

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA
DO RIO DE JANEIRO



Márcia Herculano Velasco

**Da expectativa de vida à descoberta da morte:
a mulher diante da gestação molar**

Dissertação de Mestrado

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre pelo Programa de Pós-graduação em Psicologia do Departamento de Psicologia da PUC-Rio.

Orientadora: Profa. Andrea Seixas Magalhães

Rio de Janeiro
Março de 2013



Márcia Herculano Velasco

**Da expectativa de vida à descoberta da morte:
a mulher diante da gestação molar**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica do Departamento de Psicologia do Centro de Teologia e Ciências Humanas da PUC-Rio. Aprovada pela Comissão Examinadora a baixo assinada.

Profa. Andrea Seixas Magalhães

Orientadora
Departamento de Psicologia - PUC-Rio

Profa. Lidia Levy de Alvarenga

Departamento de Psicologia - PUC-Rio

Profa. Monica de Vasconcellos Dias

Instituto de Ciências da Saúde - UVA

Profa. Denise Berruezo Portinari

Coordenadora Setorial de Pós-Graduação
e Pesquisa do Centro de Teologia
e Ciências Humanas – PUC-Rio

Rio de Janeiro, 26 de março de 2013.

Todos os direitos reservados. É proibida a reprodução total ou parcial do trabalho sem autorização da autora, da orientadora e da universidade.

Márcia Herculano Velasco

Psicóloga e Bacharel em Psicologia pela Federação das Faculdades Celso Lisboa. Especialista em Psicologia Hospitalar pela Santa Casa da Misericórdia do RJ. Possui experiência na área da Psicologia Clínica e Hospitalar, trabalhando, desde 1998, na 33a. Enf./Maternidade da Santa Casa da Misericórdia do RJ e desde 2001, na Universidade Veiga de Almeida.

Ficha Catalográfica

Velasco, Márcia Herculano

Da expectativa de vida à descoberta da morte: a mulher diante da gestação molar / Márcia Herculano Velasco; orientadora: Andrea Seixas Magalhães. – 2013.

128f. ; 30 cm

Dissertação (mestrado) – Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Departamento de Psicologia, 2013.

Inclui bibliografia

1. Psicologia – Teses. 2. Gestação molar. 3. Perda gestacional. 4. Luto. I. Magalhães, Andrea Seixas. II. Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. Departamento de Psicologia. III. Título.

CDD: 150

Agradecimentos

À minha mãe (in memoriam) pela doação de seu corpo e vida para minha existência.

À vida, pela excepcional oportunidade de aprendizado e pela possibilidade de crescimento como pessoa.

Ao Prof. Paulo Belfort (in memoriam) pela oportunidade concedida a mim de trabalhar com as mulheres portadoras de gestação molar.

Um agradecimento especial a todas as mulheres que me permitiram estar ao lado em momento tão delicado do diagnóstico de gestação molar. Por me oferecerem também seus relatos íntimos, seus sofrimentos mais profundos, mas também suas esperanças.

Ao meu marido Jacques Nudelman, pela incansável paciência, tolerância com meu mau humor e cansaço.

Aos meus filhos Karina e Victor Velasco pela oportunidade de ser mãe.

À Professora Andrea Seixas pela paciência, tolerância aos meus limites e por todo o aprendizado.

À psicóloga Wania Castilho, pela amizade, carinho e afinidade. Nunca esquecerei as palavras de incentivo e preces constantes.

À psicóloga e amiga Rosane Mattos pelo apoio e ajuda na assistência as mulheres com gestação molar.

A todos os estagiários que ao longo do tempo puderam estar juntos, em equipe na assistência psicológica as mulheres com de gestação molar e por fazerem da minha ausência, fonte de autonomia e criatividade.

Às professoras e amigas Márcia Regina Costa, Lana Veras e Patrícia Figueredo pelo auxílio teórico, pela dedicação durante a escrita do meu texto.

À amiga Ana Maria Franqueira pelas palavras de incentivo e motivação durante todo o percurso e, certamente pelo resto da vida.

Às amigas Elisabete, Sandra, Sonia e Emília pelo carinho e acolhimento nos momentos de choro.

Ao revisor Marcos Ponciano, pela ajuda técnica, precisão e olhos cuidadosos na correção do texto.

Resumo

Velasco, Márcia Herculano; Magalhães, Andrea Seixas (Orientadora). **Da expectativa de vida à descoberta da morte: a mulher diante da gestação molar**. Rio de Janeiro, 2013. 128p. Dissertação de Mestrado – Departamento de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

As perdas gestacionais são intercorrências da gravidez que provocam significativa angústia emocional nas mulheres e a Doença Trofoblástica Gestacional (gestação molar) é uma das diversas patologias que implicam essa perda. A gravidez molar é considerada particularmente interessante para a nosso estudo por submeter as mulheres a dois eventos distintos: a perda da gestação, em virtude de severa má formação genética do feto; e a possibilidade de que a gravidez molar evolua para um tipo de câncer, que irá submeter a mulher aos rígidos protocolos do tratamento de Neoplasias. No Centro de Referência do Estado do Rio de Janeiro em Doença Trofoblástica Gestacional, na 33ª Enfermaria/Maternidade da Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro, onde trabalhamos desde 1998, são atendidas semanalmente cerca de 70 mulheres com Doença Trofoblástica Gestacional. Esta pesquisa tem como objetivo estudar as repercussões emocionais da vivência da mulher diante da gestação molar e suas implicações psicossociais. Para realizar tal intento, realizamos uma pesquisa exploratória de natureza qualitativa, entrevistando cinco mulheres que estavam em acompanhamento semanal no ambulatório de gestação molar referido e que haviam recebido o diagnóstico há 3 meses no máximo. A partir da análise de conteúdo do material discursivo coletado nas entrevistas, emergiram quatro categorias: 1) *Sentimentos e percepções*; 2) *Doença e o medo de morte*; 3) *Suporte familiar e do Centro de Referência* e 4) *Relação amorosa e desejo da maternidade*. Os relatos indicaram que a perda gestacional por mola é repleta de sofrimento pela doença adquirida levando a mulher a se sentir com menos-valia e fracassando em sua missão social concernente à perpetuação da espécie. Verificamos também que a família e o centro de referência, com destaque ao apoio psicológico, têm papel fundamental na prevenção das complicações da perda e do luto advindos da gestação molar. Além disso, constatamos que cada uma das mulheres impõe a sua singularidade ao processo de perda, o que deriva da relação particular com a sua gestação e com as expectativas do filho esperado.

Palavras-chave

Gestação molar; perda gestacional; luto.

Abstract

Velasco, Márcia Herculano; Magalhães, Andrea Seixas (Advisor). **From expectancy of life to the discovery of death: the woman facing the molar pregnancy.** Rio de Janeiro, 2013. 128p. MSc Dissertation – Departamento de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

Among the various pregnancy interurrences, the pregnancy loss causes, in women who experience the process, significant emotional distress. The Gestational Trophoblastic Disease is one of several diseases that implies on the loss of pregnancy. However, what makes the molar pregnancy of particular interest to our study, is its characteristic of submitting the women who suffer this disease to two different set of events: the loss of pregnancy itself, due to severe genetic malformations of the fetus, and to a further event, where the Molar Pregnancy usually evolves or implies in some kind of cancer, that consequently will submit it's patients to the strict protocols of treatment of neoplasms. Our experience with Gestational Trophoblastic Disease, comes from working, since 1998, at the reference center of the State of Rio de Janeiro to this disease, located at the 33th ward of the Maternity Hospital "Santa Casa da Misericórdia of Rio de Janeiro", where every week a group of about 70 women with Gestational Trophoblastic Disease are admitted and treated. This research aims to study the emotional impact on women facing the molar pregnancy disease and its psychosocial implications. To achieve this goal, we conducted a series of exploratory qualitative interviews, involving five women who were followed up weekly at the clinic of molar pregnancy, no more than three months after they had been diagnosed. The discursive material collected from the interviews was analyzed. From this analysis four categories of issues emerged : *1) feelings and perceptions; 2) fear of disease and death; 3) Family Support and Referral Center; and 4) Relationship and desire for motherhood.* We noted that each of these categories of issues imposes its uniqueness to the process of loss, which derives from the particular relationship with the pregnancy and with the expectations related to the expected child fed by the women . Moreover, the interviews indicated that the pregnancy loss caused by Trophoblastic Gestational Disease, is full in suffering related to the secondary disease acquired, causing women to experience the sense of Little-value and failure in their social role related to perpetuating the species. We also verify that the Family Support and Referral Center, with its emphasis on psychological support, plays a key role in preventing the complications of the loss and grief arising from molar pregnancy.

Keywords

Molar pregnancy; pregnancy loss; grief.

Sumário

1. Introdução	8
2. Maternidade como Papel Social da Mulher na Família	12
2.1. Identidade da Mulher: a Maternidade	15
2.2. A Maternidade na Contemporaneidade	19
2.3. Gravidez: suas etapas e significados na vida da mulher	22
3. Gravidez de Alto Risco	33
3.1. Parto Prematuro	34
3.2. Aborto	38
3.3. Morte Fetal	40
3.4. Gestação Molar	44
3.4.1. Diagnóstico	48
3.4.2. Procedimentos Clínicos	49
3.4.3. Acompanhamento Ambulatorial	51
3.4.4 . Malignização da Gestação Molar	53
4. O Processo de Adoecimento, Morte e Luto	56
4.1. A Comunicação do Diagnóstico de uma Doença Grave	62
4.2. Sistemas de Suporte diante da Doença	68
4.2.1. Suporte do Serviço de Psicologia do Centro de DTG do RJ	68
4.2.2. A Família como Suporte	70
4.3. Sobre a Morte	74
4.4. Luto	78
5. Pesquisa de Campo	91
5.1. Metodologia	91
5.2. Participantes	93
5.3. Procedimentos	94
6. Análise e Discussão dos Resultados da Pesquisa	96
6.1. Categoria 1 – Sentimentos e percepções	96
6.2. Categoria 2 – Doença e medo de morte	101
6.3. Categoria 3 - Suporte familiar e do Centro de Referência	106
6.4. Categoria 4 – Relação amorosa e desejo da maternidade	110
7. Considerações finais	116
8. Referências bibliográficas	120
Anexo 1	127
Anexo 2	128

Introdução

Perdas gestacionais são intercorrências da gravidez com cujo risco, embora amplamente variável, praticamente toda mulher grávida tem que lidar, ao menos, nas fases de avaliação inicial da gravidez. Para tanto, a medicina moderna conta com diversos protocolos e instrumentos de diagnóstico que auxiliam o mapeamento dos riscos da gravidez e o tratamento de sintomas ou condições críticas, resultando em significativa diminuição das interrupções gestacionais. Entretanto, as que ocorrem nos primeiros meses de gestação são uma realidade e provocam, em mulheres que passam pelo processo, significativa angústia emocional.

O tema desta dissertação emergiu da experiência de atendimentos de mulheres que trazem consigo a interrupção da gestação por aborto espontâneo provocado pela gestação molar. A autora, como psicóloga, desde 1998, atua no Centro de Referência do Estado do Rio de Janeiro em Doença Trofoblástica Gestacional. Esse Centro de Referência foi fundado em 1960, nas dependências da 33ª Enfermaria/Maternidade da Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro, onde são atendidas semanalmente cerca de 70 mulheres com Doença Trofoblástica Gestacional.

As gestantes chegam de diversos bairros e cidades do Rio de Janeiro, muitas vezes sem o diagnóstico definido ou com informações assustadoras quanto ao seu estado de saúde. No Centro, além do atendimento médico, é oferecido apoio psicológico. Nos atendimentos psicológicos, é possível observar o quanto as mulheres são surpreendidas pela notícia de sua perda gestacional e pelo diagnóstico de Doença Trofoblástica Gestacional, popularmente conhecido por gestação molar (GM). Nesse momento, elas vivenciam uma dor intensa e profunda decepção, fatos que mobilizaram a autora a estudar a vivência de mulheres com tal diagnóstico.

A Doença Trofoblástica Gestacional é uma das diversas patologias que implicam em quase totalidade dos casos a perda gestacional. Entretanto, o que torna a gravidez molar particularmente interessante para a análise, que faremos ao longo deste trabalho, é a sua característica de submeter às mulheres a dois eventos distintos: sendo o primeiro a perda da gestação, em virtude de severa má formação genética do feto que, como será abordado, compromete não só seu desenvolvimento, mas até mesmo a sua constituição genética como humano; e o segundo evento, em que a gravidez molar interpõe a suas pacientes a dura realidade de o desenvolvimento do tecido placentário poder tornar-se um tipo de câncer, que irá submeter a mulher com gravidez molar aos rígidos protocolos do tratamento de Neoplasias.

Como se pode depreender, mulheres que passam pelo infortúnio de desenvolver uma gravidez molar deverão experimentar duas situações distintas e entrelaçadas: a perda gestacional por abortamento da gravidez; e a perda de sua saúde, em face da possibilidade de tornar-se uma paciente de câncer.

Este trabalho irá, então, explorar as implicações psicossociais da gestação molar, bem como buscará relacionar seus efeitos e consequências com os que a literatura relata no que tange a processos psicológicos experimentados por pessoas acometidas de doenças graves, com risco potencial de morte. A Doença Trofoblástica Gestacional combina essas duas difíceis experiências na vida de uma mulher que, antes do diagnóstico, se via repleta de expectativas, planos e esperanças relacionados a um momento histórico usualmente associado à saúde e a alegrias.

Para melhor compreendermos o processo psicológico que a perda gestacional e seus mecanismos de defesa emocional implicam usualmente na mulher, estudaremos a evolução do conceito de família e os diferentes papéis e valores assumidos pela mulher ao longo da história da humanidade, iniciando-se como genitora, garantidora da seleção genética, cuidadora dos alimentos, transformando-se na educadora para chegar ao atual modelo de mãe amorosa, responsável por tantas implicações e expectativas ligadas à formação psicológica de seus filhos. Estudaremos também como esses elementos, por assim dizer, sociais e utilitários, presentes desde as sociedades tribais até – e com muito mais

sofisticação e peso – às atuais, estão profundamente intrincados e marcados nos mecanismos afetivos e de identificação da mãe com a futura criança, estabelecidos desde muito cedo no desenrolar da gravidez.

Abordaremos as etapas da gravidez saudável, de forma a amparar as discussões sobre as ligações afetivas e as expectativas da futura mãe, de sua família e da sociedade, associadas às fases de tal gravidez. Buscaremos também realçar como os processos contrastam com as experiências e reações que esses mesmos atores manifestam nas ocorrências de gravidez de risco, nos partos prematuros e nos eventos de perdas gestacionais. Além disso, apresentaremos a patologia da gravidez molar, incluindo sua gênese, seu desenvolvimento, seu diagnóstico, as formas usuais de comunicação da doença, seu obscurantismo que, em conjunto, apresentam consequências particulares e peculiares para as mulheres.

Para atingir nossos objetivos, realizamos uma pesquisa qualitativa exploratória, com uso de entrevistas semiestruturadas. O roteiro da entrevista foi previamente elaborado, com perguntas norteadoras sobre as vivências da mulher diante da gestação molar, sendo a análise dos dados realizada com base no método de análise de conteúdo (Bardin, 2010). Foram entrevistadas cinco mulheres com diagnóstico de gestação molar, em acompanhamento no ambulatório de Neoplasia Trofoblástica Gestacional.

As falas das mulheres entrevistadas apontam que as frustrações de expectativas sociais e pessoais causadas pela interrupção abrupta de uma gravidez conduzem a mulher a intrincados mecanismos de defesa emocional e de luto, que requererão tratamento e atenção assistencial. O processo da doença, inerente à patologia da Doença Trofoblástica Gestacional, apresenta diversas implicações psicológicas e sociais na mulher e na família, tudo agravado por um quadro de desconhecimento e, até mesmo, estranhamento da doença, em face de suas características. Esses fatos peculiares da GM podem ter contribuído, como veremos em nossa pesquisa, para um discurso sucinto, muitas vezes permeado de silêncio, como manifestado pelas mulheres entrevistadas.

Vale destacar que, em face da escassez de trabalhos científicos desenvolvidos na área da Psicologia sobre Gestação Molar, este estudo busca

contribuir com o avanço da construção de um conhecimento psicológico sobre um tema pouco explorado.

Maternidade como Papel Social da Mulher na Família

Apresentaremos, neste capítulo, um breve panorama histórico da família e da mulher no Ocidente, principalmente no que concerne à maternidade, a fim de abrangermos a influência das perdas gestacionais, em particular as causadas pela Doença Trofoblástica Gestacional. Adotaremos, em nosso estudo, o termo leigo gestação molar (GM), na saúde emocional da mulher.

O papel da mulher no que tange à maternidade é marcado, ao longo de nossa história, principalmente após o século XVIII, como uma de suas responsabilidades primordiais. Segundo Giddens (1993), a “invenção da maternidade” faz parte de um conjunto de influências que afetaram as mulheres a partir do final do séc. XVIII, a saber: o surgimento da ideia de amor romântico; a criação do lar; a modificação das relações entre pais e filhos. Ele destaca como novo a forte associação da maternidade com a feminilidade. Como veremos a seguir, essa associação consolidou uma ideologia que passou a exaltar o papel natural da mulher como mãe, atribuindo-lhe todos os deveres e todas as obrigações na criação do(a)s filho(a)s e limitando a função social feminina à realização da maternidade.

Assim, por meio desta apresentação histórica, pretendemos contextualizar a vivência da mulher diante da perda gestacional por mola (GM), tema principal de nossa dissertação, e focar ainda as principais características psicológicas do processo gestacional para a mulher.

Ariès (1978) relata que a imagem da família evoluiu muito ao longo dos séculos até o conceito que temos hoje. Diante disto, cabe ressaltarmos que a mulher está inserida em um sistema familiar específico, situado historicamente. A configuração de família foi se modificando ao longo do tempo e, portanto, para tentarmos compreender a “família de hoje” se faz necessário este passeio histórico da evolução da família e do papel da mulher na sociedade, de forma a compreendermos as repercussões sociopsicológicas que afetam as mulheres com gestação molar. Os estudos de Ariès (1978), em sua análise iconográfica,

concluem que o sentimento de família era inexistente até a Idade Média, nascendo nos séculos XV/XVI, para se exprimir, com vigor, no século XVII. O sentimento de família, tal qual partilhamos hoje, era desconhecido e, para compreendermos o conceito de família à época, é preciso recorrer a duas ideias importantes: a linhagem e a tendência à indivisão.

O conceito de família da época medieval encontrava-se atrelado à visão de linhagem, de laços tribais, que estendia a solidariedade a todos os descendentes de um mesmo ancestral, de forma a manter-se a propagação sanguínea. Já a tendência à indivisão era compreendida por várias pessoas, às vezes, por vários casais morando juntos numa mesma propriedade que eles haviam se recusado a dividir, tipo de posse denominado *frereche* (ARIÈS, 1978; MOURA & ARAÚJO, 2004). A *frereche* agrupava, em torno dos pais, os filhos que não tinham bens próprios, os sobrinhos ou os primos solteiros. Essa tendência à indivisão das famílias deu origem às teorias tradicionais do século XIX sobre a grande família patriarcal (ARIÈS, 1978).

Para Moura e Araújo (2004), a evolução da família tornou-se mais visível no início do século XIX, quando o foco ideológico desloca-se progressivamente da autoridade paterna ao amor materno. A nova ordem econômica na Europa, que passa a vigorar com a ascensão da burguesia, impunha como imperativo, entre outros, a sobrevivência da criança. Por esta razão, ocorre um incentivo para a mulher assumir os cuidados com a prole devido a esse discurso econômico que visa à importância do numerário populacional. A burguesia é a classe social que marca a transição da sociedade feudal, na qual a posse da terra e a questão sanguínea e religiosa impõem um sistema de castas, para a uma sociedade urbana, composta por não nobres, mas sim donos de comércios, serviços, manufaturas, dentre outros. Agora as famílias passam a ter ofícios, compondo, assim, um novo fator à linhagem e à indivisibilidade: aprender ofícios, manter o negócio. Neste cenário, dá-se o novo papel da mulher: educadora.

Ariès (1978) ainda relata que, no período moderno, a família é caracterizada por sentimentos de ternura e intimidade, que liga pais e filhos, ou pela valorização da criança. Nesse sentido, o discurso médico colaborou na promoção de novas formas de relação familiar pelo favorecimento de

características específicas para o papel materno. Diante da valorização da criança, surge uma nova imagem da mulher com relação à maternidade, segundo a qual a criança se transforma no objeto privilegiado da atenção materna e, inevitavelmente, da família.

Assim, no final do século XVIII, a mulher passa a assumir o papel de mãe, exaltando o amor materno, sendo esta a indicada e privilegiada pelo Estado para cumprir o principal papel de cuidadora, respondendo positivamente ao que era esperado.

Ao aceitar incumbir-se da educação dos filhos, a burguesa melhorava sua posição pessoal, e isso de duas maneiras. Ao poder das chaves, que detinha há muito tempo (poder sobre os bens materiais da família), acrescenta-se o poder sobre os seres humanos que são os filhos. Tornava-se, em consequência, o eixo da família. Responsável pela casa, por seus bens e suas almas, a mãe é a sagrada rainha do lar. (BADINTER, 1985, p.222)

Essa nova concepção de maternidade, advinda a partir do século XVIII, trouxe alguns encargos, que ultrapassam os nove meses de gestação e que envolvem novas preocupações de natureza social, afetivo-emocional e cognitiva da mãe para com o filho. Ao longo da história, ainda segundo Badinter (1985), a mulher ocupa as funções: de auxiliar do médico, no século XVIII; de colaboradora do padre e do professor, no século XIX; e com a difusão da Psicanálise, no século XX, a mãe passa a ser a responsável pela vida e saúde psíquica de seu filho.

Essas transformações da família e do papel da mãe ocorrem no Brasil, a partir de sua passagem da condição de colônia à nação. No final do século XVIII, de acordo com Moura e Araújo (2004), com a ascensão burguesa, tanto no Brasil como na Europa, já se percebe o desenvolvimento da organização e dos sentimentos presentes na família moderna, incluindo os relacionados à maternidade e aos cuidados maternos. Mas é, a partir do início do século XIX, com a transferência da família real e de toda a corte para o Rio de Janeiro, que a administração portuguesa promove a “reeuropeização” dos costumes coloniais pela transposição, para o Brasil, de hábitos relativos a uma cultura gestada na Europa. Aliados à mulher e à criança, valorizando a “família amorosa”, durante o

século XIX, os higienistas, médicos que têm como função preservar a saúde através da higiene, auxiliam a família brasileira a assimilar novos valores, nuclearizando-se e urbanizando-se.

O discurso higienista leva a mulher à figura da “mãe higiênica”. Este movimento, porém, só foi possível através da aliança da família com o poder médico. Diante disso, houve um ataque ao aleitamento feito por escravas, como fator responsável pela mortalidade infantil e pela suposta deformação moral das crianças devido à convivência destas com as amas. Sendo assim, a recusa da mãe ao aleitamento de sua prole foi considerada uma infração às leis da natureza, o que permitiu a culpabilização das mães infratoras e o surgimento de um sentimento de anomalia, fazendo com que as mães se aproximassem cada vez mais de seus filhos (MOURA & ARAÚJO, 2004).

Segundo Badinter (1985), vários estudos da época constataram que as crianças amamentadas pelas mães tinham maiores possibilidades de sobrevivência do que aquelas entregues às amas de leite. A insistência da amamentação feita pela mãe permitiu que se regulasse a vida da mulher, confinando-a, por um longo período, ao ambiente doméstico, voltando sua atenção ao cuidado, à educação e à vigilância não só da criança como também de toda a família. Assim como na Europa, no Brasil, os cuidados maternos passam a ser valorizados e esse olhar sobre a criança possibilitou a manifestação do “amor materno”, que se tornou não só desejável como também “natural” (MOURA & ARAÚJO, 2004). Embora sempre tenham existido mães, a maternidade não existia como instituição. Através do discurso higienista, este propósito se institui, convertendo as mulheres ao modelo de mãe amorosa que alimenta seu bebê.

2.1

Identidade da Mulher: a Maternidade

Através do breve percurso histórico apresentado, observamos que a mulher passa a ocupar um lugar importante, através do papel de maternidade, num primeiro momento, impulsionado pelos interesses políticos e sociais, que se

fizeram presentes ao longo dos séculos. A mulher, neste sentido, é colocada como elemento imprescindível para agregar a família e possibilitar o diálogo entre seus membros, especialmente com os filhos.

O papel da mulher se constrói historicamente, tendo como ideal máximo a maternidade, visto como caminho de plenitude e realização feminina. A maternidade assim, se configura, ao longo da história, como uma função valorizada socialmente. Desse modo, ser mãe seria pertencer a uma classe especial, ter uma posição de aparente prestígio na sociedade.

Segundo Chodorow (1990), durante um longo período, a maternidade foi concebida como intrinsecamente relacionada à função feminina por excelência, concernente à natureza da mulher, ainda que o fato da dedicação da mulher ao papel materno deva-se muito mais a uma questão social e cultural do que às suas capacidades de dar à luz e amamentar. Diversas revisões históricas acerca da instituição familiar (ARIÈS, 1978; BADINTER, 1985; CHODOROW, 1990) sugerem que a exaltação ao amor materno, na história da civilização ocidental, como “instintivo” e “natural”, foi construída pelos discursos filosóficos, médicos e políticos a partir do século XVIII. É importante aqui distinguir a função biológica da maternidade dos cuidados maternos ou práticas da maternagem. Sobre estas práticas, temos, na cultura das diversas sociedades, convenções guiadas pela produção dos mais variados campos de conhecimento que estabelecem tal condição à mulher.

Segundo Badinter (1985), a obra de Rousseau, com a publicação de *Émile*, em 1762, cristaliza as novas ideias de família e infância, contribuindo para um verdadeiro impulso à família moderna, fundada no amor materno. Sendo assim, várias publicações recomendam às mães cuidarem pessoalmente de seus filhos e, acima de tudo, ordenam-lhes amamentá-los. Tais exigências impõem à mulher a obrigação de ser mãe antes de tudo, concebendo a ideia, ainda presente em nossos dias, do instinto materno, o amor espontâneo de toda mãe para com seu filho.

Após o século XVIII, o amor materno é exaltado como um valor ao mesmo tempo natural e social, favorável à espécie e à sociedade. Igualmente nova é a associação das duas palavras, “amor” e “materno”, o que

[...] significa não só a promoção do sentimento, como também a da mulher enquanto mãe. Deslocando-se insensivelmente da autoridade ao amor, o foco ideológico ilumina cada vez mais a mãe, em detrimento do pai, que entrará progressivamente na obscuridade. (BADINTER, 1985, p. 146)

A ordem é, portanto, a sobrevivência das crianças como uma forma de se manter a espécie e a manutenção dos ofícios da classe burguesa. Para operar este salvamento, moralistas, administradores e médicos utilizaram seus argumentos de felicidade e de igualdade para as mulheres, de forma a convencê-las a se aplicarem às tarefas. “Sede boas mães, e sereis felizes e respeitadas. Tornai-vos indispensáveis na família, e obterei o direito de cidadania” (BADINTER, 1985, p.147). Muitas mulheres foram sensíveis a estes argumentos e se submeteram alegremente a estes novos valores, outras só simularam acatá-los e puderam ficar em paz, porém outras resistiram e foram combatidas.

Esta nova ordem, imputada às mulheres a partir de 1760, propôs três diferentes discursos para modificar a atitude da mulher perante os filhos. O primeiro discurso foi o econômico, com base em estudos demográficos, que demonstrava a importância do número populacional para um país e alertava quanto aos perigos e prejuízos decorrentes de um suposto declínio populacional em toda a Europa. O problema da subsistência das crianças estava na ordem do dia e nela continuou até a guerra de 1914. O ser humano converteu-se numa provisão preciosa para o Estado, contrário da antiga versão cristã, na qual a qualidade da alma do homem era o aspecto a ser considerado; agora, a quantidade de homens é o aspecto relevante, pois irá produzir maiores riquezas para o Estado e será a garantia de seu poderio militar. Por isso, a “criança, especialmente em fins do século XVIII, adquire um valor mercantil. Percebe-se que ela é, potencialmente, uma riqueza econômica” (BADINTER, 1985, p. 153).

O segundo discurso, sobre uma nova filosofia, foi o liberalismo, que se aliava ao discurso econômico, favorecendo ideais de liberdade, igualdade e felicidade individual. No que tange à relação conjugal, este discurso implica mudanças, uma vez que o antigo casamento por contrato não era conveniente aos novos ideais libertários e igualitários. O casamento, agora, passa pela felicidade conjugal, valorizando-se a família, o que altera profundamente as relações marido-esposa e pais-filhos. A imagem do pai e de seu poder se transforma para

um pai que ajuda e está ao lado da criança em sua fragilidade. Para as mulheres, esse novo modelo de casamento, no qual ela também pode escolher seu cônjuge, com direito ao sentimento de amor, abala profundamente o autoritarismo que as mantinha, durante toda a vida, na submissão. Torna-se preciso, então, educar as mulheres de forma a torná-las capazes de julgar e escolher. “Este novo casamento, fundado na liberdade, será o lugar privilegiado da felicidade, da alegria e da ternura. Seu ponto culminante: a procriação” (BADINTER, 1985, p.178).

Esta nova filosofia da felicidade e da igualdade ainda não era suficientemente abrangente na sociedade, pois atingia um público limitado, o que não garantia a sobrevivência das crianças. Diante disso, o terceiro discurso, o dos intermediários, dirigido diretamente às mulheres por seus agentes mais próximos, principalmente o médico, que, articulando-se aos interesses econômicos do Estado, reforçava a necessidade de a mulher ocupar-se exclusivamente dos filhos. Tal discurso baseava-se, principalmente, no argumento de que seria a forma natural de cuidados com a criança e, por isso, a mais adequada. Uma vez que só a mulher era capaz de gestar e parir, seriam concernentes apenas à “natureza feminina” a educação e os cuidados com a prole. As mulheres são, portanto, elevadas, segundo Badinter (1985), ao nível de “responsáveis pela nação”.

Com essa solene invocação sobre os aspectos naturais e fisiológicos das mulheres para os cuidados de sua prole, os médicos diziam: “seu leite convém admiravelmente às necessidades da criança. Porque a natureza age de modo que as qualidades do leite sejam sempre adaptadas ao organismo desta” (BADINTER, 1985, p. 183).

Cuidar das crianças significou, segundo Donzelot (1986), intervir nas famílias e reorganizar os comportamentos educativos, com estratégias diferentes, das duas classes distintas, existentes na sociedade. Nas camadas abastadas, o cuidado com a criança apoiou-se na difusão da medicina doméstica, enquanto conjunto de técnicas que permitiam às classes burguesas retirar seus filhos da influência dos serviçais, colocando-os sob o domínio dos pais, que, segundo o mesmo autor, introduzia na família, uma “economia do corpo”, na qual a disciplina, através da vigilância e controle, ter-se-ia mostrado essencial. Já nas camadas populares, essa intervenção apoiou-se nas estratégias da filantropia que

“englobavam todas as formas de direção da vida dos pobres com o objetivo de diminuir o custo social de sua reprodução” (DANZELOT, 1986, p.22).

A partir do século XIX, uma nova imagem da relação da mulher com a maternidade é enfatizada. O bebê e a criança eram os objetos privilegiados da atenção materna. A devoção e a presença constante da mãe surgem como valores essenciais, sem os quais a preservação da criança não poderia se dar. Essa responsabilidade materna fez-se acompanhar de uma crescente valorização da mulher-mãe, a rainha do lar, dotada de poder e respeitabilidade no domínio doméstico. A mulher passou a assumir, além da função de nutrição de seu filho, a de educadora e, muitas vezes, a de professora. À medida que as responsabilidades aumentaram, cresceu também a valorização do devotamento e do sacrifício feminino em prol dos filhos e da família, discurso primordial dos médicos e filósofos como inerentes à natureza da mulher.

2.2

A Maternidade na Contemporaneidade

A transição de um modelo tradicional de maternidade deu-se com a consolidação da sociedade industrial. A mulher é definida essencialmente como mãe, com proles numerosas, para um modelo moderno de maternidade. Paulatinamente, ela incorpora outras possibilidades: trabalhadora, esposa e mulher, com proles reduzidas e planejadas. Desse modo, o processo de industrialização e a forma como as mulheres ingressam no mercado de trabalho são marcados por profundas desigualdades sociais e sexuais, levando a impactos significativos na mudança dos padrões de maternidade (GIDDENS, 1993).

Segundo Scavone (2001), as mulheres com mais acesso à educação formal e à formação profissional, no decorrer no século XX, com o advento da industrialização, vão ocupando gradativamente o espaço público, ao mesmo tempo em que mantêm a responsabilidade da criação dos filhos. Neste contexto, ser ou não ser mãe passa a ter uma dimensão reflexiva, a ser uma decisão racional, influenciada por fatores relacionados às condições subjetivas, econômicas e sociais das mulheres e, também, do casal.

Chodorow (1990) indica que a Sociologia e a Psicologia pós-freudiana foram importantes fontes dos argumentos que contribuíram para a idealização e o reforço do papel materno, à medida que enfocaram a relação mãe-bebê como decisiva no desenvolvimento da criança. Com relação a esses aspectos, cabe lembrar que autores como Klein (1986) e Winnicott (1983, 1988, 1993) dedicaram-se exaustivamente ao estudo das chamadas relações objetais primitivas. É fundamental, no trabalho de Winnicott, tanto a valorização do ambiente no desenvolvimento infantil, quanto o delineamento da figura da “mãe dedicada”, definida como aquela capaz de “promover a integração das características próprias de cada criança, diferenciando cada bebê de outro, a partir do apoio encontrado no ego materno que age como facilitador da organização do próprio ego do bebê” (WINNICOTT, 1988, p.494).

Com relação à construção desta “nova maternidade”, Lo Bianco (1985) contribui com o debate sobre o que denominou a “psicologização do feto”. No processo, a relação entre o futuro bebê e sua mãe se inicia antes de sua condição de desenvolvimento, compatível ao que chamamos de bebê, através de uma atribuição afetiva individual da mãe. Os procedimentos médicos e a preparação para o parto incrementariam essa ideia através dos registros sonoros e de ultrassonografias, permitindo a visualização do feto, antecipariam a atribuição de sua identidade, permitindo, desde cedo, que a mulher identifique, no futuro bebê, características próprias, uma personalidade individual. É importante destacar que esta identificação também vai criando, na mãe, representações dela própria como futura mãe. Este movimento de báscula dará impulso para que, quando do nascimento de seu filho, a mãe invista afetivamente nele ao mesmo tempo em que se autoriza e se posiciona como função materna para aquele sujeito em constituição (PICCININI et al., 2004).

Vale ressaltar que, no caso do objeto de nosso estudo, a mulher com gestação molar, diante da descoberta do problema, sob a luz destes aparatos dos registros sonoros e das ultrassonografias, se depara com a visualização de um feto disforme, amorfo, comprometido na possibilidade de vir a termo, assim como com possibilidade de levar a mãe a óbito. Com isso, tudo o que ela estava experienciando se transforma. Ela perde a gravidez como também a possibilidade

da maternidade, acarretando fortes consequências em relação ao seu papel social, tanto na sociedade quanto na família, fator que potencializará seus efeitos.

Chodorow (1990) ressalta que quanto menor se torna a determinação biológica para a maternidade, mais são ressaltados os cuidados dos filhos pelas mães. Enquanto as taxas de natalidade caíam, a escolarização das crianças tornava-se mais precoce, as mulheres estavam mais presentes no mercado de trabalho e tanto mais crescia a ideologia da “mãe moral”.

[...] as mulheres burguesas deviam agir ao mesmo tempo como educadoras e modelos morais para seus filhos, assim como alimentadoras e guias morais para seus maridos na sua volta do mundo de trabalho imoral e competitivo. (CHODOROW, 1990, p.19).

Se, nos últimos dois séculos, o papel feminino foi marcado por uma relativa estabilidade e por sua redução ao papel materno, na década de 80, embora essa vinculação não tenha desaparecido, passou a mostrar-se menos estável no contexto de algumas classes sociais. De acordo com Lo Bianco (1985), já não era mais possível pensar o papel materno como o único disponível para as mulheres, embora permanecesse quase obrigatório e claramente central. Percebia-se, então, “uma ênfase simultânea na importância e obrigatoriedade da maternidade e na importância e possibilidade de desempenho em outros papéis não relacionados ao ser mãe” (LO BIANCO, 1985, p.97). Essa dupla ênfase passou a traduzir-se em uma experiência contraditória e ambivalente em relação ao papel materno. Diante disso, a “psicologização do feto” (LO BIANCO, 1985) teria surgido no contexto dessa ambivalência, como tentativa de recriar a experiência materna em novas bases.

Há uma ênfase acentuada nesta relação (mãe-bebê), mas as normas para alcançá-la não soam claro. Há, pois, que buscá-las já, desde antes de a maternidade tornar-se uma possibilidade concreta. Assim, a gravidez torna-se tema de escrutínio, e tudo que diz respeito a ela é remetido à ordem dos sentimentos e preocupações para com o feto. Este, por seu turno, é visto como respondendo às atitudes maternas com grande autonomia, isto é, fazendo valer suas supostas características psíquicas. (...) É ainda considerado parceiro de um diálogo e sujeito-objeto de vigilância cuidadosa e detalhada. (LO BIANCO, 1985, p. 110-111).

Segundo Scavone (2001), a maternidade continua sendo afirmada como elemento forte da cultura e identidade feminina pela sua ligação com o corpo e com a natureza. Assim, diante deste breve recorte histórico sobre o papel da mulher em seu núcleo, parece-nos que as mulheres contemporâneas ainda são chamadas às suas responsabilidades sociais diante da maternidade, carregando sobre si uma missão de procriação. Desse modo, indo ao encontro do nosso tema, ressaltamos o quanto repercute a perda gestacional por GM, pois a mulher, num primeiro momento, perde a gestação, evento este que a coloca diante do fracasso nas expectativas da família, revelando o não cumprimento da ordem social. Ainda trazemos a nossa reflexão no que concerne à vivência diante da GM, revelando-nos, para além do fracasso na procriação, uma mulher que passa a ser vista com uma pessoa doente, perdendo o lugar de mulher em seu atributo, a maternidade, responsável pela perpetuação da família e da espécie.

2.3

Gravidez: suas etapas e significados na vida da mulher

Como apresentado anteriormente, a maternidade tem um cunho especial para a mulher e a sociedade. Porém, para a concretização da maternidade, a mulher passa por um percurso biológico denominado período gestacional ou gravidez. Com o intuito de nos aproximarmos do tema principal de nossos estudos, a GM, abordaremos, neste tópico, a gravidez, suas etapas e repercussões biológicas e psicológicas.

Gough (1971) aponta que a mulher é biologicamente predeterminada a gestar e, nos tempos primitivos, ocupou o lugar de cuidar da sua prole. Enquanto a mulher possuía a função doméstica, do cultivo da terra e dos cuidados com os filhos, o marido possuía a função da caça e de outras atividades que exigiam força. Nas antigas estruturas familiares, os homens dirigiam a família e cabia à mulher a função de gerar filhos, cuidar da casa e da prole.

Kehl (1998) afirma que:

[...] a feminilidade aparece como o conjunto de atributos próprios a todas as mulheres, em função das particularidades de seus corpos e de sua capacidade procriadora; partindo daí, atribui-se às mulheres um pendor definido para ocupar um único lugar social – a família e o espaço doméstico – a partir do qual se traça um único destino para todas: a maternidade (p.58).

Como constatamos, a procriação é um valor preponderante para a família e principalmente para a mulher, sendo, ainda em nossos dias, imputada a ela, em menor grau, a obrigatoriedade de gerar, gestar, parir e criar sua prole. Assim, as perdas gestacionais favorecem a vivência da perda destas condições importantes para a mulher.

A perda gestacional pela GM revela um segundo aspecto de grande impacto: um útero ferido, que fere a mulher, é ferido ainda por procedimentos cirúrgicos, numa ciranda em que a mulher cria, mata e morre numa mesma experiência. Este útero maculado revela o abalo de um dos atributos mais valorizados na mulher, conforme exposto acima por Kehl (1998).

Segundo Rezende (2004), poucos órgãos do corpo humano foram denominados de maneiras tão variadas como foi o útero, seja na linguagem médica, seja na linguagem popular. O autor relata que, na Grécia, o útero recebeu três nomes diferentes: “Métra, Hystéra e Delphys”. Estes nomes se reportam à mãe, fonte e origem da vida. Tozo (2008) contribui dizendo que o útero reúne, em torno de si, além das funções biológicas, representações e significados transmitidos e vivenciados histórica e culturalmente, e que o conhecimento desses significados são relevantes na compreensão da dinâmica emocional da mulher. Segundo a mesma autora, ao citar Aristóteles, relata que ele se referia ao útero como um lugar que representa a feminilidade, o “próprio espírito da mulher” (TOZO, 2008, p.15). Ela ainda coloca que, para Aristóteles, o útero seria uma matriz, um lugar gerador de vida.

Del Priore (1999) diz que o médico e filósofo Galeno denominava o útero como “animal errabundo”, vivo e irrequieto, que tinha ligação com todas as partes do corpo, não havendo mulher alguma que ficasse livre de seus agravos. Para ele, o sangue menstrual seria um sinal de purificação e a esterilidade associava-se à infelicidade e à morte.

O útero era visto como um espelho, um grande refletor do que se passava na alma feminina. Qualquer enfermidade era vista como essencialmente uterina e se explicava o sofrimento da mulher como um “sofrimento do órgão do amor e da maternidade” (DEL PRIORE, 1999, p.182). Dessa forma, o útero parecia ser associado a uma espécie de território do conflito entre a luz e as sombras, entre o mal e o bem, entre a saúde e a doença.

O útero toma, assim, a associação com aspectos reguladores da saúde da mulher e, num contexto de sua representação simbólica, abarca aspectos interessantes de serem lembrados em nossa análise e que vão para além da descrição de órgão tipicamente feminino e local onde a concepção se desenvolve. Para Novoa (1991 apud TOZO, 2008), as mulheres creditam ao útero mais do que sua própria representação biológica; para elas, esse órgão está subjetivamente relacionado com a capacidade de se sentirem mulheres e exercerem sua atividade sexual. Para Sapata (2003 apud TOZO, 2008), o útero, simbolicamente, é representado pela mulher como processo de renovação interior, indo além do significado de promover a vida; o órgão em si daria a noção de totalidade para todas as possibilidades, contendo o significado de plenitude e sendo a raiz da diferenciação entre homem e mulher. Cabe novamente ressaltarmos que as perdas por GM, objeto deste trabalho, revelam um útero temporariamente impróprio de dar continuidade à gestação, comprometendo a identidade desta mulher, enquanto feminina e sexualmente ativa.

No final do século XIX, com o desenvolvimento das técnicas de biologia molecular, um maior conhecimento tem sido progressivamente adquirido com relação ao embrião/feto. Temos hoje a gravidez, representada pelo seu órgão essencial, o útero, para o acolhimento e desenvolvimento do embrião/feto, compreendido como um período de importantes reestruturações na vida da mulher e nos papéis que esta exerce (BARBAUT, 1990). Este período gestacional é marcado por alterações significativas na vida do casal, e sobretudo da mulher, as quais envolvem aspectos sociais, profissionais, familiares, conjugais e principalmente pessoais.

Nesses aspectos, encontramos profunda relação entre as questões físicas e emocionais (BORTOLETTI, 2007). Destacaremos, aqui, as questões emocionais

durante o período gestacional, que é compreendido em três trimestres distintos, momentos em que se observam várias alterações no comportamento feminino:

- Primeiro trimestre: um dos primeiros sintomas que geralmente aparece, na mulher grávida, é a sonolência: há uma necessidade de dormir mais que o habitual, a mulher grávida diminui seu investimento no meio externo e centra-se sobre si mesma. Segundo Soifer (1992), do ponto de vista psicológico e de uma leitura psicanalítica, a necessidade de dormir corresponde a uma regressão, a partir da identificação fantasiada da mulher para com o feto. Ainda segundo Soifer (1992), são frequentes os sonhos com a presença de elementos que traduzem o estado psicológico da gestante, tal como a sensação de vir a ser como as demais mulheres que podem ter filhos. O sono também se revela como uma defesa adequada ao organismo, proporcionando um maior repouso, necessário ao processo que se inicia.

A partir do momento em que há percepção da gravidez, seja de forma consciente ou inconsciente, instala-se o sentimento de ambivalência. A mulher experimenta esta ambivalência ao se questionar acerca da possibilidade ou não da gestação; de seu desejo de estar ou não grávida; experimenta um misto de alegria e tristeza pelos ganhos e perdas que a gravidez implica (BORTOLETTI, 2007). Ainda segundo Bortoletti (2007, p.21) “a grávida não tem certeza de nada, ou seja, como será sua gestação, se conseguirá ou não manter suas atividades, se necessitará de repouso ou não, como ficará sua vida conjugal, como está o feto dentro de seu útero, etc.”.

Desde cedo, no segundo mês da gestação, aparecem as náuseas e os vômitos, em geral pela manhã, logo após o despertar. Existem várias teorias para explicar estes sintomas. Tomaremos a da psicanálise, trazida por Soifer (1992): estes sintomas correspondem à ansiedade pela incerteza da existência ou não da gravidez. Outro aspecto importante, segundo a mesma autora citada, é que as náuseas e vômitos são o temor da incapacidade de dar à luz e nutrir uma criança. Volto a ressaltar ser esta a interpretação de uma psicanalista que trazemos, em nosso estudo, como forma de ilustrar o desenvolvimento da gravidez sobre os aspectos psicológicos. Retornando ao nosso tema principal, apontamos o quanto a

descoberta da GM enseja uma dimensão concreta das fantasias vivenciadas pela mulher, aqui mencionadas por Soifer.

- Segundo trimestre: ainda segundo Soifer (1992), é neste trimestre que aparecem os primeiros movimentos fetais. A percepção desses movimentos geralmente acontece por volta dos cinco meses. Pode, porém, acontecer esta percepção só no sexto ou mesmo no sétimo mês. Esta falta de percepção dos movimentos pode ser gerada pela ansiedade do temor de conceber um filho disforme, medo de morrer no parto ou angústia do próprio corpo disforme e da permanência deste após o parto. Ainda segundo a mesma autora, essas distorções da percepção dos movimentos fetais exprimem um profundo estado de ansiedade. Em primeiro lugar, esta ansiedade se traduz no temor do filho em si, o qual surge como um desconhecido, uma incógnita. Junto a esse temor, acha-se o medo da responsabilidade assumida, que, agora, ante o ventre já desenvolvido, adquire características concretas. “Tal sentimento de responsabilidade se une à noção de dar a vida, o que, se levamos em conta o processo genético, significa haver cedido parte da própria vida” (SOIFER, 1992, p. 29). Essa ansiedade de estar cedendo a vida se condensa com o medo de morrer no parto.

Os movimentos fetais são considerados um grande marco na gravidez, fazem com que a mãe sinta o feto como mais real e personificado, e incrementam, por isso, as expectativas referentes a ele (SOIFER, 1992). É frequente a gestante exprimir o desejo de ver o filho no interior de seu ventre e de manter diálogos “imaginários” com a criança. Este período da gestação e o vínculo aí estabelecido entre mãe-bebê são preditivos da maneira como a mulher irá desempenhar seu papel materno e, conseqüentemente, da forma como se dará a sua vinculação com o ele. Estudos na área da psicologia pré-natal apontam que, a partir de como são percebidos os movimentos fetais, as gestantes vão atribuindo características de temperamento ao bebê, além de expressarem que a interação passou a ser recíproca (LANGER, 1986; SOIFER, 1992; MALDONADO, 1985). O bebê anuncia, então, sua existência para os pais muito antes do nascimento, e os projetos e as expectativas que envolvem a sua chegada preparam o lugar para acolhê-lo.

- Terceiro trimestre: é o período em que a mulher se prepara para a separação que ocorre no momento do parto. Neste período, o nível de ansiedade se intensifica e torna-se especialmente agudo nos dias que antecedem a data prevista. Sentimentos negativos podem facilmente ser disfarçados em desconforto físico e possíveis expectativas desagradáveis da experiência do parto. A partir do sétimo mês, pode dar-se a inversão interna que coloca a criança de cabeça para baixo. A percepção destes movimentos provoca uma intensa crise de ansiedade que é totalmente inconsciente e se traduz de diferentes formas, tanto no nível psíquico como no somático. Se a crise de ansiedade for muito intensa, os músculos pélvicos podem contrair-se de tal modo que não permitem a inversão normal. Tal contratura é produto da intensa crise de ansiedade, que corresponde a fantasias de esvaziamento (SOIFER, 1992, p. 35). O oitavo mês pode mesmo ser o período mais desconfortável da gravidez, uma vez que o bebê já está formado e atingiu o seu tamanho máximo, está pronto para ser expulso do útero. Quando a gravidez se aproxima do termo, voltam a aparecer crises intensas de ansiedade consciente, quando se expressa o temor à morte no parto, à dor, ao parto traumático, do filho disforme e à morte do filho. “O ambiente que cerca a gestante participa costumeiramente, de modo bastante generalizado, dessa ansiedade, numa identificação absoluta com ela. A preocupação e as “predições” vêm acrescentar angústia à já existente” (SOIFER, 1992, p. 42).

O processo de constituição da maternidade inicia-se muito antes da concepção, a partir das primeiras relações e identificações da mulher, passando pela atividade lúdica infantil, a adolescência, o desejo de ter um filho e a gravidez propriamente dita. Contribuem também, para este processo, aspectos transgeracionais e culturais, associados ao que se espera de uma mulher, tanto dentro da família como na sociedade (BRAZELTON, 1988; SZEJER & STERWART, 1997; STERN, 1997).

A gravidez e o parto são abarcados por acontecimentos marcantes na vida da mulher, constituindo-se como um período de transição importante. Vários autores compreendem a gestação como um momento de preparação psicológica para a maternidade, no qual se está constituindo a maternidade (SOIFER, 1992; BRAZELTON, 1988 ; SZEJER & STERWART, 1997). A gravidez assim é

considerada um momento de importantes reestruturações na vida da mulher e nos papéis que ela exerce. Durante a gravidez, ela passa da condição de só filha para a de também mãe e revive experiências anteriores, além de ter de reajustar seu relacionamento conjugal, sua situação socioeconômica e suas atividades profissionais (MALDONADO, 1985).

Diante de todas estas alterações experienciadas durante o ciclo gravídico e suas revivências psíquicas, a experiência de gestar leva a uma exacerbação da sensibilidade da mulher, o que a torna também suscetível a vários distúrbios emocionais. Assim, a gravidez pode tanto desencadear uma crise emocional como inaugurar um potencial de adaptação e resolução de conflitos, até então desconhecidos pela mulher (MALDONADO, 1985; LEIFER, 1977). Segundo Dolto (1996), a palavra mãe significa a representação humana da criatividade, o próprio símbolo da fertilidade, compreendendo que seja uma experiência extremamente profunda na vida de uma mulher, muito importante em seu desenvolvimento.

A gravidez é considerada, por muitos autores, como um período de crise que envolve mudanças profundas no nível somático, endócrino, psicológico e social, e, por isso mesmo, envolve reajustamentos e reestruturações. Segundo Brazelton (1988), a crise da gravidez é um período essencial do crescimento da mulher, existindo variações individuais de acordo com a estrutura da personalidade, grau pessoal de ajustamento ao início da gravidez e ainda com a constelação familiar e seu enquadramento. Este período, que se inicia com a gravidez, não termina com o parto, dado que outras mudanças maturacionais ocorrem no pós-parto e no puerpério, o qual deve ser considerado como uma continuação da situação de transição, implicando ainda mudanças fisiológicas, consolidação da relação pais/filho, modificações de rotina e relacionamento familiar. O fato de a gravidez constituir uma situação crítica justifica o estado de ansiedade, já que, neste período, há naturalmente uma maior vulnerabilidade e desorganização dos padrões de vida anteriores a ela, com modificações fisiológicas e estados emocionais peculiares.

Ainda segundo Brazelton (1988), muito da ansiedade pré-natal e das fantasias maternas podem ser mecanismos saudáveis de ajustamento a um novo

equilíbrio psicológico, constituindo uma espécie de tratamento de choque suscetível que irá contribuir para a organização da mulher face ao seu novo papel.

Soifer (1992) relata que existem fases em que ocorre um aumento específico da ansiedade: no começo da gestação; durante a formação da placenta; perante a percepção dos movimentos fetais; quando da instalação franca dos movimentos; durante a versão interna (a criança se coloca de cabeça para baixo); no início do 9.º mês; e nos últimos dias antes do parto. Estes aumentos de ansiedade têm duração variável e podem traduzir-se por sintomas físicos próprios ou até mesmo por aborto ou parto prematuro.

A gravidez comumente é um acontecimento marcante na vida da mulher e constitui uma fase de transição significativa. É um evento complexo, repleto de experiência de sentimentos intensos que podem dar vazão a conteúdos inconscientes da mãe (BRAZELTON, 1988; SOIFER, 1992). Segundo Cury e Menezes (2006), a gravidez deveria ser um período de constante euforia e prazer, porém a ansiedade, a angústia, a insegurança e o medo perante o desconhecido inibem a euforia. Ao longo do período gravídico, outras alterações e sintomatologias, consideradas psicossomáticas, podem surgir, como: hipertensão, hiperemese, diarreias, constipação, aumento excessivo de peso e câimbras. Muitas dessas alterações têm como base a ansiedade vivenciada na gravidez e o medo de ser mãe.

O ciclo gravídico-puerperal tem sido descrito como uma das “crises normativas” no desenvolvimento psicosssexual da mulher.

O conceito de crise normativa corresponde à proposição da existência de “períodos previsíveis” de transição no desenvolvimento psicoafetivo do indivíduo associados a situações internas ou externas, e à transformação na esfera biológica ou social; o equilíbrio existente é rompido e se impõe a necessidade de buscar novas formas de adaptação e conduta (QUAYLE, 1991, p. 93).

Essa “crise normativa” possibilita a busca de novas formas adaptativas para lidar com as mudanças físicas, biológicas, sociais e psicológicas vivenciadas na gestação, bem como com o desenvolvimento de novos papéis e funções associados à maternidade. A partir da elaboração de conflitos e perdas, associados aos diferentes momentos do ciclo gravídico-puerperal e, em particular, da própria

história da mulher, novas configurações de ajuste se estabelecem como forma de amparar esta mulher-mãe.

As vivências emocionais deste período são marcantes e bastante semelhantes em todas as mulheres. Contudo, há diferenças de acordo com o cenário da gravidez: se planejada ou acidental, se primeiro filho ou não, se dentro ou fora de vínculo estável entre homem e a mulher, se após dificuldade de engravidar ou aborto, entre outras variações subjetivas.

Diante da expectativa do novo papel que a mulher grávida assumirá, incluindo a responsabilidade social que recai sobre ela com o novo bebê, evidenciam-se ansiedade e medos. Ter um filho é um compromisso irreversível que acarreta transformações profundas na vida da mulher. Todas as situações que envolvem grandes mudanças na vida de uma pessoa causam sentimentos ambivalentes. Na gravidez, a mulher pode vivenciar: aceitar ou rejeitar a gravidez, estar feliz ou apreensiva com a gravidez. Muitas vezes, para a grávida, não há espaço para se expressar e dizer o que está sentindo. Diante disso, a ambivalência é vivida secretamente, com muita culpa (MALDONADO & CANELLA, 1981).

A mulher grávida pode evocar tanto sentimentos de orgulho, pelo que representa a fecundidade e plenitude da gravidez em seu corpo, como também evocar sentimentos de vergonha por sentir-se pouco atraente como mulher. Ela pode se sentir mais madura e feminina, e, outras vezes, demonstrar dependência e regressão. Segundo Soifer (1992), os sentimentos de dependência e os estados de regressão caracterizam a identificação fantasiada com o feto. A mulher grávida busca no ambiente social, cuidados e proteção especial.

Assim, concebemos que o processo da relação da mãe para com o seu filho é estabelecido antes mesmo do período de gestação, desenvolvendo-se, basicamente, através das expectativas que a mãe tem sobre o seu bebê e da interação estabelecida na gravidez. Esta primeira relação dará a base para a relação mãe-bebê que se estende para além do nascimento (BRAZELTON, 1988). Diferente de qualquer outra relação de intimidade, já que os indivíduos dessa relação são quase que invisíveis um para o outro, as expectativas da mãe em relação ao bebê se constituem em seu próprio mundo interno, com base nas suas necessidades conscientes e inconscientes, e nas suas relações passadas,

principalmente com sua mãe. Durante a gravidez, a mulher pode identificar-se com o feto, revivendo sua própria vida intrauterina, como também o feto pode representar, para o inconsciente da mulher grávida, sua própria mãe. Assim, sua relação ambivalente com a mãe é revivida com seu futuro filho (LANGER, 1986).

Segundo Freud (1924/1974), na gestação, a mulher revive o Édipo. Desde o início da gravidez é estabelecida uma relação imaginária da mãe para com o bebê, a qual, inconscientemente, visa à completude de seu corpo. O bebê é colocado no lugar de um ideal e são atribuídas a ele características as quais costumam reproduzir o próprio narcisismo da mãe em detrimento das deficiências que permanecem ocultas (FREUD, 1914/1974). Diante disso, pode-se dizer que os fragmentos inconscientes e as revivescências inerentes à sua própria história são o que dá a forma à vivência da gestação (SOIFER, 1992). Langer (1986) nos relata ainda que são múltiplos os desejos da mulher relacionados a um filho:

[...] porque isto significa recuperar a sua própria mãe e também porque lhe permite identificar-se com ela. Também deseja um filho para poder comprovar sua própria fertilidade. [...] pode corresponder ao desejo infantil de presentear uma criança ao pai. [...] Em seu desejo de ter um filho, também influem causas mais conscientes. Pode desejar um filho para reviver sua própria infância nele ou para dar-lhe precisamente o que não teve [...] mas, no fundo, o desejo da mulher de dar à luz um filho provém de sua necessidade psicobiológica de desenvolver todas as suas capacidades latentes (p.198).

Assim, verificamos que a maternidade se tornou importante para o papel da mulher na sociedade e seu útero passou a ser valorizado e considerado um órgão nobre, talhado para a procriação. Essas características específicas da mulher determinariam a vocação feminina para a maternidade independentemente do contexto social. Scavone (2001) ressalta que, para além dos motivos psicológicos e socioeconômicos, que fazem as mulheres adiarem, adiantarem, aceitarem ou recusarem a maternidade, ou ainda dos valores ideológicos e políticos que alimentam o ideal de sua realização, sempre estará em questão seu significado social. Este significado revela que, apesar das inúmeras mudanças ocorridas na situação social das mulheres, a maternidade ainda compromete consideravelmente as mulheres.

Desse modo, a maternidade ainda é vista, neste século, como um papel social importante imputado à mulher. O amor da mãe para com seu filho ainda é considerado natural e instintivo e qualquer mulher que não compartilhe desse sentimento é considerada alguém que contraria as leis naturais e sociais. Em face do apresentado, cabe observar que, nas perdas gestacionais, a mulher se vê impossibilitada de cumprir a ordem natural (uma ordem imposta como ‘natural’), ocorrendo situações particularmente impactantes para a mulher, situação esta agravada na GM. Vale também ressaltar o quanto a mulher é atingida quando se vê diante da perda gestacional e das expectativas daí advindas. Vivencia este evento como uma falha no processo que era concebido para ela como natural. Assistimos, em nosso convívio com estas mulheres, às suas decepções, considerando-se menos mulheres, com baixa autoestima, desprovida de seu valor enquanto fêmea.

A confirmação do diagnóstico de gravidez associa-se à ideia de uma nova vida. Com a perda da gestação, tenta-se acreditar que a pouca (ou nenhuma) convivência da mulher/mãe com seu bebê facilitará a aceitação de sua morte, diminuindo, desta forma, as repercussões de dor. Porém, percebemos, no acompanhamento psicológico de mulheres com GM, que, para quem sofre, sua dor é única e sem paliativos que a amorteçam. A partir de nossa prática ambulatorial, inclinamo-nos a pensar que a dor pela perda por GM é extrema, levando esta mulher a silenciar-se, mantendo um discurso objetivo e racional, como forma de se resguardar da dor. Cabe aqui destacar que esta perda gestacional também a leva a se esquivar e manter certo distanciamento das pessoas, defendem-se, assim, da dor no afastamento e no silêncio.

Outro ponto relevante vem de sua relação com a sociedade, onde se sente estranha e com dificuldades de partilhar a notícia recebida. Corroborando com os estudos acima apresentados, parece-nos que, no momento em que a mulher se vê não correspondendo aos anseios da família e da sociedade, ela se sente desprovida de seu valor como mulher, pois, como afirma Kehl (1998), a maternidade está associada à feminilidade. Destacamos também o quanto o sentimento de inferioridade pode afetar sua relação amorosa e conjugal.

3

Gravidez de Alto Risco

Por comprometer o desenvolvimento normal do embrião/feto e pôr em risco a vida da mulher gestante, em seu curso gravídico, a gestação molar é classificada como gravidez de alto risco. Entretanto, o risco se estende para além do período gestacional, pois traz possibilidades de outras doenças graves, culminando com o câncer. Ela necessitará ainda de um acompanhamento anual durante toda a sua vida, além do risco de uma futura gestação também ser GM.

Estes fatos nos levam a destacar, neste capítulo, algumas modalidades de gravidez de alto risco, de forma a podermos melhor embasar o que caracteriza a gestação molar e suas peculiaridades. Assim, abordaremos as repercussões psicossociais presentes diante da perda gestacional, buscando assinalar o quanto estas repercussões são vivenciadas pela mulher com GM.

Nem toda gravidez e parto, apesar de serem considerados processos fisiológicos naturais, seguem seu curso normal. Podem surgir complicações de diversas naturezas e intensidades, inclusive as que conduzem à morbidade e à mortalidade materno-fetal, como veremos adiante, na gestação molar. A existência de patologias prévias pode pôr em risco a gravidez. Entre elas, destacam-se: a hipertensão, a diabetes, as doenças endocrinológicas, as cardíacas e as neoplasias (QUAYLE, 1997). Mas, para o Ministério da Saúde (2000), a avaliação de risco gestacional não é tarefa fácil, pois o conceito de risco associa-se à possibilidade e ao encadeamento entre um fator de risco e um provável dano.

O conceito de gravidez de risco surge para identificar graus de vulnerabilidade nos períodos de gestação, parto, puerpério e na vida da criança, em seu primeiro ano. O Ministério da Saúde (2000) ainda concebe como fatores geradores de risco, numa maior amplitude, os seguintes fatores, classificados em quatro grandes grupos: características individuais e condições sociodemográficas desfavoráveis; história reprodutiva anterior à gestação atual; doenças obstétricas

na gestação atual; e as intercorrências clínicas. A ausência de assistência pré-natal também consta, nessa descrição, como risco gestacional.

Na prática obstétrica são caracterizados, como fatores de risco gestacional, os seguintes dados (ROSENBERG, 2007): gestante com menos de 16 anos e maiores de 35 anos; síndromes hipertensivas; diabetes melito; uso de drogas e álcool; uso de medicações; histórico prévio de perdas fetais ou neonatais; isoimunização Rh; sangramentos no segundo ou terceiro trimestres da gestação; infecções maternas; gestação múltipla; retardo de crescimento intrauterino; más formações fetais; histórico de doença psiquiátrica; doença cardíaca. Através desta classificação, é caracterizada a gestação de risco, levando o médico a assumir uma assistência mais criteriosa na qual se lança a mulher a determinados procedimentos e cuidados. No caso da mulher com GM, o médico deverá alertar para seu futuro gravídico: em uma futura gestação, ela deverá ser avaliada por um obstetra do centro de referência em GM, de forma a verificar se esta nova gestação é normal e se existe ainda alguma sequela da GM. Segundo Quayle (1997), na gravidez de alto risco, as intercorrências patológicas e sociais são consideradas fatores de agressão ao binômio gestante-feto, levando a uma instabilidade fisiológica e/ou hemodinâmica.

3.1

Parto Prematuro

Uma consequência da gestação de alto risco é a prematuridade ou também nomeado de parto pretermo, que ocorre antes de 37 semanas de gestação (BRASIL, 2000). O parto prematuro é responsável por 75% da mortalidade perinatal e mais da metade da morbidade. Embora a maioria dos bebês pretermos sobrevivam, eles estão sujeitos a risco aumentado de comprometimento no desenvolvimento neurológico e complicações respiratórias e gastrointestinais (MONTENEGRO & REZENDE, 2011). Dessa forma, a elevada incidência do parto com menos de 37 semanas constitui-se num dos maiores problemas ainda não solucionados na obstetrícia, apesar das estratégias de prevenção durante o pré-natal e da assistência neonatal terem evoluído muito nos últimos anos (BITTAR;

CARVALHO; ZUGAIB, 2005). Nos países em desenvolvimento como o Brasil predominam, ainda, os partos prematuros e de crianças com baixo peso ao nascer (inferior a 2.500g), desencadeados por más condições sociais e econômicas, infecções e um deficiente atendimento pré-natal. Nas duas últimas décadas, a incidência de parto prematuro cresceu cerca de 30%. Para a mãe, o parto prematuro aumenta o risco para uma nova interrupção prematura em gravidez subsequente. Na GM, a probabilidade de repetição em gestação futura é de 25% . Mulheres que tiveram um parto pretermo (menos de 35 semanas) têm risco de recorrência de 16%; com dois partos pretermos, o risco é de 41%; e com três partos pretermos, a incidência é elevada a 67% de risco (MONTEGRO & REZENDE, 2011).

Classicamente se aceita que o mecanismo, sinais e sintomas do trabalho de parto, que determina o parto a termo (maior de 37 semanas) é o mesmo daquele que ocorre no parto pretermo, variando apenas a idade gestacional nas duas situações. Porém, existem diferenças fundamentais entre as duas: na primeira, há ativação fisiológica para o parto, enquanto o parto pretermo resulta da ativação patológica (doença), que estimula o parto prematuro (BITTAR; CARVALHO; ZUGAIB, 2005). Assim também se dá a perda gestacional por GM, na qual há uma ativação por patologia (BELFORT, 1997).

Conforme visto, diversos fatores clínicos contribuem para o parto pretermo, mas, além desses fatores clínicos, estudos sugerem que elementos, tais como o estresse emocional cotidiano da mulher moderna e, ainda, a gestação gemelar, muitas vezes decorrentes da gravidez em idade avançada e da maior oferta de técnicas de reprodução assistida, também contribuem para isso. (BITTAR; CARVALHO; e ZUGAIB, 2005)

Segundo Bittar, Carvalho e Zugaib (2005):

Aproximadamente em 75% dos casos, o parto prematuro é espontâneo, ou seja, a gestante inicia espontaneamente o trabalho de parto. Nos 25% restantes, o parto prematuro é eletivo, isto é, a interrupção da gestação é realizada em decorrência de alguma complicação materna e/ou fetal. (p.561)

Embora haja diversos estudos (SOIFER, 1992; LANGER, 1986; QUAYLE, 1997) sobre a relação do psiquismo na gravidez, a maior parte dos

trabalhos realizados sobre a questão da antecipação do parto mostra que este fato pode ocorrer devido à ansiedade materna e ao estresse emocional acarretado pela ocorrência de vivências significantes, na maioria das vezes desprazerosas, durante o ciclo gravídico. Assim, evidencia-se a hipótese de que a tensão psíquica possa influenciar a atividade uterina precoce (BARTILOTTI, 1997). Esses sentimentos de ansiedade, experimentados pela mulher durante a gravidez, com frequência, estariam revelando uma resposta do organismo em torno de uma situação que exige da mulher, agora, a condição de gestante, esforço consideravelmente maior: “o ser mãe” (BARTILOTTI, 1997, p. 180).

Conseqüentemente, tais questões podem levar a supor que a antecipação do parto advenha de circunstâncias que, transitoriamente, ultrapassam a capacidade da mulher para adaptar-se interna e externamente à situação. Ou seja, o parto pretermo atua como uma expressão reativa ao contexto, que, em geral, traz, além de conflitos, a dificuldade de administração psíquica desses conflitos por parte da mulher.

Outro aspecto psicológico que pode contribuir com o parto prematuro refere-se ao “processo de identificação da mulher com sua própria mãe em suas funções maternas” (SOIFER, 1992), sendo de particular importância, neste contexto, a imagem guardada da própria mãe. Sob esta perspectiva, Bartilotti (1997), em suas pesquisas, revela

[...] que algumas mulheres relatam uma imagem não positiva da própria mãe, focalizando a vivência de uma relação inicial, em sua infância, e continuamente não satisfatória entre ela e sua mãe, sendo uma vivência marcada por histórias de abandono e/ou rejeição materna, fator este que por ser essencial à estrutura psíquica, possivelmente desfavoreceu tal processo e, conseqüentemente, a adaptação emocional dessas mulheres à maternidade. (p. 181)

Ainda segundo Bartilotti (1997), outro fator que pode contribuir com o parto pretermo diz respeito à presente e marcante “sensação de insegurança” perante o ser mãe. A mulher precisa, antes de qualquer coisa, sentir-se segura dentro de si e contar com a imagem de uma mãe “nutridora”, que cuida e propicia os cuidados, também amorosos, de que a criança necessita.

O parto prematuro parece ser vivenciado pela mãe e pela família como um “choque”, pois, conforme abordado no capítulo 1, todo o trabalho da gravidez, enquanto preparativo para o parto e para a chegada do bebê, é bruscamente interrompido. Tanto o bebê quanto os seus pais têm de enfrentar uma série de ajustes (BRAZELTON, 1988), e o nascimento de um bebê prematuro, além de inesperado, constitui um evento de difícil elaboração.

Segundo Brazelton (1988), a família constrói uma expectativa de um nascimento saudável; porém, diante de um parto pretermo, todos os sonhos construídos são desfeitos e podem ser tomados como um golpe para a autoestima materna. Ainda que haja a convivência com algumas complicações durante a gestação, o nascimento é um momento esperado por toda a família; mas os pais, de forma particular a mãe, constroem a fantasia de um filho perfeito e o momento mágico do encontro com o seu bebê. O prematuro, além de emergir na vida familiar de maneira inesperada, é percebido por ela como um ser inacabado e pode até mesmo ser indesejado. A forma de a família perceber o prematuro mobiliza insegurança e desencadeia intensas mudanças e transformações na vida de cada um de seus membros. A esse respeito, ainda diz Brazelton (1994), o luto dos pais, depois do nascimento de um prematuro, é inevitável.

Para Soifer (1992), a prematuridade pode estar também relacionada a uma forte ansiedade sentida pela grávida, que, ao perceber os movimentos fetais para encaixe no canal do parto, por volta do oitavo mês de gestação, suscita sentimentos de esvaziamento, levando a temer a perda e a fantasia de parto prematuro, devido à ansiedade em relação a assumir o papel de mãe. Há indicações de que o desempenho do papel de mãe, se permeado de intenso sofrimento, dificuldades e responsabilidade, poderia sim estar colaborando para a não identificação com o papel em questão (BARTILOTTI, 1997). Ampliando esses pensamentos das autoras citadas, poderíamos levantar a hipótese de que a ocorrência de tais fenômenos durante a gestação poderia, também, estar sinalizando a recusa da mulher em aceitar o próprio papel feminino e em expressá-lo por meio da maternidade.

Assim, consideramos importante levar em conta o simbolismo dos fenômenos que podem significar, enquanto catalisadores das dificuldades, dos

conflitos e dos sentimentos, muitas vezes inconscientes para a mulher, perturbações no decorrer do processo gestacional, contribuindo para um parto prematuro. Desse modo, em relação à GM, a mulher experimenta, de fato, a concretude de todas estas fantasias, medos e ansiedades descritas acima. Isso poderá ocasionar repercussões psicológicas sérias, como desistências de planos futuros quanto à gravidez, e, ainda, possíveis sentimentos de incompetência diante de suas relações afetivas e sexuais.

3.2

Aborto

Outro fator preponderante na gravidez de alto risco é o aborto, que pode ser espontâneo ou provocado. Aqui abordaremos o aborto espontâneo, caracterizado pela expulsão do embrião antes de 22 semanas de gestação ou com o conceito pesando menos de 500g (BRASIL, 2000). Em alguns casos que atendemos no Centro de Referência do RJ, a descoberta da GM partiu do diagnóstico de um abortamento espontâneo, o que nos leva a duas situações distintas: primeiro, a mulher é notificada da perda de sua gestação por aborto e, diante disto, é acometida pelas repercussões deste evento; segundo, após este diagnóstico, que poderá ser em dias/tempo diferentes, ela é submetida a outro diagnóstico, que revela seu aborto estar vinculado a uma má formação genética ocasionada pela GM. Diante desta situação, a mulher é exposta a duas situações que podemos entender como traumáticas.

A probabilidade de se alcançar uma gravidez normal é de apenas 25%, e a maior contribuição à baixa fecundidade é dada por perda não reconhecida do embrião pela mulher. O aborto espontâneo é a complicação mais frequente da gravidez, e a grande maioria ocorre no 1º trimestre. A incidência do aborto espontâneo, reconhecido pela população em geral, é de 10-15%. Todavia, com o desenvolvimento de testes altamente sensíveis ao *beta* (hCG-b) para detectar a presença do embrião, evidenciou-se que a magnitude da perda gestacional, após a implantação e a identificação clínica da gestação, é da ordem de 60% (MONTENEGRO & REZENDE, 2011). Conforme abordado no capítulo 1 de

nostros estudos, na evolução do conceito de família, temos, como ponto principal, a valorização da vida e da procriação. Em contrapartida, há a dificuldade de lidar com as situações relacionadas à morte, sendo atribuído um caráter eminentemente negativo à palavra aborto. Fora do âmbito médico, o termo refere-se a monstruosidades, anomalias e deformidades. Além disso, também são considerados ao ato de abortar significados pejorativos: falhar, não se desenvolver, não ter êxito, impedir, frustrar (QUAYLE, 1997). Evidencia-se assim, diante da situação de aborto, um caráter destrutivo.

Esses diferentes significados constelam a vivência do casal que se confronta com a experiência do abortamento espontâneo. Mesmo que tendam a negar a importância desse acontecimento e de suas consequências emocionais, em uma aparente conformação às regras sociais não verbalizadas, esses conteúdos se farão, de alguma forma, presentes na vida do casal. Vale ressaltar que esta tendência a se afastar do fato pode constituir-se em sério risco para o equilíbrio psíquico, especialmente para a mulher (Caselatto, 2005). A palavra aborto, em sua raiz latina, significa: *aboriri*, *ab* afastamento e *oriri* vida. Esta situação reporta-se a uma vivência de negação à missão social da mulher, afastando-se da sua condição e papel de gerar, nutrir e albergar a vida (QUAYLE, 1997). O nascimento reporta-se à vida, enquanto o abortamento à morte. Mais uma vez apontamos para o episódio da GM como algo que remete ao acima exposto, alavancando sentimentos, pensamentos e vivências de forma mais intensa, pois a mulher não só perde sua gestação como é classificada como uma mulher doente.

Quayle (1997) ainda ressalta que as repercussões emocionais do abortamento espontâneo na vida da mulher e do casal tendem a ser minimizadas culturalmente, especialmente no momento em que a sociedade parece estar mais mobilizada para discutir aspectos concernentes ao controle da natalidade e das maravilhas face às novas técnicas de fertilização assistida. Nesse contexto, ainda segue a autora, parece haver pouco espaço para se atentar às vivências associadas à ausência de maternidade, quando esta não decorre de uma escolha consciente do casal, mas lhes é imposta através do abortamento espontâneo.

Nas sociedades primitivas, o aborto espontâneo era reconhecido como decorrente de situação de culpa ou vulnerabilidade da mulher. Essa

vulnerabilidade era entendida como uma fragilidade face à atuação de maus espíritos sobre a mulher (QUAYLE, 1985). Evidentemente, não são mais estes pensamentos que povoam o psiquismo do homem moderno ocidental. Todavia, a ausência de maternidade/paternidade/descendência, embora talvez sem a mesma importância ou pressão cultural de antigamente, ainda se constitui em fantasma a assombrar os sonhos e o cotidiano de muitos casais (QUAYLE, 1997). Como veremos no capítulo sobre GM, algumas mulheres por nós atendidas revelam e relatam tal assombro, questionando-nos se elas tiveram culpa ou se a GM seria um castigo por algo que elas cometeram.

3.3

Morte Fetal

Outro fator preponderante na gravidez de alto risco é a morte fetal ou natimorto, caracterizado como a morte do produto da gestação antes da expulsão ou da extração completa do corpo materno (BRASIL, 2000). Esta se distingue do aborto espontâneo na medida em que a mulher guarda, em seu útero, o feto morto antes de expulsá-lo. Só há duas formas de expulsão deste feto: ou esperar pelas contrações que podem vir uma ou duas semanas mais tarde, ou fazer a indução do parto. No mundo, acontecem cerca de três milhões de partos de natimortos. No Brasil, a incidência de morte neonatal foi de 10,45 para cada grupo de mil nascimentos (BRASIL, 2000). Esse acontecimento e o procedimento para esvaziamento uterino poderão originar uma reação de sofrimento emocional que requer ajustamentos psicológicos, familiares e individuais, difíceis de serem aceitos e vividos. Uma mulher que passa por essa experiência pode se sentir responsável ou culpada, e ainda reviver essa angústia em uma gravidez futura por temer dar à luz um bebê com dificuldades ou perdê-lo novamente. Estas reações descritas como referencial para natimorto também são observadas nas mulheres com GM. Essa vivência é de difícil elaboração, pois, além da perda do filho idealizado, há também, em algumas situações, a perda da idealização da constituição de família (QUAYLE, 1997).

Segundo Armstrong (2004), a notícia da morte do filho, ainda durante o período da gestação, é traumática para a família, que, na expectativa de uma vida, encontra o desespero e a tristeza. Para Piccinini et al. (2004), o filho anuncia sua existência aos pais muito antes do nascimento, e os projetos e as expectativas destes pais preparam o lugar para receber o futuro filho. Estes autores ainda nos relatam cinco categorias temáticas quanto às expectativas e sentimentos das gestantes. São elas:

- 1 *Sexo do Filho*: A maioria das gestantes possui crença definida de que o filho seria de determinado sexo, antes da sua confirmação no exame de ultrassom.
- 2 *Nome do Filho*: Aparece ligado às características do próprio nome escolhido e ao que este lhes lembrava.
- 3 *Características Psicológicas do Filho*: Relacionam que os filhos terão características psicológicas semelhantes às dos genitores.
- 4 *Interação Mãe e Filho*: A maior parte das gestantes disse que a interação ocorre através de si mesma, especialmente por meio de conversas; além disso, foi percebida por meio de movimentos fetais como uma forma de comunicação da dupla.
- 5 *Saúde do Filho*: Sugere maior preocupação quanto à má formação do filho.

Uma pesquisa feita por Martins et al. (1998) com 13 mulheres internadas, devido à morte do feto durante a gravidez, revela que os sentimentos e comportamentos dessas mulheres coincidiram com situações de perdas em geral: impotência diante da morte, sensação de injustiça frente à notícia de morte (esforço e sacrifício não valerem a pena), o fato de ficarem abaladas e assustadas diante da notícia do óbito, perdas vistas como algo que jamais esquecerão, depressão, ansiedade e culpa. Ainda se relata que as mulheres apresentavam dúvidas em relação à causa da morte do filho.

O Ministério da Saúde do Brasil (2004) apresenta diretrizes de conduta para profissionais de saúde da área da obstetrícia no caso de complicações na gravidez e nascimento, nas quais menciona os casos de mortes intrauterinas e

natimorto. Essas diretrizes, que caracterizam alguns fatores que influenciam as reações da mãe à perda de seu filho, são as seguintes:

- . sua história prévia de vida e obstétrica;
- . o quanto o filho era desejado;
- . os eventos que acompanharam o nascimento e a causa da morte;
- . experiências prévias de perda por morte.

Os pais, frente à morte do filho no período perinatal, necessitam de suporte para as suas necessidades. Eles precisam compartilhar sua perda, os rituais relacionados a ela e ao reconhecimento social de sua perda. Segundo Doka (1989 *apud* CASELLATO, 2005), o luto tem um papel social, porque o enlutado deve corresponder a alguns critérios de reconhecimento social sobre a origem da perda e o vínculo que existia entre o enlutado e a pessoa que morreu.

Nesse período crítico da perda gestacional, ao ver-se paradoxalmente como geradora de “bebê morto” e como incapaz de manter e abrigar a vida, a mulher tende a se sentir não feminina. Ela vivencia a falha, sente-se incapaz não só de ter filhos, mas também de cumprir seu “papel” social. Tende a deixar-se deprimir como forma de elaboração da perda e vivência do luto. Um filho que nasce morto é uma inversão da ordem natural dos eventos de uma família e completamente fora de lugar no ciclo da vida, sendo gerador de estresse (BROWN, 1995).

No atendimento às mulheres em ambulatório de obstetrícia, verificamos que, na gravidez de alto risco, o sentimento de culpa e a sensação de estar sendo castigada encontram-se presentes. Segundo Maldonado e Canella (1981), esta vivência intensifica-se quando, na gestação atual ou em gestações anteriores, houve ameaça de aborto, concretizada ou não, em ação ou pelo desejo. Embora a mulher entenda que a intercorrência não resulta da ação que a faz sentir-se culpada, em seu registro emocional, permanece essa relação de causa e efeito. Ainda segundo os mesmos autores, o ressentimento, a raiva e a revolta também se fazem presentes, causando grandes dificuldades para a maioria das mulheres admitirem que sentem raiva porque a criança tem problemas ou porque a

intercorrência acarreta restrições de vida durante a gravidez, levando-as a um período longo de repouso, abstinência sexual, exames e consultas médicas frequentes. É importante considerar o clima de ameaça que paira no decorrer da gravidez de risco e sua consequente insegurança, não tendo como eliminá-la.

Segundo Torloni (2007), até 1970 acreditava-se que, apesar de o óbito perinatal representar uma perda para os pais, esta seria menos dolorosa que outros tipos de morte. Assim, o óbito fetal era encarado como mero infortúnio médico e não como uma tragédia humana. Porém, após esta data os estudos apontaram o valor de atitudes como incentivar a expressão dos sentimentos por parte da mulher diante de sua perda gestacional, valorizar a perda por óbito fetal, oferecer apoio emocional contínuo e dar esclarecimentos da causa do óbito fetal. Tais atitudes são importantes para a elaboração da perda e, conseqüentemente, para a prevenção de transtornos psíquicos futuros, principalmente diante de uma futura gestação.

Segundo Bartilotti (2004), é comum a crença de que a duração e a intensidade da dor são proporcionais à convivência dos pais com seus filhos, ou seja, que a permanência da angústia dependa da extensão do conjunto de recordações deixadas pelo filho perdido. Savage (1989) afirma o contrário, apontando que, frequentemente, a dor dos pais por aquele que nunca se fez efetivamente presente pode ser tão intensa, ou pior, do que por aquele de quem se tem inúmeras recordações.

Segundo Maldonado (1982) e Bartilotti (1997), a atitude de “abafar” a expressão do sofrimento diante da perda gestacional tem conseqüências verdadeiramente danosas em períodos posteriores da vida da mulher, do casal e dos filhos que eventualmente virão, de forma que se faz necessária a valorização das respostas do luto após a situação de morte fetal.

É nesse contexto, permeado pela falta de espaço para expressão da dor e reconhecimento deste luto, que as repercussões emocionais diante da ocorrência do óbito fetal começam a ser relegadas e a elaboração do luto não é processada psiquicamente como deveria. Caselatto (2005) chama atenção ao luto não reconhecido pela sociedade. Em seus estudos sobre a perda gestacional, o aborto, seja ele provocado ou espontâneo, é uma experiência de morte e envolve uma perda. Diante disso, se faz necessário reconhecer este luto e oferecer espaço para

os pais se expressarem. Da mesma forma, no que tange à GM, é necessário este espaço para o casal, e principalmente a mulher expressar sua dor e falar da perda de seu bebê, que, para ela, é real e significativa.

3.4

Gestação Molar

Como mencionado no início deste capítulo, outro fator agravante no processo gravídico, classificado como alto risco e que se constitui no tema principal desta pesquisa, é a gestação molar. Como vimos no parto prematuro, no aborto espontâneo e na morte fetal, a mulher, assim como sua família, é atingida em seu âmago. No parto prematuro, há um choque diante da interrupção do processo natural da gestação, pois há expectativas do nascimento saudável, o que neste tipo de parto não é correspondido. O aborto, como principal característica a expulsão espontânea do embrião, trará para a mulher uma vivência de “falha” na procriação (QUAYLE, 1997). Já na morte fetal, vimos o quanto a mulher se sente culpada e responsável pela morte de seu filho. Tende a entrar em desespero e tristeza, pois se vê diante de um quadro onde ela gera um bebê morto. Destacamos aqui o que já mencionamos nos pontos anteriores sobre gravidez de alto risco, como forma de enfatizar o quanto a perda gestacional por GM provoca uma vivência de risco que está para além do evento da tal perda, pois traz a possibilidade do câncer. Este diferencial torna a GM ímpar no que concerne a uma gravidez de risco.

Outra característica peculiar à GM vem da necessidade de manter um acompanhamento clínico de saúde por toda a vida. Em caso de uma futura gravidez, a mulher deverá retornar ao Centro de Referência para comunicar a nova gestação e receber uma avaliação médica, de forma a verificar se esta nova gravidez é normal.

Cabe aqui ressaltarmos que há escassez de estudos e pesquisas na área da Psicologia sobre o tema GM, o que nos dificultou, no campo teórico, nossos estudos. Tomamos como fio condutor, para apresentar a GM, os estudos da clínica

médica obstétrica; e, para abordar os aspectos psicológicos, os temas relacionados às perdas gestacionais em geral, o diagnóstico de doença grave, a morte e o luto.

A Doença Trofoblástica Gestacional (DTG), no sentido leigo, gestação molar, é o termo abrangente para nomear os tumores do trofoblastos (tecido placentário). É uma complicação rara da gestação que ocorre no momento da fecundação, quando as células que formarão a placenta passam, então, por anomalias. Esta doença engloba as várias formas da gestação molar: molas hidatiformes (Completa e Parcial), mola invasora, coriocarcinoma e tumor trofoblástico do sítio placentário (PSTT). Segundo Montenegro e Rezende Filho (2011), é idêntica a denominação dada pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 1983) e pelo *American College of Obstetricians and Gynecologists* (ACOG, 2004). O Colégio Americano refere ainda, como sinônimos, neoplasia trofoblástica gestacional (NTG) e tumor trofoblástico gestacional (TTG). O ACOG divide o estudo da DTG em dois grandes tópicos: mola hidatiforme (completa e parcial) benigna e DTG maligna (mola invasora, coriocarcinoma e PSTT). A gravidez molar ou mola, em sua grande maioria, costuma ser benigna (não cancerígena) e possui geralmente remissão espontânea, sem necessidade de tratamento medicamentoso, somente com acompanhamento médico e psicológico. Porém, 20% dos casos podem vir a se espalhar para fora do útero, invadindo outros órgãos e gerando metástases. Nestes casos, já são considerados como forma maligna, tumor canceroso, necessitando de tratamento quimioterápicos (BELFORT, 1997).

Na mola hidatiforme completa (MHC), temos como característica principal a ausência do embrião. Em seu lugar, a placenta forma uma massa de cistos, que assume aparência de “gotas de água”, daí o nome mola hidatiforme (YAZAKI SUN, 2007), lembrando ainda um cacho de uvas e podendo ser visualizada em ultrassonografia. Ainda segundo Montenegro e Rezende Filho (2011), a mola completa tem invariavelmente seu cariótipo¹ 46XX. Por alguma razão desconhecida, o óvulo perde sua carga genética - esvazia-se -, sendo fecundado por espermatozoide aparentemente normal, cromossomalmente 23X. Andrade (2009) acrescenta que este tipo de fecundação se dá apenas com

¹ Nome dado ao conjunto de cromossomos constantes em uma célula. Nossas células são normalmente formadas por 23 pares de cromossomos (portanto 46 cromossomos).

cromossomos paterno, sendo em 90% do cariótipo 46XX e os 10% restantes de 46XY. Neste último caso, Montenegro e Rezende Filho (2011) descrevem as molas completas como produtos da fertilização de “óvulo vazio” por dois espermatozoides contendo cromossomo X e Y, respectivamente. Do ponto de vista clínico, a mola completa apresenta volume uterino aumentado, por conter maior concentração de massa gestacional, e complicações como hiperemese, pré-eclâmpsia e cistos ovarianos mais frequentes do que na gestação molar parcial e gestação normal, contribuindo, assim, para evolução de formas mais persistentes do processo com maior possibilidade de evolução ao câncer. Em nossa vivência com as mulheres com gestação molar completa, verificamos o quanto ela se esquivava do encontro com seu parceiro sexual, pois teme pela acusação da formação desta gestação por parte dela. Afinal, a MHC deriva de um óvulo com carga genética exclusivamente paterna. Este fato repercute na mulher como uma demonstração de sua falha, de “interior estragado” (QUAYLE, 1997). Outra observação, constante em nossa vivência, vem do fato da não compreensão por parte destas mulheres, do diagnóstico recebido. Fato esse que leva à descrença do episódio de GM, favorecendo a crença de apenas um aborto espontâneo. A mulher geralmente solicita a confirmação por histopatológico (exame detalhado sob uma visão microscópica).

Já na mola hidatiforme parcial (MHP), há a presença de embrião próxima à massa de cistos, mas que, em quase totalidade dos casos, não sobrevive. A mulher com este tipo de gestação tende a abortar por volta de 16 semanas. A mola hidatiforme parcial resulta da fecundação de um óvulo normal por dois espermatozoides ou por um espermatozoide diploide (dobro de cromossomos). A célula-ovo resultante dessa fecundação é, portanto, triploide (69 XXX ou 69XXY), com excesso de carga genética herdada do pai. A placenta apresenta áreas normais, alternadas com áreas em “gotas de água”. Neste processo, temos uma pequena possibilidade da gestação seguir seu curso normal e alcançar o parto a termo, porém a quase totalidade tende a abortar (BELFORT, 1997).

No período de 1998, quando a autora desta dissertação é inserida no serviço de psicologia deste centro, até 2012 podemos contar com apenas dois casos de GM que seguiram seu curso gravídico a termo. Nestes dois casos as

mulheres tiveram o diagnóstico de MHP após o nascimento do bebê em outra Instituição de Saúde, sendo encaminhada para o Centro de DTG/RJ para acompanhamento pós parto. As duas mulheres foram tratadas por quimioterapia, pois corriam risco de morte. Seus bebês nasceram normais.

As mulheres com diagnóstico de gestação molar parcial geralmente apresentam sintomas consistentes com abortamento incompleto ou retido e, por isso, quase sempre o diagnóstico de MHP pode ser considerado como aborto espontâneo de uma gestação normal, deixando esta mulher em risco de vida. O diagnóstico preciso somente é obtido após análise de material histopatológico (YAZAKI SUN, 2007). Esse fato propicia, na mulher com MHP, um evento de maior estresse, ansiedade e temor por sua vida, pois consideram que, pela demora no diagnóstico, elas correm maior risco de vida. Aqui também é vivenciado por estas mulheres um descontentamento, já que muitas, ao fazerem sua ultrassonografia, visualizam seu bebê, manifestando alegria e impulso para aquisição de presentes para ele. Assim, também seus parentes e amigos celebraram a notícia da gravidez e da chegada de um bebê.

Ambas as molas hidatiformes (parcial e completa) são gestações em quase sua totalidade inviáveis, o que já é motivo de frustração para o casal, principalmente quando a gravidez é desejada. Segundo Yazaki Sun (2007), isso:

ainda pode gerar medo e angústia, pois a mola completa, 20% dos casos, e a mola parcial, em 5% , evoluem para formas tumorais malignas (mola invasora ou coriocarcinoma). Estes tumores, quando precocemente detectados, são curáveis em quase 100% das vezes, pelo uso de quimioterapia e/ou histerectomia. Porém, se o diagnóstico ocorre na presença de metástases cerebrais e/ou hepáticas, a vida materna pode ser comprometida. (p.272)

A mola possui uma frequência maior em países subdesenvolvidos e também nos extremos da idade reprodutiva, mas é importante destacar que pode ocorrer em qualquer idade, dentro do período de fertilidade, conforme observado por Belfort (1997):

A frequência da mola varia de um a outro país. É predominante na Ásia, África e América Latina. Exemplo: Filipinas, onde a incidência de mola é um caso para cada 80 gestações. É muito menos frequente na Europa e Estados Unidos. No Brasil, estima-se ocorrer uma mola em cada 200 gestações. (p.23)

Diante deste quadro, a mulher e sua família experimentam as particularidades da GM e sofrem forte impacto, chegando, às vezes, a desdobramentos de interrupção de vínculo afetivo, amoroso e também social. Quanto ao aspecto social, ressaltamos, segundo relatos trazidos a nós, psicólogos, que muitas mulheres são demitidas devido ao medo do empregador e à não compreensão da GM, gestação por muitos desconhecida, o que gera receio de que seja algo contagioso. Geralmente essa demissão ocorre quando trabalham como babás ou com crianças. Assim, são afastadas da função ou do emprego por preconceito e medo por parte do empregador.

3.4.1

Diagnóstico

A descoberta precoce da Doença Trofoblástica Gestacional ou mola hidatiforme é fator importante no prognóstico. Atualmente, por meio da ultrassonografia e do exame para detecção do B-hCG (gonadotrofina coriônica humana), o diagnóstico de mola hidatiforme pode ser feito em idade gestacional mais precoce. Geralmente, o diagnóstico ocorre no 1º trimestre da gravidez. Temos, como principal sintoma, o sangramento genital, que tem seu início marcado em torno da oitava semana de atraso menstrual, apresentado em pequena quantidade e de coloração marrom-escura, tipo “borra de café” (YASAKI SUN, 2007). Muitas vezes, este sangramento vem acompanhado da expulsão de algumas vesículas molares, “assinatura da mola” (MONTENEGRO & REZENDE FILHO, 2011).

Outros sinais e sintomas incluem aumento do útero, sendo maior que o esperado para a idade da gravidez normal, ausência de batimentos cardíacos fetais, cistos ovarianos e nível elevado do hCG. A pré-eclampsia, na 1ª. metade da gestação, é sugestiva de mola hidatiforme, conforme nos relata Montenegro e Rezende Filho (2011). O prognóstico geralmente é bom, significando a possibilidade de haver futuramente uma gestação normal. É sabido, porém, que a mulher com gestação molar tem probabilidade cinco vezes maior de haver outra gestação molar em futura gravidez.

3.4.2

Procedimentos Clínicos

Ao ser confirmada clinicamente a gestação molar, ou a suspeita dela, a mulher grávida é encaminhada ao centro de referência na doença do seu Estado. No Rio de Janeiro, o centro de referência está situado na 33ª. Enfermaria da Santa Casa da Misericórdia, para os devidos procedimentos. Ela é, então, atendida por uma equipe composta por médicos, enfermeiros e psicólogos, que darão o suporte necessário à sua saúde física e psíquica.

Confirmado o diagnóstico, se faz necessária a internação desta mulher grávida, para que seja submetida ao método eleito para esse procedimento de esvaziamento uterino, a aspiração a vácuo. Este método tem por finalidade aspirar o conteúdo do material uterino, por meio de um aspirador a vácuo, acoplado a cânulas plásticas semiflexíveis. O processo clínico obstétrico é seguro, rápido e mais eficiente do que a curetagem, pois esta pode levar à rotura uterina. Através desse procedimento, serão retirados o material molar e os restos embrionários, a serem enviados para a análise histopatológica (ANDRADE, 2009). É importante ressaltar os aspectos psicológicos envolvidos neste procedimento de esvaziamento uterino. Segundo Quayle (1997, p. 148), “a mulher se sente esvaziada, física e psiquicamente. Volta para a casa de braços vazios... E enfrentar esse vazio [...] pode ser extremamente difícil”. Constatamos o quanto estas mulheres se sentem diferentes de outras e não conseguem entender o porquê da GM. Também observamos o quanto é difícil o procedimento de esvaziamento uterino assim tão rapidamente, pois, ao chegar ao ambulatório de mola e confirmar o diagnóstico, ela é encaminhada à enfermaria para o procedimento. Muitas vezes, ela não esperava por esta internação imediata, o que gera ainda mais estresse e desconforto.

Outro fato importante a ser aludido é o local de sua internação, onde encontramos, na mesma enfermaria, dois grupos distintos, um de frente ao outro, pacientes com gestação molar e gestantes prestes a dar à luz. Durante os anos de assistência psicológica às mulheres com GM, esta situação é levada à direção clínica. Porém, a logística e as dificuldades financeiras da Instituição não

permitem mudança de acomodação. Diante disso, presenciamos rostos tristes, cabisbaixos e muitos ainda vislumbrados e desejosos de estarem gestando como as mulheres que se encontram à sua frente. Desejam a gravidez e não a morte de seu bebê. Sendo assim, esta situação propicia ainda mais dor.

Segundo Montenegro e Rezende Filho (2011), cuidados devem ser redobrados em úteros grandes, a partir 14-16 semanas ou mais de gestação, sendo o procedimento mais delicado e o pós-esvaziamento monitorados, pois complicações, como anemia, infecção, hipertireoidismo, pré-eclampsia, insuficiência respiratória e cardíaca, podem se fazer presentes. O hipertireoidismo e a pré-eclâmpsia abatem rapidamente, após o esvaziamento uterino, e podem não necessitar de tratamento específico. Os cistos ovarianos, que são estimulados pelo hCG em níveis exagerados, podem demorar vários meses, após o esvaziamento molar, e não devem ser removidos.

A histerectomia com a conservação dos ovários pode ser a alternativa de prevenção de malignidade em mulheres que não querem mais ter filhos. Porém, ainda há risco em torno de 3-5% dessas mulheres que optaram pela histerectomia. Essas mulheres histerectomizadas não estão isentas da monitoração de seu hCG mensal até a alta do ambulatório de gestação molar, assim sendo ao longo de toda a sua vida.

Antes da internação, a mulher é atendida por nós, psicólogos, o que se mostra como um importante suporte para ela enfrentar sua doença e a adesão correta ao tratamento. Como afirma Campos (1995), a doença provoca, precipita ou agrava desequilíbrios psicológicos, tanto para o paciente quanto para seus familiares. Em nossa rotina de apoio psicológico à mulher com GM é oferecido, desde o primeiro momento de chegada ao centro de DTG/RJ, atendimento psicológico individual. Posteriormente, ela é incluída no grupo de sala de espera o qual realizamos nos dias de consulta no ambulatório. Além destes atendimentos, individual e em grupo, acompanhamos todas as pacientes em quimioterapia, assim como os seus familiares. Procuramos, no primeiro mês após o diagnóstico de GM, realizar acompanhamento sistemático destas mulheres. Após período inicial de acolhida, os atendimentos individuais são realizados através de solicitação da equipe multiprofissional, família/acompanhante ou da própria mulher/paciente.

Um fator que chama atenção, na assistência à mulher com gestação molar, é a preocupação e a curiosidade de saber qual o tipo de mola que ela tem. Tal indagação por parte da mulher e, às vezes, do casal está atrelada ao fato da gravidade maior que corre na MHC, e, como há elementos distintos na carga genética de uma e de outra, a questão desemboca na culpa: do homem ou da mulher. Este fato incide sobre o casal com um cunho de culpabilização da perda gestacional, o que poderá levar a uma relação afetiva e sexual instável. Assim se faz necessário uma intervenção psicológica junto ao casal de forma a dimensionarmos como está a relação e abrir um espaço para que eles possam expressar suas angústias e sofrimento conjugal. Porém, no centro de referência do Rio de Janeiro, por se tratar, em sua grande maioria, de casais e famílias da classe D e E, é frequente a ausência do companheiro às consultas ambulatoriais, pois, muitas vezes, é impedido por conta de seu trabalho, dificultando ainda mais o processo de assistência psicológica. Diante disso, esta mulher se encontra sozinha em sua dor, em seus conflitos e em suas dificuldades.

3.4.3

Acompanhamento Ambulatorial

Na internação para a vácuo-aspiração, as pacientes são liberadas geralmente 24h depois para suas residências, não antes de receberem orientação da importância de assumirem a responsabilidade do tratamento, tal como retornar ao ambulatório nos dias marcados para o acompanhamento clínico, psicológico, e da medição do nível do Beta hCG presente em seu sangue. Como a mola é gravidez, mas uma gravidez anormal, ao interrompê-la, é esperado que esse hormônio zere ou atinja níveis inexpressivos. O controle é inicialmente semanal, a fim de verificar se está de acordo com o desejável. À medida que o hormônio declina, o controle passa a ser quinzenal, depois mensal e, finalmente, anual. Assim será realizado, doravante, por toda a vida, de acordo com as recomendações médicas. Todas as pacientes recebem instruções minuciosas sobre anticoncepção, por ser perigoso engravidarem antes da alta, já que a alteração do nível do Beta hCG implicará, conseqüentemente, o principal marcador, que indica

restos molares, ainda presentes no útero, o que poderá acarretar complicações. Contudo, vale ressaltar que, se uma nova gravidez acontecer ainda no percurso do tratamento, o novo embrião não será afetado, porém a mãe estará sem parâmetros de avaliação médica a respeito da GM, pois o principal marcador pós-GM é o nível de hCG presente no organismo destas mulheres. A nova gestação viabiliza a produção do hormônio. Deste modo, o médico não poderá afirmar se o novo nível de hCG também marca a presença ainda de material da GM ou apenas da nova gestação. Diante disso, a mulher corre risco de morte.

É indispensável o monitoramento cuidadoso de cada mulher pós-esvaziamento molar para diagnosticar e tratar, de imediato, possíveis sequelas malignas. Sabe-se que a maioria dos episódios de malignização ocorre dentro de seis meses do esvaziamento molar (ANDRADE, 2009). Caso seja constatada a existência de restos molares significativos no útero, uma nova vácuo-aspiração será realizada. Quando esse processo não surtir resultado satisfatório, ou a quantidade não for indicada para uma nova aspiração, é necessário um tratamento quimioterápico, procurando, dessa forma, evitar ou combater malignizações, o que poderá acontecer quando ocorrerem metástases que, por sua vez, se espalham pelos órgãos, principalmente no pulmão (BELFORT, 1997).

Em nossa abordagem com as mulheres com GM, percebemos o quanto é angustiante e apavorante quando lhe é dito que será submetida a exames e condutas mais invasivas para descobrir o porquê da elevação de seu nível de hCH, no pós-esvaziamento uterino. Neste momento, é instalado o pavor e o medo da morte. Pesadelos e pensamentos mórbidos são relatados por estas mulheres. Acreditam que irão para o processo quimioterápico e fantasiam que seu fim está próximo. A atuação psicológica, a partir daí, se torna essencial e sistemática. Também é comum a família acompanhar de perto todo o percurso que será ministrado, mostrando-se como um facilitador na compreensão do que está acontecendo e, conseqüentemente, no apoio à mulher, parte integrante desta família. Esta aproximação da família, quando a doença grave se instala, é primordial para todo o processo a que será submetida a mulher, funcionando como uma rede de apoio, como veremos mais adiante.

A histerectomia, para algumas mulheres, pode ser também uma solução adequada. Para isso, há fatores que serão levados em conta: o desejo da mulher de não querer mais ter filhos e se tem mais de 35 anos. Porém, percebe-se que essa decisão não pode ser motivada apenas pelas angústias da paciente. É fato frequente que algumas podem ter pensamentos momentâneos e fantasiosos, consequência de informações distorcidas, e considerar que a retirada do útero seja a melhor solução para evitar a recorrência do problema e obter cura rápida. Como já mencionado, esta intervenção cirúrgica não é garantia de cura, pois temos 3-5% ainda de risco da doença em outros órgãos. Pedidos desse tipo devem ter bastante atenção dos profissionais envolvidos, a fim de atuarem como suporte na elaboração da situação vivida pela paciente, com receios, inseguranças, dúvidas, sofrimentos e dores. Sabemos o quanto esta mulher está mobilizada e recorre a todos os recursos como forma de suspender o medo da morte e a morte propriamente dita. É importante esclarecê-la que este evento cirúrgico inviabilizará uma futura gestação e que o momento em que ela se encontra, diante de um possível prognóstico de câncer, pode impulsioná-la a uma atitude radical, como a histerectomia.

Existem vários centros de referência de tratamento molar no Brasil, mas ainda é frequente a desinformação e o desconhecimento. No centro de referência do Rio de Janeiro, algumas mulheres revelaram que, ao chegarem com sangramentos em postos de saúde e hospitais não especializados, passaram por constrangimentos associados à acusação de terem ingerido medicamentos abortivos e, por esse motivo, estavam sangrando, ou que receberam informações errôneas quanto ao seu estado de saúde. Vale ressaltarmos a importância da divulgação da DTG.

3.4.4

Malignização da Gestação Molar

Como dissemos anteriormente, a apresentação clínica da malignização da gestação molar pode ser dividida em: *mola invasora*, *coriocarcinoma* e *tumor do sítio placentário*. Tem como fatores prognósticos: “nível de hCG prévio ao

esvaziamento uterino maior que 100.000 mUI/ml, cisto ovarianos maiores que 6cm e idade materna maior que 40 anos” (YAZAKI SUN, 2007, p. 273). Segundo a mesma autora, a diferenciação entre mola completa e parcial tem importância para o prognóstico, uma vez que o risco de sequelas malignas é maior na mola completa. Este dado também é importante nas assistências às mulheres com GM, pois é comum se mostrarem ansiosas para saber qual o tipo de mola têm, além do fato já mencionado por nós quanto à característica do material genético, com ou sem a presença dos cromossomos maternos.

No esvaziamento molar, temos como finalidade retirar todo o tecido trofoblástico do útero, de forma a prevenirmos a invasão na camada miometrial (camada interna do útero). Caso invada o miométrio voluntariamente, teremos a mola invasora. Se, além dessa invasão, as células crescerem autonomamente e apresentarem outras alterações neoplásticas malignas, teremos o carcinosarcoma. Em ambos os casos, o hormônio hCG estará elevado, denunciando o tumor trofoblástico (YAZAKI SUN, 2007)

Na mola invasora, que é sempre seqüela da mola hidatiforme parcial ou completa, apresentam-se resoluções espontâneas em 40% das vezes (MONTENEGRO & REZENDE FILHO, 2011).

O tumor trofoblástico do sítio placentário (PSTT), forma bastante rara de DTG, leva as células do trofoblástico a invadirem o miométrio e, diferentemente da mola invasora, produzem hCG em níveis baixos. O quadro clínico mais comum é a amenorreia e posterior sangramento vaginal. Via de regra, o PSTT, não é sensível à quimioterapia como as outras formas de DTG, por isso é importante a sua distinção dos outros tipos de mola. Nestes casos, a cirurgia assume o principal procedimento e felizmente, na maioria das pacientes com esta doença, o tumor fica confinado ao útero e é curado pela histerectomia.

As estatísticas apontam que 80% das mulheres com GM têm remissão espontânea após vácuo-aspiração e 20% se malignizam, e, destes, um percentual de 1,8% chega a óbito (BELFORT, 1997). É importante ressaltar que a gestação molar provoca grande impacto psicológico na mulher e nas relações familiares, que se estende para além do período de diagnóstico e tratamento inicial. É comum a mulher ter reações de negação e depressão, o que pode comprometer a adesão ao

tratamento. Estas reações se devem a diferentes fatores, como citado por Quayle (1997, p.149): “o tratamento as fragiliza e os procedimentos tendem a lembrá-las, constantemente, de sua doença e do risco envolvido, mobilizando defesas mais primitivas”. A sensação de perda vivenciada pela gestação molar é intensificada em face de um aborto comum, pois, neste caso, concretiza-se também um risco materno, que poderá desencadear sentimentos de culpa e fantasias de que a mola corresponde a um castigo (QUAYLE, 1997). Outro fator agravante é o sentimento de fracasso por não corresponder às expectativas da família e o medo da iminência de morte.

Ao receberem alta do acompanhamento pós-molar, as mulheres são orientadas quanto ao seu potencial reprodutivo futuro, que frequentemente, salvo outras complicações físicas extra-NTG, é normal como a gestação de qualquer outra mulher que não sofreu uma gestação molar. Porém, cabe alertarmos sobre o risco de repetição da Gestação Molar que, nos estudos, comprovam 25% de probabilidade (BELFORT, 1997). É potencialmente real.

Retomando a afirmativa de Dolto (1996), a palavra mãe significa a representação humana da criatividade, o próprio símbolo da fertilidade. Ponderamos, a partir desta afirmativa, o quanto a mulher com GM pode ser marcada em seu potencial como mulher fêmea, contrapondo ao que é esperado por ela. Destacamos o lugar frágil em que a mulher se encontra: diante de uma sociedade que espera dela a perpetuação da espécie, e de seu companheiro e família, que esperam a continuidade genética e histórica. Desse modo, ela se sente fracassada em sua missão.

O Processo de Adoecimento, Morte e Luto

Como apresentado em nossos estudos a gravidez, o nascimento de um filho e a construção da maternidade constituem experiências importantes para a vida de uma mulher. O período gestacional é denotado como um momento de alegria e de celebração da vida. Quando a mulher descobre, em sua gravidez, uma doença, além da interrupção de planos, projetos pessoais e familiares, ela é tomada por forte impacto, que poderá suscitar transtornos psicossociais, não só para a ela como para sua família.

As mulheres diagnosticadas com gestação molar, conforme visto, experimentam o estresse da perda da gravidez e do recebimento de um diagnóstico pouco conhecido, que envolve procedimento cirúrgico e um possível tratamento quimioterápico. É um momento no qual a mulher, que imagina estar gestando um bebê normal, depara-se com uma doença, que pode levá-la à morte, constituindo-se em uma mudança radical na sua expectativa: de grávida, passa a ser “doente”. A gestação molar talvez se constitua em uma das situações em que o início da vida e a morte estejam mais próximos.

É importante ressaltarmos alguns aspectos sobre a concepção de doença e adoecer em nossa evolução sociocultural, visto que a mulher com GM é uma mulher que está doente. Faz-se necessário, então, compreendermos como a sociedade lida com seu cidadão doente.

Segundo Volich (2004), no decorrer de nossa história, os confrontos entre vida e morte e a busca pela compreensão dos processos de saúde e doença foram enigmas que instigaram o homem à procura do conhecimento sobre si. Há várias concepções interpretativas do processo saúde-doença na tentativa de se descobrir a causa das enfermidades. Cada uma dessas concepções deriva de um dado momento sociocultural de nossa civilização e a busca por sua origem apresenta caráter de instrumento à medida que reflete os padrões sociais no qual estamos inseridos.

Tendo como referencial teórico os trabalhos de Oliveira e Egry (2000) e Volich (2004), percorreremos as várias concepções a respeito da doença, assim como suas transformações no decurso da história. Na Antiguidade, havia a crença de que as doenças eram frutos de espíritos malignos e de forças místicas que se apoderavam do corpo, tendo a figura do xamã (sacerdote) o poder de cura, através de feitiçaria, exorcismo ou trepanação, forma primitiva de cirurgia que consistia na perfuração do osso do crânio (OLIVEIRA & EGRY, 2000). Assim era concebida a teoria ontológica que, segundo Canguilhem (1996), conferia à doença causa única e existência autônoma, não fazendo parte da natureza humana. A doença encontrava-se associada a uma entidade natural ou sobrenatural, manifestando-se ao invadir o corpo, e o ser acometido tinha sua parcela de responsabilidade sobre ela.

Entre 460 e 377 a.C., na Grécia, Hipócrates reconhece e valoriza o homem em sua relação com o meio em que vive, contrapondo-se à visão anterior que relacionava a doença ao pensamento religioso. Foi Hipócrates o primeiro a considerar a relação entre indivíduo e meio ambiente, dotando o binômio saúde-doença com uma visão sistêmica de relação homem-natureza, concebendo a doença como resultante do desequilíbrio entre os humores corporais, ou das ações do homem contra a natureza e as influências ambientais sobre o homem (VOLICH, 2004). Ainda segundo Volich (2004), Hipócrates reconhece que a enfermidade faz parte da natureza e que o homem é uma unidade estruturada, incorporando o ideal de unidade funcional do corpo, onde a mente teria papel regulador, e a relação desse corpo com o meio ambiente. Propõe, assim, a observação individual e cuidadora do doente, considerando seu temperamento e história de vida. Hipócrates conserva o pensamento da teoria dinâmica que vê a doença como parte do meio, da natureza humana, não é algo exógeno ou sobrenatural que invade o indivíduo, mas algo que faz com que o corpo se desarmonize, perturbando seu equilíbrio. Em sua intervenção terapêutica, destaca o envolvimento do paciente tanto na sua doença como na sua cura.

Contrariamente ao pensamento hipocrático, destaca-se a figura de Galeno, que viveu entre 129 e 200 d.C.. Suas contribuições merecem atenção, pois perduraram por quase quinze séculos. Sua teoria era centrada na medicina

sistemática e na patologia local, destacando a morfologia, estudo da forma e das estruturas do corpo dos seres vivos, como sua principal concepção de estudo. Ao corpo cabia a função de objeto da alma, onde o organismo era concebido por um ser superior. Esse pensamento ganhou apoio da Igreja Católica, permitindo à ciência estudar o corpo, desde que não se profanasse o espírito (VOLICH, 2004).

A doença era seu foco, não o doente, e esta possuía existência autônoma; sua causa era decorrente de alterações físicas ou químicas dos órgãos e a intervenção terapêutica consistia em localizá-la e, se possível removê-la. Galeno ampliou os conhecimentos sobre as funções orgânicas e sobre a estrutura anatômica do corpo humano, expandindo a teoria de Hipócrates a uma tipologia psicológica que, segundo ele, teria relação com a expressão de patologias diversas, levando-o à formulação da Farmacologia (VOLICH, 2004).

Já na Idade Média, retomavam-se as explicações sobrenaturais no processo da doença, o que fez com que a medicina pouco avançasse por longo tempo. Neste período, presenciamos um forte domínio da Igreja em todos os setores da vida, influenciando até mesmo o pensamento dos cientistas, levando ao abandono da prática clínica. A preocupação dos cristãos era com o espírito. Deste modo, os homens por possuírem alma, não poderiam ser objeto de estudos científicos. A igreja controlava o exercício da medicina, concebendo a doença ou mesmo as epidemias como punições divinas e sua terapêutica envolvia expulsar os espíritos maus dos enfermos (OLIVEIRA & EGRY, 2000).

A retomada da investigação científica ocorre com o início da Renascença, destacando-se o desenvolvimento da anatomia humana através dos estudos de Andreas Vesalius na dissecação de cadáveres, favorecendo o surgimento da Fisiologia como disciplina. Segundo Volich (2004), outro fator de destaque, nesse período, é o ponto de vista filosófico de René Descartes com sua visão mecanicista e sua crença na divisão mente-corpo. Descartes concebia o corpo humano como uma máquina, movimentando-se por si mesma e negava a influência da mente sobre o corpo.

Os séculos XVII e XVIII trazem uma mudança no modelo de se pensar a doença, decorrente das inovações nas ciências e na tecnologia. A busca pela relação da causa da doença, de um princípio organizador da saúde e da doença se

tornam intensos à medida que se propõe expandir os conhecimentos existentes do funcionamento do organismo. Neste contexto nasce a revolução sanitária do século XIX, com medidas de higiene e profilaxia (VOLICH, 2004). Deste modo, a ciência avança com o desenvolvimento de novos procedimentos médicos através de instrumentos que possibilitaram uma maior investigação dos fatores desencadeadores das enfermidades, considerando os aspectos sociais, como higiene e condições de alimentação, medidas preventivas na manutenção da saúde.

Na busca para o entendimento mais profundo do processo da doença, a medicina do início do século XX se apoia no modelo biomédico da saúde, que sustenta a ideia de causas físicas na origem da doença. O que caracteriza esse modelo é sua visão reducionista e a dualidade mente-corpo, já que não considera os fatores psicológicos, comportamentais e sociais relacionados ao adoecimento e tampouco consegue perceber que a mente e o corpo interagem mutuamente (VOLICH, 2004).

Não podemos negar que o modelo biomédico é de grande importância no manejo clínico de muitas doenças. Contudo, este modelo não encontrou respostas para determinadas patologias que não apresentavam causas físicas. Então, neste mesmo século, com os estudos realizados por Sigmund Freud, através da observação de seus pacientes, chamou-se a atenção para os conflitos emocionais inconscientes que, segundo ele, teriam uma resposta no corpo. Esse pensamento apoiou os trabalhos de Alexander, Dumbar, Groddeck, Deutsch, entre 1930 e 1940, levando-os a vincular a origem de algumas doenças a conflitos psicológicos dos indivíduos que corresponderiam a distúrbios somáticos (MELLO FILHO, 1992). O pensamento desses teóricos era voltado para a unicidade, considerando o organismo como um todo, incluindo a personalidade da pessoa também em todo o processo saúde-doença. Embasado nesta visão, o psiquiatra Heinroth cria os termos “psicossomática”, em 1918, e “somatopsíquico”, dez anos depois (MELLO FILHO, 1992, p. 19). Os trabalhos de Heinroth destacam a junção dos aspectos psíquicos e físicos no adoecer.

Tal enfoque compreende a realidade em relação a totalidades integrais, ou seja, todos os acontecimentos que o ser humano vivencia se comunicam e se inter-

relacionam de modo global. Dessa maneira, podemos inferir que a mulher, diante de sua gestação molar e do conseqüente adoecimento, merece ser assistida sob os aspectos: bio, psico e social. Destacamos que esta qualidade de assistência à mulher com GM só poderá ser oferecida em Centros de Referência, por se tratar de uma especialidade distinta de outros eventos obstétricos. A partir deste cenário, a doença passa a ser concebida a partir da relação que o indivíduo estabelece com o mundo em que vive. A esse respeito, Lipowski (1984) diz:

Psicossomática é um termo que se refere à inseparabilidade e interdependência dos aspectos psicológicos e biológicos da humanidade. Essa conotação pode ser chamada de holística na medida em que ela implica uma versão do ser humano como uma totalidade, um complexo mente-corpo imerso num ambiente social. (p.167)

Podemos observar que, através dos tempos, a mudança na concepção da definição de saúde partiu da simples ausência de doenças para uma compreensão mais abrangente, com sentido voltado à totalidade. Esta visão de totalidade foi afirmada com a definição datada de 07 de abril de 1948 da Organização Mundial de Saúde (OMS), que define saúde como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social”, com caráter multidimensional, envolvendo a saúde física, um corpo livre de doenças, preservado seu sistema imunológico, sistema cardiovascular e hábitos de vida; a saúde psicológica, envolvendo o pensamento nítido, a valorização de si e a sensação de satisfação e a saúde social, incluindo habilidades e relações interpessoais e sociais, como também fatores socioculturais: educação, etnia, cultura, dentre outros.

Neste contexto, são estabelecidas as bases para uma nova relação entre Medicina e Psicologia, em que as concepções do processo saúde-doença apresentam caráter multifatorial e integral, implicando à doença não só os fatores físicos, mas também fatores ambientais, comportamentais e psíquicos. Acrescento aqui, não só na doença, mas também na forma de o indivíduo lidar com ela até o seu restabelecimento. Como apresentado acima, a doença surge como inimigo que deve ser estudado, localizado e combatido, no entanto não podemos esquecer o significado do adoecer para cada indivíduo.

As contribuições da Psicossomática trazem este olhar e convite aos profissionais de saúde no trato aos seus clientes. Mello Filho (1992), Perestrello

(1992) e Volich (2004) afirmam que o homem deve ser visto para além de sua doença, pois é ele que adoece. É a pessoa que está doente e é sobre ela que devemos ater nossa atenção. Este significado apresenta-se dotado de características próprias para cada ser humano, de maneira natural e individual. Para Campos (1995), cada um vive sua dor, e a experiência de estar doente é sentida de forma única. No caso da gestação molar, a mulher, de súbito, é diagnosticada com uma doença que teve seu início na gestação, que, para a família e a sociedade, é vista como um evento de procriação e de vida. Porém, neste caso, a mulher adquire uma doença. Como afirma Campos (1995), por mais que as pessoas se esforcem para compreendê-la, ninguém sentirá o que a pessoa doente está sentindo. Diante disto, verificamos o quanto a mulher com gestação molar é impactada e necessita ser cuidada, não só pelo médico, mas também pelo psicólogo que poderá lhe oferecer um espaço para expressar sua dor, diante de um evento traumático e desconhecido. Segundo Kubler-Ross (1981/2000), diante do diagnóstico de uma doença, em um primeiro momento, o paciente tem um choque inicial e precisa reconhecer que está doente e encontrar um modo de lidar com o medo instalado, que não é uma tarefa fácil.

Sendo assim, os aspectos emocionais determinam uma parcela significativa: podem alterar as reações e habilidade, modificando a aderência ao tratamento e possibilitando a tomada de decisões que influenciarão suas chances de sobreviver. Para Santos e Sebastiani (2003), a doença é sentida como uma agressão, gerando abalo na condição de ser. A doença nos obriga a colocar, *a priori*, a questão da saúde, não ataca apenas o corpo, mas também o psiquismo que, para Coelho (2003, p.70), “[...] não é dor que a doença traz que incomoda, é algo mais subjetivo: é a dor de saber-se-doente, de perder a condição de sadio”. A doença é vivenciada como uma situação de crise e que desarmoniza a pessoa. É sentida como uma ameaça à vida, um ataque à integridade do indivíduo, gerando abalo na condição de ser e que precisará de adaptações à nova rotina de vida (SANTOS & SEBASTIANI, 2003). A doença ainda provoca, precipita ou agrava desequilíbrios psicológicos tanto para o paciente, em nosso caso a mulher portadora de gestação molar, quanto para seus familiares (CAMPOS, 1995).

A doença é a expressão máxima de sofrimento humano. Estar doente implica desequilíbrios que abalam estruturalmente a condição de ser, chocando-se ao processo dinâmico de existir, rompendo com as relações normais do indivíduo, tanto consigo quanto com o mundo que o rodeia (CHIATTONE, 2004). Para Kubler-Ross (2000), a doença ainda remete à possibilidade de morte, o que ocorre junto à mulher com GM que, ao receber o diagnóstico de doença, de imediato demonstra o medo da morte.

Segundo Kovács (1996), toda doença é uma marca deixada no corpo e na vida da pessoa que adoece. O diagnóstico mata provisoriamente a pessoa com o estigma da doença grave, além de definir o risco que corre a sua vida. Algumas doenças, como por exemplo, o câncer, psicologicamente carregam as marcas, a memória da doença. O fantasma da recidiva, no caso da gestação molar, apresenta 25% a mais de chance de uma futura gravidez ser também molar (BELFORT, 1997).

4.1

A Comunicação do Diagnóstico de uma Doença Grave

Após minuciosos exames clínicos, laboratoriais e aparelhos de imagem, é traduzido à pessoa, de uma forma geral, o seu “sentir-se mal”, em uma categoria médica chamada de comunicação do diagnóstico. O mal sentido pela pessoa, então, é nomeado e se dá início à programação do tratamento (HERZOG, 1991). Considerando que cada pessoa que adoece tem sua forma pessoal de viver e traz consigo todas as suas experiências de vida e sua forma de pensar e agir, podemos dizer que a experiência do adoecer e da hospitalização é única para cada indivíduo (ANGERAMI-CAMON, 2001).

Diante do recebimento do diagnóstico, a pessoa é impactada e tende a se manifestar de acordo com suas vivências e experiências de vida. Em nossos atendimentos no ambulatório de gestação molar, são frequentes os desabafos e as tentativas de as pacientes entenderem as razões pelas quais estão passando por tal situação. É comum ouvirmos delas as seguintes indagações:

- . “Quem é o culpado desta gestação, ele ou eu?”
- . “O que eu fiz de errado?”
- . “Será que estou sendo punida?”
- . “Poderei ser mãe?”
- . “Vou morrer?”

Verificamos a dificuldade de essas mulheres compreenderem o que está acontecendo e lidarem com o medo de algo pior que possa ocorrer. Além disso, observamos, nas falas, o quanto suas interpretações a respeito da GM estão vinculadas a algo ‘errado’ praticado por ela, como se a GM fosse um castigo do qual ela é merecedora.

Todas essas questões devem contar com a sensibilidade da equipe, a fim de se reduzirem anseios e medos. Torna-se também primordial ficar claro que não há como evitar a mola, mas que esta é potencialmente curável com:

- diagnóstico e tratamento os mais precoces possíveis;
- esvaziamento uterino, através de vácuo-aspiração, em centro especializado;
- ação rápida para novos procedimentos, nos casos em que resíduos molares forem detectados;
- controle do Beta hCG, que é o hormônio da gravidez, na periodicidade indicada e por toda a vida;
- retorno ao ambulatório, em caso de nova gravidez, a fim de confirmar a normalidade do desenvolvimento do embrião, porque há risco, embora não alarmante, de uma nova mola.

A comunicação de notícias difíceis, como o diagnóstico e prognóstico de uma doença, é constituída de qualquer informação, transmitida ao paciente ou a seus familiares, que implique, direta ou indiretamente, alguma alteração negativa em sua vida (LINO et al, 2010). Dessa forma, comunicar notícias difíceis ou más notícias é uma das mais trabalhosas tarefas do profissional de saúde, em particular do médico, e, no âmbito deste trabalho, poderia ser traduzido por informar a mulher da perda de sua gestação e da aquisição de uma doença.

Diante desta situação, o profissional de saúde, e principalmente o psicólogo, deve estimular a expressão de sentimentos e estar atento às possíveis demandas das mulheres com diagnóstico de gestação molar, assim como a seus familiares. Contudo, percebemos, em nossos atendimentos às mulheres com GM, como é difícil a expressão de seus sentimentos, levando-as a assumir um comportamento introvertido, mantendo-se, em muitos momentos, em silêncio.

É importante, neste ponto de nosso estudo, apontarmos o modo como este fenômeno, o silêncio, é manifestado de forma preponderante na mulher diante da GM. Segundo Kubler-Ross (2000), o paciente diante de uma doença grave tende a negar tal fato como forma de se resguardar do sofrimento. Assim, podemos entender que o silêncio manifestado pelas mulheres com GM seria uma forma de defesa e afastamento da dor e sofrimento daí desencadeados. Diante disso, podemos inferir que o silêncio manifestado pelas mulheres com GM pode traduzir uma forma de controle de seus sentimentos, por vivenciá-los como afetos autodestrutivos ~~de forma agressiva a seu ser~~. Desse modo, o ato destas mulheres permanecerem em silêncio não ~~confere a~~ ela uma implicação em ausência de linguagem, uma vez que o silêncio comunica algo que é difícil ser manifestado no plano verbal, pois serve como uma forma de se proteger da dor.

Assim nos é permitido pensar que o silêncio é também uma forma de comunicação, concedendo-nos pensá-lo como um 'idioma desconhecido' que precisa de tradução. Desse modo, os momentos de silêncio nos possibilitam pensar nos tipos de comunicação não verbal estabelecidos pelo paciente, uma vez que, durante a assistência psicológica, existem momentos em que as palavras não conseguem exprimir o que está acontecendo no plano emocional, tal a intensidade com que são vivenciadas essas experiências, principalmente frente à GM. Como afirma Araújo (2009), a comunicação pode se dar de forma verbal e não-verbal, tendo ambas, *a priori*, a função de comunicar algo.

Segundo Angerami-Camon (2003, p.48), “a doença em si é um fator considerável de desajuste, pois acaba por provocar, precipitar ou agravar desequilíbrios no paciente e em sua família. Assim, o paciente fisicamente doente estará afetado em sua integridade”.

Apesar de estarmos vivendo na era das tecnologias que nos arrebatam ao encontro das infundáveis possibilidades de realização, a medicina, sendo um dos campos que mais tem avançado em seus estudos e descobertas, bem como na produção de aparatos e medicamentos em prol da saúde e melhor qualidade de vida, não consegue impedir a morte ou a dor emocional que se instaure na pessoa doente. Vivemos em uma sociedade que nega a mortalidade humana e tenta desesperadamente evitar a morte. Falar de finitude é assunto mórbido, depressivo, que lembra impotência, sofrimento, perda e aniquilação (EIZIRIK et al, 2001).

Quando uma pessoa é internada em um hospital, a primeira percepção que se tem é de estranhamento ao ambiente, aos procedimentos, aos medicamentos e equipamentos aos quais estarão sendo submetidos para monitoramento de seu corpo. Há um desconhecimento do ato da equipe médica como um todo; surgem intervenções invasivas com pouca ou nenhuma comunicação da equipe de saúde, dificultando a compreensão do processo para restabelecimento da saúde (ANGERAMI-CAMON, 2004). Ainda segundo o mesmo autor, as reações do indivíduo frente à doença e à hospitalização dependem principalmente do nível de desenvolvimento psíquico na ocasião da internação, do grau de apoio familiar, do tipo de doença e das atitudes do médico. O adoecimento e a hospitalização podem tornar-se uma experiência aterrorizante para o doente por causa da constante exploração de seu corpo, pela realização de inúmeros procedimentos, pela submissão a restrições às condutas hospitalares e pela forma como a equipe hospitalar maneja essa experiência.

É necessário preparar emocionalmente o paciente para as situações de angústia e estresse no contato com a doença e, conseqüentemente, com a hospitalização, para que seus medos e fantasias sejam amenizados. Alguns exames, além de invasivos, agressivos e dolorosos, requerem uma aparelhagem complexa que emitem sons e ruídos; esses procedimentos embora não possam ser evitados, podem ser suavizados pela sensibilidade da assistência (BOTEGA, 2002). Os avanços científicos e tecnológicos tornaram o momento de adoecer e do morrer solitário, excessivamente medicalizado, mecânico e desumano. Kubler-Ross (2000), em seus estudos com doentes terminais, observou que eles passam por estágios psíquicos como forma de suportar o adoecimento e a possibilidade de

morte. Ela classificou esses estágios como: negação, raiva, barganha, depressão e aceitação. Em nosso serviço no Centro de Doença Trofoblástica Gestacional da Santa Casa do RJ, podemos perceber estes estágios nas mulheres ali atendidas pelo serviço de Psicologia.

A primeira reação ao choque causado por uma notícia ruim, como a comunicação de um diagnóstico grave, é a negação – “não pode ser verdade”. Esta é a forma que a maioria das pessoas encontra para suportar a constatação da gravidade de sua doença e a vivência dos primeiros momentos dela. “A negação do diagnóstico e do tratamento é uma atitude de defesa psicológica temporária até que o paciente desenvolva condições emocionais de superar o choque inicial e assimilar a realidade” (KUBLER-ROSS, 2000, p.43). Kubler-Ross (2000) ainda se refere ao estágio de negação como um “para-choque” depois de notícias inesperadas e chocantes, deixando que o paciente se recupere com o tempo, mobilizando outras defesas menos radicais” (p.44).

Após a assimilação da realidade, surgem, no paciente, sentimentos de raiva, revolta e ressentimento, segundo estágio, onde ele indaga – “por que eu?” (KUBLER-ROSS, 2000, p. 55). A pessoa doente torna-se agressiva com a equipe de saúde, com os familiares e com qualquer pessoa que dela se aproxime. Estas pessoas passam a ser alvo de sua revolta e raiva. O terceiro estágio é a barganha, uma nova forma de enfrentamento da doença, baseada na ideia de promessas de benefícios e sacrifícios em troca da recuperação da saúde ou do adiamento do sofrimento e da morte.

Quando a tentativa de negar a doença, a exteriorização da raiva por estar doente e a esperança pela barganha da melhora falham, cada vez mais o sofrimento e a possibilidade de morte se aproximam do agravamento geral da situação. Nesse momento, é instalado o estado de depressão como uma fase preparatória para a aceitação das perdas irreversíveis e as que se anunciam. “Quando a depressão é um instrumento na preparação da perda iminente de todos os objetos amados, para facilitar o estado de aceitação, o encorajamento e a confiança não tem razão de ser. A pessoa não deveria ser encorajada a olhar o lado risonho das coisas, (...)”. Kubler-Ross (2000) ainda ressalta:

Dizer-lhe para não ficar triste seria contraproducente, pois todos nós ficamos profundamente tristes quando perdemos um ser amado. [...] Se deixarmos que exteriorize seu pesar, aceitará mais facilmente a situação e ficará agradecido aos que puderem estar com ele neste estado [...]. (p.93)

O último estágio que precede a morte é a aceitação, quando a pessoa manifesta certa tranquilidade, com ausência de depressão, raiva e lamentações. A pessoa doente enfraquecida e cansada dorme a maior parte do tempo. É o momento em que ela percebe e aceita o aproximar do repouso final (KUBLER-ROSS, 2000).

Segundo Simonetti (2004), a ordem destes estágios não é fixa, nem tampouco seguirá esta ordem e sequência, assim como não será comum todos passarem por eles. Esses estágios poderão acontecer em qualquer sequência e demorar por um tempo variável, dependendo dos recursos que a pessoa doente dispõe para enfrentar a angústia de receber notícias ruins, encarar a morte e também de reagir à doença.

Ainda segundo a mesma autora, baseado nos estágios de Kubler-Ross de enfrentamento da morte, podemos citar ainda, como fase do adoecer, a análise dos aspectos psicológicos envolvidos no adoecimento, num diagnóstico baseado em quatro eixos principais: o reacional, o médico, o situacional e o transferencial. Ela os caracteriza sucessivamente como: o modo como a pessoa reage à doença; o sumário da condição clínica; a análise das diversas áreas da vida do paciente; e a análise de suas relações a partir do adoecimento. Simonetti (2004) ressalta, em seu diagnóstico reacional, a forma semelhante com que os indivíduos enfrentam situações críticas, como o recebimento de notícias ruins. A autora concorda com Kubler-Ross nesse aspecto:

A pessoa entra na órbita da doença pela negação, depois se revolta, algum tempo depois entra em depressão e, por último, não sem algum esforço e trabalho pessoal, alcança a possibilidade de enfrentamento real. (SIMONETTI, 2004, p. 37)

A doença com seus sintomas e suas possíveis vicissitudes torna-se o foco central da vida da pessoa doente. Desse modo, também percebemos, em nossos atendimentos junto às mulheres com GM, que, a partir do diagnóstico, suas vidas passam a girar em torno da doença, e seus pensamentos e sentimentos, assim

como de seus familiares e da equipe de saúde, voltam-se para a busca de soluções. Desse modo, é importante, para a pessoa doente, receber um suporte para ajudá-la neste percurso.

4.2

Sistemas de Suporte diante da Doença

4.2.1

Suporte do Serviço de Psicologia do Centro de DTG do RJ

O serviço de Psicologia do Centro de Referência em DTG do RJ tem como proposta inicial o atendimento às mulheres com gestação molar, seu companheiro e familiares através do acolhimento e acompanhamento psicológico intra-hospitalar com o objetivo de amenizar o sofrimento e as repercussões psicológicas causadas pelo diagnóstico de perda gestacional por mola, pela hospitalização e pelo adoecimento.

Diante do diagnóstico de gestação molar, como apresentado anteriormente, são desencadeados vários fatores, não só físicos mas também psicológicos e sociais. Diante disso, as mulheres com GM necessitam de recursos para lidarem com suas angústias não só no momento inicial de seu tratamento, mas ao longo de todo o percurso que este exigirá. Assim, as intervenções psicológicas são necessárias para a promoção da saúde e auxílio para a reestruturação da vida destas mulheres. Cria-se então a oportunidade de um espaço onde ela pode ser acolhida e ouvida, oferecendo como ferramenta o atendimento individual psicológico, o trabalho de grupo em sala de espera e o suporte ao seu acompanhante/familiar.

O acompanhamento psicológico individual à mulher com GM é oferecido desde o primeiro momento de entrada no centro de referência, de forma a possibilitar a descarga de tensões, vazão à expressão e a representação de conteúdos internos como pensamentos, sentimentos, fantasias e desejos que afloram diante do diagnóstico e da doença. Nesse momento, a mulher com GM traz não só os aspectos relacionados à perda gestacional, mas a descoberta de sua

doença e todas as implicações desta em sua vida pessoal, familiar e profissional. Proporcionamos um espaço onde ela poderá vivenciar sua dor, seu luto. Angerami-Camon (2003) ressalta que o psicólogo hospitalar tem em sua dinâmica uma postura ativa em prol da saúde do assistido.

Em nossas atividades, percebe-se o quanto o apoio psicológico individual é importante para a mulher com GM, pois ela se sente fracassada e sem espaço para falar de sua dor e decepção. Ao ser diagnosticado a GM, de imediato é solicitado à mulher que se insira em protocolos médicos que visam a salvar sua vida. Diante disso, é oferecido a ela um espaço onde poderá se colocar e falar de sua dor, as vezes tamponada pela conduta médica, que neste momento visa à saúde física. Assim, ao propor que compareçam às consultas psicológicas, muitas demonstram sentirem-se acolhidas diante tal diagnóstico. Constatamos o quanto o apoio psicológico se faz necessário e importante para elas.

Outra constatação referente à importância da intervenção psicológica é o aumento da adesão ao tratamento e a tomada de consciência por parte da mulher acometida por GM de sua responsabilidade na recuperação de sua saúde. Desta forma, vislumbra-se uma nova oportunidade de conduta de vida, se reestruturando para o enfrentamento das diferentes etapas de seu tratamento.

Outra modalidade de assistência psicológica oferecida à mulher com GM é o trabalho de grupo em sala de espera, que segundo Mello Filho (2004) favorece o incremento de fatores terapêuticos. A coesão, ou seja, o encontro entre as pacientes no grupo é um desses fatores, pois, por estarem juntas e discutindo questões comuns, há uma grande identificação entre elas. Estas mulheres percebem que não estão sozinhas e que a GM não é só para elas. No grupo, conseguem observar que existem outras mulheres que passam pela mesma situação, pelos mesmos procedimentos, corroborando a universalidade de conflitos (Muniz e Taunay, 2000) ilustrada nas seguintes falas:

“consegui ver que tem mais pessoas que passam pelo que estou passando. Isso me deixou mais calma.” (Maria)

“Quando cheguei aqui, achei que era só comigo” (Rita)

Identificamos também no grupo o sentimento de altruísmo, mencionado por Muniz e Taunay (2000), na medida em que as pacientes que se sentem apoiadas entre si— têm maiores condições de serem coesas e solidárias, favorecendo a ajuda mútua entre elas. A possibilidade de se encontrarem regularmente e o estímulo de trocas afetuosas, por meio da criação e da manutenção de vínculos interpessoais possibilitadas no grupo, complementam o clima de apoio. O grupo também permite momentos de catarse em que mulheres com GM se sentem à vontade para desabafar, chorar e expressam verbalmente seus sentimentos, problemas e dificuldades frente à perda gestacional e do diagnóstico desconhecido.

Campos (2000) ressalta que as pacientes reunidas em torno de uma situação comum sentem-se imediatamente identificadas. Compartilham angústias e esperanças, limitações e discriminações. Romano (1999) ainda destaca que o trabalho com grupo possibilita a percepção de não estar só, de poder compartilhar sentimentos com outras pessoas na mesma situação, reduzindo, assim, a ansiedade, melhorando a compreensão e favorecendo o maior controle cognitivo da situação que estão atravessando. O suporte oferecido pelo trabalho com grupos promove na mulher com GM uma elevação da autoestima e da autoconfiança.

4.2.2

A Família como Suporte

De acordo com alguns estudos (ÁRIES, 1978; MELLO FILHO, 2004; MOURA & ARAÚJO, 2004) várias características podem ser evocadas ao conceituar família: laços conjugais, consanguinidade, parentesco, residência comum. Iremos nos ater, em nossos estudos, ao conceito de família nuclear, que se origina de laços conjugais, da união de um homem e uma mulher, que gera filhos (ÁRIES, 1978). À medida que os filhos se casam, gerando novas famílias nucleares, a família original se amplia e os laços de parentesco se estendem numa composição de tios, sobrinhos, primos, avós, etc. Diante desta composição de uma família extensa, conforme estudo no capítulo 1, suas funções são, sobretudo,

afetiva, socializadora e cuidadora, à medida que determinadas normas e valores são exercidos e sustentados pelos seus membros e que laços afetivos são mantidos, gerando a preocupação de cuidarem uns dos outros (MELLO FILHO, 2004).

Caplan e Killilea (1976) enunciam as funções da família como sistema de suporte através de atos como: colher e disseminar informações sobre o mundo; fornecer orientação e *feedback*, sendo fonte de ideologia; guia e mediadora na solução de problemas; fonte de serviços práticos e na ajuda concreta; refúgio para repouso e recuperação; referência; fonte validadora da identidade e apoio para questões emocionais. Os autores ainda enfatizam que a família funciona como fonte de crenças, valores e códigos de comportamento que dão ao indivíduo a sensação de identidade ante ao mundo e a si próprio e orientam-no quanto à forma de agir. Corroborando com os autores citados, Campos (2004) afirma que a família é a fonte primária da identidade de um indivíduo e esta é crucial para o enfrentamento das crises. Assim, a família se constitui como a melhor fonte de reforço dessa identidade.

Os familiares habitualmente conhecem e compreendem melhor os outros familiares pelas identificações construídas e pela proximidade vivida. Isto permite mais confiança na abordagem de problemas íntimos, como a doença, e na possibilidade de obter partilhamento na solução do problema. (CAMPOS, 2004, p. 144)

O homem estabelece vínculos com seus semelhantes, compartilhando objetivos e ações, na busca de apoio e ajuda. Para Caplan e Killilea (1976), o sistema de suporte, sendo um deles a família, contribui para fortalecer o ego de seus membros no que tange ao domínio emocional. As crises habitualmente geram ansiedade, raiva, depressão e culpa, e a intervenção dos familiares minimiza esses sentimentos ao expressar ao seu ente querido solidariedade e oferecer-lhe amor, esperança e conforto (MELLO FILHO, 2004). “Assim, a família que funciona como um suporte social, com carinho, cuidado e comunicação precisa e franca, empresta aos seus membros subsídios para reestabelecer seu *self*, sua individualidade” (p.155).

Winnicott (1980) afirma que

a família é a parte essencial de nossa civilização. [...] que cada indivíduo precisa percorrer a longa estrada, desde o ponto onde formava uma unidade com a mãe até tornar-se uma pessoa separada, relacionada com a mãe, e com a mãe e o pai juntos; deste ponto em diante, a jornada passa pelo território conhecido como família, com o pai e a mãe como elementos estruturais mais importantes. (p.55)

Partindo dessa concepção de relação e interação entre os membros da família, percebemos que a doença traz uma série de implicações para a vida da pessoa enferma, com grande influência sobre a família, pois esta é a primeira que vai observar e notar os sintomas e comportamentos diferentes que surgem, como também a responsável por levar o paciente para ajuda médica. Laing (1971) afirma que, quando um médico diagnostica uma doença a certa pessoa e solicita intervenções médicas e hospitalares, este ato tem implicações profundas em toda uma estrutura de pessoas, isto é, na família, com consequências para muitos outros além da pessoa doente. Neste momento de situação de emergência da condição física ou mesmo da vida de um membro da família, todos se voltam para os cuidados, prevalecendo estes sobre todo o resto. Corroborando com esta afirmação, Carter e Macgoldrick (1995) relatam que qualquer situação ocorrida com um membro reflete diretamente na família como um todo. Sendo assim, diante da notícia de uma doença entre algum membro da família, esta tende a se reorganizar de forma a oferecer um suporte.

Percebemos, em nossas atividades psicológicas no ambulatório de gestação molar, que o diagnóstico da doença é sentida pela família como um forte impacto, levando, em muitos casos, a um momento de crise. Segundo Laing (1971, p. 26), “a família serve como defesa ou barreira contra o colapso total, a desintegração, o vazio, o desespero, a culpa, e tantos outros sentimentos” sentidos por um de seus membros. Geralmente, quem recebe a notícia da doença é a mulher gestante e cabe a ela a decisão de como proceder diante de sua família. Em muitos casos, há um sentimento de perda geral e, até mesmo, de culpa perante o fato. Neste momento, é importante que nós, psicólogos, criemos um ambiente propício para a mulher colocar seus sentimentos de forma a tentar se reestruturar e reorganizar seus pensamentos. Percebemos também que a proximidade da família da paciente, no momento do diagnóstico da doença e em todo o seguimento de seu tratamento, permite a comunicação entre eles, tornando claros os desejos, as ideias e as fantasias, de forma a facilitar a compreensão de todo o processo que

influenciará o próprio restabelecimento da saúde. “A doença acomete o indivíduo e todo a sua família; não dá para separar e dividir em partes os seres e deixar a doença como algo à parte em suas vidas” (CARTER & MACGOLDRICK, 1995, p.373).

Laing (1971) ainda afirma que, num momento de crise na família, ocasionada por uma emergência médica, é importante pôr a pessoa doente novamente em boas condições através de tratamento e, se julgado necessário, prestar auxílio que permita aos outros membros da família, envolvidos na situação de enfrentamento da doença, a contribuir para resolução da crise instalada na família.

Por considerar uma contribuição importante para o nosso trabalho, trago um pequeno recorte das contribuições de Bowlby (1990) sobre a Teoria do Apego. Bowlby (1990) afirma que os seres humanos, de todas as idades, serão mais felizes e mais capazes de desenvolver seus talentos quando estiverem seguros de que, por trás deles, existe uma ou mais pessoas que virão em sua ajuda caso surjam dificuldades. A Teoria do Apego fundamenta-se na teoria da evolução e foi estruturada sobre o conceito da existência de um sistema comportamental. Tal teoria regula os comportamentos de busca por proximidade de contato da criança e a manutenção deste contato com indivíduos específicos que venham a fornecer segurança física ou psicológica. Assim, o vínculo da criança com sua mãe não é movido pela satisfação de um desejo, mas é um produto da atividade de um certo número de sistemas cuja meta principal é a busca de proximidade e a restituição da segurança pessoal. Nestes termos, ‘apego’ passa a significar a aquisição e manutenção de aconchego e segurança.

A aplicabilidade desta teoria tem-se revelado útil e pertinente às interpretações dos primeiros vínculos relacionais de afeto, entre as crianças e seus cuidadores e, sua decorrente importância para o desenvolvimento e criação de uma estrutura emocional saudável, mostrando a repercussão do apego afetivo inicial no desenvolvimento futuro, na formação da personalidade. Assim, enfatiza-se que os aspectos dos laços emocionais relacionáveis às características de apego tornam-se cada vez mais determinantes em nossas estruturas pessoais. De acordo com Bowlby (1990), os padrões de relacionamento com os cuidadores ou os

‘modelos de apego’, desenvolvidos em nossa história, são integrados à nossa estrutura de personalidade na forma de modelos internos e gerais de funcionamento, que determinarão as características de nosso self frente às situações da vida. Sendo assim, os pais, e de uma forma mais abrangente a família, serão a ‘base segura’ para a qual o indivíduo retornará em momentos de crise, sofrimento e necessidades.

Em nossa clínica, é possível verificar junto às mulheres com GM, que, ao se depararem com a doença e a possibilidade de evolução para uma doença grave, estas veem na família seu porto seguro. É comum verificarmos que, a partir do diagnóstico anunciado e do provável prognóstico, a família se faz presente, acompanhando as pacientes em todos os processos pelos quais terão que passar para retornarem ao seu estado saudável, sendo sua progenitora a figura que se encontra com maior frequência, representando a família, como suporte.

4.3

Sobre a Morte

Assim como o nascer, a morte faz parte do processo de vida do ser humano. Portanto, é algo extremamente natural do ponto de vista biológico. Apesar da importância do processo biológico, o ser humano caracteriza-se também e, principalmente, pelos aspectos simbólicos, ou seja, pelo significado ou pelos valores que ele imprime às coisas.

Como vimos no capítulo anterior, quando uma pessoa está diante da perda da saúde, ela vivencia um momento de crise existencial, pois toma consciência e contato com o temor da morte e de sua finitude. Assim, ela passa a se questionar quanto ao que fez ou poderia ter feito, questiona-se também quanto aos seus valores e às suas prioridades, impostos a si mesma ao longo da vida. Coelho (2003), nesta perspectiva, afirma que o indivíduo enfrentará as situações de perda da saúde, em grande parte, de acordo como ele vivenciou outras perdas durante a sua vida.

Desde os tempos mais remotos, os homens já enxergavam a morte como elemento antagônico à vida e não como parte integrante e inseparável dela.

“Talvez fosse mais fácil aceitá-la como fato natural porque ela acontecia cotidianamente, devido à falta de estrutura e à expectativa de vida das pessoas, que, em média, viviam 30 anos” (ELIAS, 2001, p.54). Becker (1995), fazendo um levantamento antropológico do medo da morte, lembra que o antropólogo Hocart averiguou que os homens primitivos não tinham medo da morte, pois sua presença era anunciada com festas e ritual. Ele analisou esse evento como uma passagem do morto para a vida eterna. As festas fúnebres eram para anunciar a chegada do morto para uma forma de vida superior de modo a poder desfrutar da vida eterna junto aos deuses e impedir que os mortos retornassem ao mundo dos vivos.

Historicamente, o homem sempre lutou contra a doença e, num sentido maior, lutou contra a morte, buscando manter sua vida terrena, lutando contra a doença das maneiras mais diversas em cada época e cultura (CAMPOS, 1995). A partir do século XI e XII, o indivíduo passa a pensar no que irá acontecer depois de sua morte, surgindo o medo do julgamento da alma. Então, os ritos de absolvição empregados pelo indivíduo passam a buscar garantias para o além. O principal rito eram os testamentos, que registrava a distribuição dos bens materiais e a confissão de pecados, escolha de sepultura, dentre outros (KÓVACS, 2002).

Segundo Tinoco (2003), lidar com a morte, encarar a morte, é uma situação difícil e penosa para o homem nos dias de hoje. A maneira como a morte é vivenciada tem predomínio sobre a maneira de enfrentamento do indivíduo. O processo de encarar a morte é muito individual, estando relacionado a fatores familiares, pessoais e também da influência histórica e sociocultural. O acesso a informações, o apoio e a possibilidade de expressão dos sentimentos influenciam no modo pelo qual se encara o processo da morte. Assim, podemos corroborar com os estudos acima apresentados que as mulheres com gestação molar são de súbito surpreendidas com a relação de sua gravidez como doença e esta com probabilidade de risco de morte. Não bastando a morte de seu bebê, a gestação molar traz também a possibilidade da morte materna. Pensar sobre a morte, seja a sua ou a do outro, faz com que estas mulheres reflitam e elaborem diversos sentimentos sobre essa questão. “Cada indivíduo tem seu modo peculiar de sentir e pensar a morte. Quando se pensa na dor por ela provocada, pensa-se na perda

que, em si mesma, já é dolorosa, pois traz consigo sentimentos de tristeza, finitude, medo, abandono, fragilidade e insegurança” (BALLONE, 2002, p.1).

A morte sempre foi um tema em constante discussão, tanto na Filosofia quanto nas mais diversas religiões. Porém, verifica-se que a maneira como cada um encara a morte, depende do significado que a morte possa ter para cada pessoa. Percebe-se, portanto, que o estudo das representações sociais da morte torna-se importante, face à influência que elas exercem no modo de viver e de ser dos indivíduos, pois a vida e a morte andam sempre juntas, durante toda a existência humana. De acordo com Kóvacs (2002), apesar de o homem não aceitar a sua própria morte, estando sempre em busca de sua imortalidade, desafiando-a ou tentando vencê-la, o ser humano traz, dentro de si, a consciência da sua própria finitude. Esse fato, no entanto, é difícil de ser aceito. Por isso, as pessoas procuram agir como se a morte não existisse, elaborando sonhos, fantasias, fazendo planos que poderiam vir a perpetuar a sua existência. Dessa maneira, busca-se negar a própria morte, pensando formas de driblá-la, porém ela está sempre presente no cotidiano, imersa na finitude da própria pessoa ou na da outra pessoa, conforme expresso:

A morte faz parte do desenvolvimento humano desde a tenra idade. Nos primeiros meses de vida, a criança vive a ausência da mãe, sentindo que esta não é onipresente. Estas primeiras ausências são vividas como morte, a criança se percebe só e desamparada. [...] Esta representa a morte como [...] ausência, perda, separação e a conseqüente vivência de aniquilação e desamparo (KÓVACS, 2002, p.3).

Kovács (2002, p. 28) ainda afirma ser “a morte o inimigo que os vivos passam suas vidas tentando superar e derrotar”.

Freitas (2000) contribui dizendo:

O homem age sem de fato imaginar a própria morte. É como se acreditasse piamente em sua imortalidade física. Todo homem dirá, naturalmente, que sabe que um dia morrerá, mas que realmente não liga para isso. Ele estará envolvido com a vida, e não pensa a respeito da própria morte, nem se dá ao trabalho de incomodar-se com ela. A morte é sempre a do outro, a do estranho. (p. 21)

Nenhum outro evento vital é capaz de suscitar, nos seres humanos, mais pensamentos dirigidos pela emoção e pelas reações emocionais que a morte, seja

no indivíduo moribundo, seja naqueles à sua volta (LUNARDI et al., 2001). Horta (1999), nesse sentido, afirma que a morte é vista como um processo, como um fenômeno progressivo e não mais como um momento, ou evento biológico que encerra a vida.

Sobre esta visão, Menezes (2004) ainda contribui relatando que a morte não é só biológica, mas um processo construído socialmente, que não se distingue das outras dimensões do universo das relações sociais. A morte está presente em nosso cotidiano e, independentemente de suas causas ou formas em nossos dias, seu grande palco são os hospitais e as instituições de saúde.

Segundo Weisman (2003), as pessoas doentes passam por 3 estágios, assim especificados:

Estágio 1: do início dos sintomas ao diagnóstico, muitas vezes vivido como “sentença de morte”;

Estágio 2: do diagnóstico aos tratamentos visando ao combate à doença com a possibilidade de cura;

Estágio 3: estágio final, se não há possibilidade de cura.

Em cada um destes estágios, necessidades diferentes podem se fazer presentes e cuidados são necessários. Os pacientes passam por vários sofrimentos, entre os quais citamos: afastamento da família, do trabalho, perdas financeiras, perda da autonomia e do próprio corpo, dependência, dor, degeneração, incertezas e medo do sofrimento intenso, podendo também vivenciar o luto pelas perdas. Cada pessoa doente vivencia este processo de acordo com sua história de vida e características de personalidade, corroborando a visão da Psicossomática, descrita anteriormente. Tendo em vista o conceito de Araújo (2009) sobre a comunicação verbal e não verbal, os problemas de comunicação podem se tornar mais agudos quando a pessoa se encontra doente. As mensagens, com frequência, são ambivalentes cujo conteúdo verbal nem sempre é consistente ou está coordenado com a comunicação não verbal. O sentido verbal pode ser censurado pelo indivíduo, mas é virtualmente impossível controlar todos os movimentos, gestos e expressões corporais. O paciente, angustiado com o que percebe em si, busca nas pessoas à sua volta a confirmação de suas impressões. Nessa circunstância, pode

se instalar um profundo sentimento de isolamento, já que, numa tentativa de manter a imagem de que tudo está bem, dificilmente uma comunicação real se estabelece. Verificamos isso em nossos atendimentos psicológicos às mulheres com GM, quando chegam ao ambulatório.

Assim que iniciamos nosso trabalho na assistência psicológica no Centro de Referência do RJ, no ano de 1998, constatamos o silêncio que pairava neste ambiente. Logo nos perguntamos: o que significa este silêncio? Numa visão popular é comum escutarmos que um grupo de mulheres juntas ocasiona um burburinho só. Mas ali era diferente. Aos poucos, denotamos que o silêncio falava do diagnóstico que aquelas mulheres haviam recebido e revelava sua dor avassaladora que as leva, corroborando com Zoboli (2004) e Araújo (2009), a se isolarem e sofrerem sozinhas. Ainda segundo Zoboli (2004), o paciente se sente isolado e não compreendido em sua dor, mesmo que muitas pessoas estejam à sua volta.

Para o homem ocidental moderno, a morte é sinônimo de fracasso, impotência e vergonha. Tenta-se vencê-la a qualquer custo e, quando tal êxito não é atingido, ela é escondida e negada. Diante deste fato, a mulher, ao perder sua gestação, com a morte de seu filho e conseqüente descoberta da doença com possibilidade da sua morte, pode se sentir fracassada diante deste evento. Retomando ainda o silêncio mencionado acima, consideramos ser este também sinônimo de toda esta vivência e da dor repercutida no ser desta mulher. Como vimos nos capítulos 1 e 2, a gestação revela a vida e a simboliza com uma imagem da mulher, enquanto a morte a remete ao fracasso. Assim, vivencia a perda de sua gestação.

4.4

Luto

De acordo com Freitas (2000), o conceito de luto implica um processo dinâmico e complexo que envolve a personalidade do indivíduo. Etimologicamente, o termo luto significa dor, desafio ou combate entre dois. Enlutar-se é um processo de mudança de esquemas que todos experienciam em

algum momento da vida. “O luto envolve uma perda: o medo e a dor fazem com que a pessoa se sinta desamparada” (FREITAS, 2000, p. 36).

Assumpção (2001) afirma que a morte pertence à condição humana. A morte da pessoa amada é não apenas uma perda, mas também uma aproximação da própria finitude, então, uma ameaça. Diante disso, todo seu significado pessoal internalizado é evocado e as vulnerabilidades a ela associadas são revolvidas. Ainda segundo o autor supracitado, é possível compreender que os sentimentos que acompanham a perda de uma pessoa amada são intensos e multifacetados, afetando emoções, corpos e vidas, algumas vezes, por um período de tempo prolongado. Essa tristeza é preocupante e esgotante, uma verdadeira onda de sentimentos em estado bruto, como angústia, raiva, arrependimento, saudade e medo da solidão. Esta constatação leva a destacar nossas observações na assistência psicológica, em relação ao sofrimento que as mulheres com GM passam diante da interrupção de sua gestação por uma doença, cabendo aqui também salientarmos que, mesmo sendo a perda logo no início da gravidez, elas já se sentiam grávidas e já vivenciavam o ser mãe. Diante disto, não podemos ignorar a dor e sofrimento por elas vividos.

Segundo Freitas (2000), a morte parece sempre espantosa. A atitude convencional do homem civilizado diante da morte fica complementada pelo nosso abatimento espiritual quando a morte fere uma pessoa amada: o pai, a mãe, um filho ou algum ente querido.

Completando tal raciocínio em Kóvacs (2003), tem-se que, embora sejam muitas as influências possíveis na determinação do impacto que uma perda significativa tem para um indivíduo ou para um sistema relacional, permanece ainda a necessidade de se avaliar a experiência pessoal. É neste ponto que nossos estudos se baseiam ao pesquisar a vivência da mulher diante da gestação molar. Tentamos, assim, dimensionar o luto não somente do ponto de vista individual, mas se considerando também as implicações para a rede social, que podem ou não ser favoráveis à sua elaboração.

Nos últimos anos, alguns estudiosos da área psicanalítica e de outras orientações teóricas têm mostrado interesse pelo tema luto. Esses estudiosos

classificam o luto, quanto à qualidade, como normal ou saudável, patológico ou complicado. Segundo Freitas (2000):

No luto chamado normal, o impacto da perda pode ser diminuído em um breve espaço de tempo, pela formação de novos vínculos substitutivos, de investimentos produtivos em novas atividades e da aceitação do apoio social. Já no patológico, o vínculo permanece intenso com uma pessoa que, não estando mais viva, não permitirá (...) a vitalização necessária para a sua manutenção saudável, abrindo o campo para reações como negação, ambivalência, distorção, permanência no passado, que levam ao desequilíbrio pessoal e à doença. (p.14)

Segundo a mesma autora, há propostas quantitativas que se referem ao tempo de duração do luto: até seis meses seria considerado normal; após esse período, o luto seria considerado patológico. Porém, há também autores que defendem a vivência da dor, as funções psicológicas afetadas pelo luto em cada indivíduo (FREITAS, 2000). Ainda segundo Freitas, até 1960, apenas Freud, Klein, Lindermann e Jacobson haviam tratado das distinções entre luto normal e o luto patológico. Eles deixaram contribuições controversas e dúvidas em relação ao tema. Poucos trabalhos fazem referências à perda por morte (morte real), e ao luto como um período crítico da vida, sofrido, porém transformador, “é assim que o luto deve ser compreendido” (FREITAS, 2000, p.38).

Franco (2010) traz um panorama de visões a respeito do luto complicado ou patológico, quando nos relata os parâmetros que os estudos trouxeram até a sociedade contemporânea da ideia sobre o luto complicado: fases sucessivas em seu processo; duração previsível; diferenças culturais; diferenças de gêneros; modelos teóricos para a compreensão, dentre outros.

Parkes (1998), por meio de um estudo sistemático, comparou a sintomatologia de pacientes psiquiátricos com a de uma amostra randômica de viúvas, estudado anteriormente por ele. Com os resultados obtidos para a frequência de sintomas típicos para reações normais de luto, ele concluiu que apenas um de seus vinte um pacientes teve reações dentro da normalidade. A partir daí, conceituou também as reações anormais do luto como:

- Luto crônico: prolongamento indefinido do luto, com o predomínio de inquietação, ansiedade, tensão e insônia; também podem ocorrer sintomas de identificação;

- Luto adiado: no processo de adiamento, a pessoa enlutada pode apresentar comportamento normal ou alguns sintomas de luto distorcido, como superatividade, sintomas de doença do morto e isolamento.

Bromberg (2000), ao conceituar o processo de luto como uma forma de ansiedade de separação, ofereceu uma interpretação teórica das quatro fases principais do processo de luto apontadas por Bowlby (1969/1990) para aspectos psicológicos do luto. São eles:

- Entorpecimento: a primeira reação encontrada em sobreviventes de catástrofes é também a reação à perda por morte. Ocorre choque, entorpecimento, descrença; a duração pode ser de poucas horas ou de muitos dias; pode ser interrompida por crises de raiva ou de profundo desespero;

- Anseio e protesto: após o entorpecimento, vem uma fase de emoções fortes, com muito sofrimento psicológico e agitação física. À medida que se desenvolve a consciência da perda, há muito anseio por reencontrar a pessoa morta, com crises de profunda dor e espasmos incontroláveis de choro. Apesar da consciência da perda irreversível, o desejo de recuperar a pessoa, às vezes, é insuperável. Há momento em que a pessoa viva tem a sensação da presença do morto; aquilo que não tiver relação com o morto tem pouco significado ou importância;

- Desespero: com a passagem do primeiro ano de luto, o enlutado deixa de procurar pela pessoa perdida e reconhece a imutabilidade da perda. Esta é uma fase muito mais difícil que as anteriores. O enlutado duvida que qualquer coisa que vale a pena na vida possa ser preservada, instalando-se, assim, apatia e depressão. O processo de superação dessas reações é lento e doloroso;

- Recuperação e restituição: a depressão e a desesperança começam a se entrelaçar, com frequência cada vez maior, a sentimentos mais positivos e menos devastadores. A pessoa enlutada pode aceitar as mudanças em si e na situação, lidando com elas e obtendo maior eficácia. Vem daí uma nova identidade, que lhe permite desistir da ideia de recuperar a pessoa morta. Dá-se o retorno da independência e da iniciativa, podendo mesmo rejeitar algum relacionamento que tivesse mero significado de suporte.

Não cabe, porém, fazer afirmações definitivas e classificatórias sobre estas fases, devido às muitas diferenças individuais. Diante disso, nem todas as pessoas enlutadas passam por estas fases sucessivamente. É necessário estar atento e observar a pessoa como um todo, sistematicamente. O enlutado precisa enfrentar o luto, trabalhando a perda em si mesmo, de forma ativa. O luto exige um tempo, que é pessoal, para ser elaborado (FREITAS, 2000).

Esslinger (2004) ainda afirma que o luto sem complicações segue seu curso consistente, modificado por variáveis como: morte abrupta, natureza de preparação para evento e o significado que a perda tem para o sobrevivente. O assim chamado curso consistente inclui uma fase inicial de choque e descrença, na qual a pessoa tenta negar a perda e se isolar contra o choque da realidade.

Em nosso convívio com as mulheres com GM, corroboramos com os estudos de Esslinger (2004), no que concerne ao comportamento diante do choque do diagnóstico, quando estas se mostram quietas, emudecidas, o que, muitas vezes, denota um afastamento da situação e do que lhes é falado a respeito do diagnóstico. Este comportamento pode nos remeter à tentativa do afastamento da dor e do sofrimento, oriundos das duas perdas que são aplicadas a elas. Trazemos aqui novamente o silêncio já mencionado em nossos estudos. Assim, como mencionado anteriormente, o silêncio é manifestado como um comportamento de tentativa de inibição do sentir como se fosse possível afastá-lo. Porém, percebemos que esta tentativa é fadada ao fracasso, pois não é possível atingir a plenitude de tal bloqueio. Ainda segundo Esslinger (2004), segue-se uma fase de crescente consciência da perda, marcada por efeitos dolorosos de tristeza, culpa, vergonha, impotência e desesperança; há também o choro, uma sensação de vazio, distúrbios de alimentação e sono, às vezes alguns distúrbios psicossomáticos associados à dor física, perda de interesse pelas companhias ou profunda fase de recuperação, na qual se dá a elaboração do luto, o trauma da perda é superado e é restabelecido um estado de saúde.

Outro ponto importante de ser ressaltado é o luto não reconhecido pela sociedade. Casellato (2005) traz, em seus estudos e pesquisas, importantes contribuições a respeito do luto relacionado às perdas não reconhecidas na sociedade. Vindo ao encontro de nossa pesquisa, a perda da gravidez, o aborto

espontâneo e nascimento de natimorto, todas estas particularidades de perdas gestacionais vão se entrelaçar com a gestação molar, pois, conforme visto, ela se compara a um aborto espontâneo nos aspectos clínicos, no qual há uma perda da gravidez e a morte do bebê. Vale ressaltar que o estudo sobre luto não reconhecido teve como seu pioneiro o pesquisador Kenneth Doka, que publicou o primeiro livro sobre o tema: “Disenfranchised Grief: recognizing, hidden, sorrow”, em 1989, conforme citado por Casellato (2005).

Como relatado anteriormente, na sociedade contemporânea ocidental pouco se fala sobre o tema morte. Esta é marcada por evitação e negação e, nos casos de luto, não reconhecida. Em tal contexto, a pessoa enlutada pode se sentir privada de expressar a sua dor e sofrimento. Ainda segundo Casellato (2005, p.20), o luto é um processo normal e esperado de elaboração de qualquer perda e é importante para a saúde mental, na medida em que proporciona reconstrução de recursos e adaptação às mudanças. Bowlby (1969/1990) ainda acrescenta, em sua teoria sobre o apego, que o processo de luto implica duas mudanças psicológicas: reconhecer e aceitar a realidade; e experimentar e lidar com as emoções e problemas que surgem da perda. Estas mudanças levam tempo e dependem das condições que irão favorecer ou prejudicar a sua elaboração. Outro fator importante é que o processo de luto é individual e, ao mesmo tempo, social, sendo assim, toda a família é afetada por ele.

No mesmo contexto, Bromberg (2000) diz que a intensidade do pesar, ao viver uma experiência de perda, varia de indivíduo para indivíduo, em razão de vários fatores que influenciam, tais como contexto, história pregressa, grau de vulnerabilidade, perdas secundárias, padrão de apego e grau e qualidade da vinculação com a pessoa que se perdeu.

Porém, muitas situações de perdas não são reconhecidas socialmente, e conseqüentemente, não são faladas, dificultando a expressão de quem vive esta situação. Diante disso, as pessoas enlutadas preferem se calar, não compartilhando os seus conflitos e sentimentos, não recebendo assim o apoio social de que necessitam para se organizarem diante da crise desencadeada por estas perdas. Isso também verificamos junto às mulheres com GM. Em nossa experiência junto a elas, podemos observar o quanto não é enfocado também a perda do bebê. No

momento do diagnóstico, as preocupações passam a ser pela saúde da mulher. Esta se vê com pouco espaço para falar da perda de sua gestação. Diante disso, calam-se e ficam dependentes do espaço aberto pela psicologia para manifestarem sua dor e pesar. Mesmo diante deste espaço, em que todos, médicos, psicólogos e familiares estão preocupados com elas, ainda assim se manifestam de forma contida, denotando se sentir sem autorização para falar desta perda.

Doka (1989 *apud* CASELLATO, 2005) trouxe sua contribuição sobre o conceito de luto não reconhecido quando diz que qualquer sociedade tem um conjunto de normas ou, ainda, de regras de luto, que determina quem, quando, onde, como, por quanto tempo e por quem devemos expressar sentimentos de luto. Porém, ainda afirma que, em qualquer sociedade, estas regras de luto podem não corresponder à natureza do apego, ao senso de perda ou aos sentimentos dos sobreviventes. Estas regras sociais determinam quais as perdas são passíveis de luto, como devemos nos enlutar, quem tem legitimidade para enlutar-se e quais as reações adequadas e passíveis de apoio e aceitação. Ele nos propôs cinco razões de não reconhecimento do luto pela sociedade, das quais irei destacar a do “relacionamento não reconhecido”, no qual a situação da relação do enlutado com a pessoa perdida não é baseada em laços afetivos entre parentes ou ligações à família. Nesse caso, há, como exemplo, as perdas fantasmas, isto é, quando a perda ocorreu antes da pessoa nascer, no nosso caso, na gestação molar. Outra razão que destacarei é a “perda não reconhecida”, que a sociedade considera como não significativa. Exemplos disso são: aborto, perdas perinatais, neonatais, etc. As regras sociais e os rituais de enlutamento existentes não são usados nestas situações em que não existe um corpo de uma pessoa. Esta perda é vivenciada em completo isolamento.

Gilbert (1996) destaca algumas características do luto não reconhecido e suas consequências, no tocante ao “estigma social”, sentindo-se o enlutado embaraçado em manifestar seu sofrimento, pois sua perda não é sancionada pela sociedade. Outra característica é o “segredo”, o enlutado se afasta da sociedade e se isola para evitar a quebra do sigilo. Outra particularidade é a “falta de rituais de luto”, não permitindo a expressão de crenças e valores relacionados à perda que contribuem para a construção dos significados relacionados à perda, além de

impedir que os sentimentos sejam compartilhados e que haja um lugar para a comunidade oferecer seu apoio ao enlutado. Gilbert(1996) aponta ainda outras características, que vêm ao encontro de nossa pesquisa: o “pesar não expressado no momento da perda”, no qual as emoções são reprimidas, sufocadas e frustradas, e o luto negado pela possível ocorrência de reações hostis diante de sua expressão; “os problemas legais e econômicos”, nos quais as perdas relacionadas a situações ilegais podem levar a perdas financeiras; e, por último, “problemas emocionais”, quando são sufocadas as emoções relacionadas à perda, como tristeza, culpa, raiva, solidão e desesperança, o que pode acarretar a intensificação e prolongamento destas reações, culminando no luto complicado.

Segundo Casellato (2005), a impossibilidade de validação da sociedade por alguns tipos de luto, como por exemplo a perda gestacional precoce, pode levar a pessoa enlutada a um adiamento ou mesmo inibição dos sentimentos e do processo de luto, o que poderá implicar na dificuldade de aceitação da realidade e, conseqüentemente, na impossibilidade de buscar, em outros relacionamentos, novas figuras de apego, atitude que facilitaria este processo. Diante desse caso, o silêncio é instaurado. Os pais de feto morto não encontram lugar para expressar sua dor. Entendem que esta morte não é para ser mencionada. Como ainda nos relata Casellato (2005, p.36), “ora, um feto morto! Trata-se apenas de uma ‘massa de tecidos’, um descarte, uma porção de lixo hospitalar”. Corroborando com a autora citada, na assistência psicológica às mulheres com GM, a mesma inibição pode ser verificada.

Nos estudos de Kubler-Ross (2000), como já apresentado no ponto 3 deste capítulo, nos estágios de enfrentamento da doença, aqui destacamos que a negação, segundo afirma a autora, é uma “forma saudável de lidar com a situação dolorosa. (...) funciona como um para-choque depois de notícias inesperadas e chocantes” (p.44).

Diante disso, o silêncio nos parece uma forma de negar a doença e se defender temporariamente. Contudo, apesar de apresentar-se de forma defensiva, a mulher com GM mostra também um investimento de enfrentamento da doença ao aceitar a hospitalização, o tratamento e o acompanhamento semanal de assistência a sua saúde. No serviço clínico de apoio à mulher com DTG é possível

verificar que diversos possíveis lutos podem ser enfrentados pelas portadoras de GM. Primeiro, o luto da perda de seu bebê, seguido da perda de sua saúde e, por último, a perda de um futuro promissor em relação à sua fertilidade. É importante ressaltar que o evento da GM inflige às mulheres um grau de complicação maior, por conjugar duas perdas de forma perversa, pois não há somente a perda da gestação, mas também a da saúde da mãe e, possivelmente, a de sua capacidade reprodutiva. Diante disso, falar de luto não reconhecido é nomear a dor sentida no silêncio pela mulher com GM.

Quayle (1997) contribui ao afirmar que a perda da gravidez também requer tempo, requer espaços na sociedade para que o luto ocorra de forma saudável. “a mãe cria vínculo com o bebê, portador de suas projeções inconscientes, desde o momento em que se descobre grávida” (p.155). Além disso, a perda da gravidez tem implicações adicionais, dadas as peculiaridades desse evento.

Os antecedentes históricos da mãe enlutada representam um importante papel na evolução de seu luto, no momento em que esta perde um filho. Variáveis pessoais e de personalidade também podem representar fatores complicadores do luto materno, como idade e sexo. As variáveis de personalidade incluem a inibição dos sentimentos, a ansiedade, o tipo de enfrentamento diante de situações estressantes da vida passada e da perda presente. “Há pessoas que têm inabilidade para tolerar quaisquer situações altivas e extremas e, então, se retraem para se defender de seus próprios sentimentos mais intensos” (FREITAS, 2000, p. 42).

Ainda segundo Freitas (2000), outra dimensão da personalidade que complica o luto é a autoestima, o conceito que a pessoa tem de si mesma. Se o autoconceito da mãe enlutada incluir ser ela a única pessoa forte de sua família, ela pode necessitar desempenhar o papel da pessoa forte em detrimento dela. “O luto materno tem as suas peculiaridades, em especial porque resulta na quebra de uma sequência esperada, nunca desejada” (FREITAS, 2000, p. 19).

Nunca seremos capazes de entender em sua totalidade qualquer aspecto do comportamento humano, assim como não podemos esperar identificar os aspectos mais importantes da conduta resultante em todos os casos de luto (PARKES, 1998, p. 145).

Em Luto e Melancolia, Freud (1917/1974, p. 277-8) nos aponta que "o luto é trabalho psíquico que não requer tratamento". Para que o luto seja realizado, ele indica algumas condições que o psiquismo vai concretizando com a ajuda do tempo, entre elas: superinvestimento e posterior desinvestimento de cada lembrança que diga respeito ao objeto, o teste de realidade, o reconhecimento social da dor do sujeito, a elaboração da ambivalência. Para a mãe, a construção do vínculo com o filho sonhado precisa preceder à chegada do bebê e é deste material que emerge a vinculação com o filho. Quanto ao teste de realidade, a tendência cultural é de desaparecer com vestígios da existência do bebê em casos de má formação grave ou perda do bebê. A mãe busca reconhecimento do filho perdido, enquanto, para as pessoas que a acompanham, fica difícil vislumbrar o que ela perdeu. Quando os rituais são realizados em caso de óbito pós-termo, por exemplo, ainda assim, os pais costumam ouvir declarações de que seus bebês são substituíveis e sofrem pressão para acelerar o trabalho do luto. "A perda do bebê, enquanto objeto investido, aponta para o risco de um quadro de luto patológico ou de depressão branca" (Green, 1988, p. 244), incompreensível para aqueles que se atêm ao tempo de convívio entre pais e bebê. A questão é que a impossibilidade de enxergar o lugar psíquico de onde emerge um filho faz com que as mínimas condições para a elaboração deste tipo de luto tendam a ser desconsideradas.

Green (1988) relata que estudos mostram que há melhoria do sofrimento dos pais quando estes são incentivados a lidar com o bebê real, incluindo-se casos de má formação grave. Estes procedimentos, quando em conformidade com o desejo dos pais, favorecem o teste de realidade que permite descatexizar o objeto subjetivamente investido. A questão do tempo tende a ser subestimada, e alguns pais têm o ímpeto e são incentivados a terem logo outro filho numa tentativa de preenchimento do vazio angustiante. Ainda segundo Green (1988), as más formações reavivam os fantasmas das deformações e monstruosidades que povoam o psiquismo dos pais durante toda a gestação, trazendo a cena temida para a realidade. Assim também a morte de uma criança aciona fantasias relativas à perda do "bebê maravilhoso" que já fomos um dia para nossos pais e das quais temos que prescindir para nos tornarmos pais, maravilhando-nos com o filho que ocupa agora um lugar outrora nosso.

A gravidez é vivida por grande parte das mulheres como momento de plenitude e poder. Se por um lado, a mulher se sente frágil e ansiosa, por outro, tende a idealizar sua condição, atribuindo-se o caráter de "bênção". Esta fantasia onipotente cria um solo potencialmente propício para o efeito traumático, quando as coisas não saem dentro do esperado. O luto de um bebê recém-nascido ou abortado carrega em si um aspecto de inerente incomunicabilidade e atrai, por sua vez, olhares de incompreensão. Não há como compartilhar deste luto no senso comum da modernidade, ficando a mãe duplamente desamparada: pelo bebê e pelos adultos.

Nos casos de gestação molar, vemos a gestante falando da necessidade de reconhecimento da perda de um ente querido, enquanto à sua volta não se compreende e não se age com sensibilidade ao seu sofrimento, posto que há uma gestação, mas não há de fato bebê. Há algo do mais profundo desamparo nesta vivência. Não há como inscrever esta perda no psiquismo, pois ela é sistematicamente desautorizada pelo outro. Green (1988) aponta-nos os efeitos funestos de um luto não elaborado na impossibilidade de a mãe deprimida vir a cuidar do restante da prole. O autor indica, a seguir, qual seria o caso mais grave de luto:

Penso ser importante sublinhar que o caso mais grave é da morte de um filho com pouco tempo de vida, o que foi compreendido por todos os autores. Insistirei muito particularmente na causa cuja ocultação é total porque faltam os sinais para que a criança possa reconhecê-la, e cujo conhecimento retrospectivo nunca é possível, pois repousa num segredo: o aborto da mãe, que deve ser reconstruído pela análise a partir dos mínimos indícios. (p. 247)

Evitamos discriminar aqui as diferentes circunstâncias inseridas no óbito perinatal pré-termo, pós-termo, bebês com más-formações, gestação molar, pois acreditamos que o '*status*' (grifo nosso) de filho só pode ser atribuído a partir da subjetividade da mãe, que, devido ao estado psíquico peculiar do pós-parto ou esvaziamento uterino no caso da mola, deverá ser atentamente ouvida. Dentro desta perspectiva, uma mãe pode ter uma recuperação "espantosa" diante da morte de um filho esperado, enquanto outra se desorganiza psiquicamente diante da perda de um bebê de poucos meses de gestação. Não nos cabe recomendar procedimentos ritualísticos adequados, se desejáveis ou não, pois estes só

poderiam sê-lo, partindo da perspectiva do psiquismo dos pais e das possibilidades oferecidas pelo entorno. Para que os pais possam expressar seu desejo, há que se evitar constrangimentos e interpelações precipitadas. O tempo, sim, é condição que não pode ser desprezada, pois o psiquismo não acompanha a velocidade exigida pela modernidade. No respeito ao desenrolar progressivo do luto, pode-se realizar uma escuta sensível que venha a ajudar os pais a nomearem sua dor, evitando maiores sofrimentos para si mesmos e para gerações posteriores.

Outro fator importante para ressaltarmos diz respeito à equipe de saúde, tendo como referência o papel do médico diante da paciente. Quando a equipe não valoriza a dor sentida pela mulher, indicando despreparo para lidar com a dor e a angústia do outro, tendo o médico, por sua fantasia de onipotência, e, principalmente, por se confrontar com seus próprios conflitos em relação à morte, se utilizam de estratégias defensivas de negação e exclusão, que podem ser percebidas pelas reações de afastamento em sua conduta com a mulher diante da perda do bebê, as quais comprometem significativamente a assistência e o papel terapêutico, tão essenciais à mulher e seus familiares. Ocupando o lugar de quem detém o saber, o médico, numa relação hierarquizada com aquele que “desconhece”, revela-se o soberano da situação. Com o olhar focado sobre o órgão enfermo, o médico prescreve. O paciente ocupa o lugar de passivo, aquele que informa ao médico apenas a sintomatologia que apresenta e segue à risca os procedimentos para livrar-se da sua doença.

A cultura médica promove um grande engano ao cultuar a imagem do profissional que não se comove, sempre frio, sem nunca perder a pose, soberbo, acima dos sentimentos humanos. É uma defesa psicológica grave. Desumaniza, substitui o sentimento e o valor da troca humana pelo valor reativo, aqui absolutizado, do conhecimento técnico, e ainda pela objetalização do paciente (BENETTON, 2002, p.96)

O médico, em sua formação, é preparado para tratar a doença e não o doente, e este, por sua vez, é um desconhecedor da sua parcela de responsabilidade no processo de adoecimento.

[...] o médico sai da Faculdade sem ter presente em seu espírito que o paciente é um ser humano, semelhante a ele, médico. Se é chamado a ver um doente, irá equipado com os conhecimentos hauridos em seu curso, munido de seu aparelho

de pressão ou de outro instrumento para algum exame rápido, conforme a especialidade, e estará preparado, ao avistar o doente, para fazer as perguntas necessárias e para examinar os órgãos. Uma vez tendo-lhe sido possível, por meio das perguntas e do exame, formular o diagnóstico nosológico, ou sindrômico, baseado nele, mesmo que seja um diagnóstico presuntivo, prescreverá a terapêutica (PERESTRELLO, 1992, p.95-6).

Segundo Coelho (2003), ao pensarmos na doença, podemos vê-la como uma espécie de perda, com atribuições simbólicas e/ou reais. Assim, toda perda implica um processo elaborativo seguido de um processo de enlutamento, para que o indivíduo possa aceitar e dar conta da sua nova situação. No caso da perda da saúde, não é só o corpo que se vê afetado, mas o psiquismo também sofre as modificações trazidas pelo adoecer. Diante disso, a vivência do processo de luto torna-se necessária ao restabelecimento psíquico do indivíduo, ajudando-o a recuperar sua saúde biopsicossocial de uma forma mais favorável. Assim também é vivenciada a perda da saúde, diante do diagnóstico de GM, cabendo a nós, profissionais da saúde, acolher e proporcionar à mulher e à sua família um espaço para elaboração de suas perdas.

5

Pesquisa de Campo

5.1

Metodologia

No presente capítulo, apresentamos nossa pesquisa de campo que teve como objetivo geral estudar as repercussões emocionais da vivência da gestação molar na mulher. Os objetivos específicos foram investigar suas percepções, sentimentos e comportamentos frente ao diagnóstico de gestação molar e o posicionamento da mulher quanto à possibilidade de uma futura gravidez após a gestação molar. Para atingir tais objetivos, utilizamos a metodologia qualitativa e optamos pelo instrumento da entrevista semiestruturada. O roteiro da entrevista foi previamente elaborado, com perguntas norteadoras que propiciaram a coleta de informações sobre as vivências da mulher diante da gestação molar (anexo 1). Vale ressaltar que as entrevistas só foram realizadas após a aprovação do Comitê de Ética da PUC-Rio, assim como do Comitê de Ética da Instituição de Saúde na qual foram realizadas as entrevistas.

O ambiente de coleta de dados foi escolhido a partir da nossa experiência em ambulatório e enfermaria de gestação molar na Santa Casa da Misericórdia do RJ, Centro de Referência do Estado do Rio de Janeiro. Nessa unidade de saúde, as mulheres portadoras de gestação molar chegam de diversas outras unidades de saúde com suspeitas ou confirmações desse diagnóstico. São atendidas em média 70 (setenta) mulheres por semana, registrando-se, desse universo, cerca de 8 (oito) novos casos/mês.

Os novos casos de GM são atendidos primeiramente no ambulatório para, em seguida, serem encaminhados à enfermaria, onde serão realizados os procedimentos de esvaziamento uterino. Apenas em casos graves, os atendimentos em caráter de urgência ocorrem primeiro na enfermaria. Diante disso, o primeiro contato com as novas pacientes com GM, para casos novos ou

para caso de mulheres em acompanhamento sistemático, pós-esvaziamento uterino, ocorre no ambulatório.

Nossa rotina, inicia-se pela manhã, quando é realizado pela equipe de Psicologia um Grupo de Sala de Espera. O Grupo cumpre funções de caráter psicoeducativo e de suporte (MELLO FILHO, 2000; CAMPOS, 2004) e conta, frequentemente, com a participação de familiares. Após o Grupo de Sala de Espera são realizados os atendimentos voltados para as mulheres que estão em sua primeira visita ao ambulatório, seguido das mulheres em processo quimioterápico e, posteriormente, dá-se atenção a todas as outras mulheres que nos procuram ou que tenham sido encaminhadas por médicos.

Em nossos entendimentos, observam-se alguns casos, em que, por diversas razões, se faz necessário o atendimento em psicoterapia breve, serviço também oferecido por nossa equipe de psicólogos. Raramente temos casos que necessitem de um acompanhamento psiquiátrico. Para tais ocorrências, solicitamos ao serviço de Psiquiatria da própria Instituição um parecer e acompanhamento. Nos casos de mulheres em quimioterapia, nosso serviço é realizado de forma contínua, em seções semanais, individuais ou coletivas. Nos casos graves, a entrada da mulher com GM se dá diretamente na enfermaria e nós, psicólogos, realizamos atendimentos no pré- e pós-esvaziamento uterino, assim como realizamos o acolhimento à família. Todas as mulheres com GM são atendidas pelo serviço de Psicologia, tanto no ambulatório quanto na enfermaria, desde sua admissão até a alta.

A análise dos dados foi realizada com base no método de análise de conteúdo, proposto por Bardin (2010). O foco dessa modalidade de trabalho divide-se em três estratégias centrais: observação e tradução do dado, de acordo com um sistema de tradução em um modelo de categorias; investigação sobre as inter-relações entre as categorias observadas a fim de estabelecermos tendências comportamentais e de conduta; e operacionalização das análises através do emprego de frequências (BARDIN, 2010).

5.2

Participantes

Para alcançar nossa meta, entrevistamos 5 (cinco) mulheres que foram selecionadas a partir dos seguintes critérios de inclusão: (1) mulheres que estavam em acompanhamento semanal no ambulatório de gestação molar no Centro de Referência do Estado do Rio de Janeiro; e (2) que haviam recebido o diagnóstico de gestação molar há 3 meses no máximo, nessa instituição. Esse período foi definido por considerarmos mais propício para a avaliação de impacto do diagnóstico da GM sobre a pessoa. Além desse fato, vale ressaltarmos que, neste período de três meses, a mulher se encontra em suspense quanto à evolução da doença, visto ser esperado que os riscos diminuam a partir da vácuo-aspiração e do declínio do B-hCG.

Cabe aqui destacar o perfil sociofinanceiro das mulheres acometidas pela GM: 90% (noventa) delas pertencem às classes D e E, com baixa escolaridade e dependentes financeiramente de outros indivíduos. Desta forma, podemos nos guiar quanto às dificuldades demonstradas pelas entrevistadas na compreensão do diagnóstico e com os recursos financeiros que são exigidos para o tratamento. O grupo entrevistado ficou composto conforme a tabela abaixo apresentada. Os nomes expostos são fictícios para a proteção das identidades das participantes do estudo, em conformidade com o Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) (anexo 2).

Nome fictício	Idade	Estado Civil	Nível de Instrução	Número de Gestações	Número de Filhos	Tipo de GM
Rita	32	Casada	Ens. Médio Incompleto	1	0	MHC
Maria	41	União Estável	Ens. Médio Completo	4	3	MHC
Joana	30	Casada	Ens. Médio Incompleto	4	3	MHP
Ana	26	União Estável	Ens. Médio Incompleto	2	1	MHC
Conceição	31	Solteira	Ens. Médio Incompleto	1	0	MHC

5.3

Procedimentos

No primeiro contato com as participantes da pesquisa, expomos os objetivos da pesquisa para que as possíveis dúvidas fossem esclarecidas, antes e durante a leitura do TCLE (anexo 3). As entrevistas foram realizadas na sala da Psicologia do Centro de Referência em Gestação Molar (CRGM), com a finalidade de preservar o sujeito e a confidencialidade. As entrevistas foram gravadas e, posteriormente, transcritas de forma integral, mantivemos os erros gramaticais, as pausas ou quaisquer outras expressões linguísticas que pudessem vir a contribuir com a análise. Vale ressaltar que, ao serem esclarecidos os objetivos da pesquisa, as entrevistadas reagiram de forma receosa, algumas constrangidas e pouco à vontade. Talvez o fato de terem que falar do momento da descoberta da perda de sua gesta o e do diagnóstico de mola possa ter mobilizado sentimentos que tentavam minimizar. Como já tratado em nosso estudo, ressaltamos novamente o silêncio como comportamento marcante destas mulheres. Assim, nos é denotado como uma tentativa de se proteger ou atenuar a sua dor e o seu sofrimento pelas perdas vivenciadas diante da GM. Desse modo,

observamos, através das entrevistas, um discurso empobrecido em seu conteúdo de palavras e na expressão de sentimentos. O silêncio nos é demonstrado como sua grande oratória da(s) perda(s) ocorrida(s).

O discurso das entrevistadas foi interpretado por meio da técnica de análise temática. Organizamos e agrupamos o conteúdo discursivo em categorias para buscarmos estabelecer possíveis núcleos de sentido. Depois de identificados, submetemos os conteúdos a uma análise reflexiva na qual realizamos observações individuais e gerais das entrevistas. Do material coletado e analisado, emergiram quatro categorias de análise. Foram elas:

Categoria 1 – Sentimentos e percepções

Categoria 2 – Doença e o medo de morte

Categoria 3 – Suporte familiar e do Centro de Referência

Categoria 4 – Relação amorosa e desejo da maternidade

Destacamos aqui o fato de limitarmos o número de participantes em 5 (cinco) de um universo no Centro de Referência, como mencionado anteriormente, com um média de 50 atendimentos por semana, escolha esta que não compromete o resultado de nossa pesquisa, pois se trata de uma pesquisa exploratória de natureza qualitativa. Ressalvamos também que um de nossos critérios de seleção das participantes da pesquisa é terem no máximo três (3) meses de acompanhamento ambulatorial, isto é, três meses após o diagnóstico de gestação molar. Outro fato importante de ser ressaltado novamente vem do discurso das mulheres participantes de nossa entrevista, as quais apresentaram fala empobrecida, muitas vezes monossilábicas, o que restringiu a coleta de dados para a nossa pesquisa.

6

Análise e Discussão dos Resultados da Pesquisa

6.1

Categoria 1 – Sentimentos e percepções

A literatura pesquisada sobre os aspectos psicológicos da gravidez aponta que a expectativa da mulher diante de uma gestação é permeada pela espera de uma sucessão de acontecimentos físicos, sociais e psicológicos (SOIFER, 1992; PICINNINI, 2004; MALDONADO, 1995). Diante desses acontecimentos considerados ‘normais’ em uma gestação, a ocorrência de uma complicação gestacional a coloca frente ao inesperado. Em nosso estudo sobre a GM, percebemos, no discurso das entrevistadas, a presença de sentimentos de apreensão e medo. Elas indicam também terem sido atravessadas por sentimentos assustadores, relacionados ao impacto do diagnóstico, como vemos abaixo:

“Fiquei assustada pensando que estava com uma doença ruim, uma coisa assim...”. (Rita)

“Para mim foi um baque (...). Fiquei assustada, porque até então ele (médico) não soube me explicar direito. Ele falou que eu não tinha neném e que eu estava grávida de uma gravidez molar. Que não tinha feto. Aí... fiquei assustada. Como doutor? Se eu estou com barriga crescendo, com seios grandes, enjoando muito... o que é isso?” (Ana).

Verificamos, em nossas entrevistas, em particular com Ana, o quanto foi difícil para ela aceitar o fato de ter perdido seu bebê, já que, em seu corpo, apresentavam-se vários sinais que indicavam estar grávida. O medo é instalado e Ana revela o desespero e temor diante deste acontecimento. Este fato vem corroborar com Quayle (1997), quando afirma que frequentemente a mulher ao receber o diagnóstico da perda de sua gestação, de forma geral, teme pela própria vida e por sua saúde, como se a perda do filho suscitasse naturalmente outras perdas. No caso da gestação molar (GM), acrescenta-se a ideia de morte iminente, como observamos ao longo de nosso transcurso na assistência psicológica a

mulheres com esse diagnóstico, identificando, com frequência, as ideias da autora acima. O nosso estudo vem ratificar tal situação, verificada na verbalização da quase totalidade das entrevistadas, conforme os trechos abaixo:

“Mexe muito com o emocional da pessoa. A gente fica triste, fica pensando em várias coisas (pausa), pensa que vai morrer, que não vai ter cura(...)” (Ana).

“Foi horrível! Horrível! Eu pensei um monte de coisa”. (Maria)

“Fiquei nervosa... fiquei com câncer. Tira logo se não eu vou morrer” (Joana)

Destacamos a fala de Joana, que, ao falar da descoberta da GM, manifesta preocupação com sua saúde, associando de imediato a GM ao câncer. Em nossa entrevista, Joana revela tal preocupação através de um discurso exaltado e semblante assustado. Este fato exposto vai ao encontro das ideias de Kovács (1996), as quais ressaltam que o diagnóstico de uma doença grave ‘mata’ provisoriamente a pessoa, o que poderíamos entender como um declínio nas suas expectativas de vida e as coloca diante da finitude. Nesse sentido, constatamos, a partir das falas das entrevistadas, o grande impacto da gestação molar na vida dessas mulheres e a vivência do medo da morte. Cabe ressaltar que o desconhecimento da existência do diagnóstico de GM, por grande parte da população, parece contribuir expressivamente para uma reação de estranheza.

Na maioria das vezes, a mulher recebe o diagnóstico de mola no momento em que busca saber sobre seu estado gravídico, um momento aguardado para celebrar a vida e não a morte. Joana, Rita e Conceição afirmaram ter planejado e desejado a gravidez, com expectativas em relação a ela.

“Eu queria engravidar e poder dar um filho homem ao meu marido. E era um menino”. (Joana)

“Eu estava planejando e aí consegui, depois de 8 anos, poder ser mãe”. (Rita)

“Eu quero ser mãe e experimentar isso”. (Conceição)

Ao falarmos sobre a motivação que as levaram a esta gravidez, as entrevistadas acima mencionadas verbalizaram de forma contundente e unânime o quanto aguardavam por este momento, revelando, em seus relatos, tamanha decepção e pesar. Não esperavam pela perda da gestação nem tão pouco que esta viria por uma doença. Joana deixa transparecer sua dor pela perda de seu bebê, menino, o qual iria ao encontro do desejo de seu marido. Corroborando com o observado em nossas entrevistas, Bartilotti (2004) afirma que os importantes avanços na área da obstetrícia vêm reforçar a crença de um “selo de qualidade” ao processo gestacional, que garantiria o nascimento de bebês normais. Porém, nada mais enganoso, pois complicações e perdas gestacionais acontecem. Assim, quando um óbito fetal se concretiza, como na GM, pode-se instalar uma situação crítica, não só para a mãe, mas também para a família, fato suficiente para criar uma importante ‘turbulência emocional’. Assim como os autores, observamos, em nossa pesquisa, que a perda gestacional não é uma situação esperada e tampouco se supõe que esta venha a ser por uma doença que presentifica um risco de morte.

A fala de Ana ilustra bem este paradoxo:

“(...) eu só sabia chorar. Não conseguia mais dormir, não tava conseguindo comer (...). Eu fiquei desesperada. Em nenhum... (começa a chorar copiosamente). Eu não tava acreditando, não tinha caído a ficha, assim... (chora). Nunca tinha ouvido falar. Fiquei com medo. Medo de também morrer”.

Diante do diagnóstico de GM, Ana nos revela uma dor intensa que é manifestada em nossa entrevista por sua voz embargada, baixa e seu semblante tristonho. Além disso, chora copiosamente, não acredita no que aconteceu e teme por sua vida. Assim, diante da notícia da GM, parece-nos que esse estado de inquietação apresentado no relato de Ana poderia ser comparado ao que Kubler-Ross (1981/2000) fala sobre o choque inicial que o paciente tem ao receber o diagnóstico de uma doença grave. Esse estado inicial, segundo a autora, pode gerar medo, depressão, choro e desespero. Torloni (2007) também salienta que esse período pode vir a durar algumas horas, ou até semanas, e parece ter como característica a instabilidade emocional que pode se apresentar com explosões emocionais seguidas por uma descrença, um sentimento de vazio e um

desligamento do mundo. Segundo a autora, acredita-se que essas reações sejam uma forma de defesa diante do trauma pela notícia recebida, uma vez que a gravidez, para a mulher, vem realizar e reafirmar a concretização de um papel biológico essencial, tanto para a perpetuação da espécie, no sentido amplo do termo, quanto para a afirmação da sua feminilidade, sexualidade e fertilidade, projetos que são interrompidos pela GM.

Simultaneamente, ressaltamos que, quando a morte do bebê cessa a trajetória de uma gravidez estabelecida, as repercussões emocionais parecem ser agravadas por uma sobreposição de perdas: “criança morta” é também “mãe morta” (BARTILOTTI, 2004, p.70). A edificação do papel de mãe e a identidade materna que vinham se desenvolvendo lentamente na gestação são, de forma abrupta, interrompidas. Sentimentos de intenso fracasso, de incapacidade e de inferioridade são despontados pela impossibilidade de gestar o próprio filho. Ressaltamos aqui um dado importante observado em nossas entrevistas, quando as entrevistadas, em suas falas, apresentavam, de forma sucinta e muitas vezes objetiva, as situações que suscitavam a lembrança do momento do diagnóstico da perda de sua gestação e a aquisição de uma doença. Também nos chama atenção o silêncio apresentado diante de nossas perguntas, o que denota a dificuldade de elaboração das perdas e o sofrimento daí decorrente, além de traduzir uma forma de controle de seus sentimentos, por vivenciá-los de forma agressiva a seu ser. Desse modo, apoiamo-nos nos estudos de Kubler-Ross (2000) que enfatiza o quanto a dor e sofrimento causados pelo adoecimento pode provocar um afastamento por parte da pessoa doente, levando-a, por vezes, a negar tal doença. Entendemos assim que o calar-se, o silenciar destas mulheres, representa a palavra não proferida, interdita, porque algo lhe faz obstáculo, impedindo-a de ser enunciada. Parece-nos que as entrevistadas, ao permanecer em silêncio, nos comunicam algo que não pôde ser manifestado no plano verbal, pois revelam uma tentativa de proteção contra sofrimento.

Quayle (1997, p.218) ainda contribui ao afirmar que “a criança idealizada pelos pais, aguardada com expectativa, acaba nascendo sem vida. O sentimento presente nestes pais é o de fracasso no cumprimento do ato de procriar e na

perpetuação de sua herança pessoal.” A fala de Rita ilustra bem o apontado pela autora acima:

“Durante nossos 11(onze) anos de casados pensávamos em ter um filho. (...) eu estava tentando há 8 (oito) anos e aí consegui”.

Rita, em seu discurso sobre a perda de sua gestação, demonstra um desapontamento nos revelando grande decepção diante deste fato. Ao falar deste momento, silencia e balança a cabeça como se não acreditasse. Depois de longo tempo tentando sua gravidez, ao conseguir, é diagnosticada com GM. Como apontado no capítulo 2, em nossa vivência com estas mulheres no ambulatório de GM, é comum ouvirmos a indagação: “por que eu?”; “o que eu fiz para merecer isso?”. Importante aqui é ressaltarmos o quanto estas mulheres sofrem com a decepção da perda de sua gestação, denotando o fracasso em procriar, corroborando, desse modo, os estudos de Quayle (1997).

Ainda quanto aos sentimentos e percepções frente ao diagnóstico, a maioria das entrevistadas mencionou que a forma pela qual o médico lhe transmitiu o diagnóstico, contribuiu para seu estado de desespero e medo. Cabe ressaltar que os médicos aos quais as entrevistadas se referem fazem parte de unidades de saúde, procuradas antes do encaminhamento para o CRGM.

“O médico ainda falou: talvez você tenha que tirar o útero,(...)me deixou mais nervosa ainda”. (Maria)

“O médico não soube me explicar direito. Ele falou que eu não tinha bebê e que corria risco”. (Ana)

Perestrello (1992, p.95) discorre sobre esse tema, ao assinalar que o “médico é preparado para tratar a doença e não o doente (...) ele se esquece de que o paciente é um ser humano, semelhante a ele, médico”. Bennetton (2002, p.96) segue esse raciocínio ao salientar que o “profissional médico não se comove, sempre frio, (...) acima dos sentimentos humanos. É uma defesa psicológica grave”. Assim como os autores, observamos, em nossas atividades no ambulatório de gestação molar, que alguns médicos, em sua conduta clínica, ao se afastarem dos sentimentos da mulher, aparentando frieza, parecem agregar ao desconhecimento da GM um sentimento que potencializa a sensação de

estranheza e medo por parte da mulher. Isso parece contribuir para certa incredulidade ou mesmo fantasia de uma morte próxima, que pode ser decisiva para a implicação da paciente e da família no curso de seu tratamento.

6.2

Categoria 2 – Doença e medo de morte

Cury e Menezes (2006) relatam que a gravidez deveria ser um período de alegria e prazer, porém a ansiedade, a angústia, a insegurança e o medo perante esse percurso podem vir a inibir esse estado. Isso vai ao encontro do relato de Ana e Rita, pois, de súbito, são confrontadas com a perda da gestação e a transposição da chegada de uma nova vida, para a expectativa de uma vida com um adoecimento, como podemos verificar nos relatos a seguir:

“Eu estava com três meses. Fiquei assustada. Ele (médico) falou que não tinha neném e que eu estava grávida de mola”. (Ana)

“No início fiquei nervosa. A médica havia me passado que era uma coisa do outro mundo. Que eu tava com uma doença muito ruim”. (Rita)

Diante da descoberta da gestação molar todas as entrevistadas manifestaram o quanto o diagnóstico foi impactante, pois essa notícia rompe com a possibilidade de realização da gravidez. Vimos com Ana o quanto a notícia da perda de sua gestação, que estava em curso havia três meses, pode se transformar em algo desconhecido carregado de estranheza. Este fato é relatado por ela como algo incompreensível e inaceitável. Brazelton (1988) discorre sobre este tema ao assinalar que a família constrói uma expectativa de um nascimento saudável, porém, nos casos de perda gestacional, os sonhos construídos são desfeitos e podem ser um golpe para a autoestima da mulher.

Cabe aqui destacar a verificação de que as entrevistadas vivenciam o diagnóstico de GM como uma sentença de morte. A constatação de estarem doentes remete ao medo da morte, fato este que se sobrepõe ao evento da perda do bebe. Utilizamos as falas de Ana e Joana para retratar esta observação. Chamamos

atenção para o fato de já termos utilizado este recorte da entrevista de Joana na categoria 1, porém ele também nos remete ao ponto que agora analisamos.

“Só em pensar que eu tinha que fazer quimioterapia. Fiquei com medo”.

(Ana)

“Fiquei nervosa... fiquei com câncer. Tira logo se não eu vou morrer”.

(Joana)

Quayle (2005) segue esse raciocínio, ao afirmar que é compreensível a intensidade das reações iniciais vividas por essa mulher, foco de nosso interesse, pois a gestação molar é um diagnóstico que presentifica perdas significativas, que estão para além da perda gestacional a serem elaboradas: a da gestação idealizada e a da saúde em plena fase reprodutiva. Sendo assim, esse processo pode ser vivenciado como uma situação de crise, tal como descreve Maldonado (1985): “as crises implicam num enfraquecimento temporário da estrutura básica do ego, de forma que a pessoa não consegue utilizar seus métodos habituais de solução de problemas (p. 19)”.

Estes sentimentos e percepções por parte das entrevistadas vai requerer a busca por novos modos de reorganização psíquica para a resolução da crise instaurada. Para além dos desafios considerados normais, em função da perda gestacional com o diagnóstico molar, essas mulheres estarão atreladas ao percurso de um tratamento para remissão da doença. Como relatado em nosso estudo, o tempo de acompanhamento médico se dará, no mínimo, em um ano até a alta, no caso de remissão espontânea da mola. No caso de malignidade, a alta dependerá da resposta a um tratamento sistêmico, a quimioterapia (ANDRADE, 2009).

Outro aspecto relevante a ser mencionado, refere-se ao momento da descoberta, como revelam todas as entrevistadas ao afirmarem o total desconhecimento prévio desde tipo de gestação, levando-as a manterem uma postura incrédula diante do fato, afirmando o contrassenso imposto pela doença.

“[...] Eu nunca tinha ouvido falar. Como doutor? Se eu estou com a barriga crescendo, com meus seios grandes, enjoando muito [...] não aguentava nem ficar em pé”.(Ana)

“Nunca tinha ouvido falar. Eu fui fazer uma ultra e aí lá ela falou que não tinha criança...” (Joana)

Assim verificamos que, diante do diagnóstico, parece instalar-se uma situação crítica que poderá levar, inclusive, à negação da doença e ao afastamento do tratamento, o que constatamos com Maria. Ela nos relata que, no início, foi muito difícil aceitar que sua gravidez era molar; de início, nega o fato e abandona o tratamento, denotando sua dificuldade em compreender e aceitar a perda de sua gestação e a dor a ela vinculada. Corroborando com nossos estudos, Kubler-Ross (2000, p.43) aponta que, “diante da notícia de um diagnóstico grave e de seu tratamento, esse tipo de reação pode ser tomada como uma defesa psicológica temporária, durante a qual o paciente busca condições emocionais de superar o choque inicial e assimilar a realidade”.

“Primeiro eu vim. Depois não vim mais. (...) Não aceitava...” (Maria)

“Fiquei assustada pensando que estava com uma doença ruim...” (Rita)

Coelho (2003) também contribui ao assinalar que essa dificuldade se refere a uma vivência que comporta a dor de saber-se doente, de perder a condição de sadio. As falas acima ilustram isso. Santos e Sebastiani (2003, p. 148) corroboram as ideias de Coelho (2003) e também a nossa pesquisa, ao afirmarem que “a doença é sentida como uma agressão, gerando abalo na condição de ser”. Eles ainda relatam que a doença não ataca apenas o corpo, mas também o psiquismo. Sendo assim, temos, nos aspectos emocionais e psicológicos, um fator determinante e significativo para o processo de enfrentamento da doença e tratamento. Nossa pesquisa vem ratificar essa afirmação ao evidenciar que, no momento do diagnóstico, as entrevistadas revelaram uma preocupação com a morte.

“(...) A gente olha, vai lendo as coisas... fiquei com câncer! Tira logo se não vou morrer...” (Joana)

“(...) Pensei que estava com uma doença muito ruim, incurável (...)” (Rita)

“Mexeu muito com o emocional da pessoa. A gente fica triste. Fica pensando que vai morrer, que não vai ter cura”. (Ana)

Pensar sobre a morte, seja a sua ou a do outro, faz com que o ser humano reflita e elabore diversos sentimentos sobre essa questão. Joana nos confirma isto ao relatar o medo de morrer por ter em seu corpo “algo” que pode levá-la a morte. Ela diz: *“tira logo se não vou morrer”*. Ao nos falar esta frase, seu corpo ainda estremece e seu semblante demonstra pavor. Confirmando nossos estudos, Tinoco (2003) ressalta que cada indivíduo tem seu modo peculiar de sentir e pensar a morte e que isso está relacionado a fatores familiares, pessoais e também de influência histórica e sociocultural. O acesso a informações, o apoio e a possibilidade de expressão dos sentimentos influenciarão no modo pelo qual se vivencia o processo da morte. Ballone (2002, p.1) afirma que, quando se pensa na dor provocada pela morte, pensa-se na perda que, em si mesma, já é dolorosa, pois traz consigo “sentimentos de tristeza, finitude, medo, abandono, fragilidade e insegurança”. A maneira como a morte é vivenciada tem predomínio sobre a maneira de enfrentamento do indivíduo. (TINOCO, 2003).

Chiattonne (2004) ainda contribui ao relatar que estar doente implica desequilíbrios que abalam estruturalmente a condição de ser, chocando-se com o processo dinâmico de existir, rompendo com as relações normais do indivíduo, tanto consigo quanto com o mundo que o rodeia. Podemos nos apoiar também na afirmativa de Kovács (1996) de que toda doença grave é uma marca deixada no corpo, no nome, na vida, na morte. O fantasma da recidiva, que, no caso da gestação molar, representa 25% a mais de chance de uma futura gravidez ser molar, é real e assustador. Constatamos, em nossa pesquisa, que as entrevistadas se revelam marcadas pelo diagnóstico inicial e, assim, temerosas sobre suas vidas e sobre as perspectivas negativas associadas ao tratamento do câncer e seus prognósticos, pois este traz consigo o estigma de um adoecimento, considerado sinônimo de dor, morte e sofrimento. Podemos verificar isto na fala de Ana:

“Só em pensar que eu tinha que fazer quimioterapia. Fiquei com medo. Achei que ia morrer”. (Ana)

Consideramos relevante ressaltar a perspectiva das entrevistadas frente à gestação molar: a doença foi o ponto preponderante para a maioria das entrevistadas e não a perda do seu bebê. Esses resultados podem corresponder ao luto não reconhecido pela sociedade (CASELLATO, 2005). As mulheres, diante

de sua perda gestacional precoce, parecem não se permitirem o sofrimento, pois a sociedade, aqui representada pela equipe médica e sua família, não lhe proporciona um espaço para falar da perda e de sua dor. Em nossa experiência junto às mulheres no ambulatório de GM, através de seus discursos, verificamos, quando nos é revelada a dor que sentem pela perda de seu bebê, o quanto não são compreendidas em sua dor, exigindo-se delas forças para enfrentar o tratamento e recuperar a saúde, a fim de, assim, poderem tentar uma nova gestação. Muitas ainda relatam não se sentirem acolhidas, nem mesmo por seus companheiros, o que propicia ainda mais sofrimento. Casellato (2005) ainda ressalta que as regras sociais determinam quais perdas são passíveis de luto e quais são as reações adequadas e passíveis de apoio e aceitação. Desse modo, a gestação interrompida, seja por abortos, natimorto ou gestação molar pode ser caracterizada por luto não reconhecido, levando a mulher a calar e pouco mencionar essa perda. Com isso, parece-nos que, aliado ao impacto do diagnóstico e tratamento, há pouco ou nenhum reconhecimento do seu estado de perda e necessidade de enlutamento.

Assim, esse dado encontrado em nossa pesquisa, através da forma contida e do conteúdo dos discursos de nossas entrevistadas, vai ao encontro dessa nomeação, o luto não reconhecido, o que parece deixar a mulher com poucos recursos emocionais e sem condições de expressar o seu pesar e compartilhar seus sentimentos e pensamentos para, assim, receber o suporte social e profissional para se reorganizar nesse momento, pois só há espaço para o foco no adoecimento.

Podemos verificar com Joana esta constatação:

“Para mim eu perdi uma parte de vida. Perdi ele (pausa). É a mesma coisa que tivesse perdido um (pausa), que ele tivesse nascido e tivesse morrido”. (Joana)

Porém, apenas Joana cita a perda de seu bebê e o significado disso. Mesmo assim, as palavras bebê ou filho não aparecem, ocorrendo alguma referência a elas junto às pausas.

6.3

Categoria 3 - Suporte familiar e do Centro de Referência

A perda gestacional, seja por aborto espontâneo ou qualquer anomalia incompatível a uma gravidez normal, como a GM, pode ser inscrita no ciclo gravídico como menciona Quayle (1997), com “significados pejorativos como: falhar, frustrar, não ter êxito” (p.133). Mesmo com os recentes avanços relacionados à medicina obstétrica, com seus elevados índices de sucesso na fertilização, não parecem tornar possível um sucesso absoluto de conduzir todas as gestações para seu curso normal.

Quando questionamos sobre como a família reagiu à notícia da perda gestacional por mola todas as entrevistadas relataram que seus familiares ficaram assustados e preocupados com a sua saúde. Podemos verificar, nos relatos de Rita e Ana, que tal preocupação foi manifestada de forma preponderante a outras reações e sentimentos.

“Todo mundo ficou preocupado comigo e com minha saúde”. (Rita)

“Minha mãe, minha irmã, todo mundo ficou assustado. Meu marido então! Estava preocupado com minha saúde. Estava até vindo comigo nos primeiros dias. Quando ele viu que estava melhorando, ficou mais tranquilo”. (Ana)

Destacamos a afirmação de Caplan e Killilea (1976) que enfatiza ser a família a fonte primária de identidade de um indivíduo e crucial para o enfrentamento de crises, que habitualmente geram ansiedade, raiva, depressão, culpa. A intervenção dos familiares parece ter o poder de minimizar esses sentimentos ao expressarem solidariedade e oferecerem amor, esperança e conforto ao participarem desse momento.

No entanto, observamos, ainda nos relatos de Rita e Ana, que a família não pergunta sobre o bebê, nem tampouco como a mulher está em relação à perda da gravidez. Acerca disso, Santos e Sebastiani (2003) afirmam que o foco dos familiares, voltado apenas para recuperação da condição de saudável, pode denotar uma evitação e um afastamento dos sentimentos vividos por nossas

entrevistadas, isto é, um recurso psíquico, a partir do qual o sujeito busca se afastar de um evento doloroso, nesse estudo, da perda da gestação. Esses autores ratificam nossa pesquisa ao mencionarem que, diante do diagnóstico de uma doença grave, o paciente, assim como toda a família, vivencia essa situação, sentida como uma ameaça à vida e um ataque à integridade do sujeito acometido pela doença. Por outro lado, este comportamento da família no que tange à primazia do restabelecimento da saúde de seu ente querido, pode provocar uma situação trazida por Casellato (2005), de não reconhecimento do luto por esta perda, contribuindo, assim, de forma não saudável à vivência da mulher com GM. Esta observação corrobora nossos atendimentos psicológicos de apoio às mulheres com GM, nos quais podemos verificar o quanto esta postura familiar em prol da saúde provoca, na mulher com GM, uma repressão de seus sentimentos à perda da sua gravidez, e conseqüentemente, ao luto não vivido.

Tal constatação nos leva à observação de Bromberg (2000) em relação à necessidade de ser reconhecida e legitimada a dor e o sofrimento dos sujeitos que passam por uma perda gestacional, abortos e natimorto, de forma a lhes permitir condições de expressarem a dor e pesar por esse momento. Parece-nos que o não reconhecimento social desses tipos de perdas favorece o silenciar e a negação de tais sentimentos, os quais “têm potencialidades de conseqüências muito graves para o relacionamento do casal, para a saúde psicológica da mãe e da família” (BROMBERG, 2000, p.44).

Destacamos também Casellato (2005) ao afirmar que a sociedade na qual a relação com a morte é marcada por evitação e negação, muitas são as situações em que não há um reconhecimento social e, no nosso estudo, isso indica que a perda gestacional por gestação molar se encontra nessas condições. Casellato (2005, p.24) ainda nos adverte que podemos nomear tal situação como “perdas ambíguas”, caracterizadas pela falta de clareza com relação ao que foi perdido, sobre quem perdeu, ou ainda à existência da perda ou não, o que parece levar o sujeito frequentemente a não expressar nenhum tipo de reação. Nesse sentido, a perda que comporta essa ambivalência passa a ser considerada como “pequena e superável”, principalmente quando comparada às perdas por morte, após determinada convivência e vinculação com a pessoa.

No campo de nossa pesquisa, as mulheres chegam, em sua grande maioria, até o quarto mês de gestação. Dentre as entrevistadas, a atitude eleita é a de manter certo silêncio sobre suas dores e conflitos existenciais diante da perda de sua gestação, voltando-se, assim como sua família, para uma preocupação relacionada à saúde.

Cabe aqui assinalarmos que a maioria das entrevistadas relatou ter compartilhado a notícia primeiramente com a mãe. Isso pode ser verificado em quatro das cinco entrevistadas de nossa pesquisa, como pontuamos abaixo, valendo ressaltar que uma das entrevistadas não tem mais a sua mãe viva.

“Mandou eu me cuidar, porque ela não poderia vir aqui (mora em outro Estado), já é de idade, aí ela falou para me cuidar” (Joana)

“Minha mãe ficou triste e mandou me cuidar” (Ana)

“Ficou triste e mandou me cuidar, pois nunca tinha ouvido falar disso”. (Rita)

“Ficou nervosa e mandou me cuidar” (Conceição)

Desse modo, podemos constatar que as entrevistadas retornam à mãe por reconhecerem nela a pessoa que poderá lhes acolher e compreender sua dor diante da perda gestacional e do diagnóstico de GM. Podemos inferir que a mulher, diante desse adoecimento, retorna ao lugar seguro onde conseguiu ser filha para receber carinho e apoio diante de uma situação de difícil elaboração. Em nossa pesquisa, ainda podemos entender que este retorno aos ‘braços’ da mãe nos parece uma forma de compreender esse processo que o próprio médico não consegue explicar. Além desses fatos, a percepção de incapacidade se presentificam nas participantes de nossa pesquisa, não apenas diante do feto morto, mas também diante de um feto disforme.

No que se refere ao suporte do Centro de Referência, todas as entrevistadas relatam que foi no ambulatório de gestação molar que receberam o apoio necessário para compreensão da doença e incentivo para lutar contra as situações adversas do tratamento.

“Aqui eu fiquei mais tranquila. O médico falou comigo, me explicou e eu fiquei mais calma”. (Maria)

“Aqui a doutora me explicou tudo direitinho e eu fui me acalmando”.
(Ana)

“Aqui me explicaram tudo, conversaram comigo. Me acalmei”. (Joana)

“Quando a gente tá com uma doença e descobre logo no começo, pode se tratar e melhorar. Isso eu devo a vocês”. (Conceição)

“O que me ajudou bastante nesse momento foi o apoio de vocês. Eu cheguei aqui arrasada (...) foi onde eu tive o meu apoio e onde pude superar mais rápido(começa e chorar)”. (Rita)

Talvez possamos dizer que as impressões acima demonstram o lugar que o Centro ocupa em suas histórias, pois ali compartilham com a equipe e com outras mulheres, as suas vivências. Assim, no atendimento do ambulatório de GM, a equipe de psicologia busca perceber e compreender o que está para além das palavras proferidas, no significado das palavras, nas emoções e nos sentimentos destas mulheres. Dessa forma, podemos considerar que as entrevistadas se sentem mais acolhidas diante de uma equipe de saúde que conhece seu diagnóstico de maneira técnica, mas que abre um lugar para aceitá-la sem conotações de depreciação.

Observamos que o Centro de Referência proporciona um espaço onde as mulheres diagnosticadas com gestação molar possam se encontrar e verificar que outras mulheres além dela também estão acometidas por este tipo de gestação. No discurso de Rita, vemos a manifestação do alívio em saber que não era a única com esse diagnóstico e do quanto isto foi importante no seu processo de tratamento.

“(...) você pensa que é a única pessoa que está com aquilo. Aí você chega aqui e vê muita gente com o mesmo estado... fiquei mais tranquila. (...) Porque é uma coisa normal, comum, entendeu?”

Este relato nos revela a importância da identificação com o outro, como fator de pertencimento, inclusão. A princípio, essa paciente se acreditava diferente das outras mulheres, fato este que parecia incrementar suas angústias. Diante do contato com outras pacientes, ela sai do lugar de estranheza construído em seus pensamentos, para pertencer a um grupo. Penna (1992 p.368) confirma nossa

observação quando diz que “o doente, de forma geral, ao identificar-se com outros pacientes pode reduzir suas ansiedades e fantasias diante da doença e do perigo instalado, sendo esta identificação positiva para sua recuperação”. Quayle (1997) ainda afirma que a mulher com gestação molar tende a aproximar-se, dinamicamente, daquelas que apresentam a mesma patologia como forma de acolhimento e apoio mútuo.

Cabe aqui ressaltar também a afirmação de Angerami-Camon (2003), Perestrelo (1992) e Bennetton (2002). Para esses autores, é importante criar um espaço que possibilite a expressão do paciente diante de sua doença, dor e dúvidas e facilitar, através de um discurso genuíno, o acolhimento e esclarecimento de suas questões. Desta forma, a equipe de saúde irá contribuir no processo de minimizar a dor do paciente (ANGERAMI-CAMON, 2003). O depoimento de uma das entrevistadas destaca a importância do suporte oferecido pela equipe de Psicologia:

“O que me ajudou bastante nesse momento foi o apoio de vocês (psicólogos). Eu cheguei aqui muito arrasada [...] e eu tive meu apoio e pude superar mais rápido”. (Rita)

Nossa pesquisa corrobora os estudos de Bartilotti (2004) e Casellato (2000), que salientam a importância do compromisso do psicólogo em delinear intervenções que permitam tocar sentimentos, cujo destino, na área da obstetrícia, tantas vezes, se mantém a distância. Ou seja, “é preciso abrir caminhos para que os sentimentos brotem na vivência da situação de óbito fetal ou, mais precisamente, do encontro com a perda de um ente – já querido e amado – ganhem terreno e possam ressoar” (BARTILOTTI, 2004, p.69).

6.4

Categoria 4 – Relação amorosa e desejo da maternidade

Ainda na contemporaneidade, exige-se da mulher ocupar a função da maternidade, o que pode ser um dispositivo para tornar difícil a forma como ela e seu parceiro irão lidar ao se confrontarem com complicações contrárias a esse

imperativo social, quando a mulher, por alguma razão, não consegue levar uma gestação a termo.

Sendo assim, tal situação pode ganhar um caráter eminentemente negativo. O aborto, termo também utilizado no que se refere à ‘interrupção’ de uma GM, tem, enquanto um ato, significados pejorativos como: falhar, não se desenvolver, não ter êxito, impedir, frustrar (QUAYLE, 1997), algo que pode comportar uma associação com o que é destrutivo e que parece indicar uma falha no que constitui a identidade feminina.

De um lado, a mulher tem a expectativa de que a gestação lhe confirme a feminilidade e, conseqüentemente, ela cumpra a função dela esperada; e de outro lado, o homem, ao se confrontar com a experiência da GM, parece retornar ao que ainda permanece no imaginário, por fruto de uma sociedade patriarcal que atribuía apenas à mulher a responsabilidade pela prole.

Nas entrevistas, aparecem relatos do quanto a maternidade e a feminilidade (aqui tomadas pela questão da parceria sexual) parecem ficar prejudicadas e interferem, de forma significativa, na relação do casal.

“antes da gravidez a gente estava bem. Quando eu descobri a GM, tudo mudou. Ele quis se separar”. (Rita)

“Ele não consegue entender (pausa) como é que eu posso ter feito isso? (se refere a GM) Um ET! Um troço estranho (pausa) é meio difícil de entender.” (Maria)

Os recortes acima indicam que, na percepção feminina, elas parecem ter perdido o valor para o marido, além de serem culpadas, por não serem capazes de gestar um ser perfeito. Isso nos faz retornar à afirmativa de Quayle (1997, p.136), quando descreve que a perda gestacional pode provocar, na mulher e no casal, a “confirmação de fantasias de uma interioridade (...) estragada, ruim, incapaz de gestar e albergar a vida”. Essa afirmação da autora indica parece nos deixar uma indicação de que o homem também vivenciaria esse diagnóstico, questionando suas possíveis falhas. Diante disso, talvez possamos inferir uma razão para esse distanciamento entre o par familiar, relatado pelas mulheres.

Corroborando a afirmativa de Quayle (1997) descrita acima, observamos no relato de Rita o quanto denota se sentir “estragada”, “ruim”, quando seu marido deixa de entender que ela tem alguma doença. No caso de Maria, este fato ainda é mais delicado. Ela conta que seu companheiro a coloca no lugar de culpada pelo ocorrido, e utiliza o termo pejorativo para se referir ao feto. Maria, ao nos relatar a reação de seu marido diante da GM, demonstra constrangimento e vergonha ao falar que ela produziu um “ET”. Deste modo, podemos afirmar o quanto a GM provoca uma crise no relacionamento afetivo e sexual do casal.

“A vida com meu marido mudou um ‘pouquinho’², tipo uma rejeição³ que ele teve por mim. Ele estava achando que era um problema que eu tinha e aí ficou me rejeitando”. (Maria)

O relato de Maria nos reporta a outros relatos ouvidos por nós, psicólogos, na assistência às mulheres no ambulatório de GM. É comum ouvirmos, por parte destas mulheres, que seus familiares, vizinhos e empregadores se afastam dela, como se a GM fosse contagiosa. O fato de não compreenderem como, em uma gestação, o feto desaparece, acrescido ao fato de a mulher ficar doente, leva à ideia de algo misterioso e perigoso que pode ser transmitido por ela. Então, o melhor diante disto é o afastamento, assim discorre a mulher acometida por GM, em seu discurso.

Desta forma, podemos considerar que há modificação na relação afetiva e sexual do casal diante desse diagnóstico reservado, independentemente da forma como essa relação se estabeleceu, isto é, de seu estado civil e ainda da presença de filhos do casal ou de um dos parceiros. Isso vai ao encontro dos estudos de Quayle (1997), quando ela aponta que, na ausência de um filho, fruto da relação do casal, as expectativas se rompem drasticamente e isso favoreceria uma crise na relação conjugal.

Apesar disso, chama-nos a atenção, em nossa pesquisa, a possibilidade e o desejo das mulheres de uma nova gestação, por considerarem uma característica fundamental de sua feminilidade.

² Grifo nosso.

³ Grifo nosso.

“Eu acho que é um momento especial. A gente passa até dar mais valor a mãe da gente [...] é um momento de alegria, de tudo (sorri)” (Rita)

“É maravilhoso ser mãe”. (Maria)

“Meu desejo de amamentar de cuidar da criança. Sentir ser mãe sempre foi o meu desejo”. (Conceição)

Estes relatos nos levam a salientar as constatações de Maldonado (1985, p.14), em suas palavras, “é um momento de importantes reestruturações na vida da mulher e nos papéis que ela exerce”, é um acontecimento marcante na vida da mulher e parece constituir uma fase de transição significativa; e de Soifer (1992), que indica ser um evento repleto de experiência e de sentimentos intensos e a gestação, para cada mulher em particular, é coroada com o – ser mãe.

Conforme podemos observar, o fato de ser (ou de se tornar mãe) denota uma grande importância e significado, segundo os relatos de Rita, Maria e Conceição, corroborando as afirmativas das autoras citadas acima. Porém, ao se depararem com o diagnóstico de GM, a gestação parece assumir outro valor. Durante as entrevistas, quando questionadas sobre o desejo de uma futura gravidez, aquelas que já têm filhos, a saber, Maria, Ana e Joana, relataram que temem pela repetição de uma gestação molar, por relacioná-la a um adoecimento grave e fatal. Dentre essas que não querem mais gestar, há pelo menos duas cujo momento da gravidez atual não foi planejado.

“A perda do meu filho (pausa) me senti morta, assim, eu não tinha noção para fazer as coisas. Eu quero agora buscar a minha saúde”. (Maria)

“Não sei se estou com trauma. Tenho medo de acontecer de novo.” (Ana)

Assim, verificamos que nossa pesquisa vai ao encontro das constatações de Piccinini (2004) e Quayle (1997), quando afirmam que a gravidez constitui uma situação crítica, e, por si só, implica a presença natural de certo grau de ansiedade. Porém, se existirem, por motivos vários, dificuldades e/ou probabilidades de se observarem complicações obstétricas, no nosso objeto de estudo, na GM, gera-se um grau de ansiedade mais intenso. Dessa forma, denotamos que a vivência de insucesso em gravidez anterior provoca um significado de duplo esforço para a manutenção do equilíbrio físico e psíquico, já

que a situação de uma nova gravidez, após a perda da gestação por GM, implica a existência de medo em maior magnitude.

Verificamos no relato de Joana que o medo se sobrepõe ao desejo de uma futura gravidez:

“Tenho medo de engravidar. Mas eu queria engravidar” (Joana)

Contudo, foi percebido também que as mulheres que não têm filho, Rita e Conceição, apesar do medo e temor por sua vida, manifestaram o desejo de uma futura gestação.

“Estou fazendo o tratamento para ter outra gravidez. Eu quero engravidar de novo é a minha vontade”. (Conceição)

“Eu quero engravidar de novo, mais fico também com medo de acontecer novamente” (Rita)

Para Conceição e Rita, mesmo com a possibilidade do risco, como citado em nosso estudo, 25% de probabilidade de uma futura gestação ser GM, o desejo de ser mãe se sobrepõem ao medo da doença. Esses relatos nos levam a salientar a constatação dos estudos de Soifer (1992) e Brazelton(1988) sobre a importância da gravidez no desenvolvimento da vida da mulher, coroando com a fala de Dolto (1996, p.92) “mãe significa a representação humana da criatividade, o próprio símbolo da fertilidade”. Compreende-se que seja uma experiência extremamente profunda na vida de uma mulher, fundamental no seu desenvolvimento, assim como atende ao chamado social de seu papel, enquanto mantenedora da família e da espécie humana.

Outro fato importante de ser ressaltado diz respeito ao significado de ser mãe para nossas entrevistadas. Quando perguntamos “o que é ser mãe”, todas as entrevistadas demonstraram, em seu discurso, a alegria e o prazer deste ato. Rita e Conceição, que ainda não têm filho, nos revelam com mais intensidade, através de seus semblantes, a alegria e o prazer de poder concretizar este desejo de vir a ser mãe.

“Eu acho especial(..) é um momento de alegria, de tudo (sorri)” Rita

*“É uma coisa boa! Quero ter um filho e poder experimentar isso...”
(Conceição)*

Verificamos ainda com Rita a intensidade do desejo e o prazer da maternidade quando, em seu discurso, é verbalizado que esta gravidez molar é concebida por ela como um episódio de ter sido mãe.

“Hoje eu tenho muita vontade de ser mãe novamente” (Rita)

Nossa experiência sugere, além dos relatos de nossas entrevistadas, que a mulher sofre um ‘trauma’. É como se, inicialmente, ela ficasse em suspenso pela ameaça à vida, concretizada pela experiência da GM. Parece-nos que ‘cai por terra’ a idealização de uma gravidez e de um bebê perfeito e saudável. Assim, ela se percebe amedrontada num mundo que não oferece a segurança necessária para que ela se sinta livre para expressar sua dor.

“Eu fiquei desesperada. Em nenhum... (começa a chorar copiosamente). Eu não tava acreditando, não tinha caído à ficha, assim.. (chora). Aí recebi a explicação da médica (...) disse que precisava vir aqui. Aí foi... (continua a chorar). Eu fiquei um bom tempo sem vir aqui. Eu fiquei nervosa”. (Joana)

Como ressaltado por Rando (1993, p.393), na fase de confrontação do luto, faz-se necessário que:

“o enlutado reaja à separação, vivencie a dor; sinta, identifique e aceite a perda, (...). Precisa, também, recordar e reviver o vínculo perdido, revisando e lembrando-se de forma realista e enfrentando os sentimentos o quanto for necessário. Por fim, deve abandonar o apego antigo e o velho mundo presumido”.

Assim, a mulher acometida por GM provavelmente é marcada por toda a sua vida, conforme podemos constatar no relato abaixo:

“Muita coisa mudou na minha vida. Eu não sou mais a mesma. Eu criei um complexo com isso. Saí do trabalho por me achar estranha. Eu não consigo aceitar isso. É muito difícil. Eu fiquei no mundo da lua. Não aceito a mola”. (Maria)

7

Considerações finais

A experiência de maternidade é um evento ainda exigido da mulher pela sociedade e sobre a qual se lança total responsabilidade. Conforme vimos em nosso estudo, essa exigência está pautada em questões relacionadas à perpetuação da espécie e da continuidade, da qual depende a preservação histórica da família. Historicamente, os papéis familiares são construídos ao longo da história, estabelecendo, assim, padrões a serem cumpridos pelas mulheres em relação à maternidade.

Verificamos, também, que a maternidade é enquadrada como uma demonstração de saúde, ligada a uma etapa natural, normal, no ciclo de vida da mulher, o que implica num grande investimento por parte dela, seja este afetivo, cognitivo, existencial ou biológico. Deste modo, a gestação em si demanda recursos internos - uma estrutura psíquica - e externos - uma estrutura familiar e social, para ser posta em prática. Esses recursos internos, por um lado, são relacionados às variáveis psicológicas, de personalidade, e da história pessoal e familiar, estabelecendo-se como fatores constituintes da subjetividade da mulher. Os recursos externos, por outro lado, traduzem-se em todos os cenários familiares e sociais, aos quais a mulher pertence e nos quais transita, constituindo-se em fatores influentes na resolução de seus conflitos.

No caso particular de nosso objeto de estudo, a mulher diante da perda gestacional por GM, estes dois fatores entremeados - externos e internos - constituem-se como elementos determinantes para a percepção dos problemas e para a elaboração da conduta das mulheres em busca do retorno à sua condição saudável. Afinal, segundo os relatos das entrevistadas, pôde-se observar que as questões íntimas relacionadas à saúde, tanto na clínica médica quanto na psicológica, estão preeminentemente ligadas à superação das complicações advindas da GM, sendo preponderante a atuação dos Centros de Referência e da família como fatores externos importantes para as pacientes.

Assim, nosso estudo buscou compreender, em linhas gerais, a vivência da mulher diante de sua perda gestacional por mola, a partir da análise de seu discurso. Embora possamos identificar reações e manifestações semelhantes às encontradas no processo de perdas gestacionais em geral, os dados extraídos dos relatos das entrevistadas indicaram que cada uma delas impõe a sua marca ao seu processo, o que deriva da relação particular com a sua gestação e com as expectativas do filho esperado.

Diante dos resultados obtidos em nossa análise, entendemos que o diagnóstico da gestação molar demanda o apoio da família e do centro de referência, que, de cunho particular, irá conduzir o tratamento, de forma a amparar a mulher para o enfrentamento da GM. Desse modo, essa estrutura torna-se ainda mais necessária quando a saúde da mulher é atingida de forma grave.

Percebemos que uma perda gestacional é uma experiência repleta de sofrimento, que não é finalizada com o procedimento cirúrgico da retirada dos restos embrionários do útero da mulher. Os limites são mais amplos e, no tocante à GM, quando a mulher vivencia um luto não reconhecido pela sociedade e se vê doente, o processo de sofrimento pode ser mais complicado. Essa questão deve ser considerada como uma implicação do estudo para a prática de saúde junto a estas mulheres.

Na elaboração do roteiro de nossa entrevista, pressupúnhamos que a mulher diante do item “como se sente em relação a esta perda”, iria propiciar um momento de catarse e de manifestação de um discurso longo, no qual a dor da perda fosse elaborada. Porém, para nossa surpresa, as cinco entrevistadas se manifestaram com um discurso empobrecido e suscito. Tal fato nos leva a acreditar que falar do filho perdido, da falta de possibilidade de levar a gestação a termo, pudesse denotar uma mulher com menos-valia e falha em sua missão. Isto vem corroborar os estudos de Quayle (1997), quando afirma que a mulher, diante da perda gestacional, sente-se “com sua interioridade estragada, ruim, incapaz de gestar e albergar a vida”. Estes significados pejorativos - como falhar, frustrar, não ter êxito”- são verificados nos discursos de todas as nossas entrevistadas.

Verificamos ainda, quanto ao futuro gestacional, que todas as entrevistadas já com filhos se manifestam contrariamente à concepção, enquanto aquelas que

ainda não têm uma prole, mesmo correndo risco de morte, se predispõem à concretização do desejo de ser mãe. Essa constatação nos leva ao encontro dos estudos de Dolto (1996), quando nos afirma que “mãe significa a representação humana da criatividade, o próprio símbolo da fertilidade”. Seguindo este raciocínio, Soifer (1992) indica ser a gestação um evento repleto de experiência e de sentimentos intensos, cujo coroamento, para cada mulher em particular, é ser mãe.

Foi possível também confirmar dados de investigações anteriores que apontam a família como um poderoso recurso de enfrentamento à perda. Este apoio possibilita a diminuição da intensidade do pesar, constituindo-se como uma ferramenta valiosa para a superação das entrevistadas. Em relação à rede de apoio, além da família, o centro de referência, com destaque ao apoio psicológico, tem papel fundamental na prevenção das complicações da perda e do luto, devendo oferecer recursos e continência para que a mulher possa enfrentar tais frustrações. Para todas as entrevistadas, a rede de apoio recebida foi de enorme importância nos momentos iniciais à perda.

Apesar de manifestarem a dor por uma perda tão devastadora, as entrevistadas demonstraram, pelo menos tentando, enfrentar ativamente a perda de sua gestação, retomando suas atividades rotineiras, cuidando de sua família e de sua saúde, embora isso não fosse o suficiente para que elas tivessem esquecido a perda ocorrida. Como visto em nossos estudos, a elaboração do luto ocorre por meio do equilíbrio entre a elaboração necessária da perda, que pressupõe estar em contato com ela, e o retorno necessário à vida cotidiana, momento em que a atenção psicossocial é marcante para que o luto e a perda não sejam abafados pelas pressões sociais.

Nossos estudos também apontam algumas limitações. A gravidez e o parto ainda são tidos como um evento da mulher. No entanto, na contemporaneidade, cabe ser tratado como um evento da família. Este trabalho deu voz apenas à mulher; são necessários outros estudos para que se conheça mais o assunto sob a perspectiva do pai, cuja voz também precisa ser investigada, a fim de se oferecer um cuidado amplo à família.

Deve-se ainda considerar o que foi observado no trabalho de campo. Nele, quando as entrevistadas manifestaram dor, sofrimento e decepção diante de sua perda gestacional, tais afirmações não estavam relacionadas somente à perda gestacional, mas à faceta de uma gestação que passa a ter um cunho de uma doença. Este episódio repercute de forma preponderante em todas as mulheres entrevistadas, revelando um abalo em sua estrutura psicológica, social e afetiva.

Nosso estudo, por fim, traz importantes contribuições para a compreensão da vivência da mulher diante da perda de uma gestação, especialmente se esta é sua primeira, além do fato de reforçar a necessidade de inserção de pesquisas e estudos sobre o conhecimento dos aspectos psicológicos envolvidos nesta perda gestacional. Assim, poderemos oferecer um suporte assistencial de saúde mais abrangente às mulheres e às famílias.

Referências bibliográficas

ANDRADE, J. M. Mola Hidatiforme e Doença Trofoblástica Gestacional. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*. 2009. 31(2): 94-101

ANGERAMI-CAMON, V.A. *E a Psicologia entrou no hospital*. São Paulo: Editora Pioneira, 2003.

———. *Urgências psicológicas no hospital*. São Paulo: Pioneira Thompson, 2004.

———. *Psicologia Hospitalar: teoria e Prática*. São Paulo: Pioneira, 2001.

ARAÚJO, M.M.T. A comunicação no processo de morrer in SANTOS, F.S. *Cuidados Paliativos – discutindo a vida, a morte e o morrer*. São Paulo: Atheneu, 2009.

ARIÈS, P. *História social da criança e da família*. Rio de Janeiro: Zahar editores, 1978.

ARMSTRONG, D.S. Impacto prior perinatal loss ou subsequent pregnancies. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2004 : 765-773.

ASSUMPTÃO, E. A.D. *Dizendo adeus: como viver o luto para superá-lo*. Belo Horizonte: PUC Minas, 2001.

BADINTER, E. *Um amor conquistado: o mito do amor materno*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985.

BALLONE, G. J. Lidando com a morte. In *Psiquweb Psiquiatria Geral*, 2002. Em <http://www.sites.uol.com.br/gballone/voce/trauma.html>. acesso em 22/10/2008.

BARBAUT, J. *O nascimento através dos tempos*. Lisboa: Terramar, 1990.

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 2010.

BARTILOTTI, M.M.B. Obstetrícia e Ginecologia: urgências psicológicas. In: ANGERAMI-CAMON, V.A (org). *Urgências psicológicas no hospital*. São Paulo: Pioneira Thompson, 2004.

———. Parto Pré-termo. In: ZUGAIB, M; TEDESTO, J.; QUAYLE, J. *Obstetrícia Psicossomática*. São Paulo: Atheneu, 1997.

BECKER, E. *A negação da morte*. Rio de Janeiro:Record, 1995.

BELFORT, P. *Considerações sobre epidemiologia e seguimento das Neoplasias Trofoblásticas Gestacionais*. Memória apresentada à Academia Nacional de Medicina, Rio de Janeiro, 1997.

BENNETTON, P. *A relação profissional-paciente*. São Paulo: L.G.Benetton, 2002.

BITTAR, R.E.; CARVALHO, H.B.; ZUGAIB, M. Condutas para trabalho de parto. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, v.27, n.9, p.561-566, 2005.

BORTOLETTI, F.F. *Psicologia na prática obstétrica: abordagem interdisciplinar*. Barueri, SP: Manole, 2007.

BOTEGA, N.J. Reação à doença e à hospitalização. In BOTEGA, N. J. (org.) *Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência*. São Paulo: Artmed, 2002.

BOWLBY, J. *Apego e Perda. Apego*. São Paulo: Martins Fontes, 1990.

BRAZELTON, T.B. *O desenvolvimento do apego: Uma família em formação*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1988.

———. *Momentos decisivos do desenvolvimento infantil*. São Paulo: Martins Fontes, 1994.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. *Manual de Comitês de prevenção do óbito infantil e fetal*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL, Ministério da Saúde. *Gestação de alto risco*. Secretaria de Políticas. Área Técnica da Saúde da Mulher. Brasília, DF, 2000.

BROMBERG, M.H.P.F. *A Psicoterapia em situações de perdas e luto*. São Paulo: Livro Pleno, 2000.

BROWN, F.H. O impacto da morte e da doença grave sobre o ciclo de vida familiar. In: CARTER, B. Mc GOLDRICK, M., org. *As mudanças no ciclo de vida familiar*. 2ª. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

CAMPOS, T.C.P. *Psicologia Hospitalar: a atuação do psicólogo em hospitais*. São Paulo: E.P.U., 1995.

CAMPOS, E.P. Suporte social e família. In MELLO FILHO, J.; BURD, M. *Doença e Família*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

———. Grupos de Suporte. In MELLO FILHO, J. *Grupo e Corpo*. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.

CANGUILHEM, G. *O normal e o patológico*. São Paulo: Editora Forense Universitária, 1996.

CAPLAN, G.; KILLILEA, M. *Support systems and mutual help*. New York: Grune & Stratton, 1976.

CARTER, B.; MCGOLDRICK, M. *As mudanças no ciclo de vida familiar*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

CASELLATO, G. *Perdas e lutos não reconhecidos por enlutados e sociedade*. Campinas, SP: Livro Pleno, 2005.

CHIATTONE, H.B.C. Uma vida para o câncer. In ANGERAMI-CAMON, V.A.; CHIATTONE, H.B.C.; NICOLETTI, E.A. *O doente, a Psicologia e o Hospital*. São Paulo: Pioneiras, 2004.

CHODOROW, N. *Psicanálise da Maternidade. Uma Crítica a Freud a Partir da Mulher*. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1990.

COELHO, M.O. A dor da perda da saúde. In: ANGERAMI-CAMON, V.A. *Psicossomática e a Psicologia da dor*. São Paulo: Pioneira Thompson, 2003.

CURY, A.F.; MENEZES, P.R. Ansiedade no puerpério: prevalência e fatores de risco. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, Rio de Janeiro, v. 28, n. 3, p. 171-178, março 2006.

DEL PRIORE, M. Viagem pelo imaginário do interior feminino. *Revista Brasileira de História*, vol. 19, n. 37, p. 179-194, São Paulo, 1999. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-1881999000100009&script=sci_arttest. Acesso em 20 de março de 2011.

DOLTO, F. Maternidade e seu papel na evolução sexual. In: *Sexualidade Feminina*. São Paulo: Martins Fontes, 1996.

DONZELOT, J. *A polícia das famílias*. Rio de Janeiro: Graal, 1986.

ELIAS, N. *A solidão dos Moribundos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001.

ELZIRICK, C.L. e cols. *O ciclo da vida humana: uma perspectiva psicodinâmica*. Porto Alegre: Artmed, 2001.

ESSLINGER, I. *De quem é a vida afinal?* São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

FRANCO, M.H.P. *Formação e rompimento de vínculos – o dilema das perdas*. São Paulo: Ed. Summus, 2010.

FREITAS, N.K. *Luto materno e psicoterapia breve*. São Paulo: Summus, 2000.

FREUD, S. *Luto e Melancolia*. Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1974.

GIDDENS, A. *A transformação da intimidade*. São Paulo: UNESP, 1993.

GILBERT, K. *Ambiguous loss and disenfranchised grief*, 1996. Disponível em <http://www.indiana.edu/famlygrf/units/ambiguous.html>. Acesso em 12 de dezembro de 2011.

GREEN, A. A mãe morta. In: *Narcisismo de vida, narcisismo de morte*. São Paulo: Escuta, 1988. p. 239-273.

HERZOG, R.A. Percepção de Si como sujeito da doença. *Physis Rev. De Saúde Coletiva*, v. 1, n.2, 1991.

HORTA, M.P. Eutanásia: problemas éticos da morte e do morrer. *Rev. Bioética*, 1999; 7(1): 59-64.

KEHL, M.R. *Deslocamentos do feminino. A mulher Freudiana na passagem para a modernidade*. Rio de Janeiro: Imago, 1998.

KLEIN, M. *Os progressos da Psicanálise*. Rio de Janeiro: Guanabara, 1986.

KÓVACS, M. J. *Morte e desenvolvimento humano*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.

———. Morrer com dignidade. In: CARVALHO, M.M.J.(org). *Introdução à Psiconcologia*. São Paulo: Livro Pleno, 2003.

———. A morte em vida. In: BROMBERG, M.H.P.F. *Vida e Morte: laços da existência*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1996.

KUBLER-ROSS, E. *Sobre a morte e o morrer*. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

LANGER, M. *Maternidade e sexo*. P.Alegre: Artes Medicas, 1986

LAING, R.D. *A política da família*. São Paulo: Martins Fontes, 1971.

LEIFER, M. Psychological changes accompanying pregnancy na motherhood. *Genetic Psychology Monographs*, 1977, p.55-96.

LINO, C.A.; AUGUSTO, K.L.; CAPRARA, A.; FEITOSA, L.B.; OLIVEIRA, R.A.S. Uso do Protocolo Spikes no Ensino de Habilidades em Transmissão de Más Notícias. *Rev. Brasileira de Educação Médica*. <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v35n1/a08v35n1.pdf> , acesso em 09/12/2011.

LIPOWSKI, Z.J. What does the Word “psychosomatic” really mean? A historical and semantic inquiry. *Psychosomatic Medicine*, vol. 46, n.2, mar/abr 1984.

LO BIANCO, A.C. A Psicologização do Feto. In: FIGUEIRA, S. (org.) *A Cultura da Psicanálise*. São Paulo: Brasiliense, p. 94-115, 1985.

LUNARDI, W.D.; SULZBACH, R.C.; NUNES, A.C.; LUNARDI, V.L. Percepções e condutas dos profissionais de enfermagem frente ao processo de morte e morrer. *Texto Conetexto Enfermagem*. 2001; 10(3): 60-81.

MALDONADO, M.T. *Psicologia da Gravidez: parto e puerperio*. Petrópolis: Vozes, 1985.

———. *Maternidade e paternidade – preparação com técnicas de grupo*. Rio de Janeiro: Atheneu, 1982.

MALDONADO, M.T.; CANELLA, P. *A relação médico-paciente em ginecologia e obstetrícia*. Rio de Janeiro: Atheneu, 1981.

MARTINS, A.M.; QUAYLE, J.; SOUZA, M.C.; ZUGAIB, M. O impacto emocional materno diante da perda fetal durante a gestação: aspectos qualitativos. *Rev. Ginecologia e Obstetrícia*, 1998:153-159.

MELLO FILHO, J. *Psicossomática Hoje*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

———. *Grupo e Corpo*. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.

MELLO FILHO, J.; BURD, M. *Doença e Família*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

MENEZES, R.A. *Em busca da boa morte - Antropologia dos cuidados paliativos*. Rio de Janeiro: Fiocruz e Garamond, 2004.

MONTENEGRO, C.A.B.; REZENDE FILHO, J. *Rezende Obstetrícia Fundamental*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011, 12^a ed.

MOURA, S.M.S. de & ARAÚJO, M.F. A Maternidade na História e a História dos Cuidados Maternos. *Revista Psicologia, Ciência e Profissão*, 24 (1), 44-55. 2004.

MUNIZ, J.R.; TAUNAY, M. Grupos de Enfermaria no Hospital Geral. In MELLO FILHO, J. *Grupo e Corpo*. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.

OLIVEIRA, M.A.C.; EGRY, E.Y. A historicidade das teorias interpretativas do processo saúde-doença. *Rev. Esc. Enfermagem*. USP, v.34, n.1, p.9-15, 2000.

PARKES, C.M. *Luto: estudos sobre a perda na vida adulta*. São Paulo: Summus, 1998.

PENNA, T.L.M. Psicoterapias breves em hospitais gerais. In: MELLO FILHO, J. Col. *Psicossomática Hoje*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

PERESTRELLO, D. *A medicina da Pessoa*. Rio de Janeiro: Atheneu, 1992.

PICCININI, C.A.; GOMES, A.G.; MOREIRA, L.E.; LOPES, R.S. Expectativas e sentimentos da gestante em relação ao seu bebê. *Psicologia: teoria e pesquisa*, 2004: 223-232.

QUAYLE, J. O abortamento espontâneo e outras perdas gestacionais. In: ZUGAIB, M; TEDESTO, J.; QUAYLE, J. *Obstetrícia Psicossomática*. São Paulo: Atheneu, 1997.

———. Alterações Emocionais da Gravidez. In: *O Pré Natal*. São Paulo: Atheneu, 1991.

———. Gestante de alto risco: a atuação do psicólogo. In: ISMAEL, M.C. (org). *A prática psicológica e sua interface com as doenças*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.

———. *Aspectos emocionais do abortamento espontâneo habitual*. Dissertação de Mestrado. São Paulo: PUCSP, 1985.

RANDO, T. A. *Treatment of complicated mourning*. Illions: Research Press, 1993.

REZENDE, J.M. *Linguagem médica: útero*. Goiânia: AB Editora, 2004. Disponível em: [HTTP://usuarios.cultura.com.br/jmrezende/utero.htm](http://usuarios.cultura.com.br/jmrezende/utero.htm). acesso em 23 de outubro de 2010.

ROSENBERG, J.L. Transtornos psíquicos da puerperalidade. In: BORTOLETTI, F.F. (Org.). *Psicologia na prática obstétrica: abordagem interdisciplinar*. São Paulo: Manone, 2007. P.109-117.

ROMANO, B.W. Princípios para a prática da Psicologia clínica em hospitais. São Paulo.

SANTOS, C.T.; SEBASTIANI, R.W. Acompanhamento psicológico à pessoa portadora de doença crônica. In: ANGERAMI-CAMOM, V.A. *e a Psicologia entrou no hospital*. São Paulo: Pioneira Thompson, 2003.

SAVAGE, J.A. *Vidas não vividas: o sentido psicológico da perda simbólica e da perda real na morte de um filho*. São Paulo: Cultrix, 1989.

SCAVONE, L. Maternidade: Transformações na família e nas relações de gênero. *Interface- Comunicação, Saúde, Educação*, v. 5, n.8, p.47-60, 2001. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/icse/v5n8/04.pdf> acessado em 29/10/2011.

———. *Feminismo e Ciências Sociais*. Tese de Livre Docência, UNESP: Araraguara, 2001.

SIMONETTI, A. *Manual de Psicologia Hospitalar: o mapa da doença*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

SOIFER, R. *Psicologia da gravidez, parto e puerpério*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

STERN, D. *A constelação da maternidade*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

SZEJER, M. & STEWART, R. *Nove meses na vida de uma mulher: uma abordagem psicanalítica da gravidez e do nascimento*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.

TINOCO, V. *Morte: como as pessoas enfrentam?* 2003. Em <http://www.4estacoes.com.html>. Acessado em 12/10/2005.

TORLONI, M.R. Óbito fetal. In BORTOLETTI, F.F.; MORON, A.F.; FILHO, J.B.; NAKAMURA, M.U.; SANTANA, R.M.; MATAR, R. *Psicologia na prática obstétrica: abordagem interdisciplinar*. Barueri, SP: Manole, 2007.

TOZO, I.M. *Avaliação da sexualidade em mulheres submetidas à histerectomia para tratamento do leiomioma uterino*. Tese de Mestrado em Ciências da Saúde, Faculdade de Ciência da Santa Casa da Misericórdia de São Paulo. São Paulo, 2008. 114p.

VOLICH, R.M. *Psicossomática: de Hipócrates à Psicanálise*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

YAZAKI SUN, S. Mola Hidatiforme. In *Psicologia na Prática Obstétrica – Abordagem Interdisciplinar*. Barueri, SP: Monole, 2007.

WEISMAN, A.D. Psicologia Social: considerações sobre cuidados paliativos. In KÓVACS, M.J. *Introdução à Psiconcologia*. São Paulo: Livro Pleno, 2003.

WINNICOTT, D.W. *O Ambiente e os Processos de Maturação: Estudos sobre a Teoria do Desenvolvimento Emocional*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983.

———. *Os Bebês e Suas Mães*. São Paulo: Martins Fontes, 1988.

———. *Textos Selecionados: da Pediatria à Psicanálise*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1988.

———. *A Família e o Desenvolvimento Individual*. Belo Horizonte: Interlivros, 1980.

———. *Conversando com os Pais*. São Paulo: Martins Fontes, 1993.

ZOBOLI, C.C. Digo sim! Digo não! O respeito à autonomia do paciente em Home Care. *Rev. Brasileira de Home Care*. Ano X, ed. 115; 11/2004.

Anexo 1

ROTEIRO PARA ENTREVISTA

Data da Entrevista:

Idade: estado civil: Escolaridade:

Número de gestações:

Número de filhos:

1. Que motivações a levaram engravidar?
2. Como é ser mãe para você?
3. Como você reagiu ao saber que perdeu sua gestação por mola?
4. O que você sabia sobre gestação molar?
5. Você dividiu com alguém esta notícia/perda?
6. Como sua família lidou com esta notícia?
7. Como se sente em relação a esta perda?
8. O que mudou em sua vida após descobrir que teve gestação molar?
9. Você gostaria de falar mais alguma coisa sobre o assunto que conversamos?

Anexo 2

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA
DO RIO DE JANEIRO



Termo de consentimento livre e esclarecido

Instituição de origem: Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro

Título da pesquisa: Da Expectativa de Vida à Descoberta da Morte: a mulher diante da gestação molar

Pesquisadora: Márcia Herculano Velasco

Email: marvelasco@terra.com.br - Telefone: (21) 9114.5834

Orientadora: Andrea Seixas Magalhães - Email: andream@puc-rio.br

Com este trabalho de pesquisa, pretendemos compreender melhor a vivência da gestação molar. O objetivo geral desta investigação é estudar as repercussões emocionais da vivência da gestação molar na mulher.

A pesquisa é realizada a partir de uma entrevista gravada e, posteriormente, transcrita, permanecendo sob a responsabilidade da pesquisadora todo e qualquer dado de identificação. Todas as informações têm caráter confidencial. Portanto, sua identidade será mantida em sigilo.

Sua participação é voluntária, estando livre para interromper a entrevista quando assim desejar; fazer as perguntas que julgar necessárias; recusar-se a responder perguntas ou falar de assuntos que lhe possam causar qualquer tipo de constrangimento. A participação nessa pesquisa não traz complicações, à exceção apenas, talvez, de certa timidez que algumas pessoas podem manifestar ao longo da entrevista. Em caso de constrangimento, a entrevista poderá ser interrompida por pedido da entrevistada.

Com sua adesão, você estará contribuindo para conhecermos mais sobre a vivência da mulher diante da gestação molar. Assinando este formulário de consentimento, você estará autorizando a pesquisadora a utilizar, em ensino, pesquisa e publicação, as informações prestadas na entrevista, sendo preservada sua identidade e a dos membros da sua família. Um exemplar deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, devidamente assinado, ficará com a entrevistada e outro com a pesquisadora.

Assinatura da Pesquisadora
Márcia Herculano Velasco

Assinatura da Entrevistada
XXXXXXXXX

Rio de Janeiro, ____/____/____