

PSICOSSOMÁTICA E OBSTETRÍCIA: uma análise biopsicossocial

DUTRA, Karla Heloisa da Silva ¹

ANTONIO, Lana da Silva ²

TOLEDO, Jaqueline Duque Kreutzfeld ³

MOTTA, Bruno Feital Barbosa ⁴



RESUMO

O presente artigo tem como objetivo o estudo dos mecanismos psicossomáticos presentes durante o processo de gravidez e os envoltos culturais que permeiam a mulher nesse processo, a fala como forma de simbolizar transformando o “arcaico” em “originário” e a importância do Psicanalista nesse processo. Para tanto, foi feita uma pesquisa bibliográfica tendo como base livros, revistas e artigos científicos, bem como o relato de dois casos que tratam dessa temática. Mediante a pesquisa realizada, foi constatada a importância do tema na área da saúde, visando melhor interpretação do processo, permitindo um olhar biopsicossocial do sujeito a fim de que ele se torne participante consciente de seu processo de adoecimento. A partir da análise de conteúdo dos casos é possível a compreensão da atuação do psicólogo como intérprete dos sintomas corporais, trabalhando na construção de sentido do arcaico, de forma a dar acesso a fala do sujeito, permitindo assim, participação mais consciente neste período gravídico-puerperal. Conclui-se que é importante esse tema para a compreensão mais integral da mulher e fornecer tratamentos mais efetivos.

PALAVRAS-CHAVE: Psicossomática. Obstetrícia. Biopsicossocial. Psicanálise. Mito do amor materno.

INTRODUÇÃO

Segundo Mello (2006) a Psicossomática evolui em três principais fases: a fase inicial, ou psicanalítica (gênese inconsciente das enfermidades); a fase intermediária, ou behaviorista (estudos de homens e animais, enquadrando nas ciências exatas e estudos ao estresse); por fim, a fase atual ou multidisciplinar (interação e interconexão entre vários profissionais da saúde). É na fase multidisciplinar com a contribuição de Engel sobre a teoria geral dos sistemas (sistemas integrados) que encontramos o modelo biopsicossocial.

O modelo Biopsicossocial (MELLO, 2010), originado a partir da Medicina Psicossomática, tem por objetivo permitir ao profissional em saúde compreender o processo de adoecimento do indivíduo de forma mais integral, possibilitando uma abordagem ampla dos fenômenos (olhar holístico), garantindo ao paciente um tratamento humanizado, de escuta, participativo.

Nesse modelo, o indivíduo é tudo, ao mesmo tempo em que é visto como um ser físico (biológico), é visto como um ser social, familiar, cultural; isso possibilita uma abordagem total do indivíduo, pois ao mesmo tempo em que é uma pessoa em um processo de adoecimento físico, também é um pai, um trabalhador, um marido, um amigo, um filho, um sujeito com questões psíquicas. Assim, desassociar esse ser é impossibilitar um tratamento efetivo e total (DE MARCO, 2006)

1 UNIFAGOC – E-mail: karlasercon@live.com

2 UNIFAGOC – E-mail: lannawesley@gmail.com

3 UNIFAGOC – E-mail: jaqueline.toledo@fagoc.br

4 UNIFAGOC – E-mail: bruno.motta@fagoc.br

Diante da análise desse modelo percebe-se a importância dentro do termo Psicossomática, pois agrega ao profissional o olhar holístico no “ensino ou a prática de qualquer tipo de fenômenos de saúde e de interações entre pessoas, como as relações profissionais-pacientes, as relações humanas dentro de uma família ou de uma instituição de saúde” (MELLO, 2006, p. 30).

A multidisciplinaridade da psicossomática possibilita aos profissionais de saúde uma atenção ampla, um diagnóstico efetivo ao sujeito. Dentro da fase atual, a Psicologia tem aberto seu espaço, em um trabalho consciente com a equipe médica; entretanto, Marco (2006) aponta que há alguns obstáculos enfrentados diante da formação na área da saúde ainda não totalmente voltada para essa visão holística do sujeito.

Diferentemente, a psicanálise acompanha a Psicossomática desde a formação desse termo, na investigação da mente e atividade terapêutica; porém, muito além da Psicanálise, destaca-se o psicanalista como principal instrumento para a Psicossomática, como o intérprete no processo de transformação do ser. “A Psicanálise é o lugar de criação permanente e o psicanalista é o espectador privilegiado desse momento” (MELLO, 2006, p. 94).

O psicanalista é aquele que está na intersecção do processo de transformação do ISSO em MIM, ou seja, quando o homem, devido às imposições sociais e culturais, passa a moldar-se à Sociedade, deixando seus prazeres primitivos para ser um ser social. “Conforme Freud expôs em sua teoria estrutural: é o momento em que a carne se faz verbo, ou seja, em que o ID se transforma em EGO (ou o isso se transforma em mim) (MELLO, 2006 p. 93)”.

Nessa transformação encontramos a Psicossomática, o lugar do adoecer do sujeito quando não se reconhece neste processo e o psicanalista como intérprete (interlocutor), o conhecedor do processo, aquele que escuta e dar voz ao sujeito para que ele tenha consciência de si, pois o corpo representa-se e recria-se na mente. Separar, dualizar este processo em mente

diferente de corpo, processos distintos, aniquila as possibilidades do conhecimento do ser, pois se trata de um movimento onde um atua sobre o outro, não o reflexo ou causa, mas uma conexão mútua e contínua, de se abrir um para o outro (MELLO, 2006).

Frente a essa sistemática, percebe-se a importância da psicossomática dentro da obstetrícia, que é o ramo médico que estuda a mulher na fase gravídico-puerperal, ou seja, desde sua gravidez até o pós-parto, a fim de garantir a saúde, bem-estar e manutenção da vida da mãe e do bebê. Porém, sem o olhar biopsicossocial, essa garantia torna-se comprometida, pois todo o contexto em que a mulher está inserida afeta sua gestação direta ou indiretamente; por conseguinte, a própria mulher e em última análise o bebê e seu desenvolvimento.

Diante disso, o artigo tem por finalidade promover o estudo sistemático do processo de adoecimento (Psicossomática) no período gravídico-puerperal da mulher, analisando a partir de um olhar biopsicossocial este processo, bem como se o mito do amor materno seria um agente causador desta interface. Também abordaremos a contribuição da medicina e da psicologia na compreensão da psicossomática, possibilitando e garantindo ao ser um lugar integral.

OBJETIVO

Tratando-se de uma pesquisa exploratória, o presente artigo tem como objetivo geral relacionar a Psicossomática no processo de adoecimento da mulher desde a gravidez ao pós-parto diante do modelo biopsicossocial. Como objetivos específicos a pesquisa busca a relação do “Mito do amor materno” diante desse adoecimento, bem como sua construção sócio-histórica e cultural. Também foi demonstrado o papel do Psicanalista nesse processo e a “fala” como o principal fator transformador do “arcaico” para o “originário”, ou seja, o poder simbolizar suas experiências através da análise de conteúdo de dois casos.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa qualitativa de finalidade básica e objetivo exploratório (levantamento bibliográfico), que utilizou dois estudos para coleta e análise de conteúdo dos dados, a fim de investigar e melhor compreensão do tema.

A pesquisa tem como objetivo adquirir conhecimentos que contribuam para o avanço da ciência, sem que haja uma aplicação prática prevista. Assim, com esse estudo, buscamos a acumulação de conhecimentos e informações que possam contribuir com outras pesquisas básicas ou aplicadas, que sejam capazes de apreender o caráter complexo e multidimensional dos fenômenos psicossomáticos em sua manifestação (TIKUNOFF; WARD, 1981).

Para organização deste estudo, fez-se necessário levantamento bibliográfico de literatura científica em artigos e livros que tratam sobre os temas de psicossomática e o modelo biopsicossocial, obstetrícia (gravidez e puerpério), Psicanálise, o que garantiu ter um contato com materiais já produzidos e registrados por alguns autores diversos.

Visando a percepção mais clara da relação desses temas, realizamos uma análise qualitativa em dois estudos de casos descritos no artigo “Fenômeno Psicossomático: o psiquismo sitiado”. Este tipo de estudo permite a realização de um “delineamento mais adequado para a investigação de um fenômeno contemporâneo dentro de seu contexto real, onde os limites entre o fenômeno e o contexto não são claramente percebidos (YIN, 2001 citado por GIL, 2001, p. 54)”.

REVISÃO TEÓRICA

Construção sócio-histórica da maternidade (Mito do amor materno)

A maternidade é uma construção sócio-histórica que sofreu alterações ao decorrer de

cada época, sejam estas em contextos sociais, históricos, econômicos ou políticos, apresentando inúmeras concepções, discursos, textos e práticas sociais de vários autores e profissionais referente à ideia de que a mulher é naturalmente nata a ser mãe, devido sua biologia que permite o desenvolvimento um bebê (BANDINTER, 1985).

No decorrer da história da maternidade, é possível perceber que o amor materno não é um sentimento nato à mulher e sim uma construção, como relata Elisabeth Badinter em seu livro “Um amor conquistado: O mito do Amor Materno”:

Esse sentimento pode existir ou não existir, ser e desaparecer, se mostrar forte ou frágil. Preferir ou entregar-se a todos. Tudo depende da mãe, de sua história e da história. Não, não há lei universal nessa matéria, que escape do determinismo natural. O amor materno não é inerente às mulheres, é adiciona.l (BADINTER, 1985, p. 367).

É importante a compreensão dessa construção para identificar alguns conflitos que a mulher enfrenta ao longo de sua história, sendo compelida a ser um “ideal” de mãe, fugindo, muitas vezes, de sua realidade econômica, social e, muitas vezes, de seus desejos de conquista profissional (RESENDE, 2017).

Nos séculos XVI e XVII as famílias eram um agrupamento de pessoas e logo no início a criança perdia sua fragilidade e era inserida nas atividades produtivas dos adultos. As esposas eram responsáveis pela organização social da família, sem a preocupação com a criação dos filhos, sendo estes inseridos nas tarefas domésticas, convivendo com adultos, visto que não existia o ensino formal da escola. Não havia vínculos com os pais, a criança convivia com todos os adultos em sua casa, sem grande identificação parental e suas experiências emocionais eram distintas de seus pais. Após a Revolução Industrial que este modelo mudou, sendo a família migrada para uma privacidade mais isolada (RESENDE, 2017).

Nos anos 1760 e 1770 surgiram novos discursos de filósofos como Rousseau com a publicação de *Émile* em 1762 em que lançou ideias baseadas no amor materno, valorizando o vínculo, a entrega da mulher em suas funções de casa (BADINTER, 1985 p. 53). Resende (2017, p. 181) cita Moreira (2009), o qual ressalta a posição de médicos higienistas, religiosos, pedagogos, psiquiatras, psicólogos e psicanalistas, que convidavam os pais para construírem outro tipo de relação familiar, fortalecendo principalmente o vínculo entre mãe-filho, o denominado amor materno, que era considerado importante para a economia e a redução do infanticídio ocorrido desde as épocas anteriores.

Entende-se que uma vez instaurado, o Mito do Amor Materno foi inscrito na memória familiar dos indivíduos e transmitido entre as gerações como uma crença irrefutável a partir do fim do século XVIII. Desde esta época percebe-se que o Mito do Amor Materno atuou como um elemento organizador das sociedades, de forma a possibilitar, através da crença no amor materno inato, o estabelecimento de regras de comportamento, que interessavam aos Estados, concernentes às mulheres mães. (RESENDE, 2017, p 184).

No século XIX há uma forte mudança na literatura da família, colocando a criança como peça fundamental e divulgando a importância da conservação dentro do âmbito familiar. Neste momento, ressalta-se a importância de submetê-la a um regime educacional, antes de deixá-la unir-se aos adultos, família burguesa.

Nesse novo olhar à criança e à família, é proposto novo grau de intimidade emocional entre pais e filhos dentro das famílias burguesas, onde havia divisões parentais. A partir deste momento o amor materno é colocado como algo natural à mulher, tendo esta um papel

fundamental de educar o filho para a sociedade, visto que já havia a educação institucional. Nesse sentido, sustenta Resende (2017, p. 179):

O discurso econômico, dirigido aos homens esclarecidos, aponta para a tomada de consciência da importância da população para um país. Badinter (1985) ressalta que neste discurso, a criança adquiriu um valor mercantil e, devido ao seu potencial produtivo, foi considerada uma riqueza econômica. O discurso filosófico, comum aos dois sexos, advém da filosofia rousseauiana e da ideologia natalista, e trazem a criança como um bem precioso e insubstituível para a sociedade e para os pais. O terceiro discurso foi dirigido pelo Estado exclusivamente às mulheres. Neste discurso as mulheres foram elevadas ao nível de responsáveis pela nação, porque, de um lado, a sociedade precisava delas e lhes dizia isso e, de outro, queria-se reconduzi-las às suas responsabilidades maternas.

A infância passa a ser uma preocupação social e é preciso uma reorganização da família, deslocando a autoridade paterna para o amor materno. A proteção da criança era fundamental na família burguesa, pois seria uma mão de obra produtiva na sociedade capitalista. O amor materno torna-se um conceito importante nessa nova visão social, a fim de sustentar o sistema econômico, que modificou até mesmo as relações humanas.

Aos poucos, crianças que eram amamentadas por amas de leite que foram trazidas aos seios da mãe biológica para que garantissem a vida (visto que a quantidade de mortes de crianças amamentadas por amas era maior do que pelas mães biológicas).

A visão da criança como um ser frágil que precisa de cuidados integralmente colocou a mãe como aquela que deve suprir as necessidades

da criança, que naturalmente deve amá-la e protegê-la, que é responsável, exclusivamente, por sua educação. A mulher passa a ser natural e essencialmente feita para ser mãe e já tem todos os atributos necessários para desempenhar tal papel: “o mito do amor materno”.

A pressão ideológica desse conceito coloca a mulher que não pode gerar, ou que não quer ser mãe, ou por qualquer outro motivo encontra dificuldades diante da maternidade, em um lugar de frustração, medo e angústia. Além de profissionais higienistas sobre a questão do aleitamento como parte do vínculo mãe-filho, a responsabilidade do desenvolvimento do bebê é entregue quase que exclusivamente à mãe.

Desenvolvem-se nesse momento, diante da pressão social do “ser mãe ideal”, algumas doenças psicossomáticas na mulher, como afirma Mello (2010, p. 289):

O equilíbrio hormonal e a regularidade de ovulação são facilmente rompidos em função da ansiedade e de conflitos importantes com relação à maternidade, gerando inibições da ovulação ou até mesmo os espasmos das trompas. O medo de gerar filhos forma os alicerces de inúmeros casos de infertilidade e de transtornos de fecundação tanto para a mulher quanto para o homem: incompetência istmocervical, hostilidade do muco cervical, oligospermia, baixa motilidade de espermatozóide, aborto de repetição. O desejo, frequentemente aliado ao medo, pode provocar alterações psicossomáticas de intensidade variada, desde o simples atraso menstrual com as correspondentes fantasias de fecundação, até as impressionantes manifestações de pseudociese, verdadeira “psicose corporal” que fabrica um bebê imaginário construindo um corpo falsamente grávido, numa dramática

demonstração do poder do desejo.

Por isso, conhecer a construção sócio-histórica da maternidade (amor materno) nos permite uma abordagem mais clara e efetiva no período gravídico-puerperal.

O amor materno construído socialmente como “mito” impede a formação individual de cada mulher enquanto ser consciente de sua maternidade e formação real do vínculo mãe-filho. Desconstruir essas amarras socioculturais, permitindo que a paciente seja mais autônoma, ciente e responsável por suas decisões, garantirá, não apenas o desenvolvimento saudável gestacional, mas também um lugar de menor sofrimento psíquico à mulher.

Psicossomática e Obstetrícia

Obstetrícia é o ramo da medicina responsável pelo cuidado e tratamento da mulher em seu período grávido-puerperal, dando suporte e preparando para todas as fases que serão enfrentadas. A psicossomática em obstetrícia permite ao profissional observar todos os desdobramentos biopsicossociais enfrentados pela mulher neste período para compreensão mais abrangente das disfunções, doenças e perturbações do curso normal dessa etapa (MELLO, 2010).

A maternidade, em sua constituição atual, não é algo naturalmente definido (como bem observamos anteriormente), mas uma construção social. Nesse envolvimento, a mulher é circunscrita por muitos mitos, preocupações, medos, ansiedades que muitas vezes são apenas ignoradas.

A medicina em seu olhar biológico permite apenas satisfazer questões físicas da mulher, sem dar lugar à escuta, ao rastreio de história, pois não é apenas um corpo gerando outro, mas um ser com história, social, cultural, psíquico, ou seja, também psicossocial. É importante o olhar holístico nessa fase, um olhar biopsicossocial, a fim de amparar, dar suporte à mulher em todas as suas áreas, assim será possível um tratamento

efetivo diante das variadas perturbações na gravidez até o pós-parto, possibilitando, talvez, a não transformação em patologia.

Diante do histórico da mulher, a geração de um filho pode ser vista de variadas perspectivas. Mello (2010) afirma que a relação com a mãe pode afetar a mulher de diversas formas, até mesmo distorcendo sua visão da concepção de um filho, colocando-o no lugar de alguém que virá para destruí-la, com sede voraz para esvaziar todas as reservas da mãe, por anteriormente não ter si sentido sustentada por sua própria mãe.

Nesse caso a dificuldade de engravidar é enorme ou, ao engravidar, pela sensação de vazio, pode haver um ganho brusco de peso. Em outro caso, quando a mulher se sente rejeitada e há vínculo de ódio experienciado com a mãe, a visão de filho poderá ser daquele que vem para destruí-la, um monstro, ser maléfico. Perturbações no sono (sonhos e fantasias) falta de ar dores no baixo ventre, mal-estar generalizado podem ser vivenciados pela mulher.

É importante a compreensão da mulher em sua totalidade. Pois tudo que está ao seu redor são instrumentos, aliados ou não, para complicações nesta fase, principalmente se “ela vive em um clima de instabilidade e de precariedade dos vínculos afetivos familiares, temos um campo fértil para a intensificação da angústia e, conseqüentemente, das manifestações psicossomáticas (MELLO, 2010 p 291)”. Isso porque muitas vezes estas questões são inconscientes à mulher, que não consegue falar, simbolizar sobre suas questões.

Quando a mulher se encontra no momento do parto, fatores institucionais do hospital contribuem de forma significativa no processo. Sem amparo, cuidados necessários, pode haver diminuição ou aumento dos distúrbios da contratilidade uterina no período da dilatação ou no período expulsivo (MELLO, 2010, p. 291). A mulher já está com o medo e insegurança, ao se deparar com uma equipe que não fornece o amparo necessário, possibilita um maior sofrimento (desnecessário) à mulher e ao bebê em todo processo. Nesse sentido, Mello (2010, p. 291) sustenta:

Na maioria dos hospitais públicos o atendimento precário, massificado e impessoal não permite a construção de um relacionamento consistente entre o médico e a paciente: o sistema de rodízio nos ambulatórios faz com que a gestante seja vista por um médico diferente a cada consulta pré-natal; a insegurança com relação à assistência ao parto é enorme, pois a gestante não sabe, de antemão, em que hospital vai encontrar vaga.

Como alternativa, no Brasil há implantação de Partos Humanizados – procedimento em que a mulher é totalmente participativa e consciente da realização de seu parto; acompanhada pelo companheiro e família (ou alguém de sua confiança) se assim desejar; pode ser realizado em casa ou em hospitais especializados, com toda a equipe de prontidão e dando assistência à mulher.

Este tipo de parto vai de antemão ao que conhecemos hoje na área obstétrica no parto, pois a mulher não é passiva aos desejos médicos, mas participante de um processo que é seu, escutada, compreendida e bem informada sobre tudo que acontece. Porém, não é uma realidade totalmente acessível, ao contrário, é ainda muito difícil de ser encontrada, e, quando encontrada, muitas vezes gera um custo que a grande maioria das mulheres não pode arcar.

Após o parto a mulher começa o período do puerpério (pós-parto) que traz o momento da amamentação (colostro – primeiro leite, importantíssimo ao bebê) e que gera uma série de modificações biológicas imediatas na mulher, além de questões emocionais. Quando há harmonia entre a mãe e o bebê, flui normalmente e em quantidade necessária para suprir a fome do bebê, porém quando há desarmonia, surgem inúmeros obstáculos de ordem psicossomática que podem inibir até mesmo a lactação.

A construção da autoestima como “mãe suficientemente boa”, capaz

de produzir leite de boa qualidade para alimentar o filho, juntamente com a autoconfiança e o desejo de amamentar, são fatores importantes para o funcionamento adequado dos mecanismos psicossomáticos responsáveis pela lactação; atitudes de autodesvalorização e descrença na própria capacidade como nutrir, aliadas a ansiedade, tensão ou aversão à amamentação criam obstáculos. (MELLO, 2010, p. 293).

É importante que a equipe hospitalar auxilie a mulher neste primeiro contato com o bebê, a primeira alimentação, a fim de garantir a segurança necessária para harmonia e entendimento com o recém-nascido, garantindo a produção do leite.

Já com este contato com a criança a mãe, muitas vezes se depara com a frustração, visto que, ao passar por todo processo da gestação, ela idealiza o bebê, imagina como será (“bebê imaginário”), o que não confere com o “bebê real”. Pensamento de “por que ninguém me falou que seria assim”, além de toda a atenção inicial ser voltada ao novo membro da família faz muitas vezes a mulher se sentir sozinha, desamparada, frustrada, agravando com o fato da falta de tempo até mesmo para suas necessidades biológicas básicas. Entre o imaginário e a realidade, a sociedade tem uma raiz tão bela e ideológica do “amor materno” que, por não conseguir alcançar esse ideal, a mulher em sua angústia carrega uma culpa que afeta até mesmo a relação mãe-filho, muitas vezes a depressão se manifesta como somatização destas questões.

Por essa razão o psicólogo necessita de uma escuta e observação aguçada, pois é através dessa técnica e visão integral da mulher que permitirá uma análise além da dimensão corporal, chegando ao campo daquilo que não é representado (SOARES; RUA; VOLICH; LABAKI, 2015, p. 13). Por isso é necessário compreender tanto as questões fisiológicas, como as psicológicas, sociais e emocionais, como

o contexto existencial da mulher (MALDONADO, 2010, p. 287), pois é através desse conhecimento que o profissional poderá intervir através de uma abordagem que busque trabalhar a influência que esses processos psíquicos e sociais têm sobre o corpo da gestante, e vice e versa, em um trabalho multidisciplinar com toda a equipe médica, para então, assegurar-lhe o melhor e mais eficaz tratamento.

ANÁLISE E DISCUSSÃO

Apresentação dos Casos: Psicossomática na Prática Clínica Psicanalítica

Com o intuito de compreender como se dá a atuação do psicólogo como intérprete dos sintomas corporais, trabalhando na construção de sentido do arcaico, de forma a dar acesso a fala do sujeito dentro da Ginecologia e Obstetrícia, analisaram-se dois relatos de casos de duas mulheres (Ana e Rose), retirados do artigo “Fenômeno Psicossomático: o psiquismo sitiado” (SANTOS; CONTE; BRATZ; FARINATI; COSTA; NUNES; MICHEL; BANGEL, 2016 p. 63-65)” e transcritos abaixo. O que também permitiu a percepção da manifestação de doenças psicossomáticas.

Caso (Ana)

Ana, 33 anos, estava em profundo sofrimento e desgaste pessoal e conjugal em decorrência de dificuldades para engravidar. Havia realizado uma fertilização in vitro indicada ao casal como tratamento, tendo em vista que, clinicamente, ela possuía um problema nas trompas, e ele uma quantidade menor que o esperado de espermatozoides. A realização do procedimento e o resultado negativo deste geraram muita ansiedade e tristeza, a ponto de não poder pensar em realizar um novo tratamento.

Ao falar de sua história, Ana contou que nasceu com um problema físico decorrente do

fato de a mãe ter tido uma doença na gravidez. Apesar de sua deficiência, Ana conseguiu levar a vida em frente, formando-se na universidade, trabalhando, relacionando-se; segundo ela, convive bem com sua limitação. Este, em relação aos problemas que teve na infância, pareceu-lhe menos complicado que os demais. Ela nasceu em meio a uma situação familiar complexa, em virtude das relações amorosas da mãe. Tais situações fizeram com que fosse registrada no nome do primeiro marido da mãe, com quem nunca conviveu. Foi criada pelos pais. Seu pai era um homem muito ciumento, por vezes violento. Muitas brigas, com agressões físicas e verbais entre os pais, permearam a infância e a adolescência de Ana.

Sem êxito, seus pais tentaram de tudo para resolver sua deficiência física, e isso fazia Ana sentir-se não estar correspondendo às expectativas, principalmente paternas. Esse fato, aliado a outro – os pais nunca corrigiram sua certidão de nascimento justificando esta ação pela complexidade do processo –, a fazia sentir-se não reconhecida. Descreveu-se como uma filha muito certinha que fazia de tudo para evitar conflitos, pois vivia assustada com a violência que presenciava. Queria crescer e sair de casa, o que fez ainda na faculdade. Precisava poder se afastar do ambiente familiar para construir uma possibilidade de ser e estar no mundo. Todo este modelo familiar interferiu em seu processo de identificação, o que, na vida adulta, evidenciou-se na realização do desejo de maternidade.

Conheceu Guilherme, namorou-o e com ele casou. Considerou seu casamento gratificante, sentiu-se segura e feliz em sua escolha. Suas dificuldades surgiram a partir das frustrações advindas de uma primeira gravidez que resultou num aborto espontâneo e na subsequente constatação da infertilidade do marido. Realizaram uma inseminação artificial sem sucesso e, somente após uma investigação mais aprofundada, foi detectado que, além do fator masculino referido anteriormente, ela possuía um problema em suas trompas.

Até saber que ela tinha um problema,

estava lidando bem com a infertilidade, apoiando o marido e fazendo todos os tratamentos indicados. Seu problema nas trompas estava para ela, inconscientemente, relacionado ao seu problema físico e também à concepção de si mesma de um corpo ineficiente. Lembrou que os pais a levaram nos melhores médicos e lhe deram os melhores tratamentos, mas sua deficiência não tinha cura. No momento em que se detectou um problema em seu corpo, ela reviveu toda a dor vivenciada pela sua limitação física e também o quanto se sentia ineficiente frente ao outro (pai/marido); realizar tratamentos para engravidar seria insistir em algo que ela não seria capaz de modificar, assim como seu problema físico congênito. Ana tinha certeza de seu desejo de maternidade. Vislumbrava, contudo, a adoção como a única possibilidade em seu caso, pois via o seu corpo como um corpo danificado, que jamais conseguiria atender à expectativa de uma gravidez, assim como se sentiu, inúmeras vezes, frustrada de não atender, ao que, segundo imaginava, os pais esperavam dela: ter nascido perfeita.

Trabalhar estes aspectos de sua vida possibilitou a reconstrução e a ressignificação de sua história. Ana passou a se ver como alguém capaz, aceitou realizar uma nova fertilização in vitro e, quando estava se preparando para o tratamento, chegou à sessão e disse: “Minha menstruação está atrasada, mesmo que as chances sejam pequenas, eu posso estar grávida, vou fazer um teste, afinal vou começar a tomar as medicações para iniciar o tratamento”. Esta percepção – “eu posso” – demonstrou que ocorrera uma restauração da visão de si como um corpo fértil, potente, e que, independentemente do resultado do BHCG, ela estava dizendo que agora se via capaz de, por meio de seu corpo, ser mãe. Ana hoje está grávida.

Análise: O caso de Ana possibilita a compreensão de como os conflitos psíquicos se manifestam através dos sentimentos de angústia e profundo sofrimento em relação a sua dificuldade de engravidar. E como isso se expõe através de seu sintoma corporal, que,

como relatado aparece como espasmos na trompa, uma doença orgânica que lhe causa infertilidade. Esse desequilíbrio lhe impossibilita simbolizar/representar, ou seja, “pensar” sobre esses possíveis conflitos ocultando a história cujo significado não pode suportar. Essa dificuldade de simbolizar denominamos de “arcaico”.

Para compreender o que se intitula como “arcaico”, é necessário diferenciá-lo do “originário”. O originário se evidencia através das marcas psíquicas, passíveis de representação simbólica, que seria nossas imagens mentais, e\ou palavra. Já o arcaico são essas imagens mentais sem possibilidade de representação simbólica, ou seja, não há ligação com a palavra (SANTOS; CONTE; BRATZ; FARINATI; COSTA; NUNES; MICHEL; BANGEL, 2016).

Outra observação importante nesse caso é o registro que a paciente possui de sua própria gestação/nascimento decorrente da doença acometida a sua mãe durante a gravidez, nascendo com um problema físico. O que influencia até mesmo na forma como se via, tendo uma concepção distorcida de si mesma, com “um corpo ineficiente”.

Esse modelo familiar complexo, no qual a paciente estava inserida, com uma relação de desamparo na sua visão materna, não sendo registrada na certidão de nascimento, pelo nome do pai biológico, e sua precariedade na relação mãe-filha influenciaram no seu processo de identificação materna que é exposta enquanto adulta pelo seu desejo de ser mãe.

Nesse caso a infertilidade aparece como consequência de um conflito psíquico associado ao seu problema físico, que do ponto de vista de Ana lhe gerava uma imagem de si mesma como “infértil” desqualificando seu próprio corpo, transformando essa queixa em manifestações somáticas, lhe impossibilitando de “fazer bons bebês”.

O relato de caso evidencia que, ao se realizar uma reorganização psicossomática, compreendendo o lugar que esse sofrimento psíquico ocupava em seu núcleo mental, fez com que ela pudesse ressignificar sua história,

nomeando e elaborando esses aspectos de sua vida. Rompendo com seu corpo infértil, para se restituir como um corpo fértil, e potente, que resultou na sua gravidez.

Percebe-se que Ana ao utilizar a expressão da palavra “eu posso” como veículo de seu pensamento, permitiu a transformação do arcaico em originário, já que houve a elaboração dessa interpretação, traduzindo-se no que antes estava sendo reprimido e somatizando suas emoções dolorosas. Esse trabalho voltado para a paciente, ao invés de ter como enfoque a doença, resultou no equilíbrio de sua integração psicossomática.

Caso (Rose)

Ao completar 23 anos, Rose recebeu o diagnóstico de um tumor de colo do útero, grave e de mau prognóstico. Quando foi solicitado o atendimento psicológico, a paciente estava hospitalizada, em preparo para cirurgia.

Na história de vida de Rose, destaca-se o quadro de anorexia nervosa, iniciado aos 14 anos, motivo de muitas crises, sofrimento e internações hospitalares. Ressalta-se também a difícil relação com a mãe, “vivemos sempre juntas, mas, na verdade, nós odiamos”.

Ao falar do desenvolvimento de sua doença, referiu-se à profunda angústia que estava sentindo, pela cirurgia a que precisaria se submeter. A partir deste diagnóstico, toda a família se mobilizou muito em torno dela, fato que lhe trazia satisfação: “agora querem fazer o que nunca fizeram por mim, pois estão com medo que eu morra por não terem dado importância às minhas dores e às minhas queixas, isso é só por culpa, pois achavam e diziam que eu estava louca”.

É importante considerar que, a partir dessa situação, a mãe de Rose se mobilizou muito, fazendo de toda e qualquer queixa da paciente um motivo para que ela fosse escutada e examinada. Rose acreditava que todos percebiam que sua mãe era uma pessoa extremamente “inconveniente e dominadora”.

A mãe de Rose é uma empresária

de sucesso. Começou a vida com muitas dificuldades financeiras, até que conheceu o marido, 21 anos mais velho. Com a união, ela assumiu a parte comercial de uma empresa, ficando o pai dedicado à plantação e à colheita de hortifrutigranjeiros. Nessa época, a mãe teve algumas relações extraconjugais e, fruto delas, contraiu uma doença, culpando-se imensamente pelo que fizera. Desse forte sentimento de culpa, nasceu um apego extremo à religião. Enquanto estava em tratamento pela doença contraída, a mãe descobriu estar grávida há 2 meses, o que lhe deixou novamente muito angustiada, pois imaginava que geraria uma criança monstro, com muitas deformidades. Rose foi a última dos 6 filhos que tiveram; nasceu bem, ainda que muito pequena. A mãe resolveu dedicar-se ao trabalho de forma absoluta, deixando os filhos aos cuidados do pai e de empregadas que trabalhavam na casa. Rose tem muitas lembranças de suas doenças e do fato de estar sempre só e com muitos medos, que se alternaram entre cachorros, monstros, extraterrestres e doenças, motivos de suas dificuldades para dormir e do baixo desempenho escolar.

Aos 19 anos, Rose conheceu João, de 33 anos, que vivia com 2 filhos de relacionamentos anteriores. Em pouco tempo, passou a viver na casa com eles, o que determinou o rompimento do relacionamento com a mãe. Alguns meses após, decidiram casar, momento em que a mãe se reaproximou. Com 20 anos, Rose engravidou; o parto foi normal e a termo. Com pouco mais de 40 dias, surgiram dores lombares importantes, quando foi iniciado o período de investigações médicas que durou um ano, até a descoberta do tumor no colo do útero. É importante destacar que Rose havia realizado um exame Papanicolau aos 19 anos, no qual já estava diagnosticado o HPV, que provocou a doença. Ela, porém, nunca fora buscar o resultado desse exame.

Rose foi submetida à cirurgia para a retirada do tumor, quando também foi retirado o útero, a bexiga e partes do intestino, pois na biópsia foram identificadas metástases no intestino delgado e grande invasão nos ureteres

e na região vaginal.

Análise: Já no segundo caso, Rose possui uma variedade de sintomas, tanto físicos que se apresentam através de doenças orgânicas como o câncer de colo de útero quanto o quadro de anorexia nervosa, sentimento de angústia, medo, e precariedade no vínculo familiar. Através da análise deste caso podemos constatar como essa relação biopsicossocial pode interferir nas respostas fisiológicas apresentadas, e consequentemente aumentando o risco das manifestações psicossomáticas.

No relato da paciente, ela apresenta uma relação interpessoal instável e conflituosa com seus familiares. Contudo nesse processo de adoecimento tanto sua mãe que possuía uma relação de desamparo ela, quanto seus outros parentes próximos, passaram a se mobilizar em torno dela, proporcionando-lhe apoio, ouvindo suas queixas, e demandas. Ao relatar esse restabelecimento de vínculo disse que essa situação lhe trazia um sentimento de satisfação, já que agora se sentia valorizada, acolhida em suas angústias frente ao câncer, pois essa situação permitiu que houvesse esse espaço para troca das relações parentais.

Essa relação de conflitos, angústia e sentimento de desamparo com a figura materna se descreve desde a própria gestação da paciente, visto que sua mãe ao ter relacionamentos extraconjugais, contrai uma doença sexualmente transmissível, e logo após descobre que está grávida, sendo sua perspectiva em relação a esse filho descrita através de afetos insuportáveis, como sentimento de culpa e angústia, esperando que esse bebê viesse como monstro, com deformidades. Essa associação se dá juntamente com a dificuldade dessa mãe em assumir a responsabilidade por essa maternidade no ponto de vista psíquico.

A história pessoal dessa paciente está profundamente ligada ao relato afetivo de sua mãe. Por essa razão é muito importante compreender como esse modelo de identificação materna foi sendo construído ao longo de sua vida, com o propósito de entender essa relação

dual mãe/filha e suas influências, e a qualidade dessa relação. Que nessa ocasião Rose descreve tal vivência frente a figura materna com a presença de muitos conflitos e sentimento de desamparo.

Nesse processo de elaboração é importante destacar a forma como o arcaico se manifesta, nesse caso, de forma muito clara e objetiva. Visto que Rose durante o trabalho terapêutico revelou que havia realizado um exame ginecológico preventivo, por apresentar sintomas que a levou ao diagnóstico de HPV, doença que ao se agravar provocou o câncer de colo de útero. Todavia sua dificuldade em lidar com sua queixa somática, lhe impossibilitou de buscar o resultado do exame. Mais uma vez a fala não se opera, porém, a linguagem utiliza do corpo como forma de expressão do fenômeno psicossomático. Essa fragilidade da representação psíquica possibilita a instauração do arcaico, restringindo ao corpo seu sofrimento somático, sem que pudesse reconhecê-lo, ou nomear a presença dessa patologia orgânica.

Esses aspectos mentais muitas vezes não são compreendidos pelo paciente, desencadeando dessa forma complicações, que podem influenciar tanto o tratamento médico, como provocar um avanço da doença, problematizando o prognóstico. Como não houve a construção, elaboração e nomeação desses aspectos afetivos insuportáveis, tais como relatados no discurso e na história de vida da Rose, estes acabam sendo marcados por aspectos físicos que estabelecem o agravamento da sintomatologia apresentada (câncer).

Através desses estudos de caso, é notório como a psicossomática se apresenta, não só na obstetrícia, mas de modo geral, com diferentes manifestações sintomáticas, e por essa razão não há um determinismo psíquico prévio, já que deve-se levar em conta esse indivíduo como um ser integral, com uma perspectiva holística, biopsicossocial que constitui sua organização psíquica.

Outro ponto importante que deve ser destacado é a manifestação corporal desses

aspectos psicológicos, que, como representado nos casos, são associados ao modelo arcaico, quando não há a interpretação, e simbolização, ou seja, o registro da linguagem enquanto palavra. Como demonstrado no caso de Ana, se deixa escapar pelo não reconhecimento paterno, sendo registrada por um homem desconhecido. Já o caso de Rose, seu sintoma é marcado por sua figura materna, que a via como um bebê monstro, e defeituoso, que castigava a sua mãe ao ser lembrada de seus relacionamentos extraconjugais. Ou seja, o ser humano também é constituído pelo olhar do outro, uma gestação não desejada ou uma criança não amparada poderá gerar conflitos no desenvolvimento e marcas no corpo e psique.

Portanto, a intervenção psicanalítica se dá na Psicossomática e obstetrícia através da construção da história de todo o ciclo da vida dessa mulher (gestação, infância, adolescência, menarca, gravidez e climatério) interpretando essas inscrições arcaicas, buscando uma organização psíquica, que dê acesso ao simbólico pela aquisição da palavra.

Trabalhando com a transferência, fazendo com que haja uma ampliação de sua capacidade de escuta para que possa compreender a relação histórica subjetiva do paciente com seus sintomas, ou seja, não se vê apenas órgãos doentes, abstraindo a pessoa. Muito pelo contrário possui uma prática psicanalítica clínica com uma visão holística em sua totalidade, compreendendo não só as comunicações verbais e extra verbais do paciente, como seu contexto biológico e social (biopsicossocial). Dando lugar para que essa pessoa possa desconstruir e reconstruir, se permitindo relacionar, falar do psíquico como aconteceu no caso de Ana.

Contribuições e Limitações da Psicanálise

A partir da perspectiva do que foi apresentado até aqui, podemos perceber que há uma amplitude de possibilidades de atendimentos que trabalhem os sintomas psicossomáticos na obstetrícia. E a psicossomática psicanalítica vem

sempre buscando novas formas de intervenção, contribuindo para que haja a ampliação de escuta do médico, e de outros profissionais da saúde, com o objetivo de possibilitar um olhar integral dos sintomas orgânicos apresentados durante toda gestação.

A psicanálise vem potencializar e apontar a importância do trabalho interdisciplinar, e multidisciplinar entre profissionais, como psicólogos e médicos, no acompanhamento gestacional, e em outras áreas. Sendo que esse acompanhamento em conjunto visa promover não só uma intervenção puramente fisiológica, como também aspectos psicológicos e sociais presentes na gravidez. Proporcionando uma relação de suporte, e melhores condições para se trabalhar as desorganizações psicossomáticas.

Deve-se repensar sobre as atuais intervenções, buscando compreender a mulher e ouvi-la através de seus sintomas, que estão correlacionados com psíquico e o somático, em vez de culpá-la pelas manifestações de seu corpo, como acontece com muita frequência na relação médico paciente. De forma a não se restringir a anatomia fisiológica do corpo da gestante, mas abrindo a possibilidade de se elaborar a expressão desses sofrimentos psíquicos muitas vezes relatados através dos temores da gravidez.

A prevenção também tem um importante papel nas novas formas de intervenções terapêuticas, pois a perspectiva psicanalítica aponta que o modelo básico preventivo, e aquele do qual “representamos um bebê instalado com segurança no colo do útero da mãe” (EKSTERMAN, 2010, p. 102) e que terá influência em todas demais fases do desenvolvimento da história subjetiva desse novo membro familiar. Porém é evidente que a maioria das mulheres grávidas vivenciam alguma doença, ou conflitos psíquicos ou sociais, durante a gestação, fazendo com que haja complicações nesse período gravídico.

Dessa forma, pensando a maternidade no ponto de vista biopsicossocial é preciso compreender e aceitar a existência de sentimentos conflituosos em relação a aceitação, e rejeição do bebê, possibilitando a elaboração

do nascimento, já que este pode ser um evento traumático. Fazendo com que esses sintomas corporais possam ser expressos através da palavra, evitando a somatização.

A análise dos relatos de casos das duas mulheres com diferentes manifestações psicossomáticas teve como intuito possibilitar a compreensão da prática clínica psicanalítica, utilizando de ferramentas e intervenções terapêuticas, que buscam viabilizar exatamente através da palavra esse registro simbólico. Ou seja, trabalhando como intérprete, dando lugar para que o sujeito possa falar de seu sofrimento psíquico, corporal, e social como um ser integral e assim elabora suas questões. Pois o que se apresenta não é a doença, mas o paciente com lesões psicossomáticas com um modo subjetivo singular, marcado pelos acontecimentos de sua vida pessoal, na qual constitui sua organização psíquica.

CONCLUSÃO

Este artigo trata-se de um breve começo aos estudos da Psicossomática e Obstetrícia, passando pela história da maternidade e o trabalho do psicanalista diante de tais temas. Tornou-se necessário ilustrar por meio da análise de estudos de casos para melhor compreensão, facilitando ao leitor uma ampla visão sobre tais conceitos e sua aplicabilidade.

Conclui-se que a formação dos sintomas psicossomáticos da mulher no processo de gestação pode ser entendida como uma soma de fatores internos e externos que influenciará no percurso da gravidez.

Constata-se que, ao ter uma visão global da gestante, os profissionais da saúde podem elaborar práticas que diminuam as angústias e medos presentes nessa etapa da vida feminina, estratégias multidisciplinares que visem dar suporte desde a prevenção e promoção de saúde até o suporte de intervenções biopsicossociais fornecidas à mulher.

Entretanto, ao se realizar uma pesquisa

bibliográfica sobre técnicas de intervenção e atuação do psicólogo frente a demanda psicossomática aplicadas à obstetrícia, fez-se notória a escassez de conteúdo. Percebe-se que, apesar de ampla e com grandes possibilidades de atendimento, essa área ainda segue de maneira muito precária e voltada para um modelo hospitalar, ou seja, com proposta em torno da doença já instaurada, quando a mãe e o bebê já estão em sofrimento psicológico e corporal.

Trata-se de um tema amplo, atual e de grande importância, que não se esgota neste artigo, mas que deve ser estudado e reavaliado por diferentes profissionais a fim de garantir o melhor e mais efetivo tratamento à mulher em sua fase gravídico-puerperal, a partir de uma visão biopsicossocial.

O tempo para realização do trabalho não foi o suficiente para coleta e análise detalhada dos dados. Porém, permitiu uma primeira impressão sobre o tema, evidenciando dúvidas que nos levarão à busca crescente por melhor conhecimento e debate.

Este foi um trabalho gratificante, desafiador e importante para nosso crescimento acadêmico e pessoal, permitindo transpor barreiras individuais e no grupo, garantindo assim, além do saber científico, as relações interpessoais.

REFERÊNCIAS

ARRAIS, Alessandra da Rocha; ARAUJO, Tereza Cristina Cavalcanti Ferreira de. Pré-Natal Psicológico: perspectivas para atuação do psicólogo em Saúde Materna no Brasil. *Rev. SBPH*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 103-116, jun. 2016. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582016000100007&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 07 maio 2018.

ARRAIS, Alessandra da Rocha; MOURÃO, Mariana Alves. Proposta de atuação do psicólogo hospitalar em maternidade e UTI neonatal baseada em uma experiência de estágio. *Rev. Psicol. Saúde, Campo*

Grande, v. 5, n. 2, p. 152-164, dez. 2013. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2177-093X2013000200011&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 07 maio 2018.

BADINTER, Elisabeth. *O conflito: a mulher e a mãe*. Rio de Janeiro: Record, 2011.

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

BARBOSA, Roselaine Fernanda; DUARTE, Cláudia Aparecida Marchetti; SANTOS, Laise Potério dos. Psicossomática, gestação e diabetes: um estudo de caso. *Psicol. Cienc. Prof.*, Brasília, v. 32, n. 2, p. 472-483, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-8932012000200014&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 01 maio 2018.

BOCCHI, Josiane; SALINAS, Paola; GORAYEB, Ricardo. Ser mulher dói: relato de um caso clínico de dor crônica vinculada à construção da identidade feminina. *Rev. Latinoam. Psicopatol. Fundam.*, São Paulo, v. 6, n. 2, p. 26-35, jun. 2003. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-47142003000200026&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 0 maio 2018

DE MARCO, Mario Alfredo. Do modelo biomédico ao modelo biopsicossocial: um projeto de educação permanente. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 2006.

DENZIN, Norman K.; LINCOLN, Yvonna. A disciplina e a prática da pesquisa qualitativa. In: DENZIN, Norman K.; LINCOLN, Yvonna (Orgs). *Planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens*. 2 ed. Porto Alegre: ARTMED, 2006.

FONTELLES, Mauro José et al. Metodologia da pesquisa científica: diretrizes para a elaboração de um protocolo de pesquisa. *Revista Paraense de Medicina*, v. 23, n. 3, p. 1-8, 2009.

GIL, Antonio Carlos. *Como colaborar projetos de pesquisa*. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

LOVO, Lígia Maria Albani. O trabalho de parto como fenômeno psicossomático. 2009. 108 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2009.

MELLO FILHO, Júlio de. Psicossomática hoje. Porto Alegre: Artmed, 2010.

PÁDUA, Elisabete Matallo Marchesini de. Metodologia da pesquisa: abordagem teórico-prática. Campinas-SP: 10ª ed. Papirus, 2012.

RESENDE, Deborah Kopke. Maternidade: uma construção histórica social. Revista da Graduação em Psicologia da PUC Minas, Belo Horizonte, v. 1, n. 4, p. 1-356.

SANTOS, Ana Lucia Waltrick; CONTE, Barbara de Souza; BRATZ, Daniela Weber; FARINATI, Débora Marcondes; COSTA, Juliana Martins; NUNES, Magda Dedavid; MICHEL, Marcia Denise; BANGEL, Marina Lúcia Tambelli. Fenômeno psicossomático: o psiquismo sitiado. Rev. Psicanálise SIG, Porto Alegre, p.63-65, abr.2016.

SOARES, Ana Maria. Psicanálise e psicossomática: casos clínicos, construções. São Paulo . Ed. Escuta, 2015.

TAGUCH I, Mychele Capellini Moris; PIO, Danielle Abdel Massih. Uma leitura psicanalítica da vivência da maternidade nos casos de aborto e prematuridade. Rev. Psicol. Saúde, Campo Grande, v. 6, n. 2, p. 56-61, dez. 2014. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2177-093X2014000200008&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 01 maio 2018.



fagoc.br

32 3539-5600

Rua Dr. Adjalme da Silva Botelho,
20 - Bairro Seminário - Ubá - MG