade da paciente para poder tranquilizá-la.

O período da gestação é crítico para a saúde do feto e do futuro bebê. É fundamental o acompanhamento pré-natal para que se possam evitar problemas permanentes futuros, tanto de origem materna quanto fetal.

É interessante que se faça uma consideração sobre uma situação especial. Quando a gestante é médica, está ciente das eventuais complicações que podem advir da gravidez e do parto. Isso determina uma carga extra de preocupações quando comparada às gestantes não-médicas; porém, o conhecimento paralelo dos manejos de tais complicações pode produzir um alívio parcial, se não total, das preocupações geradas.

O psicologista inglês Donald Winnicott acreditava que um ambiente que não é suficientemente bom poderia prejudicar o desenvolvimento do bebê. Winnicott (1956) descreveu um estado a que chamou de Preocupação Materna Primária, ponderando que, se não fosse pela gravidez, esse estado seria considerado uma doença, algo como um episódio esquizóide. Ele argumentava que uma mãe precisaria ser saudável tanto para desenvolver esse estado de Preocupação Materna Primária quanto para se recuperar dele. Winnicott o descreveu como um estado de sensibilidade aumentada da mãe, que iniciaria durante a gestação e continuaria por algumas semanas depois do nascimento da criança, deixando a puérpera mais identificada com o bebê e, assim, assistindo-o melhor.

Seria como se, durante toda a gestação, a mãe gradativamente fosse se identificando com o bebê para entendê-lo e saber o que ele está sentindo. Essa identificação torna-se ainda mais importante no período pós-natal, quando o filho não pode expressar suas necessidades. A mãe, então, "entenderia": "Ele está com frio, com fome, molhado". Nesse período, a mãe estaria muito regressiva, muito vulnerável, necessitando da proteção e do cuidado do companheiro, fundamental para a dupla mãe-bebê.

A gestação a termo representa o triunfo do instinto materno sobre todos os obstáculos que se ergueram durante os nove meses, e o bebê que nasce vem para corresponder às expectativas dos pais.

PARTO

Nas últimas semanas da gestação, há uma antecipação das fases do estresse que ocorrem durante o trabalho de parto. A primeira é representada pelo iminente afastamento do feto, que faz com que a mãe reviva ansiedades de separação, tema pessoas estranhas e o hospital. A segunda, que chega a um pico durante o trabalho de parto, é precedida pelos temores de ser ferida pelos movimentos do bebê. A terceira, também mais evidente durante o parto, refere-se à fantasia com relação à perda dos genitais, que seriam retirados junto com a criança.

Chegada a hora do parto, em meio à incerteza, surgem crises de ansiedade e reaparece o temor à dor, à morte, ao parto traumático, ao fórceps, à cesariana, ao filho disforme e à morte dele. Geralmente essas crises marcam o processo de apagamento ou preparação do colo do útero e o progresso das contrações efetivas para a descida da cabeça do bebê em busca da exteriorização.

Em condições normais, a culminância do processo de dilatação traz consigo uma modificação nas sensações corporais. O apoio da cabeça do feto no assoalho perineal e a conseqüente compressão do reto produzem um reflexo evacuativo que, além de surpreender e assustar, é doloroso. De acordo com a capacidade da mulher de reconhecer e situar o estímulo, o parto prosseguirá naturalmente até a expulsão, ou produzir-se-ão intensas dores motivadas pela contração dos músculos perineais.

Diante da decisão de internação hospitalar, o parto aparece como um fato concreto, irreversível. Há situações que exacerbam a ansiedade: o toque vaginal, a tricotomia, o enema. O toque torna-se especialmente ansiogênico porque é por meio dele que se verifica se há ou não uma dilatação adequada. Ele é sentido como se seu resultado fosse um prêmio ou um castigo: o prêmio é a internação; o castigo, ser mandada de volta para casa. O enema e a tricotomia são vividos como a penitência merecida pela prática da sexualidade e pela pretensão de ser mãe.

A futura mãe necessita de apoio e tranquilização desde a preparação para o parto e durante este, por parte de seu companheiro, de sua própria mãe, da parteira, da enfermeira ou do médico. É imprescindível que a paciente confie na equipe que a está atendendo. Com base nesse aspecto, afirma-se que o parto ideal é aquele assistido pela equipe médica que atendeu a gestante durante o pré-natal, situação difícil nos atendimentos da rede hospitalar pública.

A chegada à sala de parto provoca, em geral, outra crise de ansiedade com manifestações variáveis: psíquicas, físicas, no comportamento social, etc. Algumas pacientes se tornam agressivas com a equipe, como reflexo dos temores e das fantasias em relação ao parto. A fantasia da castração, sempre presente, manifes-

ta-se no temor à episiotomia, que costuma provocar um estado de alerta em relação a tudo que transcorre no recinto.

É crucial que, durante o trabalho de parto, a paciente não seja deixada sozinha. Ela deve ser acompanhada e incentivada a participar e cooperar o máximo possível. Essa participação é muito importante, pois dará à futura mãe uma sensação de competência. O uso de medicação tranqüilizante deve ser evitado ao máximo, tanto para manter a mãe consciente e cooperativa para o momento único do nascimento do seu filho, como para que este nasça alerta e em condições de formar os primeiros vínculos com sua mãe ainda na sala de parto. É importante salientar que os efeitos depressores sobre o sistema nervoso central do recém-nascido causados por essas drogas podem afetar o seu comportamento por até sete dias depois do nascimento.

Após o parto, os pais não demonstram qualquer decepção diante da constatação de que o seu bebê não corresponde ao modelo de perfeição, idealizado por todos os casais. Antes, os sentimentos predominantes são de alívio por terem obtido êxito, gratidão pelo fato de o filho ter nascido, êxtase por ele ser normal e uma sensação gloriosa de querer criar e abraçar aquela criatura pequenina e dependente.

Todos os pais esperam um parto normal e gratificante. Se participaram de cursos pré-natais, estarão ainda mais determinados em suas expectativas. Assim, o choque provocado pela necessidade de uma cesariana é seguido por uma importante decepção, encarada como um fracasso. De forma semelhante, os pais de bebês prematuros enfrentam uma espécie de reação de luto, sentindo-se incompetentes e culpados. É necessário que a equipe interfira e os ajude a entender e a aceitar o que realmente está acontecendo.

A partir do parto, a criança adquire vida própria, sendo expulsa do organismo materno e assumindo suas funções fisiológicas vitais. Por sua vez, a mãe começa a passar por um processo de readaptação ao estado de não-gravidez. Essas modificações bruscas podem ser complicadas, difíceis e dolorosas, o que torna o puerpério um momento muito delicado e importante.

Até aqui, apenas descrevemos a gestação a termo e os partos por via baixa. Entretanto, existem problemas de saúde materna ou fetal que podem acarretar a interrupção da gestação e alterar ainda mais o comportamento e o equilíbrio emocional da futura mãe e de sua família. As inseguranças e os temores quanto à anestesia, ao ato cirúrgico, às condições de saúde do bebê e da gestante angustiam toda a família e a equipe médica. É muito importante que a equipe fique tranqüila e explique de modo claro para a paciente, seu companheiro e familiares o que está ocorrendo, o que pretende realizar e o prognóstico, bem como que os mantenha informados sobre o que está ocorrendo no bloco obstétrico e a previsão do que está sendo esperado tanto para a mãe quanto para o bebê. Da mesma forma, assim que seja possível, deve-se deixar o pai ver a mãe e o bebê, informando sobre o que ocorreu e o que se pode esperar na evolução de ambos.

PUERPÉRIO

O puerpério inicia-se com a dequitação da placenta e tem duração variável conforme o enfoque: o puerpério legal dura 40 dias; o orgânico pode levar até 90 dias; o social, até 120 dias e o psicológico não tem um término preciso.

Essa é uma fase de grandes transformações, tanto orgânicas, pela involução das modificações que ocorrem durante a gestação, como emocionais, uma vez que a gestante se transforma em mãe e o feto "torna-se" real como filho. Soifer (1984) considera o puerpério uma situação de delimitação entre o perdido, que seria a gravidez, e o adquirido, representado pelo filho, e também uma delimitação entre os períodos caracterizados pela fantasia inconsciente e, após, pela realidade. De forma semelhante, Deutsch (1951) e Langer (1981) consideram o puerpério um período intermediário entre a gravidez e a vida normal, durante o qual o trauma da separação vivido pela mãe é diminuído pelo início da relação maternal com o filho.

A puérpera, como a gestante, apresenta fantasias a respeito da saúde de seu filho, sobre o futuro dele e medos (geralmente provocados por sentimentos de culpa inconscientes) de que alguma "mulher perversa" ou "bruxa" venha fazê-lo mal ou roubá-lo. Além disso, as dúvidas sobre a capacidade de cuidá-lo são muito predominantes. Por isso, toda mãe deve ser orientada quanto ao modo de segurar o bebê, de como olhá-lo e amamentá-lo, quanto às trocas de fraldas, etc. Esse apoio é essencial para a relação da mãe com seu filho e com ela mesma, uma vez que a insegurança pode afetar todos os processos envolvidos no puerpério.

O período de internação obstétrica é encarado diferentemente pelas mulheres: para algumas, significa agradáveis férias de responsabilidades, enquanto para outras representa uma prisão onde devem refrear seus desejos e impulsos maternos. Nessa confusão emocional observada logo após o parto, é freqüente a resolução das ansiedades por meio de defesas maníacas, caracterizadas pela diminuição do sono, da fome ou mesmo pela agitação das visitas no quarto da nova mãe. No entanto, isso não é de todo indesejado, já que muitas vezes, quando não ocorre esta situação de carinho e festejo, pode haver sintomas de depressão puerperal.

Nos casos em que a mãe tem alta hospitalar, e o bebê necessita permanecer internado, as ansiedades da mãe e dos familiares são muito grandes. A vontade de estar sempre com o bebê, amamentá-lo e o desconforto de ficar longe do lar um tempo considerável do dia desorganizam ainda mais a vida emocional da nova mãe. Atualmente, há serviços que valorizam a relação mãe-bebê, criando programas de auxílio para a amamentação e do tipo "mãe-canguru". Este auxilia mãe e pai a ficarem com o bebê em contato com sua pele, durante parte do dia, enquanto o bebê está hospitalizado.

No retorno para casa, ressurgem as dúvidas em relação à capacidade de tomar conta do bebê, dos (eventuais) outros filhos (que nessa fase apresentam manifestações de ciúme, agressividade ou depressão), do marido, da casa e dos demais afazeres ao mesmo tempo, o que também provoca ansiedade e depressão. Agora que não há mais a mesma quantidade de visitas como no hospital, a puérpera não consegue negar a depressão. Ela deve encarar sua casa e tarefas sozinha, no

máximo com a ajuda da sua mãe e/ou sogra. Nesse momento, é importante o apoio dos familiares e das amigas, pois a depressão é extremamente comum e ocorre nos mais variados graus.

Durante o puerpério, a mãe começa a cuidar de seu filho. Quando o bebê nasce, a puérpera já apresenta o desejo de alimentar, cuidar e ficar próxima dele. Ao identificar-se com o filho, a mãe pode regredir e repetir, em seu comportamento materno, suas experiências infantis. Essa regressão também serve para uma adequada compreensão do recém-nascido e um melhor estabelecimento dos vínculos com ele. Como dito anteriormente, a atitude da mulher como mãe depende de vários fatores: seu desenvolvimento, a identificação com a própria mãe, a aceitação do seu papel feminino e de mãe e suas experiências pessoais.

Ser uma boa mãe envolve um certo grau de maturidade psicossocial, e implica muito mais do que simplesmente nutrir o bebê. O recém-nascido, só pelo fato de sua existência, representa o preenchimento das necessidades receptivas da mãe, fazendo com que ela se sinta inteira e completa. À medida que a simbiose emocional pós-parto evolui, a mãe começa a individualizar-se novamente, tornando-se cada vez mais segura quanto à sua habilidade de amar e tomar conta de seu bebê.

Cuidar de seu filho envolve muitas tarefas que serão realizadas conforme a personalidade e experiência das mães. Muitas pedem ajuda e instruções, enquanto outras desejam resolver sozinhas as dificuldades, julgando assim construir fundamentos mais sólidos da sua competência como mães. Escalona observou, durante as primeiras seis semanas pós-parto, uma tendência nas puérperas a minimizarem seu desejo e necessidade de ajuda e explicou que isso ocorre em "obediência" a pressões culturais de auto-suficiência das mães. Além disso, interpretou esse fato como sendo uma negação dos desejos das mulheres de serem cuidadas por uma mãe. A mesma autora sugeriu que o entendimento dessa negação pode esclarecer e melhorar a capacidade das puérperas de lidarem com seus problemas de infância e, conseqüentemente, com seus filhos.

A amamentação é muito importante para a saúde do bebê. No entanto, podem ocorrer problemas que dificultam esse ato. A maioria é de origem psicogênica, gerada por ansiedade. Deutsch (1951) acredita que durante a lactação um cordão umbilical psíquico liga o seio da mãe à boca do bebê, e aí se implanta o conflito entre as tendências egoístas e altruístas da maternidade. O resultado desse conflito determina se a amamentação poderá ou não ser realizada. Observa-se que as mulheres com capacidade de amar os filhos sem temores, que não apresentam conflitos entre o "eu" e a tendência maternal e que não temem as sensações sexuais provocadas pela lactação geralmente amamentam com sucesso por tanto tempo quanto acharem necessário. As mães que amamentam sem experimentar essa função como um dever secundário referem que se sentem particularmente felizes durante esse período, não se preocupando tanto consigo mesmas, pois sua satisfação está completamente ligada ao bem-estar do bebê. Outro aspecto importante é o fato de a amamentação amenizar o trauma do nascimento, já que com ela a díade mãe-bebê permanece unida por mais tempo, tendo assim uma separação, por meio do desmame, mais lenta e menos traumática.

Todas as mães têm desejos e aspirações independentemente da sua função reprodutora. Hoje em dia, em nossa cultura, as mulheres costumam apresentar um modelo "masculino" de ideal de ego, ou seja, têm objetivos e oportunidades de trabalhar fora de casa, de ter atividade profissional, de ter independência econômica, etc. Tal situação lhes permite, por um lado, proteger mais os interesses de seu "eu", mas, por outro, dificulta o processo de amamentação e de cuidados com o bebê. É interessante observar o conflito nessa área, em que cada vez mais se dá oportunidades e estímulos às mulheres para que se desenvolvam em sua função reprodutora tanto quanto nas outras áreas, enquanto se exalta a ideologia da tendência maternal ativa, inclusive pelo regime de livre demanda de amamentação. Nota-se, então, que a sociedade aumenta o conflito interno: pede-se que a mulher renuncie parcialmente, ora em uma direção, ora em outra. Assim, compreende-se a insegurança que algumas mulheres sentem de serem mães e, ao mesmo tempo, continuarem a realizar seu trabalho fora de casa. Porém, esse feito pode ser realizado com sucesso por meio de manobras relativamente fáceis, desde que a mulher tenha disponibilidade emocional para dedicar-se à criança durante o seu tempo livre. Sem dúvida, um filho gera infindáveis mudanças na vida da mãe e do pai, mas com uma boa estrutura e com amor todas as dificuldades são superadas, e ocorre uma boa adaptação à nova vida, principalmente se o pai colaborar.

As visitas de felicitação são um costume muito antigo e difundido e constituem uma ocasião adequada para a puérpera mostrar sua casa, seus adornos e seu filho (sempre bem arrumado) para as amigas, parentes e vizinhas. E freqüentemente as mães fazem isso com o objetivo de despertar não apenas a admiração das visitantes femininas como também sua inveja. Essa é uma manifestação do elemento narcisista da mulher, que ainda não foi absorvido no seu amor pelo filho. Menos incisivamente, Danusa Leão (1992) refere em seu livro sobre regras de etiqueta que as pessoas que desejam visitar mulheres que tiveram filhos recentemente devem preparar-se para ouvir e falar apenas da criança (com quantos quilos e centímetros nasceu, como é esperto, rosado, tranqüilo, etc.), e aquele que não tiver tal disposição é preferível que não faça a visita, pois magoará a puérpera se "ousar" preferir falar sobre outro assunto. Dessa forma, o jogo entre o amor a si mesma e a preocupação com o filho é evidente e inconfundível durante os dias felizes, porém ansiosos, do puerpério.

A atividade sexual sempre deve ser considerada e, no caso da puérpera, merece uma importância ainda maior devido à falta de conhecimento geral, tanto em relação à duração da fase de abstinência (de cerca de duas semanas) quanto à anticoncepção durante a amamentação. Algumas mulheres se queixam de diminuição de desejo e satisfação sexual, o que pode ser explicado pelos altos níveis de prolactina necessários para a amamentação; no entanto, isso não traz consequências importantes, uma vez que, em geral, por volta da terceira semana tanto o marido quanto a esposa já sentem desejo sexual. Com freqüência, ambos têm medo de que a mulher se machuque durante a relação, o que, contudo, raramente ocorre.

O puerpério é uma fase difícil para o marido pela quantidade de frustrações e pelo profundo sentimento de abandono que gera. Isso é ainda mais marcante naquele que já se mostrava enciumado e regressivo durante a gestação, pois agora o seu

“concorrente” tornou-se real e consome a maior parte do tempo e da atenção da esposa. Como se isso não bastasse, ela está bem mais feia do que antes, não pode ter relações sexuais com ele e, freqüentemente, nem o quer. Por isso, são comuns as brigas e as relações extraconjugais nesse período, o que, por sua vez, fará com que o marido tenha dificuldades para voltar a ter relações sexuais com a mulher, pois estará sentindo-se culpado. Independentemente de como tenha evoluído o puerpério, o reatamento das relações sexuais geralmente é insatisfatório e frustrante. Tanto o homem como a mulher buscam resgatarem-se da regressão, porém esta ainda é muito profunda nos primeiros contatos e, portanto, geradora de muita ansiedade.

Problemas psicológicos são comuns nessa fase de vida tão importante e tão freqüentemente vista como uma crise. As mudanças repentinas que ocorrem no corpo da mulher podem ser vivenciadas por algumas como uma “castração”. Além das grandes expectativas em relação à produção de leite, à saúde e ao temperamento da criança e à sua capacidade de cuidá-la, sempre existem outros fatores que, geralmente, aumentam o estresse dessa fase. Para algumas mulheres, a cesariana é uma derrota para a sua auto-estima, como se elas tivessem falhado no seu dever de mulher por não terem tido parto normal. No caso das mães adolescentes, a internação obstétrica pode ser a primeira vez que elas se encontram afastadas da família, o que se soma à ansiedade de ter tido um filho tão jovem. Por toda esta “pressão” emocional, é muito comum que pessoas previamente sadias desenvolvam quadros psiquiátricos pós-parto, como a depressão (situação importante e predominante), e que pacientes em remissão de doenças psiquiátricas tenham uma recaída.

COMENTÁRIOS FINAIS

Em vista do que foi exposto, parece-nos que fica clara a importância da atenção da equipe de saúde para com esses aspectos da gestação, do parto e do puerpério, pois medidas simples podem representar a diferença entre uma gravidez bem-sucedida e um evento traumático na vida familiar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AMMANITI, M. Maternal representations during pregnancy and early infant-mother interactions. *Infant Mental Health Journal*, v.3, n.12, p.246-255, 1991.
- AMMANITI, M.; BAUMGARTNER, E.; CANDELORI, C.; PERUCCHINI, P.; POLA, M.; TAMBELLI, R.; ZAMPINO, F. Representations and narratives during pregnancy. *Infant Mental Health Journal*, v.2, n.13, p.167-192, 1991.
- BENEDECK, T. Motherhood and nurturing. In: ANTHONY, E.J.; BENEDECK, T. *Parent-hood: its psychology and psychopathology*. London: Little, Brown and Co; 1970. p. 53-166.
- BENEDECK, T. Fatherhood and providing. In: ANTHONY, E.J.; BENEDECK, T. *Parent-hood: its psychology and psychopathology*. London: Little, Brown and Co; 1970. p. 167-84.

- BENEDECK, T. The psychobiology of pregnancy. In: ANTHONY, E.J.; BENEDECK, T. *Parenthood: its psychology and psychopathology*. London: Little, Brown and Co, 1970. p. 137-152.
- BLUM, H. *Psicologia feminina*. 2.ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul (Artmed), 1982.
- BRAZELTON, T.B. *O desenvolvimento do apego: uma família em formação*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul (Artmed), 1988.
- BRODY, S. *Patterns of mothering: a study of maternal influence during infancy*. USA, International Universities Press Inc., 1956.
- CULPEPPER, L.; SHIELDS, S.G.; LOAFMAN, M. Maternal and child health. In: MENGEL, M.B.; HOLLEMAN, W.L. *Fundamentals of clinical practice*. New York: Plenum Publishing Corporation, 1997. p. 444-446.
- DEUTSCH, H. *La psicología de la mujer: maternidad*. Buenos Aires: Losada, 1951.
- HENTSCHEL, H. Puerpério e lactação. In: FREITAS, F.; MARTINS COSTA, S.; RAMOS, J.G.; PASSOS, E. *Rotinas em obstetrícia*. 2.ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul (Artmed), 1993.
- JESSNER, L.; WEIGERT, E.; FOY, J.L. The development of parental attitudes during pregnancy. In: ANTHONY, E.J.; BENEDECK, T. *Parenthood: its psychology and psychopathology*. London: Little, Brown and Co. 1970. p. 209-244.
- KAPLAN, H.; SADOCK, B. *Synopsis of psychiatry: behavioral sciences and clinical psychiatry*. 6th ed., New York: Williams and Wilkins, 1991.
- KLAUS, M.; KENNEL, J. *Pais-bebê: a formação do apego*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul (Artmed), 1993.
- KORIN, E.C.; WATSON, M.F.; MCGOLDRICK, M. Individual and family cycle. In: MENGEL, M.B.; HOLLEMAN, W.L. *Fundamentals of clinical practice*. New York: Plenum Publishing Corporation, 1997. p. 32-34.
- LANGER, M. *Maternidade e sexo*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul (Artmed), 1981.
- LEÃO, D. *Na sala com Danusa*. São Paulo: Siciliano, 1992. p. 50.
- LIDZ, T. *A pessoa: seu desenvolvimento durante o ciclo vital*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul (Artmed), 1983.
- SALMELA-ARO, K.; NURMI, J.E.; SAISTO, T.; HALMESMAKI, E. Women's and men's personal goals during the transition to parenthood. *J. Fam. Psychol.*, v.14, n.2, p.171-186, jun. 2000.
- SOIFER, R. *Psicologia da gravidez: parto e puerpério*. 3.ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul (Artmed), 1984.
- WIKMAN, M.; JACOBSSON, L.; JOELSSON, I.; VON SCHOULTZ, B.; Ambivalence towards parenthood among pregnant women and their men. *Acta Obstet Gynecol Scand*, v.72, n.8, p.619-626, nov. 1993.
- WINNICOTT, D. Preocupação materna primária. In: *Textos selecionados da pediatria à psicanálise*. Rio de Janeiro: Livraria Francisco Alves Editora S.A., 1978.