



**DANIELLE ABDEL MASSIH PIO**

**Vivências e Repercussões Psíquicas da Mulher  
na Gestação de Risco: um estudo sobre a Pré-  
eclâmpsia e o Vínculo materno-filial**

FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU  
Universidade Estadual Paulista “Julio de Mesquita Filho”  
UNESP  
2012

DANIELLE ABDEL MASSIH PIO

Vivências e Repercussões Psíquicas da Mulher na  
Gestação de Risco: um estudo sobre a Pré-eclâmpsia e o  
Vínculo Materno-filial

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em  
Ginecologia, Obstetrícia e Mastologia, Faculdade de Medicina  
de Botucatu FMB-UNESP/Botucatu, para obtenção do título de  
Mestre.

Orientador: Prof. Dr. José Carlos Peraçoli.

BOTUCATU- SP  
2012

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO DE AQUIS. E TRAT. DA INFORMAÇÃO  
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CAMPUS DE BOTUCATU - UNESP  
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: *ROSEMEIRE APARECIDA VICENTE*

Pio, Danielle Abdel Massih

Vivências e repercussões psíquicas da mulher na gestação de risco:  
um estudo sobre a pré-eclâmpsia e o vínculo materno-filial / Danielle  
Abdel Massih Pio. – Botucatu : [s.n.], 2012

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual Paulista, Faculdade  
de Medicina de Botucatu

Orientador: José Carlos Peraçoli

Capes: 40101150

1. Pré-eclâmpsia. 2. Gravidez - Complicações. 2. Mãe e lactente.

Palavras-chave: Gravidez de risco; Psicologia; Psicanálise; Vínculo.

**DANIELLE ABDEL MASSIH PIO**

**Vivências e Repercussões Psíquicas da Mulher na  
Gestação de Risco: um estudo sobre a Pré-eclâmpsia e o  
Vínculo Materno-filial**

Dissertação apresentada à Faculdade  
de Medicina de Botucatu, FMB -  
UNESP/Botucatu, para obtenção do  
título de Mestre.

**BANCA EXAMINADORA:**

---

**Prof. Dr. José Carlos Peraçoli – Unesp/Botucatu**

---

**Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Gimol Benzaquen Perosa – Unesp/Botucatu**

---

**Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Roseli Vernasque Bettini – Famema/Marília**

**Data da Aprovação:** \_\_\_\_\_

**Botucatu /SP  
2012**

## *Dedicatória*

*Dedico este trabalho a todos aqueles que permitiram meu crescimento, por estarem de alguma maneira ao meu lado.*

*Em especial:*

*Ao meu esposo Alex e nosso precioso “fruto” Guilherme, pela tolerância, paciência e amor.*

*Ao meu pai, por ter me mostrado a importância da luta pela vida.*

*À minha mãe e irmão, além da querida Rita, por terem amado meu filho e o preenchido, nos meus momentos ausentes, com toda dedicação e cuidado.*

## *Agradecimentos*

*Ao meu orientador, Prof. Peraçoli, por não temer percorrer este caminho comigo, com abertura, flexibilidade e respeito constantes.*

*A todas as gestantes deste estudo, meu muito obrigada pelos valiosos contatos e aprendizagem.*

*À Helena Figueiredo, pelo grande empenho ao meu crescimento e fortalecimento pessoal.*

*À Professora Wilza por me acolher de forma paciente e cuidadosa, nos caminhos da pesquisa qualitativa.*

*Às Professoras Gimol e Sueli Ferezinha, por suas contribuições muito significativas na qualificação, que favoreceram meu despertar ainda maior ao estudo.*

*À Professora Roseli, por seu apoio desde o princípio à minha realização profissional.*

*À Sonia, Silvana, Noemi e Heraldo que me permitiram entrar e crescer neste cenário da Psicologia Hospitalar.*

*Às queridas Franceli e Mariana, profissionais que vi crescer e que se tornaram amigas de todas as horas.*

*À amiga Cássia Biffe, por sua grande atenção e interesse por meu trabalho.*

*Às aprimorandas, que me ajudaram a pensar neste estudo, em especial à Michely, Natália e Manoela.*

*Aos funcionários, da maternidade e, em especial, à Bruna, Gisela, Cris e Dra Carla, por se interessarem por meu trabalho e me apoiarem em todos os momentos da pesquisa.*

*Aos aprimorandos e residentes de equipes multiprofissionais por sua inserção e responsabilização com o serviço.*

*À Diretoria do HMJ e Superintendência, em especial à Dra Marilda, Dr. Ribeiro, Vanessa, Juliana, Aline e Aurélia, pela abertura e compreensão constantes. Também à Cris Capel por ter me estimulado ao caminho da pesquisa e da docência.*

*Às funcionárias da biblioteca de Botucatu, Rose e Meire, pela agilidade e disponibilidade.*

*À Ana, secretária da GC, por sua afetividade, atenção e dedicação constantes.*

*À Denise por sua contribuição com os conhecimentos em inglês.*

*À Roseli, que conseguiu me auxiliar de maneira doce e disponível na formatação final deste trabalho.*

*A toda minha família, sobrinhos, irmãos- Simone e Fauze, pela compreensão possível com minhas ausências.*

## *Epígrafe*



### *Tempo de Travessia*

*“Há um tempo em que é preciso  
abandonar as roupas usadas  
Que já tem a forma do nosso corpo  
E esquecer os nossos caminhos que  
nos levam sempre aos mesmos lugares  
É o tempo da travessia  
E se não ousarmos fazê-la  
Teremos ficado para sempre  
À margem de nós mesmos”*

*FERNANDO PESSOA*



---

## RESUMO

As síndromes hipertensivas são as complicações mais frequentes na gestação constituindo, no Brasil, como primeira causa de mortalidade materna. Devido à importância do tema ligado à gestação de alto risco, várias discussões vêm sendo realizadas no âmbito das políticas públicas em saúde e no campo das recomendações de procedimentos técnicos. Na gravidez, há situações favoráveis e adversas, que podem provocar e acentuar angústias e transtornos, manifestados no plano psicológico e psicossomático. É consensual na psicologia e na psicanálise a importância das primeiras relações. A mãe é considerada a principal referência emocional no início da vida, importante para a construção psíquica, afetiva e social do filho. Para a mulher, por sua vez, o processo de tornar-se mãe, provoca conflitos primitivos e transformações profundas e abrangentes. Objetivou-se compreender a constituição da relação afetiva mãe-bebê, na gravidez de alto risco, considerando a vivência psíquica das mulheres com o diagnóstico de pré-eclâmpsia. O estudo foi realizado com a participação de nove gestantes, em sua maior parte durante a internação no Hospital Materno-Infantil (HMI), da Faculdade de Medicina de Marília (FAMEMA). Foi realizada entrevista semi-estruturada na gestação. O estudo teve abordagem qualitativa, com análise de conteúdo temática e enfoque norteado por referenciais psicanalíticos. Os temas emergentes foram: Sentimentos frente à descoberta da gravidez; As Expectativas: da ambivalência ao vínculo mãe-bebê; Maternidade e maternagem: crise vital ou risco? e, A hipertensão na gestação: perspectivas psicossomáticas e repercussões emocionais da doença. O desejo da maternidade foi manifesto, na maior parte das gestantes, apesar do risco, com uma representação mental do bebê e expectativas de superação da insegurança relacionada a este papel. O que começam a aparecer com maior intensidade, após a internação, são as angústias relacionadas ao aumento da pressão, intensificando os medos existentes relacionados ao parto e ao nascimento, as fantasias primitivas e as características prévias ligadas, respectivamente, à ambivalência e insegurança. Conclui-se que a escuta a estas gestantes pode favorecer a integração da experiência da maternidade ao contexto adverso do qual necessitam ainda realizar maior elaboração, para o exercício efetivo de sua função maternal.

**Palavras-chave:** Gravidez de risco; Psicologia; Psicanálise; Vínculo

## **ABSTRACT**

The hypertension syndromes are the most frequent complications in pregnancy and in Brazil, the first cause of maternal mortality. Due to the importance of the subject connected to high-risk pregnancy, several discussions have been held within the framework of public policies in health and in the field of technical procedures recommendations. In pregnancy, there are favorable and unfavorable situations, which can cause and exacerbate distress and inconvenience, manifested in psychological and psychosomatic plan. It is consensus in psychology and psychoanalysis the importance of early relationships. The mother is considered the main emotional reference in early life, important to mental, affective and social construction of the child. For the woman, the process of becoming a mother provokes primitive conflicts besides deep and wide range transformations. The purpose was to understand the constitution of affective mother-baby relationship, high-risk pregnancy, considering the psychic experience of women with pre-eclampsia diagnosis. The study was conducted with the participation of nine pregnant women, mostly during the hospitalization in Hospital Materno-Infantil (HMI), Faculdade de Medicina de Marília (FAMEMA). Structured way interview in gestation was held. The study had qualitative approach with thematic content analysis and approach guided by benchmarks psychoanalytic articles. The emerging themes were: Feelings about the discovery of pregnancy; The expectations: from ambivalence to the connection between mother-baby; Maternity and mothering: vital crisis or risk? and, hypertension in pregnancy: Psychosomatic perspectives and emotional repercussions of the disease. The desire of motherhood was stated in most pregnant women, despite the risk, with a mental representation of the baby and overcoming expectations of insecurity related to this role. What begins to appear with greater intensity, after hospitalization, are the mental distress related to the increased pressure, intensifying the existing fears related to childbirth and birth, the primitive fantasies and previous characteristics linked respectively to the ambivalence and uncertainty. It is concluded that listening to these pregnant women can benefit the integration of the experience of motherhood to adverse context of which still need to accomplish greater elaboration, for the effective exercise of their maternal role.

**Keywords:** Pregnancy risk; Psychology; Psychoanalysis; Attachment

---

## SUMÁRIO

<b>APRESENTAÇÃO</b> .....	<b>12</b>
<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	<b>16</b>
<b>1.1 DO CONCEITO DE RISCO NA GESTAÇÃO A GESTAÇÃO DE ALTO RISCO</b> .....	<b>17</b>
<b>1.2 RISCO BIOPSISSOCIAL</b> .....	<b>20</b>
<b>1.3 UMA PERSPECTIVA PSICANALÍTICA E PSICOSSOMÁTICA</b> .....	<b>22</b>
<b>1.4 AS NUANCES DO CICLO GRAVÍDICO PUERPERAL</b> .....	<b>32</b>
<b>1.5 HIPERTENSÃO NA GRAVIDEZ: DEFINIÇÕES, ETIOLOGIA E REPERCUSSÕES</b> .....	<b>35</b>
<b>1.6 OS PRIMÓRDIOS DA RELAÇÃO MATERNO-FILIAL E AS REPERCUSSÕES DA GESTAÇÃO DE RISCO</b> .....	<b>37</b>
<b>1.7 O VÍNCULO MATERNO-FETAL E A MATERNAGEM</b> .....	<b>40</b>
<b>2. OBJETIVOS</b> .....	<b>44</b>
<b>2.1 OBJETIVO GERAL</b> .....	<b>45</b>
<b>2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS</b> .....	<b>45</b>
<b>3. METODOLOGIA</b> .....	<b>46</b>
<b>3.1 SUJEITOS</b> .....	<b>47</b>
<b>3.2 INSTRUMENTOS</b> .....	<b>47</b>
<b>3.3 PROCEDIMENTOS</b> .....	<b>47</b>
<b>3.4 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS</b> .....	<b>48</b>
<b>3.5 CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS DO ESTUDO</b> .....	<b>48</b>
<b>3.6 ANÁLISE DOS DADOS</b> .....	<b>50</b>
<b>4. RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	<b>51</b>
<b>4.1 CARACTERIZAÇÃO DAS GESTANTES</b> .....	<b>52</b>
<b>4.2 CATEGORIAS TEMÁTICAS</b> .....	<b>54</b>
<b>5. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>81</b>
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>85</b>
<b>ANEXOS</b> .....	<b>93</b>

# *Apresentação*

## **APRESENTAÇÃO**

Este trabalho surgiu a partir dos atendimentos realizados junto às gestantes de alto risco em um Hospital de referência na área de Atenção Materno-Infantil, localizado na cidade de Marília-SP.

A Unidade Materno-Infantil do Hospital das Clínicas – HCII, Unidade do Complexo Assistencial da Faculdade de Medicina de Marília – Famema, integra a Rede de Atenção à Saúde da área de abrangência da Diretoria Regional de Saúde de Marília – DRS IX, compreendendo cinco Microrregiões constituídas de 62 municípios, totalizando uma população de 1.096.347 habitantes no ano de 2009 (FAMEMA, 2010).

Constitui-se em um cenário focado na formação de profissionais em medicina e enfermagem, além da formação de equipes multiprofissionais, através de Programas de Pós-graduação em Residência Multiprofissional e Aprimoramento Profissional em Saúde, que contemplam diferentes áreas de formação.

Realiza ações de cuidado individual e coletivo na área de Atenção à Saúde Materno-Infantil. Na área de Atenção à Saúde da Criança presta cuidado ambulatorial e de internação clínico-cirúrgica, incluindo ações de Terapia Intensiva a neonatos e crianças até 14 anos. Na área de Atenção à Saúde da Mulher presta cuidado ambulatorial e de internação clínico-cirúrgica, nas especialidades de obstetrícia e ginecologia, constituindo-se em referência regional para Gestação de Alto Risco (FAMEMA, 2010).

Desde 2002 integra a Rede de Hospitais “Amigo da Criança” do Ministério da Saúde, desenvolvendo ações estabelecidas pelo referido programa, com ênfase no estímulo à amamentação e ao parto humanizado (FAMEMA, 2010).

A Unidade Materno-Infantil constitui-se em referência loco-regional para Gestação de Alto Risco do SUS, contando com 16 leitos de Obstetrícia e dois leitos de observação para Urgência Obstétrica, além de um Centro Obstétrico e um ambulatório direcionado à Gestação de Risco.

Os indicadores de atenção hospitalar na obstetrícia foram construídos considerando a capacidade operacional de 16 leitos de Obstetrícia com Alojamento Conjunto, referentes ao período de novembro de 2009 a outubro de 2010: Número de Internações - 919; Percentual de

Ocupação - 79,62; Média de Permanência (dias) - 3,96; Intervalo de Substituição (dias) - 1,01; Giro de Rotatividade (saídas por leito) - 66,31; Taxa de Mortalidade (%) - 0,00. Por estes dados observa-se que, a Unidade de Produção de Obstetrícia apresentou no período um bom desempenho quanto à ocupação, média de permanência e taxa de mortalidade, mantendo-se dentro de padrões aceitáveis (FAMEMA, 2010).

No período citado, no setor Obstetrícia – Gravidez de Alto Risco, o número de consultas médicas ambulatoriais foi de 1.675 e de consultas médicas de urgência obstétrica foi 6.409. Em relação às pacientes atendidas no setor predominou a faixa etária dos 20 aos 29 anos (46,28%), seguida por 30 a 39 anos (31,20%), entre 15 e 19 anos (16,97%), 40 a 49 anos (3,49%) e 10 a 14 anos (1,13%). São mulheres em sua maioria da raça branca ou parda (67,30% e 22,71%, respectivamente). A grande maioria possui escolaridade de 1º e 2º grau (90,2%), se declararam casadas (34,68%) e da religião católica (68,61%). Um dado significativo é a frequência de pacientes com idade entre 10 e 19 anos (18,1%), o que pode ser explicado pelo fato do Hospital Materno-Infantil prestar assistência às gestantes de alto risco e, de acordo com o Ministério da Saúde (2000), um dos fatores de risco na gravidez é idade menor que 17 anos (FAMEMA, 2010).

A elevada taxa de cesárea observada (60,4%) relaciona-se ao grande número de gestações com intercorrências atendidas no serviço, por ser referência para cuidado à gestação de alto risco. Mas a Equipe da Obstetrícia precisa estabelecer uma meta a ser alcançada que varie de 30 a 35% (FAMEMA, 2010).

A equipe que atua na Obstetrícia compreende profissionais de Enfermagem, Medicina, Psicologia, Nutrição e Serviço Social, além dos funcionários dos serviços técnicos e administrativos de apoio ao cuidado (FAMEMA, 2010).

O Serviço de Psicologia desta Unidade Hospitalar conta com uma Psicóloga contratada por 20 horas semanais e outra com carga horária de 40 horas semanais, associado ao treinamento em serviço do curso de aprimoramento. A atenção da psicologia compreende as enfermarias de ginecologia e urgência ginecológica, obstétrica, pediátrica e enfermaria clínico-cirúrgica e ainda se estende às UTIs neonatal, pediátrica e aos ambulatórios de gestação de alto risco, oncoginecologia e de pediatria. Há uma demanda significativa para psicologia com relação à área obstétrica e UTI neonatal, com número de atendimentos apenas inferior às enfermarias e ambulatórios de pediatria (Fonte: Disciplina de Psicologia Hospitalar, FAMEMA, 2010).

Com relação aos Indicadores Hospitalares das Unidades de Produção de Terapia Intensiva Neonatal, referentes ao mesmo período, observa-se elevada taxa de ocupação da UTI Neonatal (94,45%), demonstrando a necessidade de se investir no aumento da oferta deste tipo de leito, além de situar a intervenção da equipe nestes dois momentos de atenção, de frequente continuidade em função do risco gestacional e maior risco ao nascimento (FAMEMA, 2010).

Neste sentido, deve-se considerar que os bebês resultantes de gestação de alto risco são frequentemente prematuros de risco, exigindo cuidados especiais. Antes disso, as situações de risco podem ser capazes de alterar ou acentuar dificuldades na relação da mãe com o feto, dificultando o estabelecimento do vínculo materno-filial.

É consensual na psicologia e na psicanálise a importância das primeiras relações. A mãe é considerada a principal referência emocional no início da vida, de fundamental importância para a construção psíquica, afetiva e social do filho. Para a mulher, por sua vez, o processo de tornar-se mãe provoca transformações profundas e abrangentes, despertando conflitos e conteúdos inconscientes, que influenciam na qualidade da ligação mãe-filho. Em grande parte, todas as relações interpessoais remontam à relação primária com a figura materna e daí se conclui a importância do investimento nesta área.

Portanto, se pensarmos em bebês que nascem sem a necessidade de atendimento especial, podemos supor que o vínculo pais-bebês pode se estabelecer de forma mais tranquila, embora não sem conflitos da vivência de crise existencial. O nascimento de risco, no entanto, muitas vezes se dá de forma brusca, oferecendo aos pais uma realidade contrária às suas expectativas de suposta normalidade. Assim, surgem situações de confusão em relação aos papéis previamente determinados, em que os pais terão que se reorganizar e estabelecer novas formas de contato com seu bebê.

Anterior a esta situação e pensando inicialmente na figura materna, o episódio que implica em uma doença na gestante-mãe pode reforçar sentimentos de inadequação, culpabilidade e reações depressivas, relacionadas à maternagem.

Estas situações envolvem frequentemente angústias, fantasias e diversos sentimentos no período da gravidez ao puerpério. Ao trabalhar com gestantes e, frente ao diagnóstico de pré-eclâmpsia, me interrogo com situações tanto da “produção” da doença em determinada etapa do ciclo gravídico, como com o vínculo que é estabelecido com este feto/bebê. O que parece relevante é considerar como está sendo constituída a identidade materna nesta circunstância.

Conhecer o enfoque destas gestantes, suas motivações conscientes e inconscientes, e seus conflitos com a identificação do vínculo estabelecido com o feto/bebê, tem o intuito de contribuir para a melhoria do cuidado e assistência integral da mulher durante o ciclo gravídico–puerperal, principalmente no direcionamento de um trabalho preventivo relacionado à saúde mental, considerando a experiência de conviver com situações contraditórias de doença e possibilidade de desenvolvimento e de vida.



# *Introdução*

## 1. INTRODUÇÃO

### 1.1. DO CONCEITO DE RISCO NA GESTAÇÃO À GESTAÇÃO DE ALTO RISCO

O significado etimológico da palavra risco deriva do vocábulo *riscare*, que significa ousar. A medicina traduz risco por marcadores ou fatores geradores de risco e comprova que, durante a gestação a mulher está sujeita a condições especiais consideradas inerentes ao estado gravídico, com graus de vulnerabilidade que acarretam alterações tanto à mãe como ao feto (SANTOS, 2005).

A gestação é um fenômeno fisiológico e, por isso mesmo, sua evolução se dá na maior parte dos casos sem intercorrências. Apesar deste fato, há uma parcela pequena de gestantes que, por serem portadoras de alguma doença, apresentarem algum agravo ou desenvolverem problemas, têm maior probabilidade de evolução desfavorável, tanto para o feto como para elas mesmas. Essa visão do processo saúde-doença, denominada enfoque de risco, fundamenta-se no fato de que nem todos os indivíduos têm a mesma probabilidade de adoecer ou morrer, estabelecendo-se um gradiente de necessidade de cuidados que vai desde o mínimo, para os indivíduos sem problemas ou com poucos riscos de danos até o máximo, para aqueles com alta probabilidade de sofrerem agravos à saúde. A definição do nível de assistência necessário para solução dos problemas dependerá do problema apresentado e qual intervenção será realizada (BRASIL, 2010).

Devido à importância do tema gestação de alto risco, várias discussões vêm sendo realizadas no âmbito das políticas públicas em saúde e no campo das recomendações de procedimentos técnicos.

Neste sentido, o Manual Técnico do Ministério da Saúde, referente à Gestação de Alto Risco (2010), aponta que a morbimortalidade materna e perinatal continuam ainda elevadas no Brasil, mostrando-se incompatível com o atual nível de desenvolvimento econômico e social do país. Sabe-se que a maioria das mortes e complicações ocorridas durante a gravidez são preveníveis, mas para isso é necessária a participação ativa do sistema de saúde (BRASIL, 2010).

As normas de assistência devem permitir a identificação precoce e adequada dos problemas da gestante, assim como os procedimentos diagnósticos e terapêuticos necessários,

e em que nível de assistência os mesmos serão realizados. Assim, a assistência pré-natal da gestante sem problemas deve ser diferente daquela oferecida às que tem problemas, seja em objetivos, conteúdos, número de consultas e tipo de equipe que presta a assistência (BRASIL, 2010).

Assim, a gestação de alto risco “é aquela na qual a vida ou a saúde da mãe e/ ou do feto e/ou recém-nascido tem maiores chances de serem atingidas que as da média da população considerada” (CALDEYRO-BARCIA, 1973 apud BRASIL, 2010).

Alguns autores enfatizam mais o feto, preferindo nomeá-las de “gestação de feto de risco elevado” e conceituando-as como aquelas em que o feto, por atributos maternos de gestação ou parto, apresente chances aumentadas de dano em relação a outro feto, gerado sem os referidos atributos (LUZ, 1975 apud TEDESCO, 1997).

A assistência pré-natal pressupõe avaliação das situações de risco e prontidão para identificar os problemas, de forma a poder atuar e impedir um desfecho desfavorável. A ausência de controle pré-natal, por si mesma pode incrementar o risco para a gestante e o recém-nascido (BRASIL, 2010).

Existe ainda a necessidade de mais ações educativas a respeito dos possíveis riscos no transcorrer de uma gestação de baixo risco ou durante o trabalho de parto, e para as gestantes com fatores de risco específicos detectados, de mais intervenções de impacto positivo junto à família e à comunidade (BRASIL, 2010).

---

<sup>1</sup> CALDEYRO-BARCIA, R. Embarazo de alto risco. In: CONGRESSO LATINO AMERICANO, 7<sup>o</sup>, CONGRESSO EQUATORIANO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRÍCIA. 5<sup>o</sup>, Quito, 1993 apud BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Gestação de alto risco**: manual técnico. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 302 p.

<sup>2</sup> LUZ, T. P. Gestação de Alto Risco: revisão de conceitos e tentativa de definição à luz da epidemiologia. *Jornal Brasileiro Ginecologia.*, v. 80, n. 105, 1975 apud TEDESCO, J. J. A. Aspectos emocionais da gravidez de alto risco. In: ZUGAIB, M.; TEDESCO, J. J. A.; QUAYLE, J. **Obstetrícia psicossomática**. São Paulo: Editora Atheneu, 1997.

A equipe de saúde deve estar preparada para enfrentar quaisquer fatores que possam adversamente afetar a gravidez, sejam clínicos, obstétricos, de cunho sócio-econômico ou emocional. O intuito de uma assistência pré-natal de alto risco é interferir no curso de uma gestação com maior chance de um resultado desfavorável, de maneira a diminuir os riscos ou reduzir as possíveis consequências adversas a que estão expostos a gestante e o feto (BRASIL, 2010).

O fato de serem rotuladas como de “alto risco”, em contraposição às de “baixo risco”, já é suficiente para que a grávida se identifique como “normal” ou “diferente” (TEDESCO, 1997).

Além do risco físico a gestação de alto risco carrega maiores dificuldades de adaptação emocional que a gestação normal, a começar pelo rótulo que se dá, “de alto risco”, diferente das demais normais (DAVID et al., 2008).

Ressaltando as repercussões psicossociais, consideradas patologias de risco tanto para a mãe quanto para o feto, observa-se o acréscimo de ansiedades e inseguranças.

A possibilidade da gestação não evoluir de uma forma tranquila afeta a autoestima da mulher, que terá que se reestruturar diante do risco, tanto em relação à sua identidade materna como em relação ao filho que espera (SANTOS, 2005).

Frente ao fator de risco surge o medo real em relação à gravidez e a si mesma, predominando a sensação de perda de controle. Como consequência, pode-se alterar o nível de satisfação, aflorando atitudes negativas, aumento exagerado do nível de ansiedade, que é a grande favorecedora do aparecimento de problemas relacionados à evolução da gravidez, do parto e do relacionamento mãe-filho (TEDESCO, 1997).

Os cuidados médicos especializados à gestação de alto risco podem diminuir de forma eficiente a mortalidade materna e perinatal, porém podem aumentar a morbidade para os aspectos psicológicos. Iatrogenicamente, segundo Tedesco (1997), muitos dos cuidados que minimizam os efeitos dos riscos aumentam os distúrbios psicossociais. As internações sucessivas, muitas vezes prolongadas, o repouso no leito e outros cuidados físicos determinam a melhoria do prognóstico clínico materno-fetal, mas podem alterar profundamente o equilíbrio psíquico e social.

Na gestante de alto risco, emoções como censura, culpa e falha aparecem com frequência e podem trazer complicações para gravidez. Há riscos de maior vulnerabilidade emocional, possivelmente afetando a questão somática, em um estado de retroalimentação.

## 1.2. RISCO BIOPSIKOSSOCIAL

Mesmo com os avanços ocorridos nos últimos anos nos campos da saúde mental e da saúde da mulher, a aplicação prática da assistência integrada à saúde da mulher se mantém fragmentada e problemática.

A assistência às mulheres nos serviços de saúde mental e de saúde de maneira geral exige atenção específica, e somente diante deste reconhecimento há a possibilidade de construção de uma política assistencial menos fragmentada.

A interface saúde mental e saúde da mulher constitui um espaço amplo e de extrema complexidade, tanto do ponto de vista da saúde quanto da organização da sociedade contemporânea (BALLARIN; FERIGATO; CARVALHO, 2008).

As discussões relacionadas à assistência integral à saúde da mulher exigem reflexões relacionadas à formação dos profissionais de saúde e a valorização do trabalho interdisciplinar.

As ações em saúde, com o enfoque de gênero e a qualidade da assistência, tomando por base a humanização como fio condutor, ainda falham na identificação das necessidades da mulher no ciclo gravídico-puerperal, especialmente na articulação das ações e do cuidado após o nascimento do filho. A mulher volta ao serviço de saúde apenas para o cuidado com o recém-nascido, espelhando a falta de articulação das ações básicas e o viés de gênero (SERRUYA; LAGO; CECATTI, 2004).

O período gravídico-puerperal é a fase de maior incidência de transtornos psíquicos na mulher, necessitando de atenção especial para manter e recuperar seu bem-estar e prevenir dificuldades futuras para com o filho (DAVID et al., 2008).

Neste sentido, Alhusen (2008) verificou que fatores como depressão, abuso de substâncias e altos níveis de ansiedade estão associados a baixos níveis de ligação materno-fetal.

Os componentes emocionais relacionados à gestação são enfatizados pela maioria dos autores pela sua possível interferência na dinâmica da paciente em relação à sua patologia orgânica e porque sentimentos como censura, culpa, falha e medo da morte repercutem na vivência da gestação (QUAYLE, 2005; TEDESCO, 1997).

Em contrapartida, nem toda manifestação depressiva pode relacionar-se ao quadro de risco orgânico, pois nem toda gestante que apresenta risco biológico manifesta depressão e quando isso ocorre é necessário avaliar com atenção o diagnóstico psicodinâmico, para se tomar medidas de assistência coerentes (SANTOS, 2005).

Os fatores que estão associados à melhora do vínculo materno-fetal geralmente incluem suporte familiar, estabilidade emocional e um perfeito ultrassom (ALHUSEN, 2008), que não correspondem necessariamente a um diagnóstico psiquiátrico e sim psicodinâmico e/ou psicossocial.

A gestação pode ser considerada, dentro das etapas do desenvolvimento humano, como um dos momentos de crise existencial. Estes momentos constituem pontos decisivos no crescimento emocional e em parte determinam o estado de saúde ou doença mental, na dependência de reestruturações, modificações e integrações da personalidade, que variam de acordo com a estrutura e recursos de cada indivíduo. Neste sentido, Maldonado (2000) ressalta que a pessoa em crise, por estar em um estado de equilíbrio instável e em busca de novas soluções, sente-se por um lado mais vulnerável, mas por outro mais acessível à ajuda, o que favorece o melhor aproveitamento de um processo de intervenção.

Em determinada condição de risco detectada durante a gestação devem ser levados em conta ainda que, as reações da família podem ser muito semelhantes às da grávida no sentido da ambivalência e do luto pela “perda” da gravidez idealizada. Vale ressaltar ainda que esta condição de risco presente no decorrer da gestação, pode diferir da condição clínica preexistente à gravidez, no sentido desta última não representar luto, mas uma nova chance de vida ou o triunfo sobre a doença (BRASIL, 2010).

Desta forma, a equipe de saúde precisa ter conhecimento e sensibilidade para identificar e entender o processo emocional que permeia o acompanhamento da gestação de alto risco (BRASIL, 2010).

Esse percurso traz a importância da consideração do campo do singular, onde as manifestações, mesmo biológicas, ocorrem em conformidade a uma lógica da subjetividade de cada paciente (ZUCCHI, 1999).

Os modelos de assistência que levam em consideração a história da gestante, não só em relação ao histórico clínico, provavelmente obtém melhores resultados, uma vez que os conteúdos emocionais interferem na resolução da gestação, na aderência ao tratamento e no futuro vínculo maternal (SANTOS, 2005).

### 1.3. UMA PERSPECTIVA PSICANALÍTICA E PSICOSSOMÁTICA

Segundo Langer (1981), a atitude da mulher diante da feminilidade encontra-se predominantemente associada aos fatores pessoais ou individuais, que condicionam sua conduta ulterior relacionada à maternidade. Segundo a autora, o número de investigações comprova que as dificuldades são consequência de conflitos psicológicos e, portanto, acessíveis a meios psicoterapêuticos.

Segundo Szejer e Stewart (1997), não há gravidez sem história portadora de um sentido e que dá lugar a uma criança singular, única, que traz consigo um significado no instante em que vem ao mundo. Assim, pela singularidade da história de cada gravidez, não existe a gravidez ideal. Cada uma é mais ou menos fácil de viver. Algumas mulheres vivenciam um sentimento de plenitude e outras vivem estados de angústia.

Discorrendo sobre as idéias de Helene Deutsch (1947)<sup>3</sup>, Langer (1981) aborda a dupla identificação que a gestante desenvolve na relação com o feto, revivendo sua própria vida intrauterina e identificando o feto de forma inconsciente com sua própria mãe, em uma relação ambivalente revivida com o filho no futuro. Mas, o feto também pode representar algo roubado da mãe, vindo de encontro com as fantasias precoces e inconscientes da menina, de haver despojado sua mãe dos conteúdos valiosos de seu corpo. A reagudização destas fantasias, trazidas do referencial Kleiniano durante a gravidez e o parto, é a causa de múltiplas angústias e transtornos somáticos (LANGER, 1981).

Melanie Klein (1932/1989) considera também em suas colocações Helene Deutsch, que discute a atitude da mulher grávida em relação à criança em seu interior, encarando o filho tanto como parte de seu ego quanto objeto exterior a ele, em consideração ao qual repete todas as relações objetais, positivas e negativas, que teve com a própria mãe.

No entender de Klein (1936/1996), o trabalho analítico demonstra que as fantasias já estão na mente do bebê quase desde o nascimento, geradas pelos estímulos recebidos pela criança. Os estímulos desagradáveis, incluindo a frustração, provocam fantasias agressivas; os gratificantes mobilizam fantasias concentradas no prazer.

---

<sup>3</sup> DEUTSCH, H. La psicología de la mujer. Ed. Losada, Buenos Aires. 1960 (1945) apud LANGER, M. **Maternidade e Sexo**: estudo psicanalítico e psicossomático. Porto Alegre: Artes Médicas, 1981. 266 p.

O objeto de todas essas fantasias seria de início o seio da mãe, que a princípio é limitado a uma parte da pessoa ao invés do todo, enquanto o bebê só mostra interesse na gratificação imediata ou na ausência de gratificação. ‘Assim, o seio da mãe que traz ou não gratificação adquire, na mente da criança, as características do bem e do mal’ (KLEIN, 1936/1996, p. 331). Freud chamava isso de princípio de prazer-dor-desprazer.

Segundo a autora,

O que poderíamos chamar de seios “bons” se tornam o protótipo de tudo aquilo que é percebido pelo resto da vida como algo bom ou benévolo, enquanto os seios “maus” representam tudo o que é mau ou que tem o caráter de perseguidor. O motivo para isso pode ser explicado pelo fato de que ao voltar seu ódio contra o seio que se nega – ou seja, o seio “mau” – a criança atribui ao próprio seio todo o ódio ativo que dirige contra ele – processo que recebe o nome de *projeção* (KLEIN, 1936/1996, p. 332).

Discorre ainda também sobre outro processo importante: a *introjeção*. Esse termo se refere à atividade mental da criança através da qual, na fantasia, ela absorve para dentro de si tudo o que percebe no mundo externo (KLEIN, 1936/1996).

No primeiro estágio do desenvolvimento mental, todo estímulo desagradável parece estar relacionado, na fantasia do bebê, aos sentimentos hostis que são negados, enquanto o estímulo agradável estaria ligado aos “seios bons” que trazem gratificação. Isto indica que existem dois círculos, um benévolo e outro vicioso, ambos calcados na interação de fatores externos e fatores psíquicos internos. A diminuição das fantasias assustadoras permite melhor adaptação à realidade. Segundo Klein (1936/1996), para que haja um desenvolvimento mental adequado é importante que a criança apresente maior influência sobre o círculo benévolo, com uma consequente facilidade de formar uma imagem da mãe enquanto pessoa (com aspectos “bons” e “ruins”), o que implica em mudanças importantes no seu desenvolvimento intelectual e emocional.

No início as fantasias centram-se nos seios da mãe, mas depois se estendem gradualmente para o resto do corpo. Fantasias e sentimentos vorazes, destrutivos, têm como objeto o interior do corpo da mãe. Na sua imaginação, a criança o ataca, roubando e devorando tudo o que ele contém (KLEIN, 1936/1996).

Os sentimentos de frustração são descritos com natureza complexa e com ênfase na privação sentida. Há, no entanto, outras ocasiões além do contato com o seio, em que o bebê percebe e registra inconscientemente o amor, a paciência e a compreensão da mãe - ou o seu oposto. Tudo o que faz com que o bebê sinta que está cercado de objetos amistosos prepara o



terreno para uma boa relação com a mãe e, mais tarde, com outras pessoas à sua volta (KLEIN, 1936/1996).

Com o desenvolvimento, através da idéia de que o seio na realidade se estende à mãe, é despertado o medo da perda total do objeto (internalizado ou externo), misturando-se ao sentimento de culpa por tê-lo destruído. A criança então percebe a perda do seio (vivência do desmame) como punição pelo ato terrível que cometeu (KLEIN, 1936/1996).

O sentimento de culpa, portanto, pode perdurar na vida, de maneira inconsciente, com características que envolvem não se sentir digna de amor ou de ser incapaz de amar, acrescido do medo de não conseguir dominar seus próprios impulsos agressivos (KLEIN, 1936/1996).

Em suma, a luta entre o amor e ódio, com todos os conflitos que ela provoca, começa na infância e continua ativa pelo resto da vida. Ela se origina da relação da criança com os pais. No caso da menina, a preocupação com o bico do seio é transferida para outro interesse – em sua maior parte inconsciente - pelo órgão genital do pai, que se torna o objeto dos desejos e fantasias libidinais.

À medida que prossegue seu desenvolvimento, a menina passa a desejar mais ao pai do que a mãe. Ela passa a ter fantasias conscientes e inconscientes de tomar o lugar da mãe, conquistando o pai e se tornando sua mulher. Também tem muita inveja dos outros filhos que a mãe possui e deseja que o pai lhe dê bebês que possam ser seus. Esses sentimentos, desejos e fantasias são acompanhados de rivalidade, agressividade e ódio contra a mãe, somando-se ao ressentimento que sente contra ela, oriundo de frustrações anteriores no seio (KLEIN, 1936/1996, p. 351).

Em “A sexualidade feminina”, Freud (1931/1996) considera para a mulher três possibilidades de inscrição na cultura como sujeito sexuado. A primeira seria a inibição da sexualidade, a segunda a fixação na inveja do pênis e a terceira a maternidade, considerando esta última saída como a normal e a desejável, no sentido da criança ser experienciada, na relação com a mãe, como o que lhe faltava para satisfação.

Além disso, Freud apresenta o narcisismo como um estágio de desenvolvimento da libido, posterior ao autoerotismo, no qual ocorre a primeira escolha objetal, sendo o próprio EU o objeto escolhido (FREUD, 1914/1996). Posteriormente, a pessoa é capaz de escolher outros objetos que não o seu EU. Neste sentido, o narcisismo é muito importante no contexto de uma gravidez, pois o amor e outros sentimentos direcionados ao feto são narcísicos, sendo o bebê não exterior à mulher grávida, mas parte de seu corpo.

Na atualidade, consensualmente, os psicanalistas concordam com a concepção de que o primeiro amor não é edípico, mas sim narcísico, em que há inicialmente um processo de

indiferenciação simbiótica entre o bebê e sua mãe, em um estado de fusão. O amor edípico, isto é, voltado aos objetos externos, passa a ser encarado em um segundo momento, enganchado nas vicissitudes próprias do narcisismo original (ZIMERMAN, 2010).

Parker (1997) coloca a idéia de Freud (1914/1996) com relação ao amor dos genitores como essencialmente narcisista, no sentido do bebê existir para realizar os desejos e sonhos dos pais, “recebendo todos os recursos narcisistas que estes desejariam para si mesmos” (p. 47). Na atualidade, segundo a autora, o narcisismo materno é considerado pela sua contribuição ao desenvolvimento da criança. A mãe obteria prazer do amor pelo filho e ama o filho em benefício próprio.

Klein (1937/1996) faz sua observação sobre o comportamento das meninas pequenas que brincam com suas bonecas como se estas fossem seus bebês. Esses desejos experimentados na infância permanecem até a idade adulta e contribuem em muito para a força do amor que a mulher grávida sente pela criança que tem dentro de si. A gratificação de finalmente ter esse filho alivia a dor da frustração sentida na infância quando queria ter um bebê do pai e não pôde. Além disso, o caráter indefeso da criança e sua grande necessidade de cuidados da mãe exigem mais amor do que pode ser dado a qualquer outra pessoa, o que fornece objetivo para as tendências carinhosas e construtivas da mãe.

A gratidão pela criança que dá à mãe o prazer de poder amá-la acentua ainda mais esses sentimentos e pode levar a uma atitude onde a preocupação primordial da mãe será com o bem do bebê, de modo que sua própria satisfação passe a estar ligada ao bem estar do filho (KLEIN, 1937/1996, p. 359).

A psicanálise não converge atualmente unicamente para o complexo de Édipo como o maior responsável por diversas neuroses. Existe uma crescente importância às fases mais precoces do desenvolvimento humano, desde a condição do recém-nascido, ou ainda no útero, durante a gestação, denominado como o período do narcisismo, que após segue na evolução do psiquismo (ZIMERMAN, 2010).

Portanto, ter filhos pode significar tanto a revivência de desejos infantis como também a de angústias e perseguições. Para Klein (1932/1989), a posse dos filhos significa uma maneira de superar a ansiedade e atenuar sentimentos de culpa, sendo suas atitudes para com o filho de grande importância no entendimento de suas sublimações. Segundo sua concepção, os ataques imaginários que desfecha contra o interior de sua mãe, por meio de excretas venenosos e destruidores, acarretam dúvidas sobre seu próprio corpo. Por equacionar fezes

com crianças, as fantasias sobre as fezes más, que se encontram em seu interior, levam-na a alimentar fantasias sobre ter um filho mau dentro dela, o que equivale a ter um filho defeituoso. As formações reativas às fantasias sádicas dão origem a sublimações do tipo especificamente feminino. Se a menina for suficientemente alentada por sentimentos otimistas acreditará que as crianças em seu interior são seres positivos. Caso ela se encontre repleta de temor em relação ao “mau internalizado” seu relacionamento com as crianças reais, em fases posteriores da vida, será dominado pela ansiedade. Os medos daí resultantes, frutos do deslocamento da ansiedade relativa ao inimigo dentro dela, aparecem de forma intensa em relação à gravidez e ao parto, podendo até tornar a mulher psicologicamente incapaz de conceber uma criança.

Portanto, a gestação desencadeia reações particulares em cada mulher, sendo a experiência da maternidade única, implicando em diferentes modos de relacionamento com o papel de mãe. As tendências favoráveis e adversas à gravidez entram em conflito e se manifestam no plano psicológico e psicossomático, provocando angústias e transtornos típicos. Segundo as observações de Langer (1981), toda gravidez produz uma situação de maior ou menor conflito entre uma tendência maternal e outra de rejeição.

Para os psicanalistas o desejo não pertence apenas à ordem do consciente. Pode-se afirmar, segundo Szejer e Stewart (1997), que se deseja um filho e, inconscientemente pode-se não desejá-lo, por razões que escapam a história particular de cada um. Pode-se “fazer de tudo” para não ter filho, por uma vontade consciente, porém o desejo inconsciente pode ser mais forte que todas as decisões racionais. Às vezes acontece que o desejo consciente se articule com a vontade consciente, quando uma gravidez programada acontece e se desenvolve conforme o previsto. Mas, também ocorrem conflitos entre o desejo inconsciente e a vontade consciente. É o que produz as famosas falhas: um preservativo mal colocado ou uma pílula esquecida. “São atos falhos que podem ser entendidos como discursos (do inconsciente) bem sucedidos” (SZEJER; STEWART, 1997, p. 56).

Szejer e Stewart (1997) ainda colocam que o desejo não é monolítico, ele é sempre ambivalente, no sentido de se desejar algo e encontrar uma infinidade de argumentos para não fazê-lo.

Laplanche e Pontallis (1995) definem ambivalência como o termo usado para designar ações e sentimentos que resultam de um conflito defensivo, no qual entram em jogo motivações incompatíveis. Ocorreria na presença simultânea, na relação com o mesmo objeto, de sentimentos antagônicos, como o amor e o ódio.

Segundo Klein (1945/1996), o bebê introjeta seus objetos desde o princípio, estando as imagos<sup>4</sup> primárias como equivalentes no mundo interno da criança. As imagos do seio da mãe e o pênis do pai se estabelecem dentro do ego e formam o núcleo do superego. A introjeção dos seios e da mãe bons e maus corresponde a introjeção do pênis e do pai bons e maus. Eles se tornam os primeiros representantes das figuras internas protetoras e auxiliadoras de um lado, e das figuras persecutórias e retaliadoras de outro. Essas são as primeiras identificações egóicas. A equação que a menina realiza entre o pênis do pai e o filho leva-a a atribuir à criança, que se encontra em seu interior, o significado de um superego paternal. Depois que este processo de introjeção ocorre, o filho torna-se a encarnação do ideal de ego, com a representação da personificação de seus ideais, do que não foi capaz de atingir.

A atitude ambivalente que ela tem para com o filho deve-se, em parte, ao fato que ele representa seu superego - frequentemente em forte oposição ao seu ego - e revive nela aqueles sentimentos ambivalentes para com o pai, originados da situação edipiana (KLEIN, 1932/1989, p. 171).

Na formação do superego da menina, o pai bom e admirado corresponde de certa forma ao pai mau castrador. Porém, o principal objeto de ansiedade da menina é a mãe persecutória. “Se a internalização de uma mãe boa, com cuja atitude maternal ela pode se identificar, serve de contrapeso a esse medo persecutório, sua relação com o pai bom internalizado é fortalecida por sua própria atitude maternal diante dele” (KLEIN, 1945/1996, p. 459).

Segundo Klein (1945/1996), ao lado do potencial de conhecimento inconsciente que os bebês possuem, a menina tem sérias dúvidas a respeito de sua capacidade de ter filhos no futuro. No inconsciente da criança, a mãe possui um poder mágico, pois toda a bondade brota de seu seio e ela ainda contém o pênis do pai e os bebês dentro de si. A menina, ao contrário do menino, cuja esperança de se tornar potente ganha força com a posse de um pênis, que pode ser comparado ao do pai, não tem como assegurar sua futura fertilidade, tendo suas ansiedades acentuadas com relação ao conteúdo de seu corpo.

---

<sup>4</sup> Imago: Protótipo inconsciente de personagens que orienta seletivamente a forma como o sujeito apreende o outro; é elaborado a partir das primeiras relações intersubjetivas reais e fantásticas com o meio familiar (LAPLANCHE e PONTALLIS, 1995).

Como refere a autora:

Essas ansiedades intensificam os impulsos de roubar crianças dentro do corpo da mãe, assim como o pênis do pai que também se encontra lá, o que por sua vez reforça o medo de que o seu próprio interior seja atacado e tenha o seu conteúdo “bom” roubado por uma mãe externa e interna retaliadora (KLEIN, 1945/1996, p. 458).

Essa inveja da mãe permanece como um fator essencial ao longo do desenvolvimento sexual e emocional da menina, tendo um efeito importante na identificação com a mãe na relação sexual com o pai e no papel maternal (KLEIN, 1945/1996).

A identificação, visto como um processo psicológico pelo qual um indivíduo assimila um aspecto, uma propriedade, um atributo de outro e se transforma total ou parcialmente, segundo o modelo desta pessoa (LAPLANCHE; PONTALIS, 1995), mostra-se um verdadeiro processo complexo na formação da identidade pessoal. Segundo Navajas Filho (1997), se houver uma identidade feminina bem formada, sem muitas áreas de conflito, tenderá a aparecer na história obstétrica como algo harmônico e sem grandes consequências funcionais. Em contrapartida, se há intensos conflitos na relação mãe-filha, haverá comprometimentos de sua identidade por fantasias, medos e culpa decorrente.

Em uma concepção simplificada, Klein (1932/1989) relata que a atitude da menina em relação ao filho imaginário ou real não é só ambivalente, como também carregada de certa quantidade de ansiedade, que exerce influência decisiva sobre suas relações com o filho. Os sentimentos mobilizados em relação à criança real dentro da mulher serão, portanto predominantemente negativos ou positivos, de acordo com as suas primeiras relações de objeto.

Portanto, o amor que o indivíduo consagra a seu bom objeto é maior na medida em que ao revelar-se como algo a que ele pode dedicar suas tendências restitutivas, lhe proporciona gratidão e atenua sua ansiedade. Além do mais, ao dispensar amor e cuidados maternos, a mulher não só realiza seus antigos desejos como ao identificar-se com o filho, compartilha o prazer que ele lhe dá (KLEIN, 1932/1989).

Ao engravidar, a mulher projeta no bebê suas esperanças de realização e perpetuação, identificando-se com este objeto. Na gravidez, no entanto, o objeto já está literalmente incorporado. Após identificar-se com o bebê, a grávida passa a investir de forma mais consciente no objeto, amando algo que não lhe é externo, sendo assim um amor narcísico (FREUD, 1917/ 1989; FREIRE; CHATELARD, 2009).

Neste sentido, a mulher grávida necessitaria de amparo e proteção, sofrendo de uma regressão parcial. Seu estado despertaria angústias precoces e principalmente, segundo o referencial Kleiniano, ligadas à relação com sua mãe. Langer (1981) ressalta que as manifestações psicossomáticas são mais ou menos inofensivas, de acordo com o conflito e ansiedade mais ou menos intensos com a gravidez.

Raphael-Leff (1997) esclarece que as tendências existentes antes da gestação desempenham um papel importante na vivência do processo de gravidez. Há analogias entre o novo estado e as antigas idéias e recordações, necessidade de emprestar conteúdo psíquico às sensações físicas, tendência a suscitar fantasias primitivas, podendo até conduzir a transformações patológicas dos fenômenos observados.

Spinelli (1997), abordando a psicogênese das doenças, procura apresentar a história única de uma pessoa, uma mulher grávida, diferenciando as realidades externa e interna, no sentido de que a leitura externa nunca se iguala a do mundo interno, que seria um constituinte psíquico que quando em ação entra em um estado de excitação, que impele o indivíduo para a atividade que pode ser alterada pela experiência individual. Essa atividade deve levar a algo que o autor denomina ora de sensação de tensão, ora de gratificação. Cada uma estará vivenciando seu novo papel social.

No entanto, a doença não é casual, segundo este referencial. Seria o resultado do conflito de forças internas (ligadas ao prazer ou a realidade), por falta de adaptação ou por adaptação inadequada. Obedece a fatores predisponentes e desencadeantes e se fixa em regiões de sensibilização, que por vezes aparecem com características regressivas (SPINELLI, 1997).

De acordo com Bormio (2008), essa sensibilidade subjetiva diante da vida exerce um efeito atenuante ou agravante aos eventos, efeito que depende muito mais da personalidade que das circunstâncias.

O sintoma seria a expressão da doença, onde estariam três componentes integrados: o manifesto (manifesta-se no corpo, buscando estabelecer a adaptação e a homeostase); o latente ou subjetivo (correspondendo ao processo mental) e o distúrbio da relação do mundo psíquico interno do indivíduo com o ambiente (SPINELLI, 1997).

O modo de avaliação pessoal das situações, sempre consideraria vários elementos como a personalidade, a experiência vivida, as circunstâncias do contexto e as normas culturais. É devido a esse aspecto multifatorial que uma determinada situação vivida pelo sujeito sofrerá um processamento interno, envolvendo sua avaliação quanto à natureza do

evento e sua possível ameaça, bem como um processamento interno acerca da escolha da melhor maneira de enfrentamento, resultando em uma determinada resposta (BORMIO, 2008).

A doença, neste sentido, não é vista como opositora à saúde, mas como um mecanismo de defesa, em que através dela as pessoas conseguem regredir e pedir afeto e ajuda que estão necessitando, para replanejarem seus objetivos para esse momento de vida (SPINELLI, 1997).

Em condições normais, os mecanismos de defesa são dispositivos reguladores saudáveis e necessários para a sobrevivência do ego. Muitas vezes, são a condição necessária para que o indivíduo possa mobilizar recursos adaptativos para tentar respostas de solução do conflito que se lhe foi imposto. A necessidade de adaptação vai ocorrer toda vez que algum fenômeno interno ou externo coloca o indivíduo em situação de ameaça e sofrimento (SEBASTIANI, 1997).

Dois tipos de crise mobilizam defesas: as de Evolução e as Traumáticas. As primeiras seriam aquelas que ocorrem com o desenvolvimento do indivíduo (crises do nascimento, puberdade, adolescência, gravidez, menopausa, velhice, entre outras), enquanto o segundo tipo se instalaria de maneira vertical e inesperada (mortes, enfermidades, outras perdas). Portanto, todos esses tipos de ocorrências gerariam estresse e desencadeariam atitudes adaptativas. A capacidade do indivíduo de adaptar-se, a brevidade do tempo que consegue fazê-lo e a qualidade da resposta adaptativa são determinantes na superação da situação conflitiva ou na evolução desta para os estados denominados por Doenças Adaptativas (SEBASTIANI, 1997).

Nestes casos, a visão histórica e globalizada do indivíduo é fundamental, tanto para um bom diagnóstico, como para a adequada escolha de recursos terapêuticos. Deve-se contemplar a investigação não só dos sinais e sintomas, mas da história de vida que impossibilitou essa pessoa de encontrar alternativas adaptativas saudáveis (SEBASTIANI, 1997).

Campos (1992) aponta para o mecanismo de somatização, se referindo a uma escolha pelo corpo como forma de comunicação e enfrentamento da situação de perigo.

Destaca-se a importância da maternagem<sup>5</sup>, que antecede a capacidade de simbolização, em que a linguagem que se estabelece é matizada por respostas instintivas, que colaborarão com a formação da personalidade através da maturação e modulação das respostas via contato com o ambiente e com quem faz os cuidados das necessidades do recém-nascido.

Assim, observa-se a importância da comunicação que se estabelece na infância, que originará o aparelho psíquico e moldará em muitos aspectos a forma singular de enfrentamento do estresse (SEBASTIANI, 1997).

A mente modelaria o corpo de acordo com a história de vida. Neste sentido, as emoções se originariam na relação primária mãe/bebê, com a formação de nossa imagem e estruturação psíquica, e a diferenciação contínua entre o objeto externo (que imitamos) e o objeto interno (que procuramos - a mãe ideal) (SPINELLI, 1997).

Neste sentido, o aparelho psíquico é o grande intermediador entre o contexto social e o corpo biológico. Em determinado momento, o conjunto de defesas orgânicas e psíquicas atinge um estado de falha ou esgotamento, resultando o estado disfuncional, cuja escolha de localização é influenciada tanto por fatores genéticos (órgão preferencial de choque) quanto por fatores psíquicos (quando o sintoma orgânico guarda relação simbólica com o conteúdo do conflito), caracterizando as somatizações (RIEHELMANN, 1997).

Há muitas evidências acerca da influência dos estados de tensão emocional sobre a evolução das gestações normal e patológica. A grávida normal pode experimentar ampla variedade de emoções que incluem introversão, passividade, mudanças bruscas de humor, todas reflexos da intensa ansiedade instalada.

Adaptação gravídica às mudanças psicológicas pode ser conceituada como a aquisição necessária para completar tarefas ou estágios emocionais específicos, que incluem a aceitação da realidade da gravidez, desenvolvimento da ligação afetiva com o feto, aceitação e resolução da relação com a própria mãe e separação do feto com sua identidade própria. Em geral, são conflitos situacionais, transitórios. Porém, a ansiedade não controlada pode levar ao desajuste emocional para com a gravidez e para com a relação mãe-filho, emergindo efeitos indesejáveis tanto maternos quanto infantis (TEDESCO, 1997).

---

<sup>5</sup> Maternagem: Definida como a relação entre o cuidador (mãe ou seu substituto) e o recém-nascido, em que deve ocorrer o suprimento das necessidades básicas deste último, possibilitando as experiências primeiras de estruturação do vínculo afetivo, que serão reproduzidos ao longo da vida (SEBASTIANI, 1997).



No entanto, segundo Langer (1981), embora não exista gravidez isenta de angústia e conflito, justamente pela grande mudança e conquista que implica, a gestação pode ser acompanhada por um grande sentimento de felicidade. A mulher pode se sentir também serena e tranquila, identificada com o seu ideal de mãe e com o filho bem protegido por ela.

Nessa nova relação que se inicia há uma verdadeira busca por um nascimento mais harmonioso. Há um corte no cordão umbilical para uma nova vida, não só do bebê, mas de todos os personagens contidos no cenário de seu nascimento, “através da emoção e da memória das experiências emocionais de cada pessoa” (SPINELLI, 1997, p. 9).

#### **1.4. AS NUANCES DO CICLO GRAVÍDICO PUERPERAL**

A gravidez não pode ser considerada como um evento isolado na vida da mulher, ao lhe apresentar novos desafios, provocando alterações no equilíbrio psíquico e social previamente existente, levando-a a uma readaptação dos mecanismos corporais como também a uma readaptação psicológica (QUAYLE, 2005).

Os nove meses de gestação são período útil de transformação, de forma que faz a mulher passar da preocupação por si mesma a outro ser, que em alguns meses, estará sob sua responsabilidade (WINNICOTT, 1966/2006).

A gravidez representa uma transição que faz parte do processo normal de desenvolvimento, envolvendo uma mudança de identidade e uma nova definição de papéis, sendo que no caso da primigesta, além de filha e mulher, ocupa o lugar de mãe (DE FELICE, 2000).

Durante a gestação, a identidade materna é construída através de uma imagem idealizada da mulher como mãe e do bebê como filho (KIMURA, 1997).

Neste sentido, Maldonado (1992) refere-se à dupla identificação vivenciada pela mulher em nível consciente e inconsciente, tanto em uma revisão do próprio modelo parental quanto a uma identificação com o bebê, gestando expectativas e anseios em relação ao papel parental e as características da criança.

Uma vez mãe, a mulher provavelmente nunca mais será a mesma: uma transformação aí se opera, “alterando sua condição, sua visão de si mesma, sua vida emocional, seu lugar na família e no mundo” (DE FELICE, 2006, p. 15).

Usualmente, na primeira metade da gestação estão presentes os conflitos relacionados à ambivalência, que incluem o feto e a sua concepção, o desempenho de papéis (mãe/esposa/profissional/filha), o medo da perda do bebê ou deste ser portador de problemas

ou malformações. A essas condições surgem posturas regredidas e infantilizadas (QUAYLE, 2005).

Soifer (1980) escreve, em relação a este período, sobre a vazão dada a ansiedade causada pela incerteza, devido à intensificação de fantasias persecutórias que existem frente à maternidade e conflito edipiano: “São o produto de sentimentos de culpa infantil. Tanto pelos ataques fantasiados à própria mãe, como pelo desejo de ocupar o seu lugar” (SOIFER, 1980, p. 24).

Klein (1928/1996) explica estas fantasias infantis, de onde a capacidade materna da mulher pode ser afetada pelas tendências destrutivas precoces dirigidas ao corpo da mãe (tendências estas explicadas diretamente pelos primeiros estágios do conflito edipiano), esperando a menina ser castigada com a destruição de sua própria capacidade de ter filhos, dos órgãos ligados a esta função ou de seus próprios bebês.

A vivência persecutória traz o medo de que alguém possa arrebatá-lo o filho sonhado e demonstrar que se trata de uma fantasia e não uma gravidez real; ou ainda, a gravidez desejada pode provocar a perda da própria mãe, concretizada pela fantasia infantil de ter o filho pela destruição materna (SOIFER, 1980).

Predominam nesta fase inseguranças relacionadas à capacidade de gestar (ter um bom corpo para gestar), envolvendo também a capacidade de gerar um bebê saudável (SARMENTO; SETÚBAL, 2003).

Além disso, no primeiro trimestre são frequentes as oscilações do humor (aumento da irritabilidade), as primeiras modificações corporais e alguns desconfortos somáticos (SARMENTO; SETÚBAL, 2003).

Na segunda metade da gestação, fase marcada pela possibilidade de percepção dos movimentos fetais (Soifer, 1980), a *percepção do outro dentro de si* mobiliza medos e receios de situações e tarefas concretas, como sobre as condições do parto e do bebê ao nascer e quanto a capacidade pessoal para o desempenho do papel maternal (QUAYLE, 2005).

A investigação da ansiedade relacionada a esse período localiza o temor ao filho em si, o qual surge como um desconhecido e, associado a este temor acha-se o medo à responsabilidade assumida, responsabilidade ante o ventre desenvolvido, que já adquire características concretas (SOIFER, 1980).

“Tal sentimento de responsabilidade se une à noção de dar vida, o que, se levamos em conta o processo genético, significa haver cedido parte da própria vida” (SOIFER, 1980, p. 29).

A ansiedade dominante de toda gravidez irrompe, de modo intenso, ante a percepção dos movimentos fetais: é a ansiedade por se experimentar uma união tão íntima e pessoal, que ninguém mais pode interferir (SOIFER, 1980).

A presença do filho é concretamente sentida em uma associação da mudança maior do esquema corporal e a percepção dos movimentos fetais. Segundo Ferrari, Piccinini e Lopes (2007), a partir dos exames de ultrassonografia e a realidade dos movimentos fetais, a mãe começaria a fazer leituras desses movimentos, que teriam relação com seus desejos a respeito desse filho. O período entre o quarto e o sétimo mês de gravidez seria o período de maior fecundidade da imaginação sobre o bebê, estando no sétimo ou oitavo mês bem definido na mente materna. Entre o oitavo e nono mês, aconteceria uma inibição do processo imaginativo, em função da proximidade do parto, momento no qual se encontrarão o bebê imaginado e o real.

A ansiedade de estar cedendo a própria vida se condensa com o medo de morrer no parto, aparecendo de forma manifesta o conceito da própria morte e, assim, a vida com limites precisos. A mulher teme a dor do parto, teme não suportá-la, sucumbir a ela, perder o controle. Além do medo da morte, existe o medo de ser dilacerada, de que o bebê ao nascer a rasgue e a destrua em sua feminilidade e genitalidade. A sensação de não ser capaz de fazer o bebê nascer, ligada à autoestima da mulher e suas experiências pessoais ao longo da vida e da gestação é uma angústia muito frequente no momento do parto (SARMENTO; SETÚBAL, 2003).

A ocorrência do parto, por fim, substitui o bebê imaginário pelo real, preenchendo ou não as expectativas maternas. O esvaziamento psicológico, por vezes, corresponde a uma sensação de vazio e fragilidade, e ao desempenho da função materna associam-se gratificações e frustrações, vinculadas às relações que se estabelecem no núcleo familiar (QUAYLE, 2005).

Neste sentido, Maldonado (1997) verifica também no homem o processo de mudança de identidade e de papel, sendo a paternidade considerada uma fase de transição no seu desenvolvimento emocional.

O companheiro também pode vivenciar sentimentos ambíguos quando fica ciente da gravidez e seus fatores emocionais também são resultados de mecanismos psíquicos relacionados com experiências anteriores ao seu desenvolvimento (THOMAZ et al, 2005).

Embora as mulheres possam vivenciar mais intensamente as transformações fisiológicas da gestação, pois somente elas podem sentir o filho crescer dentro de si, dar à luz

e amamentá-lo, os pais também podem viver uma relação específica com seus bebês durante o período gestacional, estabelecida por meio da construção de uma imagem mental do bebê, do exercício da paternidade e dos contatos interacionais entre ambos (PICCININI et al., 2009).

Torna-se importante enfatizar que o nascimento de um filho constitui-se em marcante experiência familiar, com alterações intra e interpessoais processadas em toda família, considerado marco significativo do desenvolvimento da mulher, do homem e na vida do casal, constituídos de histórias pessoais e familiares particulares (ONIKO, 2002).

Não é infreqüente, no entanto, que este cenário seja alterado pela inserção de crises acidentais, imprevisíveis, na crise normativa que o ciclo gravídico puerperal representa. Essas situações podem comprometer o resultado do processo, a saúde materna ou a viabilidade fetal, representando possibilidades simultâneas de perdas concretas ou fantasiadas, em nível cotidiano e simbólico (QUAYLE, 2005).

#### **1.5. HIPERTENSÃO NA GRAVIDEZ: DEFINIÇÕES, ETIOLOGIA E REPERCUSSÕES**

Os distúrbios hipertensivos são considerados complicações médicas de maior relevância durante o período gravídico-puerperal, sendo responsáveis por altos índices de mortalidade materna e perinatal.

O termo “hipertensão na gravidez” é usualmente utilizado para descrever desde pacientes com discreta elevação dos níveis pressóricos até hipertensão grave, com disfunção de vários órgãos (ANGONESI & POLATO, 2007).

Na identificação das formas de manifestação da hipertensão arterial na gravidez é fundamental, entretanto, diferenciar a hipertensão arterial que antecede a gravidez, daquela que é condição específica da mesma. Na primeira forma, a elevação da pressão arterial é o aspecto fisiopatológico básico da doença e na segunda é resultado da má adaptação do organismo materno à gravidez, sendo a hipertensão apenas um de seus achados, com impacto diferente destas duas condições sobre mãe e feto, assim como seu controle (PERAÇOLI; PARPINELLI, 2005).

A hipertensão arterial pode se manifestar na gestação por quatro formas: pré-eclâmpsia/eclâmpsia; hipertensão arterial crônica, de qualquer etiologia; pré-eclâmpsia sobreposta à hipertensão arterial crônica ou nefropatia e hipertensão gestacional (PASCOAL, 2002).

Entre os tipos de hipertensão presentes na gravidez destacam-se as manifestações específicas da gestação, isto é, a pré-eclâmpsia e a hipertensão gestacional. A pré-eclâmpsia, isolada ou sobreposta à hipertensão arterial crônica, associa-se aos piores resultados maternos e perinatais das síndromes hipertensivas (PERAÇOLI; PARPINELLI, 2005). Caracteriza-se pelo desenvolvimento de hipertensão arterial e proteinúria, após a 20ª semana de gestação. Sua incidência aumenta em primigestas, com história familiar de pré-eclâmpsia ou eclâmpsia, mulheres com pré-eclâmpsia anterior e aumento da massa trofoblástica (BORTOLOTTI; BORTOLOTTI; ZUGAIB, 2008).

Entre suas principais complicações destacam-se a eclâmpsia, definida pela manifestação de uma ou mais crises convulsivas tônico-clônicas e/ou coma e a síndrome HELLP, definida pela presença da associação de anemia hemolítica microangiopática, aumento de enzimas hepáticas e trombocitopenia. Estas complicações são os principais fatores relacionados as altas taxas de mortalidade materna e perinatal (PERAÇOLI; PARPINELLI, 2005).

Com relação ao tratamento, gestantes com pré-eclâmpsia leve são acompanhadas via ambulatorial e hospitalizadas apenas para avaliação diagnóstica inicial. Gestantes com pré-eclâmpsia grave são internadas para realização de exames laboratoriais específicos, avaliação das condições clínicas maternas e do bem estar fetal e a necessidade de transferência para unidade de referência (BRASIL, 2010). A antecipação do parto é o único tratamento definitivo para a pré-eclâmpsia, desaparecendo o quadro clínico dentro de duas a seis semanas após o parto.

A literatura relaciona o estresse como um dos fatores de desenvolvimento da pré-eclâmpsia, principalmente ao considerar a primeira gravidez e a adolescência. Kahhale et al. (2000), estudando as condições psicológicas de gestantes adolescentes, discorrem sobre a difícil tarefa assumida pela adolescente que engravida, uma vez que a aquisição da identidade se torna dupla: buscar a própria identidade pessoal e fazê-la através da maternidade. Portanto, esta dupla tarefa pode ser vivida como situação altamente estressora.

Vale ressaltar que a adolescência, em si, não é considerada fator de risco para a gestação. Há, todavia, possibilidade de risco psicossocial, associado a aceitação ou não da gravidez, com reflexos sobre a vida da gestante adolescente que podem se traduzir na adesão (ou não) ao preconizado durante o acompanhamento pré-natal. Considera-se que o profissional deve atentar para as peculiaridades desta fase e considerar a possível imaturidade emocional envolvida, além de seus riscos (BRASIL, 2010).

Uma revisão de literatura identifica estreita vinculação entre intercorrências clínico-obstétricas e estados emocionais particulares, quando apontada a doença hipertensiva da gravidez nesta relação. Ressalta ainda a importância da avaliação psicológica da gestante na defesa do desenvolvimento do obstetra na abordagem dos conflitos emocionais (CURY, 1997).

A abordagem dos fatores emocionais aparece como relevante, em possíveis associações psicossomáticas. Um estudo indica uma associação da ansiedade e depressão com aumento do risco de desenvolver pré-eclâmpsia, quando avaliou se a depressão e ansiedade no início da gravidez estariam associadas à ocorrência da doença (KURKI, 2000).

BRANDON et al. (2008) avaliaram presença de sintomas depressivos e fatores de risco para depressão em um grupo de mulheres hospitalizadas com gestação de alto risco. Encontraram maior prevalência de transtorno depressivo nas mulheres com gestação de alto risco quando comparadas a grupos de gestação de baixo risco. Mais ainda, a internação hospitalar, frequentemente necessária para controle da pressão e indicação ou não do término da gestação é um fator ainda maior de estresse para a paciente e sua família (ARAÚJO et al., 1998).

Os poucos estudos que avaliaram o impacto da hospitalização de mulheres com gestação de alto risco identificam níveis mais altos de sintomas de ansiedade e depressão, piora da auto-imagem, expectativas menores quanto ao nascimento e funcionamento familiar prejudicado, quando comparadas as não hospitalizadas. Outros aspectos psicossociais como apoio familiar, satisfação nos relacionamentos interpessoais, apego materno-fetal tem sido considerados na experiência incerta destas mulheres diante da maternidade (BRANDON et al., 2009).

#### **1.6. OS PRIMÓDIOS DA RELAÇÃO MATERNO-FILIAL E AS REPERCUSSÕES DA GESTAÇÃO DE RISCO**

Precocemente, a natureza do relacionamento dos pais com o bebê é marcada pelo mundo mental das representações, pelo imaginário e subjetivo. Antes da existência do bebê real, há o bebê imaginário. Portanto, a relação mãe-filho não tem início com o seu nascimento, mas é marcada por vários fatores que ocorrem durante a gestação (THOMAZ et al., 2005).

Há uma imagem da maternidade pré-estabelecida socialmente e também na mulher que vivencia o processo gravídico-puerperal, sendo o momento de gerar filhos um enfrentamento que envolve mudanças, adaptações e elaborações.

Ao cenário de crise normativa, no entanto, pode ocorrer a inserção de crises acidentais, imprevisíveis (de forma consciente), em que a dinâmica emocional da gestante e seus familiares é radicalmente alterada (QUAYLE, 2005).

A gravidez, associada a alguma patologia materna ou fetal, acentuará dificuldades e poderá repercutir em sentimentos como censura, falha e medo da morte (BENUTE et al., 2000).

A esperada adequação emocional da grávida, portanto, pode sofrer grande impacto, ainda maior se já houver sinais de algum desajustamento.

Na grávida de alto risco, o luto resulta da morte da gravidez idealizada, livre de intercorrências. O processamento dos sentimentos envolve fases ou estágios, com ocorrência raramente mecânica ou linear. Muitas vezes o impacto e a descrença são meios de defesa para autoproteção, fase em que geralmente os pais negam os riscos. A segunda fase envolve questionamentos da ocorrência, surgindo sentimentos de culpa, de punição ou de censura. Na fase de desorganização ou desapego, a grávida sente-se normalmente insegura, confusa, desorganizada com as informações e decisões a tomar. Por fim, alguma resolução é alcançada, com a reorganização dos planos da gravidez (TEDESCO, 1997).

O parto, por sua vez, é o momento em que a mãe se depara com um produto seu, do seu corpo, que mostrará para o mundo sua capacidade ou incapacidade feminina de gerar uma criança. É hora de pôr a prova sua competência feminina de gerar e a competência materna de cuidar (LOPES et al., 2005).

Ao nascimento de um bebê pré-termo, diante de determinadas condições de risco, as mães podem se sentir muito culpadas, pela fantasia relacionada à falha de continência, mobilizando intensa insegurança. Os sonhos construídos são desfeitos, sendo um golpe para autoestima materna, principalmente ao destituí-la de uma maternagem sadia (ARRUDA; MARCON, 2007).

Pensando-se, então, na síndrome hipertensiva, mais especificamente na manifestação da pré-eclâmpsia, as inseguranças podem se acentuar, repercutindo nas relações posteriores com o filho, ou ainda, no modelo interno de maternidade.

Enquanto a saúde psíquica da mulher favorece uma evolução saudável, a predominância de aspectos psicopatológicos da mãe pode conduzir a uma relação mãe-filho

com características psicológicas patológicas e acarretar uma resolução pouco satisfatória das vivências maternas (DE FELICE, 2006).

A qualidade das experiências emocionais da mulher, neste período, mostra-se dependente da internalização de uma figura materna bondosa, firmemente estabelecida no seu mundo mental, que lhe capacita a experimentar sentimentos de maior confiança e segurança para desempenhar seu papel materno (DE FELICE, 2006).

Durante o período puerperal, é esta identificação com uma boa mãe, capaz e competente, que vai ajudar a mulher a desenvolver sentimentos de segurança e autoconfiança.

Segundo Klein (1932/1982), ao reverter a relação mãe-filho, a mulher é capaz de experimentar uma renovação feliz de sua primeira ligação com a própria mãe, permitindo que seus sentimentos iniciais de ódio a ela fiquem em último plano e que seus sentimentos positivos aflorem.

No entanto, seu equilíbrio mental pode ficar afetado se o filho vir a apresentar problemas ou correr o risco de não ser saudável. Pois, se uma criança saudável constitui a refutação a numerosos medos, “um filho anormal, doentio ou mesmo insatisfatório é uma confirmação a seus temores, podendo até mesmo vir a ser considerado inimigo e perseguidor” (KLEIN, 1932/1982, p. 175).

A saúde mental do indivíduo, segundo Winnicott (1956/2000), é fundada pela mãe que por devotar-se ao seu bebê, adapta-se ativamente a ele. De acordo com o autor, o relacionamento entre mãe e bebê inicia-se antes do mesmo nascer e a devoção materna é essencial ao desenvolvimento do pequeno ser.

Winnicott (1956/2000) refere-se à capacidade que algumas mulheres têm e outras não, acerca de contraírem essa “doença normal”, que lhes possibilita a adaptação sensível e delicada às necessidades do bebê, já nos primeiros momentos. Descreve-a como uma condição organizada que pode ser comparada a um estado de retraimento e dissociação da mãe, alcançando um estado de sensibilidade exacerbada, quase uma doença e recupera-se dela. O autor introduz a idéia de “doença” porque a mulher deve ter saúde suficiente tanto para desenvolver este estado quanto para recuperar-se dele, a medida que o bebê a libera. A essa condição psiquiátrica especial da mãe, que gradualmente se desenvolve durante a gravidez e continua por algumas semanas depois do nascimento da criança, nomeia “Preocupação Materna Primária”.

O nascimento, portanto, é acompanhado por angústias e por um remanejamento psíquico profundo familiar. Traz para os pais seu próprio passado, suas vivências originais.



Cada um terá que se reorganizar em função do espaço do bebê. No caso, no entanto, de um nascimento prematuro, o bebê da incubadora não corresponde ao idealizado da gravidez e a mãe prematura pode não estar pronta para assumir o estado particular de Preocupação Materna Primária (MOREIRA, 2007).

Neste contexto, e retomando que desde a gestação as transformações advindas da maternidade têm sua ocorrência, com a reformulação e reativação de fantasias infantis e conflitos originais, torna-se significativo avaliar e analisar a vivência da gravidez e seus processos psicossomáticos, em uma relação de influência do inconsciente da mulher sobre a experiência vivida. Seu mundo interno, sua história pregressa e suas experiências infantis significativas, serão fatores influentes sobre a experiência emocional relacionada à maternidade.

### **1.7. O VÍNCULO MATERNO-FETAL E A MATERNAGEM**

É crescente o reconhecimento que o relacionamento entre uma mãe e seu filho se inicia antes do nascimento, isto é, enquanto o bebê ainda é um feto (ALHUSEN, 2008).

Cranley (1981), citado por Alhusen (2008), sugere que, durante os nove meses de gestação ocorrem tanto o desenvolvimento físico do feto como a transformação de uma mulher em mãe. Descreve a importância de considerar o desenvolvimento integral da identidade da mulher, a identidade do feto em desenvolvimento e talvez, como mais importante, a relação entre ela e seu feto.

A natureza desta relação é designada como vínculo pré-natal e pesquisas demonstram a correlação entre esta ligação pré e pós-natal (ALHUSEN, 2008). Além disso, um vínculo melhor estabelecido no início da infância é identificado como componente significativo no desenvolvimento futuro de uma criança.

O termo vínculo tem sua origem no étimo latino ‘vinculum’, que significa união, com as características de uma ligadura, uma atadura com sentido duradouro. Este termo alude a alguma forma de ligação entre as partes que estão unidas e inseparáveis, embora elas permaneçam claramente delimitadas entre si (ZIMERMAN, 2010).

A terminologia “vínculo” não é utilizada por muitos autores psicanalíticos, porém sua importância e idéia estão presentes nas obras dos mais notáveis autores da psicanálise. Freud deixou claramente implícita a importância que atribuía aos vínculos entre o indivíduo e seus semelhantes, a criança e a mãe, o indivíduo e as massas. Melanie Klein também aludiu diretamente à noção de vínculo na análise de crianças. Bowlby utilizou e divulgou muito o

que em sua *teoria do vínculo*, sob a denominação original de *attachment* (traduzido como apego), conceituou como sendo o vínculo afetivo primário entre mãe-filho (ZIMERMAN, 2010).

Portanto, a noção de vínculo é de fundamental importância no desenvolvimento da personalidade da criança, baseando-se esta afirmativa na inquestionável sentença “o ser humano constitui-se sempre a partir de um outro” (ZIMERMAN, 2010). Assim, conhecer o bebê antes do nascimento, estar com ele, pensar sobre ele, imaginar suas características traz implicações para a construção da representação do bebê, da maternidade e para a relação mãe-bebê (PICCININI et al., 2004).

Os cuidados necessários promovidos pela mãe são permeados por questões pulsionais na via do desejo. Portanto, o exercício da maternagem não pode ser pensado unicamente pela necessidade que uma criança tem de ser cuidada (STELLIN et al., 2011).

Além de satisfazer as necessidades orgânicas vitais, a noção de vínculo também abrange a tarefa de promover a satisfação das necessidades afetivas da criança por parte da mãe. Os cuidados concomitantes às necessidades e desejos do filho vão se modificando, porém o que deve permanecer é um sadio vínculo mãe-bebê: é a presença constante na mãe de uma boa capacidade de conter as eventuais angústias do bebê projetadas nela, junto com uma capacidade de empatia (ZIMERMAN, 2010).

Winnicott (1956/2000) estabelece as condições necessárias para uma boa função materna, ao conceituar como mãe suficientemente boa aquela capaz de atender às necessidades do bebê. O cuidado abrangeria uma disponibilidade psíquica da mãe para com seu bebê, às palavras ditas a este filho, ao investimento de seu desejo. Portanto, a maternagem diz respeito aos recursos psíquicos que uma mãe emprega para que seu filho se constitua como sujeito.

Por outro lado, a noção de vínculo mãe-bebê pressupõe que não é somente o bebê quem depende maciçamente da estrutura de maternagem, visto que a mãe depende fortemente de ser reconhecida e amada por seu filho (ZIMERMAN, 2010).

A mulher não se configura primordialmente como mãe, a função materna é um processo de construção, ou seja, fundamentalmente, efeito de uma operação psíquica. A formação do vínculo ou apego foi considerada, com o passar do tempo, como um processo. Isto é, cada participante de um “contrato” aprenderia, com o tempo, como obter satisfação com o outro, alimentando, assim, o processo de vinculação (KLAUS; KENNEL, 1993).

Considerando o desenvolvimento da criança, o Apego Materno Fetal (AMF) – termo utilizado para descrever os comportamentos e atitudes da mulher diante da gravidez – é conceituado como a primeira parte de um *continuum* de apego, que começa durante a gravidez e se estende no relacionamento entre mãe e bebê no pós-natal. Cranley (1981 citado por Schmidt e Argimon, 2009)<sup>6</sup>, baseado na sua definição de AMF como a intensidade com a qual a gestante manifesta comportamentos que representam a afiliação e a integração com sua criança intra-útero, desenvolveu a escala de Apego Materno fetal, aplicável durante todo o processo gestacional, que no entanto se mostra mais sensível após o 6º mês de gestação, quando já se evidenciam os movimentos fetais. Diferenciar-se do feto, interagir com ele, atribuir-lhe características e intenções, doar-se e imaginar-se no papel de mãe, eram sub-escalas dentro de 24 itens pesquisados.

Neste sentido, Ferrari, Piccinini e Lopes (2009) relatam que, em geral, as mães atribuem características físicas e psíquicas ao bebê que o personaliza e familiariza, fazendo parte desde o início daquela família em particular. O movimento imaginativo, segundo Brazelton e Cramer (1992), possibilita acionar o que denominam de apego primordial.

Para o melhor entendimento das alterações emocionais na vivência de risco é interessante entender as duas etapas da gravidez: a fase inicial, que se concentraria no *self* da gestante e integração do feto neste conceito e, a segunda fase marcada pela percepção dos movimentos fetais, com o reconhecimento do feto como entidade independente na segunda metade da gestação.

---

<sup>6</sup> CRANLEY, M. S. Development of a tool for the measurement attachment during pregnancy. *Nursing Research*, 30, 282-284 apud SCHMIDT, E. B.; ARGIMON, I. I. L. Vinculação da gestante e apego materno-fetal. **Paidéia**, v. 19, n. 43, p.211-220, 2009.

Portanto, conhecer as vivências na segunda metade da gestação, época em que segundo Soifer (1980) o bebê realmente anuncia sua existência, e estudar as fantasias e ansiedades do psiquismo materno, quando rompe em um desequilíbrio somático como a doença hipertensiva, pode revelar novas condições da evolução destes afetos e fenômenos psíquicos, com a possibilidade de trilhar o estudo da experiência afetiva da maternidade e suas repercussões sobre o desenvolvimento da relação mãe-filho, sobre o prisma do risco físico e psíquico.

## *Objetivos*

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1. OBJETIVO GERAL**

Compreender a constituição da relação afetiva mãe-bebê<sup>7</sup> na gravidez de alto risco, considerando a vivência psíquica da mulher com o diagnóstico de pré-eclâmpsia.

### **2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

Identificar o contexto em que se deu a gravidez, bem como as expectativas e sentimentos em relação ao bebê e à maternidade;

Compreender, na perspectiva das gestantes, os fatores psíquicos envolvidos no desenvolvimento e no diagnóstico de pré-eclâmpsia;

Verificar as possíveis repercussões psíquicas e vinculares com o feto/bebê, desencadeadas pela situação de risco.

<sup>7</sup> Embora o presente estudo focalize o período da gestação e do feto, o termo bebê foi usado na maior parte do trabalho, ao se referir ao significado que a mãe atribui ao filho ainda no útero

# *Metodologia*

### 3. METODOLOGIA

#### 3.1. SUJEITOS

O estudo teve a participação de nove gestantes portadoras de pré-eclâmpsia. Foram selecionadas gestantes que estavam em acompanhamento no Ambulatório de Gravidez de Alto Risco ou internadas no Hospital Materno-Infantil (HMI) da Faculdade de Medicina de Marília (FAMEMA), sendo excluídas as portadoras de outras patologias ou complicações obstétricas.

Participaram do estudo primigestas, com idade gestacional a partir da 20<sup>a</sup> semana, sem delimitação da faixa etária, uma vez que a doença se manifesta com frequência nos extremos da idade reprodutiva.

Para determinação do número de participantes utilizou-se o critério de saturação dos dados, ou seja, quando as informações se tornaram repetitivas encerrou-se a coleta de dados.

#### 3.2. INSTRUMENTOS

Entrevista semi-estruturada (Minayo, 1999), onde a participante respondeu a questão disparadora e abrangente: **“Fale tudo que se lembrar desde a descoberta da gravidez até o momento atual.”** Para auxiliar o pesquisador no desenvolvimento da entrevista utilizou-se um roteiro (Anexo A).

#### 3.3. PROCEDIMENTOS

Após a permissão dos sujeitos, através do termo de consentimento (Anexo B), realizou-se entrevista individual durante a gestação - após o diagnóstico de pré-eclâmpsia. A entrevista iniciou-se com o levantamento de dados de identificação (sócio-demográficos) e idade gestacional da participante, aplicando-se imediatamente a questão disparadora. Para nortear as possíveis intervenções da pesquisadora utilizou-se um roteiro previamente estabelecido, correspondente aos objetivos do estudo.



As entrevistas ocorreram nas instalações do ambulatório ou em área próxima à Unidade obstétrica hospitalar, em sala reservada, preservando-se a privacidade e evitando-se interrupções.

Para melhor aproveitamento das informações as entrevistas foram gravadas e transcritas para posterior análise.

### **3.4. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS**

O projeto de pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (CEP) da Faculdade de Medicina de Marília (FAMEMA), protocolado com o número 195/09 (Anexo C).

Considerando o que preconiza a Resolução 196/96 e suas Complementares do Conselho Nacional de Saúde, as participantes foram esclarecidas sobre a finalidade da pesquisa, bem como sobre a manutenção do sigilo, do anonimato da sua pessoa e do direito de participação ou recusa em qualquer momento do estudo. Foram também orientadas acerca da gravação, do uso da informação, de seus direitos a esse acesso e não prejuízo a qualquer tratamento institucional.

### **3.5. CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS DO ESTUDO**

O método aplicado no estudo foi o qualitativo, voltado à compreensão de fenômenos e experiências humanas, e aliado à oportunidade de ver os fatos acontecendo e acompanhar sua evolução.

A investigação qualitativa requer como atitudes fundamentais a abertura, a flexibilidade, a capacidade de observação e de interação entre os investigadores e os atores sociais envolvidos. Parte de uma relação de intersubjetividade, de interação, de onde resultará um produto novo, em um processo mais amplo de construção de conhecimentos (MINAYO, 1999).

Numa busca qualitativa, a preocupação é menor com a generalização e maior com o aprofundamento e abrangência da compreensão (MINAYO, 1999). Dentro dos principais métodos de amostragem salienta-se a amostragem por saturação, isto é, o pesquisador fecha o grupo após as informações serem coletadas com certo número de sujeitos, quando novas entrevistas passam a apresentar repetições de conteúdo (TURATO, 2003). Minayo pontua, dentro desta abordagem, que na pesquisa qualitativa consideram-se os sujeitos em número suficiente para permitir uma reincidência de informações (MINAYO, 1999).

Ouvir e observar os sujeitos da pesquisa, bem como se auto-observar e dar as interpretações, são os objetivos maiores desta abordagem, em que se procura entender os sentidos e as significações dos fenômenos (TURATO, 2003).

Segundo Bleger (1989), o fenômeno da contratransferência pode ser indício de grande significado e valor ao que se passa na esfera do inconsciente do entrevistado, relevante como um instrumento técnico de observação e compreensão.

A importância, portanto, de voltar-se para o processo, observando a ocorrência dos fenômenos e a relação estabelecida entre eles, leva o pesquisador a penetrar na estrutura íntima e latente do objeto de estudo (TURATO, 2003).

Segundo Bleger (1989), utilizar as entrevistas como instrumento permite o estudo do comportamento total do indivíduo em todo curso da relação estabelecida com o entrevistador/técnico, “durante o tempo em que esta relação durar” (p. 12). De acordo com este autor, a entrevista psicológica configura uma relação humana, onde os integrantes assumem papéis específicos. Como campo de trabalho que investiga a conduta e a personalidade dos seres humanos, esta entrevista tem como chave a investigação realizada em seu transcurso, sendo as observações registradas em função das hipóteses do observador.

A escolha por tal instrumento deve-se ao fato da entrevista configurar uma maneira eficaz de se apreender os conteúdos latentes trazidos pelas informantes, com um objetivo maior de verificar o funcionamento mental individual.

Minayo (1999) descreve a entrevista como estruturada, com perguntas fechadas; aberta, quando aprofunda um tema sem nenhum roteiro prévio, ou semi-estruturada, combinando perguntas fechadas e abertas, oferecendo ao participante a possibilidade de discorrer sobre o tema proposto, sem respostas ou condições prefixadas pelo pesquisador. Relata que, pela finalidade da pesquisa, uma entrevista não será totalmente aberta, classificando-a como semi-estruturada, se houver espaço livre ao participante, de colocar sua experiência sobre o tema proposto.

Minayo (1999) aborda o conceito de Roteiro de Entrevista diferindo do sentido tradicional do questionário: “Instrumento para orientar uma *conversa com finalidade* que é a entrevista, ele deve ser o facilitador de abertura, de ampliação e de aprofundamento da comunicação” (MINAYO, 1999, p. 99).

Roteiro considerado pela autora como guia, nunca um obstáculo, não podendo prever todas as condições de trabalho de campo. Neste sentido, a entrevista pode não excluir outros

procedimentos de investigação, considerados relevantes para iluminar a compreensão do objeto, estabelecer relações e generalizações (MINAYO, 1999).

Para a elaboração do roteiro da entrevista foi utilizado o referencial de Maldonado (2000), no sentido de valorizar temas relacionados à história pessoal da gestante, o contexto existencial da gravidez e suas características de evolução.

Os instrumentos da abordagem qualitativa podem ser readaptados durante o processo de trabalho de campo, diante de sua flexibilidade, visando as finalidades de investigação. Porém, não se pode ir para a atividade de campo sem prever as formas de sua realização. Improvisá-los significaria correr o risco de romper os vínculos com o esforço teórico de fundamentação, necessário e presente em cada etapa do processo de conhecimento (MINAYO, 1999).

### **3.6. ANÁLISE DOS DADOS**

Os depoimentos foram analisados individualmente, extraíndo as unidades de significado, que emergiram da própria descrição e dos objetivos do estudo. Estas unidades de significado foram identificadas a partir das falas individuais das gestantes. Após a obtenção das unidades de significado analisou-se cada situação, os conteúdos latentes e manifestos, com elucidação e reflexão global do depoimento e do local onde se encontravam os significados. Analisada cada situação, agruparam-se as unidades de significado que possuíam um tema comum, conforme a similaridade do conteúdo.

Os conteúdos expressos pelas entrevistadas foram avaliados metodologicamente, utilizando-se a análise de conteúdo temática categorial proposta por Bardin (2003).

Escolheu-se a abordagem teórica psicanalítica, que permite o acesso aos conteúdos inconscientes e vinculares, seus sentidos emocionais, com a possibilidade de interpretação dos discursos e compreensão ampliada dos fenômenos.

## *Resultados e Discussão*

## 4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 4.1. CARACTERIZAÇÕES DAS GESTANTES

As primigestas, portadoras de pré-eclâmpsia, que compuseram a presente amostra se caracterizaram por estar na faixa etária entre 14 e 39 anos ( $28,7 \pm 7,9$  anos), em sua maioria ter o segundo grau completo (55%), desenvolver atividade fora do lar (77,8%) e estar em união conjugal estável (77,8%). Em igual porcentagem as gestantes se declararam ser católicas (44,4%) ou evangélicas (44,4%) (Tabela 1).

A idade gestacional, no momento do diagnóstico da hipertensão arterial, variou entre 23 e 35 semanas ( $29,6 \pm 4,2$  semanas), no momento da entrevista variou entre 23 e 39 semanas ( $33,2 \pm 4,7$  semanas) e a resolução da gestação ocorreu entre 30 e 39 semanas ( $34,3 \pm 3,6$  semanas). Em 66,7% dos casos o recém-nascido foi encaminhado para unidade de terapia intensiva, sendo que em um dos casos o parto ocorreu na cidade de origem (Tabela 2).

**TABELA 1**

SUJEITO	A1	A2	A3	A4	A5	A6	A7	A8	A9
<b>Idade</b>	32 a	24 a	34 a	23 a	30 a	14 a	33 a	39 a	17 a
<b>Escolaridade</b>	2 <sup>o</sup> grau	2 <sup>o</sup> grau	2 <sup>o</sup> grau	2 <sup>o</sup> grau	2 <sup>o</sup> grau	1 <sup>o</sup> grau	Superior	1 <sup>o</sup> grau	1 <sup>o</sup> grau
<b>Profissão</b>	Camareira	Vendedora	Do lar	Operária	Do lar	Estudante	Professora	Faxineira	Babá
<b>Religião</b>	Católica	Não praticante	Católica	Evang.	Testem. Jeová	Evang.	Católica	Evang.	Evang.
<b>Estado civil</b>	Amasiada	Solteira	Amasiada	Casada	Casada	Solteira	Casada	Amasiada	Solteira

TABELA 2

## DADOS COMPLEMENTARES

Sujeito	A1	A2	A3	A4	A5	A6	A7	A8	A9
<b>IG Entrevista</b>	35 sem	36 sem	34 sem 4/7	31 sem 4/7	30 sem	23 sem	39 sem	32 sem	37 sem
<b>IG de ↑ PA</b>	28 sem	35 sem	30 sem	24 sem	29 sem	23 sem	20 sem	31 sem	35 sem
<b>Parto/IG</b>	Cesárea/ 38 sem	Normal/ 36 sem	Cesárea/ 35 sem	Cesárea/ 31 sem	Cesárea/ 30 sem	Cesárea/ 30 sem	Cesárea/ 39 sem	Cesárea/ 32 sem	Normal/ 38 sem
<b>Local do bebê no puerpério imediato</b>	Alojam. conjunto	UTI Neo	Alojam. Conjunto	UTI Neo	UTI Neo	UTI Neo	UTI Neo	UTI Neo	Cidade de Origem

Os dados ilustrados na Tabela 3 (abaixo) servem como síntese de alguns aspectos importantes, relacionados desde a descoberta da gestação à vivência da hipertensão, com dados da constituição do vínculo materno-fetal.

A reação de negação acerca da descoberta da gravidez foi considerada nas situações em que as gestantes não acreditavam no sucesso da concepção ou estavam inseguras quanto a possibilidade de engravidar. O choque nomeado por A7 refere-se ao momento não planejado da gravidez, em uma época de acentuada crise, frente a necessária adaptação em outros setores. A rejeição diz respeito à uma negativa da gravidez, frente ao não planejamento. Características predominantes do vínculo estabelecido são levantadas, sem intenção, porém de reduzi-los nestas configurações. Tais dados serão também explorados no decorrer dos temas.

TABELA 3

Sujeito	A1	A2	A3	A4	A5	A6	A7	A8	A9
<b>Reação à descoberta da gravidez</b>	Negação	Rejeição	Negação	Negação	Rejeição	Rejeição	Choque	Negação	Negação
<b>Planejamento</b>	SIM	NÃO	SIM	SIM	NÃO	NÃO	NÃO	SIM	NÃO
<b>Vínculo</b>	Afetivo e ansioso	Culposo	Ansioso	Inseguro e ansioso	Afetivo e culposo	Frágil	Inseguro	Afetivo e inseguro	Afetivo e inseguro
<b>Sentimentos ligados à hipertensão</b>	Medo da morte e da perda	Medo da perda	Medo da morte	Medo da morte e da perda	Medo da perda	Medo da morte	Medo da morte e da perda	Medo da perda	Medo da morte e da perda

#### 4.2. CATEGORIAS TEMÁTICAS

A partir da leitura e releitura dos relatos individuais, bem como de suas respectivas interpretações psicanalíticas, emergiram algumas categorias temáticas, com base nos agrupamentos de conteúdos similares, trazidos pelas pacientes entrevistadas.

Foram descritos e analisados os temas emergentes e seus respectivos desfechos, revelando as divergências e convergências encontradas. As gestantes foram identificadas com a letra A, seguida de um número (1 a 9), para garantir o caráter confidencial ou segurança do anonimato. A letra foi acompanhada da informação sobre idade e tempo gestacional na entrevista, para melhor correlação de alguns conteúdos ou situações vividas.

O roteiro utilizado a partir da questão disparadora foi importante auxiliar para percorrer conteúdos relevantes da experiência dessas mulheres, com emergência de temas nomeados:

- *Sentimentos frente à descoberta da gravidez;*
- *Expectativas: da ambivalência ao vínculo mãe-bebê;*
- *Maternidade e maternagem: crise vital ou risco?;*
- *A hipertensão na gestação: perspectivas psicossomáticas e repercussões emocionais da doença.*

## TEMAS

### TEMA 1

#### SENTIMENTOS FRENTE À DESCOBERTA DA GRAVIDEZ

A maioria das gestantes trouxe o sentimento de incapacidade anterior quanto ao sucesso de uma gravidez, com surpresa relacionada à descoberta. As Unidades de significado relacionadas ressaltam a dificuldade de acreditar no sucesso da concepção, emergindo dificuldades de aceitação, negação e insegurança, conforme relatam as participantes:

*“Eu fiquei um ano, um ano e meio querendo engravidar, tentando. Eu já tava assim quase desistindo, mas aí quando eu descobri que eu tava grávida nem acreditei. Aí depois de quatro meses eu fiz o ultrassom, mas como o meu nenê não mexia, eu falava - acho que não to grávida não -, até quando eu fui fazer o us eu falei para o médico: - Ai Dr. será que eu to grávida?- Ele falou:--Não, ta sim, ta grávida! Por que você acha que não ta?-- Eu falei: - Porque ele não mexe, não sinto nada né?!” (A1, 32 anos, 35 semanas)*

*“(...) não engravidei com a outra pessoa. Aí até agora ta assim, só acredita quando vê a barriga crescendo,...” (A3, 34 anos, 34 semanas)*

*“Eu queria engravidar né... só que assim eu não tava conseguindo... Ah porque é o que eu queria né? Teve vezes que eu achei que eu não ia conseguir, tentava, falava: - Não vou ficar grávida mais não, não fiquei até agora.” (A4, 23 anos, 31 semanas)*

As gestantes apresentam de forma significativa a dificuldade de acreditar na possibilidade em ter filhos. Apresentam características ligadas ao rebaixamento da autoestima e a percepção de fragilidade na capacidade de ser, de forma concreta, mulher, mãe e, algumas vezes, também esposa, ilustrada por um dos casos:

*“Vou ser sincera com você, não programei a gravidez não, (...) eu tinha certeza que eu não podia ter filho, assim sem um tratamento porque eu nunca tomei o remédio direito, não me cuidava direito... E foi um choque muito grande para mim quando eu fiz o exame e descobri que eu tava grávida de dois meses e meio, eu achei que se eu pudesse estar, estaria uns 20 dias, mas não era, e assim na época ele tinha perdido o trabalho, então foi tudo muito*



*rápido, eu casei, ele perdeu o emprego e eu fiquei grávida.” (A7,33 anos, 39 semanas )*

Os dados obtidos coincidem com a idéia de Stern (1997), citado por Ferrari e cols. (2007), que na gravidez além do corpo da gestante encarregar-se do crescimento físico do feto, acontece no seu psiquismo a formação da idéia de ser mãe e a construção da imagem mental do bebê. É como se ocorressem três gestações ao mesmo tempo: o desenvolvimento físico do feto no útero, uma atitude de mãe no psiquismo materno e a formação do bebê imaginado em sua mente.

A ambivalência sentida pelas mulheres, em geral, diante da descoberta da gravidez, deve-se, muitas vezes, ao movimento subjetivo a ser feito, de mudança de posição – de filha para mãe. O luto da posição infantil se faz necessário, o que possibilita o lugar materno a partir das identificações infantis. Para exemplificar o aspecto da ambivalência, uma das entrevistadas traz a seguinte frase:

*“Quando eu descobri, não sabia se eu chorava ou se eu ria, não tava esperando. Não fiquei muito contente não, mas depois fui aceitando aos poucos, ainda de vez em quando ainda tenho umas crises...” (A2, 24 anos, 36 semanas)*

O sentimento de ambivalência diante da descoberta é revelado por todas as gestantes. Neste sentido, Bortoletti (2007) descreve a ambivalência afetiva como um sentimento inerente ao ser humano, fortalecido no ciclo gravídico-puerperal de forma surpreendente. Descreve a experiência diante do atraso menstrual, com o questionamento da possibilidade ou não de gravidez, quanto ao desejo de estar ou não grávida, experimentando uma mescla de alegrias e tristezas pelos ganhos e perdas implicados em uma gravidez. No entanto, pode-se enfatizar que até a mais premeditada concepção vincula alguma ambivalência, desde que a criação de uma nova vida signifique a perda da anterior (RAPHAEL-LEFF, 1997).

Sales (2000) ressalta que, quando uma gravidez passa de uma condição imaginária e se torna real ocorre uma ambivalência entre o desejo e o querer, que para a psicanálise é diferente. Nas mulheres que declararam não desejar engravidar, pode haver um desejo inconsciente predominante, manifestado pelos atos falhos, que envolvem a não utilização ou falha na contracepção. Segundo Szejer e Stewart (1997), as falhas seriam representantes de um discurso inconsciente. O planejamento pode não ter se dado em nível manifesto, mas conforme observado ocorreu por meio de *acting outs*, ou seja, através de possíveis manifestações do real desejo:

*‘Não tava nos nossos planos. Sei lá, acho que era medo mais, mais era medo. Eu quando eu casei tinha dezenove anos aí até os 22, 23 eu tinha vontade, depois eu falava para ele: - Minha época já foi, para mim não dá mais - Sei lá acho que mais era medo mesmo, medo de ter.’ (A5, 30anos, 30 semanas)*

De forma bastante reflexiva, Rapahel-Leff (1997) ainda discute as relações entre psique e soma, considerando que na mulher grávida as imagens internas e fatores históricos inconscientes constituem nutrientes ou toxinas em sua *placenta emocional* (grifos do autor), o que condicionaria a gestação mental de sua gravidez. Refere-se às dúvidas angustiantes, a ambivalência, ou a apreensão de ter poucos recursos para sustentar uma criança, como combinações importantes (baseadas em possíveis fantasias primitivas que envolvem agressividade e retaliação).

Sinaliza-se, por fim, o que Thomaz et al. (2005) referem quanto a importância de ser superada a ambigüidade do desejo de ter ou não um filho, para que o vínculo com o bebê seja efetivamente estabelecido.

Além disso, o apoio emocional do companheiro durante a gravidez pode contribuir para a melhor adaptação da mulher a todo processo gravídico-puerperal. De acordo com Brazelton e Cramer (1992), as atitudes do pai têm forte influência sobre a gravidez, o parto e a constituição do apego. Neste sentido, aparece a fala de uma gestante ligada à falta de apoio inicial do companheiro:

*“Quando eu soube que tava grávida eu fui contar para o meu marido, o que mais me ofendeu bastantes dias, quando cheguei nele para falar que tava grávida ele não queria a criança né? (...) Agora ele aceita tudo a criança sabe, me ajudou até a comprar as coisas, mas ele é assim é um homem que não faz um carinho na minha barriga, não pergunta da criança...” (A8, 39 anos, 32 semanas).*

A fala se relaciona à configuração do jogo do campo relacional casal conjugal, do qual Stellin et al.(2011) se referem. A entrada de um terceiro se explicitaria nas singularidades discursivas. Maior companheirismo na relação ou afastamento falam de modos libidinais (investimentos) que cada mulher aponta ao engravidar.

Estudos ainda ressaltam que o período gravídico-puerperal é a fase de maior incidência de transtornos psíquicos na mulher, referindo-se à associação entre as alterações psicológicas e os fatores familiares, conjugais, sociais, culturais e de personalidade da gestante. Os fatores de risco mais associados à depressão incluem as dificuldades econômicas

e a falta de parceiro ou de suporte familiar/social, com a prevalência maior em grupos de mulheres de baixa renda, negras, com baixos níveis de escolaridade (ZUCCHI, 1999). Isto coincide com a gestante acima que traz tanto características psicossociais similares como o conteúdo relacionado ao sentimento de rejeição e ausência de apoio do parceiro, com a notícia da gravidez.

Portanto, a figura do homem-pai, no contexto da gravidez é indispensável, e sua ausência é considerada um fator de risco gestacional. As atitudes masculinas, no entanto, diante da gestação podem ocorrer de diversas maneiras: com entusiasmo, resistência e ambivalência (MALDONADO, 2000; ARRUDA e MARCON, 2007).

De acordo com Parker (1997), a cogitação da ambivalência materna faz surgir a questão correlata da ambivalência paterna, figurando esta na relação estabelecida com a mulher, com importância crítica na modelagem da experiência de ambivalência da mãe.

Szejer e Stewart (1997) colocam que a história do casal e o tipo de relação que une um homem a uma determinada mulher está diretamente relacionado a como o homem reage à notícia. Os efeitos da notícia podem caracterizar também a ambivalência do homem com relação à gravidez. No entanto, muitas vezes a mulher não o compreende, pois por também estar ambivalente necessita de apoio do mesmo naquele momento. O sentimento que emerge, nesta situação, é o de solidão e abandono.

Neste sentido, quem a mulher é, como, quando, porque e com quem uma criança é gerada estabelece o cenário para aceitação da gravidez. Conforme a idade e as características pessoais, cada uma recebe de forma diferente os sinais que lhe endereça o corpo. Algumas podem considerar a possibilidade de gravidez e outras podem nem admitir, temendo confrontar-se com as consequências. Outras podem admitir para si mesmas, mas não ousam dizer para os que as cercam, temendo a reação (SZEJER; STEWART, 1997):

*“Eu descobri que engravidei depois que terminei com ele. Só depois disso que eu descobri. Eu já tava com 2 meses. Mas eu não quis falar para minha mãe não. Mas ela já desconfiava, que eu tava inchando bastante, aí todo mundo chamava para eu ir no posto, mas eu não queria,(...). Aí descobri agora. Que ainda descobri porque escutou o coração. Para mim eu não tava, para mim era outra coisa assim.” (A6, 14 anos, 23 semanas)*

*“Ah, eu pensava quando começou assim, quando engordei mais, porque eu era mais magrinha, aí eu falei para minha mãe que achava que era uma doença, que era uma infecção. Aí ela ficou preocupada porque meus pés estavam inchados, meu rosto tava*

*inchado, uma dor de cabeça forte, aí ela falou que eu ia no domingo no hospital. (...) eu não queria ir, mas aí eu vim...” (A6, 14 anos, 23 semanas)*

Na fala citada acima, o medo de uma doença parece estar mais relacionado à negativa da descoberta. O caso da jovem que não quer contar à mãe vincula o “**des-cobrir**” (grifos meus) – no sentido do revelar-, quando vem ao hospital acompanhada por ela.

Outras duas gestantes, respectivamente, uma com idade considerada tardia para concepção e outra adolescente, também trazem uma associação da gravidez à possibilidade desta ser uma doença:

*“Porque eu fui fazer o ultrassom para ver se eu tava com mioma, alguma coisa, aí chegou lá e o médico falou assim: -- Mioma você não tem não, mas as perninhas tem--, aí ele mostrou para mim, o nenê mexendo, já tava com 3 meses e meio.” (A8, 39 anos, 32 semanas)*

*“Ah eu descobri a gravidez com 4 meses né.(...). Mas só que eu achava que eu tava com anemia muito forte, eu na minha cabeça não saía outra coisa, só anemia, tudo eu tava doente, (...) aí minha vizinha falou: -- Se você não estiver grávida, o que não desce é cisto, é anemia, anemia muito forte ataca o sangue e aí não desce.-- Aí que eu fui, aí fiz o teste.” (A9, 17 anos, 37 semanas)*

Esses relatos sugerem se pensar no significado da concepção variando em mulheres diferentes e a questão do tempo como crucial. Segundo Rapahel Leff (1997), a primeira concepção pode oferecer a uma mulher mais velha a última chance de tornar-se mãe e uma ameaça de revolta vital, ao se tornar mãe uma adolescente. Isto implicaria em modos diferentes de perceber a ocorrência de uma gravidez, desencadeando mecanismos de defesa, manifestos nestas através de uma negação ou dificuldade de aceitação de tratar-se realmente de uma gestação.

Os sentimentos vinculados à descoberta da gravidez denotam o conflito existente entre o consciente e o inconsciente a respeito do discurso manifesto do não planejamento e o desejo latente a respeito da gestação. O que pode ser interpretado é que existia na maior parte destas gestantes uma insegurança em relação à possibilidade de engravidar e muitas vezes até uma certeza com relação à sua “infertilidade” (com base em possíveis fantasias primitivas). Com a descoberta da gravidez foram acionadas defesas para o início da elaboração da vivência. Umaz fazem a associação com uma possível doença, outras trazem o choque/impacto com a descoberta frente ao não planejamento e, a ambivalência afetiva presente, trazendo iniciais e

às vezes ainda frequentes sentimentos de rejeição, mesclados à aceitação. Um fator de relevância nas características das gestantes foi a idade: as duas adolescentes, pelo momento de desenvolvimento diverso das demais, podem ter utilizado defesas para protegerem-se de forma diferente da realidade que envolve a adaptação a esse novo e prematuro papel. Em contrapartida, o fator *passagem do tempo* é algo apresentado, na percepção de algumas gestantes - devido às tentativas ou idade - como forma de justificar a falta de confiança na ocorrência de uma gravidez.

## **TEMA 2**

### **AS EXPECTATIVAS: DA AMBIVALÊNCIA À FORMAÇÃO DO VÍNCULO MÃE-BEBÊ**

As unidades de significado ligadas às expectativas trazem, para algumas gestantes do estudo, a ansiedade característica do último trimestre de gravidez, considerado como o período de preparação para separação, que se concretizará com o nascimento da criança:

*“Bom, por enquanto eu fico ansiosa para ver ele, o jeitinho que ele vai ser. Até ontem uma mãe que tinha ganhado neném entrou, aí veio a imagem, já fiquei imaginando, já pensou quando for ele, como será que ele vai ser?” (A1, 32 anos, 35 semanas)*

Para Maldonado (2000), a característica predominante neste período é a ansiedade relacionada à aproximação do parto e as conseqüentes mudanças que acompanham o nascimento do filho. A ansiedade aparece ligada ao momento em que se daria o encontro com o verdadeiro bebê, não apenas aquele imaginado ou idealizado:

*“Ai, as coisinhas dele, tá tudo pronta. Só falta ele! Eu já montei, comprei protetor de berço, já montei o berço para ver como ficava. Por que eu não ia aguentar esperar até ele nascer. Eu, assim às vezes eu falo: -Ai, com essa barrigona, é ruim para dormir, certas coisas é desconfortável né?- Mas aí depois, eu falo assim: - Mas, eu tenho que ter paciência né? Esperar a hora certa para ele chegar né...” (A1, 32 anos, 35 semanas)*

*“...eu vixi sempre gostei de criança. Aí eu falei para mulher da minha sala agora, que eu de tanto pegar a nenenzinha da minha colega que ganhou esses tempos atrás que eu não sei, de tanto pegar ela no colo eu acabei ficando grávida. Eu falei assim, acho que a vontade*

*foi tanta, mas eu nunca assim previa, vou fazer para ter, eu tomava remédio,... ah eu espero tudo de bom, não vejo a hora de...” (A9, 17 anos, 37 semanas).*

Além da ansiedade para o nascimento, algumas trazem os sentimentos de medo mobilizados, temores que indicam um caráter autopunitivo, como o medo de morrer no parto:

*“Antes de engravidar eu já tinha medo (do parto). Não sei, acho que é porque os outros falam... do parto, como é que é, sabe? Acho que é por isso que a minha pressão subiu um pouco. Ah, tomo os remédio certinho... aí o negócio da pressão eu tiro, cortar sal, massa. Tô fazendo de tudo para cuidar sabe, só que mesmo assim, não ta resolvendo nada praticamente. (...). Ah, as meninas falam: -- Quem diria você queria tanto, uma coisa você queria tanto... às vezes você fala - Ai gente to preocupada com esse negócio de pressão. - Elas falam: --Você não quis o nenê? Deus te deu, ele não vai tirar.” (A4, 23 anos, 31 semanas)*

De acordo com Tedesco (1997), o nascimento de um filho inaugura definitiva e concretamente a maternidade, sendo este fato acompanhado de toda a pressão social do papel de mãe. Por isso, o parto pode acarretar grandes níveis de ansiedade, medo, excitação e expectativas. Associado a este período de crise considerado normal para o período vivido, a gestante acima traz o adicional do aumento da pressão. As preocupações, portanto, se relacionam aí ao medo do parto, medo do bebê morrer, associados aos riscos da gravidez.

A confirmação da gravidez desencadeia um processo de reorganização da percepção da mulher e de sua relação com o mundo. Engravidar inesperadamente pode gerar sentimentos confusos na mente materna, comparado a uma invasão, como algo que se instala sem permissão (CAMACHO et al., 2010). Essa confirmação pode perturbar de diferentes formas a mãe, gerando sentimentos de arrependimento, raiva, dificuldades domésticas, financeiras e até emocionais, conforme demonstram algumas gestantes:

*“Pensava, às vezes pensava que eu queria engravidar, queria ter um filho, mas não agora. Fiquei meio assustada quando eu fiquei sabendo.(...)Tem dia que eu acordo perguntando porque comigo, porque eu não queria (fala bem baixo este trecho). Mas agora eu to melhor. Às vezes eu xingo e me dá remorso. Já cheguei a xingar, falar um monte de coisa feia (chorando, fala baixo).Tem algumas coisas que você tem que ir cortando, que nem o direito de ir e vir, fazer o que quer, você vai parando desde já, acho que isso foi me abalando um pouco...” (A2, 24 anos, 36 semanas)*

*“Foi melhorando mais, porque no comecinho eu sentia uma culpa que eu não sei da onde vinha, uma culpa comigo mesmo sabe? Eu tinha errado para mim, na minha cabeça eu tinha errado, meu marido aguentou tanta coisa coitado, ele falava que não, que ninguém tinha culpa, que já que aconteceu, tinha que acontecer e agora levar em frente, eu no começo não conseguia aceitar de jeito nenhum. (...). Aí com o tempo fui fazendo o ultra-som, fui vendo né, o primeiro US que eu fiz eu não queria nem olhar, Meu Deus do céu, eu não queria nem olhar. Dr. um dia falou para mim:--Você vai ver só, oh escuta o coraçãozinho. -- Para mim era mesma coisa de nada, aquele coraçãozinho. Aí eu chegava em casa e chorava porque eu achava que tinha que sentir alguma coisa e eu não tava sentindo nada, aí eu chegava em casa e falava: - Tá dentro de mim, coitadinho, tem uma vida né?- Eu ouvia o coraçãozinho era mesma coisa de ouvir um batuque...” (A5, 30 anos, 30 semanas)*

A gestação não planejada pode trazer sentimentos de culpa, frustração e vergonha. A ansiedade, então, aparece para estas mulheres atrelada a ambivalência sentida, na coexistência de sentimentos mobilizados desde a descoberta da gestação.

As fantasias inconscientes em relação a mãe e o filho, expressam o temor de que a própria hostilidade, componente da ambivalência, destrua o feto. O temor universal de ter um filho com alguma deficiência física expressa claramente este tema. Esse temor do filho malformado faz pensar em suas raízes na infância, na formação da autoestima da mãe. A crença na bondade e capacidade de fazer coisas boas, em contraposição à crença na maldade e prejuízos a nós ou a outras pessoas, convergem com grande intensidade para a situação de ter um filho. Ter filhos sadios representa, no nível emocional, ganhar um prêmio; não ter filhos, ter filhos malformados ou doentes, representa castigo (MALDONADO, 2000). A fala de A7 clarifica esta vivência:

*“Quando eu fiz a minha primeira consulta com a Dra M., ela achou que eu tava com começo de depressão, (...), no sentido de ter sido mesmo um choque, de não estar esperando estar grávida... Não, mas assim do casamento não me arrependo nada, do bebê nada, to curtindo bastante, foi assim tanta coisa acontecendo ao mesmo tempo, então acabou afetando bastante a minha parte emocional mesmo. (...). Bastante insegura, com medo de perder ele, com medo de não dar conta. Eu quase deixei a Dra. doida porque eu queria que ela fizesse o exame da Sd. de Down. Não que se meu filho tivesse eu não ia cuidar dele, não isso. Mas eu tinha muito medo, medo de faltar uma mãozinha, um pezinho, um dedinho e eu ficava em cima dela (...). É muito medo, muita insegurança assim dele não nascer perfeitinho,(...)Eu*

*acho que porque eu coloquei na cabeça que eu não podia ter filho então...e tudo decorrente disso aí acabava subindo minha pressão. ' (A7,33 anos, 39 semanas)*

No entanto, embora permeadas pela ambivalência sentida, conseguem começar a construir seu bebê imaginário. No estudo, uma das expectativas aparece ligada ao sexo, com o significado dado a semelhança com um dos pais:

*“Antes eu sempre gostei de menina, eu sempre falava: - Ai, quando eu tiver um filho eu quero que seja menina.- Mas, a partir do momento que eu descobri que tava grávida, eu tinha a intuição que era menino, sabe? Daí mudou totalmente. Eu já pensava em menino para nome, tudo para menino, quando eu fui fazer ultrassom eu falei: -Duro, se chegar lá e for menina né, porque eu já to com a expectativa de que vai ser menino.- Ah, porque quando eu vi o Us, já vi que o rostinho dele é redondinho, bochechudinho. Então, eu não sei, eu acho, que ele vai ser parecido comigo.” (A1, 32 anos, 35 semanas)*

*“Eu acho que ela vai ser que nem o pai muito gordinha, cabeçudinha. O cabelo é que vai ser meio difícil, porque ele tem o cabelo ruim e eu também. Ah eu não sei. Sei lá. Ah, vai ser a coisinha mais linda.” (A3, 34 anos, 34 semanas )*

As expectativas se constituem então sobre o bebê imaginário que cada mãe constrói e envolvem principalmente o sexo, nome, a maneira como se movimenta no útero e as características que lhe são atribuídas (SZEJER; STEWART, 1997).

Destacam-se, neste contexto, as expectativas que o bebê se pareça com a mãe, com características de ambos os pais, ou relacionado a uma alguma facilidade na relação ou educação, de acordo com o aspecto cultural do feminino e masculino.

*“Eu acho que menina dá menos trabalho, porque agora tem cada menina que é de um jeito né, o da minha irmã sempre deu trabalho, sempre chorou a noite toda, agora irmã do meu cunhado, teve uma menina, é novinha a menina dela, ela não dá um pingão de trabalho, só acorda à noite para mamar. E eu fico pensando, talvez vá ser igual a dela, vai ser melhor para mim. Eu fico pensando que menina deve ser melhor.”( A6, 14 anos, 23 semanas)*

*“Ele é muito arteiro esse rapaizinho, acho que ele vai dar bastante trabalho, porque durante o dia ele pouco mexe, eu percebo ele mais calmo (...). À noite ele começa, e chuta e chuta e chuta, não para e mexe e a barriga fica dura. Olha, o negócio dele é à noite. Aí eu converso bastante com ele, eu falo: - Filho, já pensou se quando você sair da barriga da*



*mamãe você for assim, dorme de dia e fica acordado à noite?- (Risos). E a minha expectativa era que fosse um menino porque acho que é mais fácil criar (Risos)...porque eu sou muito coruja, muito protetora, eu vou precisar até trabalhar isso aí porque eu acho que vou ser uma mãe muito protetora.(...)acho que homem você consegue controlar mais.” (A7, 33 anos, 39 semanas)*

Além disso, uma gestante aponta o desejo de que o filho lhe fizesse companhia, antes direcionado ao filho homem, que seria mais ligado à mãe. Segundo Maldonado (2000), o desejo por determinado sexo pode estar associado a estereótipos sociais como “menino é mais apegado à mãe”, “menina dá menos trabalho” e a conteúdos inconscientes da própria gestante, observando-se sentimentos complexos de identificação com a própria mãe, como “o nome de uma das bonecas”, de atitudes peculiares em relação à própria feminilidade ou de ciúme e rivalidade na relação conjugal.

*“Ah, eu tava esperando um menino, (...) tudo que a gente comprou foi branquinho com verde, (...) eu não comprei nada rosa porque eu tava esperando um menino. Mas, só que agora como veio a menina, já to mais assim, eu gosto de menina também (...). Não assim,(...) falam que menina é mais apegada ao pai. E menino é mais apegado à mãe, eu falei assim: - Eu quero um menino.- (...) Acho que vai fazer uma boa companhia, porque eu não vou me sentir sozinha. Que é que nem eu falei porque quando eu for morar junto com ele, ele sai para trabalhar e eu não vou ficar sozinha. Vou ter um companheiro, uma companheira.” (A9, 17 anos, 37 semanas)*

*“Eu sempre quis uma menina, desde que eu era pequena o nome dela já era MD, era o nome das minhas bonecas (Risos). Desde que eu era solteira, que eu era pequena, o nome dela já era esse.” (A5, 30 anos, 30 semanas)*

Além disso, o projeto, consciente ou inconsciente, feito para este filho, também faz parte do significado da gravidez. Segundo Szejer e Stewart (1997), pode ser um projeto sexuado – menino, menina, parecido com o pai, etc. – ou, um projeto reparador, nos sentidos de preencher uma falta ou ausência de alguém.

Maldonado (2000) salienta que a percepção dos movimentos fetais possibilita a personificação do feto, quando a mulher passa a atribuir a ele certas características pessoais, segundo sua interpretação dos movimentos. A interpretação dos movimentos fetais constitui mais uma etapa da formação da relação materno-filial, em que na fantasia da mãe o feto já

começa a adquirir características peculiares e a se comunicar com ela através da variedade de movimentos.

*“Converso bastante com ele. Sempre. Eu começo a conversar com ele sabe, e às vezes eu até chantageio ele, quando ele... Não mexe. Eu falo: - Você não ta mexendo, vou te levar no médico!- Demora um pouquinho e ele começa. Não, fico perguntando se ele ta bem: -Não, mamãe te ama, não vê a hora de você chegar,....” (A1, 32 anos, 35 semanas)*

E, a troca afetiva pode ser claramente percebida pelos movimentos do bebê diante do contato dos pais:

*“Ah, é uma sensação boa, é uma sensação gostosa, porque você sente ele ali né? E parece, ainda mais quando você conversa, parece que quando você conversa com ele, ele começa a mexer, ele sente né? Ele sente né, a gente conversando. Às vezes o meu esposo coloca a mão assim, ele coloca a mão na barriga, ele dá chute.” (A4, 23 anos, 31 semanas)*

*“Bom eu tentei fazer de tudo o que tava ao meu alcance para ele nascer uma criança assim perfeita, amada ele já é, desde que eu escutei a primeira vez o coraçãozinho dele... Foi bem legal, na hora do banho, às vezes, assim, eu to tomando banho, eu to lavando a barriga, eu converso bastante com ele, se ele tá mexendo muito eu jogo água e falo: - Calma aí, meu filho!-. Ai ele acalma. Às vezes eu peço para ele ficar quietinho e ele fica!” (A7, 33 anos, 39 semanas)*

O bebê pode representar um enigma: representa esperança de autorealização para os pais e, ao mesmo tempo, ameaça de expor as dificuldades ou deficiência desses pais. Implica uma promessa de aumentar a autoestima e, ao mesmo tempo, de denunciá-los como maus pais (Maldonado (2000).

O momento em que o bebê mexe faz com que a mãe tome conhecimento de sua realidade (THOMAZ et al., 2005). Por outro lado, o movimento pode implicar sofrimento concreto pela culpa mobilizada, mas também a possibilidade de mudanças significativas no vínculo, podendo ser mais bem aceita, como considera a gestante A2:

*‘Então, aí quando ele mexe bate aquela dor na consciência, sabe? (risos). Aí eu converso com ele bastante, então eu acho que é uma fase...(...)É, de rejeitar, de não aceitar. Ele fala: -- Se o neném chorar de fome, eu falar: - Ah, eu não vou dar mamar!- Eu acho que*

*não. Ah, eu acho que se eu já me sinto culpada quando ele mexe, quando eu ver o rostinho dele então...eu acho que vai passar.” (A2, 24 anos, 36 semanas)*

O sentimento de culpa pode retardar a entrega da mãe ao bebê. Segundo Milbradt (2008), o sentimento de culpa proveniente da rejeição pela gravidez indesejada é algo inevitável, sendo variável sua intensidade e permanência, mas com influências nas atitudes da mãe com o filho. O sentimento de rejeição é visto com censura, devido ao aspecto cultural que o despreza, quando compara a figura materna a um amor incondicional, reverenciada pelo seu amor e compaixão.

Parker (1997) relata que o problema maior não é a ambivalência, em si mesma, mas o modo como uma mãe administra a culpa e a angústia provocadas pela ambivalência.

O movimento ambivalente da afetividade aparece no desenvolvimento do amor, compreensão e proteção, polarizando-se com a insegurança, culpa. No entanto, conforme constata Milbradt (2008), a comunicação materno-fetal pode ser realizada como ponte para o pedido de perdão.

*“Não queria. Não queria que ninguém colocasse a mão na minha barriga. Não queria de jeito nenhum. Hoje eu não quero porque eu tenho ciúmes da minha barriga. (...) Leio, leio bastante para ela. (...) a bíblia mesmo eu leio bastante, historinha bíblica para criança eu leio bastante para ela. Então, pelo menos a minha voz ela conhece. (ri).” (A5, 30 anos, 30 semanas)*

Pode-se pensar que, imaginar e interagir revelem a existência de um vínculo com o bebê, o que permite nomeá-lo e torná-lo mais real. Uma representação mental do bebê é feita durante a gestação, o que não foi diferente neste estudo. O que, no entanto, começam a aparecer são as angústias relacionadas ao aumento da pressão, intensificando os medos existentes relacionados ao parto e ao nascimento e, o reforço de fantasias e características prévias ligadas à ambivalência e insegurança.

### **TEMA 3**

#### **MATERNIDADE E MATERNAGEM: CRISE VITAL OU RISCO?**

No presente estudo, os sentimentos relacionados à maternidade traduzem-se por ansiedade, insegurança e medo diante deste papel. O terceiro trimestre da gestação é apresentado como o momento em que a mulher está repleta de indagações (ONIKO, 2002). Entre elas incluem-se a saúde do feto, cuidados do bebê pós-natal, amamentação, insegurança na própria capacidade de cuidar e de maternar, aspectos que podem ser notados nas gestantes incluídas neste período gestacional:

*“Fico imaginando né, ai como será que dá mama, será que dói, como será que é? (...) Ajudar é fácil segurar, o problema é doer né? Mas do mais assim, eu to esperando, hora que nascer a gente vai, ninguém nasce sabendo né, a experiência é que vai...” (A3, 34 anos, 34 semanas)*

*“Ah, eu tenho medo assim, porque nunca tive filho, pequeno, assim eu vejo as mães entrando no quarto, eu vejo assim tão sensível, levinho! Parece um tiquinho. Ah, mas eu vou, eu gosto de cuidar. Agora, eu vou parar de trabalhar, já parei né porque (...) que nem eu falei eu não planejava esta gravidez, mas já que aconteceu, vou cuidar, como eu não tive uma mãe mas eu vou ser uma mãe, ah vou ter todo tempo do mundo pro meu filho, para minha filha.” (A9, 17 anos, 37 semanas)*

Além disso há um processo de identificação com o modelo de ser mãe, o mais familiar para cada uma - a própria mãe ou quem preencheu a função maternal. No caso de haver identificação, as atividades maternas podem ser reproduzidas e quando não, pode ocorrer uma identificação às avessas, que evita o modelo recebido, como forma de contestar ou criticar o modelo de maternagem ao qual foi submetida. Esta abordagem da crítica ao modelo é bastante enfatizada pelas gestantes do estudo:

*“A minha mãe ela é seca, ela nunca foi uma mãe carinhosa, Nunca teve diálogo. Ela nunca chegou, chegou, sentou conversou não... E minha mãe nunca foi carinhosa, ela nunca foi assim uma mãe carinhosa, lógico dentro dos limites, o que ela podia dar ela dava, mas falar assim, uma mãe carinhosa, uma mãe amiga não. Então eu sempre falo assim, que eu quero, tudo que eu não tive eu quero dar para ele né?” (A1, 32 anos, 35 semanas)*

*“... porque tudo assim eu sempre via as meninas na escola, minha mãe daqui, minha mãe dali, e eu não podia contar as coisas para minha mãe, não podia de jeito nenhum, se acontecesse alguma coisa na escola por mais que fosse uma brincadeira, eu jamais podia contar, se eu contasse era uma surra na certa, eu que tinha culpa, eu que tinha culpa, eu tinha, nunca era outra pessoa.” (A5, 30 anos, 30 semanas)*

*“Fica mexendo você fica pensando, como uma pessoa pode ter dado uma criança embora. Não ter um carinho, não ter um amor (...). Eu nasci ela pegou a bolsa dela e saiu. Não quis saber se era menino ou se era menina. É o que a minha mãe fala, mas eu não quero nem saber. Mas aí eu penso assim, o que eu tive eu vou procurar dar para ela também.” (A3, 34 anos, 34 semanas)*

O período de gestação é caracterizado por inúmeras mudanças e sentimentos ambivalentes intimamente relacionados à história e às experiências vividas pela gestante ao longo da vida. A gravidez de uma mulher reflete toda sua vida anterior à concepção, suas experiências com os próprios pais, sua vivência do triângulo edipiano, as forças de adaptação a essa situação e a separação de seus pais. Tudo isso influi na adaptação ao novo papel (BRAZELTON; CRAMER, 2002).

A gestante acima traz a o fato de ter sido abandonada pela mãe biológica e as expectativas de dar à filha o que recebeu da mãe adotiva. As falas têm grande identificação com o que Kimura (1997) diz sobre a gestação enquanto formadora da identidade materna, que seria construída por meio de uma imagem idealizada da mulher como mãe e também do bebê como filho.

*“Espero ter paciência, saber cuidar, é uma experiência que você vai passar agora, é vai dar um pouquinho de trabalho, vai chorar um pouquinho à noite. Não penso não!! ( ri) (em ter outro filho). Não, não sei depois né, mas agora no momento é esse mesmo. Ah não ser quando ele tiver grandão, tiver trabalhando já...” (A4, 23 anos, 31 semanas)*

A relação com a própria mãe aparece reeditada em alguns momentos, com as fantasias relacionadas à repetição deste vínculo, principalmente no aspecto mais mórbido (interno e/ou externo). Aparece o medo de não ser uma mãe ideal ou até mesmo suficientemente boa, trazendo fortemente a insegurança de repetir este aspecto da relação mãe-filha:

*“Fiquei com raiva de mim, eu falava para ele “Porque eu vou ter uma criança? Coitadinho, vai sofrer na minha mão” (ri)(...)Eu espero ser 100% melhor. Bem melhor. Melhor em tudo, no trato, no tratamento, nas coisas que fala, pensar dez vezes antes de falar, porque tem coisa que a gente não esquece, que nem como diz, quem bate esquece, quem apanha não esquece nunca né? Então eu penso muito por esse lado, o que vai falar, como educar, como reagir a cada situação né...(...)Acho que eu ficava com isso na cabeça, será que eu vou ser igual? Será que eu vou maltratar dessa maneira? Sei lá, sei lá se é medo de errar, medo de cometer os mesmos erros que talvez minha mãe, sei lá, não sei. Eu me culpava muito, muito mesmo.” (A5, 30 anos, 30 semanas)*

A forma como cada um se projeta como pai ou mãe se relaciona diretamente com os pais que tiveram ou ainda com outros modelos parentais (SZEJER; STEWART, 1997). O projeto de serem pais implica a forma como cada um se vê como futuro pai ou como futura mãe.

Cada um tem uma idéia, segundo Szejer e Stewart (1997), de como seu companheiro ou companheira deveria se comportar enquanto pai ou mãe. Essa projeção fantasmática do outro, como pai ou mãe, está ligada aos modelos parentais daquele que faz a projeção, não considerando que o outro pode não corresponder a estes modelos e não se projetar do mesmo modo.

No relato das gestantes, o esposo ou companheiro parece idealizado enquanto assumir a paternidade ou mais seguro com relação ao futuro. O cuidado aparece muito atrelado ao seu desempenho:

*“Ele é bom, presente, eu acho que vai ser um paizão pelo jeito... Porque ele praticamente também não vê a hora né! Quer ver o neném, tudo é o neném. Ele fala que é melhor para mim né, melhor para mim e para o nenê. Ele tenta passar as coisas positivas também para mim, às vezes pelo medo sabe, às vezes eu fico meio assim, ele tenta passar para mim as coisas positivas, falar que vai dar certo e, que vai vir um nenezão. Eu acho que ele é mais calmo.” (A4, 23 anos, 31 semanas)*

*“Meu marido ficou pulando de alegria. (Ri) Assustou um pouco assusta porque nós não tava esperando né, mas ele ficou muito contente, contente mesmo. Até hoje ele veio, falou que ia comprar ---as coisinhas da minha filha--.Sabe! Ele acompanha tudo, tudo tudo tudo ele*

*acompanha. Ele é bem companheiro mesmo. Dele eu não tenho que falar nada, nada mesmo.'*  
(A5, 30 anos, 30 semanas)

*“Certeza absoluta que ele vai ser um pai maravilhoso. No sábado que eu passei mal, que eu senti muitas dores, que eu achei que eu ia ganhar o neném, ele tava com o olho brilhando, (...) Nossa ele fica, (...), andando em círculo ao meu redor (ri). Acorda á noite inteira, vem passar a mão na barriga, vem ver como é que eu to, não anda descansando direito de preocupação e eu dei umas nele agora que a culpa de eu ficar internada agora é dele, eu sei que não é,...”* (A7, 33 anos, 39 semanas)

Maldonado (2000) ainda coloca sobre o sentimento de desvalorização e do medo de ser nociva ao bebê, que justifica um grande número de mulheres a entregar o filho aos cuidados de outra pessoa, supostamente mais competente, que possa cuidar e salvar o neném. Incluído a este processo, uma gestante adolescente traz o desejo de que a irmã assuma temporariamente este lugar:

*“Eu acho que vai ser difícil acostumar, acho que vai demorar um pouco. Vai demorar um pouco porque não tenho “pegação” com criança molinha não, quer dizer eu gosto de pegar criança mais firminha. Que dá para pegar e segurar bem firme. (...) o meu sobrinho de 1 ano ele dá bastante trabalho, ele é arteiro, minha irmã vira e fala: -- Ai, o nenê não para de chorar (...)-- . A minha mãe tava falando, tem que entender né, porque as vezes a criança tá com alguma coisa, não dá para ela chegar e falar. Aí ela falou porque eu tava olhando o trabalho que ele dava para minha irmã, ficava pensando: - Imagine eu assim-. (A6, 14 anos, 23 semanas)*

*“Eu vejo ele chorando assim e minha irmã fala: --Eu não vou te pegar!--Aí eu vou e pego, agrado e tudo. Eu acho que vai ser desse jeito né? Ai, nenê novo eu fico sem saber o que fazer. Por isso que é bom que minha irmã fica lá em casa direto porque minha mãe tá trabalhando né, então é bom ela ficar direto, porque se ele chorar eu não vou saber o que eu faço.”*(A6, 14 anos, 23 semanas)

O desenvolvimento do vínculo, na percepção desta adolescente, aparece relacionado ao crescimento da criança, quando as coisas poderiam ficar mais fáceis (atrelado possivelmente ao seu próprio crescimento/desenvolvimento, necessário para assumir o papel materno).

Portanto, os sentimentos de uma mulher em relação ao filho que está sendo gestado são complexos. Ter um filho significa um compromisso para o resto da vida. O peso da responsabilidade pela criação ainda é colocada como uma justificativa para não ter mais filhos:

*‘Ser mãe muito menos, medo de não dar conta, uma responsabilidade muito grande, eu sei que é uma criança que vai depender muito de mim, da educação que vou dar, como eu vou conduzir a vida dele. E a gente não pretende mais ter filhos.’ (A7, 33 anos, 39 semanas)*

*“(...) por conta das condições financeiras hoje em dia, porque é difícil você proporcionar um estudo ou algo melhor para o seu filho e, segundo que a gente passou muito medo na minha gravidez, por causa da pressão alta, os médicos falando da pré-eclâmpsia e se cuida, e eu não podendo comer quase nada, tudo sem sal, tudo que eu ia fazer eu tinha medo de afetar a pressão, de afetar o bebê, eu tinha medo de perder ele, então a gente conversou bastante e resolveu não ter mais filhos.” (A7, 33 anos, 39 semanas)*

As mulheres do estudo traduzem também, neste sentido, os temores considerados como de matar e/ou morrer, estabelecendo ligação com a gravidez de risco. O desejo de gerar vida se entrelaça ao risco e ao temor da perda, da morte. Isto coincide com o que Maldonado (1989) descreve com relação à polaridade de vida/criação dialeticamente vinculada à polaridade morte/destruição.

Nesta dialética vida/morte, ressalta-se a noção de fragilidade da vida que pode terminar a qualquer momento, com a possibilidade da mulher ter a noção de que pode tanto gerar vida quanto abrigar a morte dentro de si (MALDONADO, 1989).

*“Eu me sinto uma outra mulher, (...) amadureci mais, saber que eu vou ser mãe.(...) Quero dar muito amor para o meu filho sabe? O que eu puder fazer para ele, ensinar o que é o bom, o que é o certo, eu vou ensinar(...). Eu já comprei um cofrinho para ele...(...) Acho que eu encuquei, que eu quero dar do bom e do melhor para o meu filho, para mostrar para o pai dele que eu posso fazer. Então eu quero investir no meu filho desde pequeno para ele ver. Então agora meu medo acho que é esse, acho que por isso que a pressão está aumentando...” (A8, 39 anos, 32 semanas )*

*“Medo de eu perder meu filho agora e tudo o que eu sonhei para o meu filho eu não poder realizar.’ (A8, 39anos, 32 semanas)*



A gravidez oferece à mãe uma nova oportunidade de elaborar velhos conflitos de separação, promover uma nova fase do processo de individuação das relações simbióticas originais. Assim, a gravidez não é só constituída de ensaios e expectativas, mas de oportunidades de velhos relacionamentos serem retrabalhados (BORSA, 2007).

*“A minha mãe é muito superprotetora, então ela tentou criar a gente em uma redoma (...). A gente às vezes bate muito de frente, mas depois que eu casei, que eu descobri que to grávida melhorou bastante porque eu acho que comecei a me por no lugar dela, de ver a preocupação, porque ela tratou a gente dessa forma, (...).” (A7, 33 anos, 39 semanas)*

A angústia possivelmente mobilizada em algumas gestantes é estar à mercê de surpresas, da imprevisibilidade, do incontrollável, com o medo de que a dor e a destruição predominem sobre o prazer da criação. Isto pode ter facilitado a decisão ou a racionalização sobre o não ter mais filhos. Ao mesmo tempo, o desejo da maternidade e pela maternagem é manifesto por muitas, com expectativas de superar a insegurança relacionada a este papel.

#### **TEMA 4**

### **A HIPERTENSÃO NA GESTAÇÃO: PERSPECTIVAS PSICOSSOMÁTICAS E REPERCUSSÕES EMOCIONAIS DA DOENÇA**

A temática da hipertensão aparece no relato das gestantes relacionada à percepção de normalidade anterior, encerrada com a pressão alta:

*“Eu tava normal! Eu não tava sentindo pressão alta. Eu tava sentindo inchaço no pé, a mão formigando, mas muitas que tiveram nenê disseram que isso era normal. É horrível mas a pressão alta não tava sentindo. Tava repousando tudo e fui no médico ontem e a pressão tava lá em cima e aí ele me encaminhou para cá.” (A3, 34 anos, 34 semanas)*

*“Hã...aí complicou tudo porque praticamente na minha gravidez não tive nada. Enjôo, náusea essa coisas que a mulher tem na gravidez. Em compensação, a pressão alta...” (A4, 23 anos, 31 semanas)*

*“Mas, eu tava normal. Só sentindo dor de cabeça. A única coisa que eu tava. Aí a médica me chamou, aí eu pensei que ela vinha fazer um teste alguma coisa, aí ela pegou viu*

*minha pressão, deu quatro comprimidos, aí eu tomei um, depois eu tomei dois juntos, depois eu tomei mais um separado, daí minha mãe falou: --Se eu soubesse que ia ficar assim, eu já tinha ido para o hospital né?—(A6, 14 anos, 23 semanas)*

Estas falas da percepção de normalidade anterior sugerem um possível desconhecimento destas gestantes acerca da instalação da pré-eclâmpsia. Silva et al. (2011) citam um estudo de 2004, que evidencia o desconhecimento das entrevistadas sobre a pré-eclâmpsia durante o acompanhamento pré-natal, tendo apenas o conhecimento sobre sua situação mediante a internação hospitalar pela gravidade clínica ou pelo iminente parto prematuro.

No entanto, há a possibilidade de negação dos riscos apesar da informação, o que pode demonstrar a tentativa de não entrar em contato com a problemática, pelo sofrimento que pode representar uma doença na gravidez. Com a descoberta ou aceitação da gestação de risco, o luto seria resultante da morte de uma gravidez idealizada, livre das intercorrências que não esperava ter (TEDESCO, 1997).

Neste sentido, uma gestante trouxe a informação sobre a pré-eclâmpsia no pré-natal, porém a possível negação envolvida:

*“Eu sabia que tinha esse negócio da pré-eclâmpsia né? De casos que morrem a mãe, o bebê né, mas como aí quando eu comecei tava tudo bem né, daí a médica falou para mim:-- Oh, a tendência é subir depois do sete meses--. (...) então, tinha vez de acordar e eu não me sentir bem, à noite, eu tava tendo assim insônia, às vezes a noite acordava meu coração parecia que tava disparado, do nada, então, assim não tinha motivo, do nada ela sobe. Não tinha motivo assim, de falar:- Ai eu passei nervoso coisa assim-” (A1, 32 anos, 35 semanas)*

Portanto, a mulher na qual se identifica o fator de risco tem intensificadas suas dificuldades para adaptações emocionais. Frente ao fator de risco surge o medo real com relação a si própria e seu filho, com a sensação de perda de controle com relação à gravidez e a si mesma. O aumento exagerado do nível de ansiedade é descrito na literatura (TEDESCO, 1997; SOUZA et al., 2007). O medo de morrer e perder aparece com intensidade, associada ao maior conhecimento da doença:

*“Ah, eu entendi só coisa de medo (ri) (...) que pode acontecer alguma coisa quando eu ganhar, acontecer alguma coisa grave, eu fico com medo de não mais voltar para minha casa (emocionada).(Fico preocupada) Com tudo. Mais comigo...com tudo. Com o bebê também*

*porque esperar nove meses para depois acontecer alguma coisa né?’ (A9, 17 anos, 37 semanas)*

*“Ai, fiquei com medo. Ainda mais quando eu passava pelos médicos, tem médico que fala da doença...Ah, dessa doença, que é perigoso, falavam que se não cuidar é perigoso ir eu e o neném. Então isso aí acho que foi me deixando mais com medo e a pressão foi subindo mais. Tem médico mesmo que tenta te tranquilizar né, mas tem uns que fala assim na lata. Então, eu fiquei com bastante medo.” (A4, 23 anos, 31 semanas )*

No decorrer do processo, pode envolver questionamentos do por que do acontecimento, suscitando sentimentos de culpa, punição e autocensura. Uma participante traz o sentimento de culpa associado à insegurança, quando da indicação da internação pelo aumento da pressão. O medo aparece desencadeado pela sua ambivalência e rejeição com relação ao filho:

*“Ah, pensei um monte de coisa. Às vezes fico pensando: - Será que de tanta coisa que a gente fala né?...” (A2, 24 anos, 36 semanas)*

Segundo Tedesco (1997), um nível de resolução posterior é alcançado de forma a levar a uma reorganização ou elaboração no sentido dos planos para a gravidez. Neste sentido, dependendo de como estes aspectos são elaborados, ou seja, a ocorrência da doença, a mulher sofre diferentes impactos que moldam por si só os seus sentimentos como genitora, especialmente em se tratando do primeiro filho.

Uma gestante apresenta a falta de confiança interna, especialmente na capacidade de cuidar do filho em seu ventre:

*“... eu prefiro que tire para não sofrer dentro de mim, porque se tiver faltando, que nem ela falou como eu to perdendo a proteína na urina e tem a pressão alta, ele não ta sendo nutrido devidamente da maneira que deveria ser, então eu prefiro que tire e trate dele para fora, pelo menos eu to vendo que ta sendo nutridinho, que pode pegar peso, tamanho, mais rápido do que aqui dentro, mas é difícil pensar. É meio difícil pensar que vai ficar aqui e eu vou embora para casa né, ta meio difícil de engolir. Mas, tem que ser né, é para o bem dela então, sendo para o bem dela para mim ta bom. É o que eu falei, eu prefiro que tire e fique internada do que ficar dentro de mim e não ta, ta sofrendo, sei lá faltando alguma coisa que necessite, na oportunidade de ter né?” (A5, 30 anos, 30 semanas)*

A mãe com baixa autoestima pode sentir-se incompetente como mulher, incapaz de manter a gravidez e com isso comprometer o desenvolvimento normal da gestação, com repercussões nas relações subseqüentes com o filho (TEDESCO, 1997).

No estudo, fatores externos e especialmente internos são considerados estressores e associados ao desenvolvimento da hipertensão, como conflitos familiares, medo, insegurança, sobrecarga e reação as críticas:

*“O medo e a insegurança foi sim (um fator importante para o aumento da pressão). Acentuou bastante sim. Tudo de nervoso, de estresse mesmo, muito sobrecarregada e eu tinha dois empregos. Então eu tava muito sobrecarregada de trabalho, cansaço né. E as pessoas comentavam você tem dois empregos o seu marido não tem nenhum, você carregando tudo...Então isso acarretou bastante pico de pressão também. É complicado né?” (A7, 33 anos, 39 semanas)*

*“Eu acho que é do nervoso que eu passo, com a minha família, com a minha irmã. A minha irmã é terrível. Começou a subir desse jeito ta com um mês por aí...mas devido o meu nervoso. Ah, a irritação da minha irmã como eu falei para você. Não ajuda e só critica”. (A8, 39 anos, 32 semanas)*

Uma vez que as entrevistas foram realizadas, em sua maior parte, durante a internação, surgem os significados relacionados a esta experiência. A internação parece acentuar a ansiedade, insegurança e o medo da perda, como demonstra a fala de algumas participantes:

*“Mas, eu fiquei até bem, só que mais tarde meu coração começou a acelerar, acelerar, pensei acho que é porque eu to internada, eu nunca tinha ficado. Mas aí eu comecei a pedir para Deus, que se eu precisar ficar tem que ficar né? E para mim ficar mal aqui também Deus me livre, ficar nervosa também a pressão sobe mais ainda né? Aí depois desse dia eu comecei a ficar melhor. Hoje eu to melhor, se precisar, igual minha irmã fala, eu tenho uma irmã, uma delas tem pressão alta, ficou aqui, ela perdeu o nenê né. Ela perdeu de três meses.(...) No primeiro dia eu tive medo né? Aí teve um dia que uma menina foi me examinar e me disse que o coração do nenê tava batendo muito devagar. Aí eu falei: -Meu Deus do céu! Será que tem alguma coisa com meu nenê né?-(A1, 32 anos, 35 semanas)*

*“To (com medo da pressão alta). Ela não ta controlada, ela abaixa, ela sobe, ela abaixa, ela sobe(...). Aí eu fico imaginando o que pode ser...(medo) de acontecer alguma coisa porque as vezes tá correndo risco eu e o bebe né? Corre risco nós dois. (...) A minha mãe tava falando que da gravidez do meu irmão ela teve pressão bastante alta, então... Daí ela foi internada. Mas aí, graças a Deus, controlou tudo. Aí ia ter que tirar ele para salvar ela...”(A6, 14 anos, 23 semanas).*

*“Eu ouvi isso aí a gravidez inteira, as pessoas: --Ai, você tem pressão alta!--Teve um dia que eu tava sentada no mercado, me deu muita falta de ar, uma Sra sentou do meu lado: - -Ai, vc tá grávida?--. -Tô.--Tá tudo bem? - Tá, eu só tenho pressão alta. --Ai, cuidado com a pressão alta porque mata, pode matar vc, pode matar seu filho.-- Então, é sempre a mesma coisa que eu escuto. Então eu acho que isso aí meio que traumatizou um pouco, medo mesmo né. ? Por que qual era nosso medo, de eu passar mal, de eu morrer, sei lá ter um AVC, um derrame durante o parto, e meu neném de repente ficar aí sozinho, sem mãe e medo dele morrer e ser trocado na maternidade. Eu to enlouquecendo porque eu to com medo de tudo.” (A7, 33 anos, 39 semanas)*

*“O meu medo é de eu morrer no parto e deixar o meu filho. Eu já tinha um pouco, eu falava imagina na hora que eu for ganhar nenê minha pressão subir, mas foi agora que a pressão subiu mais, que é perigoso o nenê morrer, então eu fiquei, mas eu falei se eu deixar isso dentro de mim, isso não vai acontecer.” (A8, 39 anos, 32 semanas)*

O repouso como conduta terapêutica para tratamento das intercorrências na gravidez de alto risco pode gerar nas gestantes problemas psicológicos, decorrentes do isolamento e confinamento. O tempo de internação pode representar mais chances de sobrevivência ao filho, contudo também pode significar mais tempo de hospitalização, de repouso absoluto e de maior afastamento dos familiares (ZAMPIERI, 2001).

*“Eu to! Eu fico ansiosa porque eu to aqui e também porque eu queria embora com ela. Por causa que é longe para eles virem me ver. (...) Acho que eu fico mais com medo porque elas falam que se eu for embora é perigoso até precisar de balão de oxigênio.(...) porque elas falam que pressão alta é perigoso. Aí eu tenho medo. Silêncio e paciente retoma: Aí tem hora que eu tenho umas dorzinhas eu fico pensando, pondo na cabeça, -Será que vai me dar alguma coisa?-Aí eu fico pensando, hoje mesmo eu tava falando para minha sogra: -Será que*

*não vai dar tempo de eu voltar para ver minha família?- (fala bastante emocionada, chorando). Eu tenho medo. (chora muito).Medo de acontecer alguma coisa....” (A9, 17 anos, 37 semanas)*

A percepção de maior fragilidade emocional anterior e aspectos mais regressivos/imaturos mobilizados pela internação são revelados pelas participantes. Os sentimentos envolvem solidão e medo da separação dos vínculos familiares:

*“Não, não foi. É porque é ruim mesmo, a gente se sente sozinha né? Eu sou chorona, qualquer coisa choro.(...) É ruim né. Porque você não conhece ninguém. Aí você fica sabendo que tem que por soro, tirar sangue, eu odeio tirar sangue.” (A3, 34 anos, 34 semanas)*

*“Não vejo a hora dele nascer...Não vejo a hora de ver a carinha dele (fala com empolgação). Tô muito cansada, muito pesada, muito sensível (Risos). Não queria ficar internada, liguei para minha mãe fiquei chorando (...) é porque é ruim ficar no hospital. Mas se tem que ficar, se é para o bem dele vou fazer o que?” (A7, 33 anos, 39 semanas)*

*“ (...) (chorando) É tão ruim ficar assim, nunca fiquei internada, é a primeira vez. É a primeira vez. Aí eu fico mais assim porque eu nunca fiquei. (...) Aí, acho que eu sempre fui frágil, sempre. Ichi eu não gostava quando meu pai brigava com a minha irmã, (...) aí ela pegava e eu chorava junto com ela, chorava. Eu não gostava, não gosto de ver ninguém chorando. Meus vizinhos também, sempre fui apegada, nunca fui assim de ficar sozinha.” (A9, 17 anos, 37 semanas)*

A necessidade de hospitalização constitui um sinalizador mais concreto de que a gestação de fato apresenta uma condição de risco. Porém, o limiar entre a vida e a morte passa a fazer mais parte do imaginário, e ganha contornos de concretude ou intensificador de fantasias de linguagem do mundo do hospital (Arruda e Marcon, 2007).

*“Ah eu to (com medo). Eu falo assim para ter parto normal não, mas eu falo assim como a nenê é grande pelo que a médica me falou,vai ser cesárea mesmo, não vão nem tentar normal, que ela foi medir minha barriga e falou: --Nossa mas a nenê é muito grande!--, então acho que eles não vão nem tentar né? Por que é de risco também né? Mas eu não to esquentando minha cabeça não. Ah, sei lá, eu tinha uma amiga que foi tentar normal, aí foi puxar com aquele fórceps, machucou tudo ela, é meio estranho. Então eu prefiro fazer*

*cesárea. Assim espera que saia, de algum jeito vai sair, mas que não prejudique nenhum dos dois.” (A3, 34 anos, 34 semanas)*

O medo do parto também se apresenta na indicação da internação, vinculado ao medo da morte e possivelmente também ao desconhecido, novo e prematuro papel da maternidade:

*“Eu to pensando em nascer logo e levar embora logo. Para passar logo. De uma vez assim e já ir embora... Porque eu to com mais medo. (...) é o que mais quero que passe logo. Medo de normal. Normal eu tenho medo.” (A6, 14 anos, 23 semanas)*

*“Não preparei nada Dra. Porque tava marcada para outubro, não preparei nada. Tudo (está sendo prematuro), inclusive isso, compra de roupinha, os acessórios, tudo prematuro mesmo (risos)”. (A5, 30 anos, 30 semanas)*

Os mecanismos que envolvem a barganha para protelar a necessidade da internação ou do parto aparecem em duas falas:

*“Pior foi quando ele falou que eu ia ficar internada. Aí eu fiquei chateada. Eu falei: - Mas Dr. eu vou ficar quantos dias? Tem a festa do final de semana.- (...) Eu falei: - Por mim, se eles me segurarem até quinta feira ta bom, mas o problema é se eu perder esse lanche - Desde dia que eu fiquei grávida eu to esperando esse lanche. A boca enche de água.” (A3, 34 anos, 34 semanas)*

*“As outras duas vezes que era para ter sido internada eu chorei, chorei, chorei, pedi, pedi, pedi para ficar em casa em repouso e não fui internada.” (A7, 33 anos, 39 semanas)*

Ainda no contexto ansiogênico da gestação de alto risco, geralmente a situação é vivida com dificuldade. A grande maioria das mulheres entra em crise, seja em função do risco, seja devido a situação específica que desencadeou o risco, pela culpa ou porque estão separadas de sua família. Mobilizadas pelo sofrimento, cada uma tentará negociar a seu modo e com seus próprios recursos (SZEJER; STEWART, 1997).

A percepção de alterações emocionais, em uma perspectiva psicossomática, envolvendo ainda características da personalidade, aparece em algumas falas:

*“Assim, eu sou muito chorona, qualquer coisa eu to chorando. Sou nervosa, acho que é por isso que a minha pressão sobe bastante sabe? Ah, sei lá, eu acho difícil. Igual mesmo aqui, às vezes assim a vontade de estar em casa, nossa a minha pressão ta ótima aqui, aí*

*depois começa a subir. Acho que a vontade de estar em casa, que é mais na parte da noite.(...)Não porque (a pressão) continua alta e parece que depois que eu vim aqui subiu. Não sei se é porque às vezes é querer ir embora, querer estar em casa, assim ficar longe das pessoas sabe?” (A4, 23 anos, 31 semanas)*

*“No dia ela (a médica) tava aqui (no ambulatório), aí ela que me passou para eles (residentes), na hora minha pressão subiu, ela não tava tão alta, mas na hora ele viu que eu tava tremendo, ele verificou a pressão subiu, de nervoso, de medo, de insegurança. Eu sou uma pessoa bastante insegura.” (A7, 33 anos, 39 semanas)*

*“Porque eu guardo para dentro de mim, e tem hora que eu deito na cama e vou deitar, todo mundo fala: --Nossa essa menina é alegre!--, Mas na hora que eu deito na cama eu começo a chorar, eu lembro do meu sofrimento.” (A8, 39 anos, 32 semanas)*

*“Começou a subir desse jeito (a pressão) ta com uns, um mês por aí...mas devido o meu nervoso.” (A8, 39 anos, 32 semanas)*

O aspecto emocional não é negligenciado pela maior parte das participantes, principalmente diante do “rompimento” com o desconhecimento da hipertensão. Características de personalidade são colocadas como possíveis desencadeantes de um quadro somático, assim como repercussões emocionais mais acentuadas ao lidar com a situação de risco.

Assumir um novo papel, uma nova identidade e um novo padrão com o mundo que as cerca, pode por a prova a capacidade de adaptação. De forma conseqüente, os sentimentos de ansiedade, com resposta do organismo, revelariam os esforços em serem ou constituírem-se mães.



## *Considerações Finais*

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A hipertensão na gravidez como descompensação somática foi considerada por Szejer e Stewart (1997) como um possível sintoma de conflitos e tensões psíquicas não resolvidas.

Pela análise dos dados do presente estudo pode se interpretar que existia na maior parte das gestantes insegurança em relação à possibilidade de engravidar e muitas vezes até a certeza com relação à “infertilidade”. Com a descoberta da gravidez foram acionadas defesas para o início da elaboração da vivência. A ambivalência afetiva foi relatada diante da experiência, trazendo inicialmente e às vezes ainda frequentes diante do tempo de gestação, sentimentos de rejeição, mesclados à aceitação.

A quantidade de eventos estressantes vivenciados e os recursos internos que estas gestantes apresentavam podem ter determinado maior ou menor sofrimento emocional. A experiência que envolve estresse pode ser indicadora de recorrência ou acentuação de estados depressivos ou a intensificação de uma fragilidade emocional anterior.

A baixa autoestima pode ser um fator que acentua o sentimento de incompetência e incapacidade no gestar e no maternar.

Pode-se pensar que imaginar e interagir revela a existência de um vínculo com o bebê, o que permite nomeá-lo e torná-lo mais real. Uma representação mental do bebê é feita durante a gestação- fato presente neste estudo.

O que surge de novo são as angústias relacionadas ao aumento da pressão, intensificando os medos existentes relacionados ao parto e ao nascimento e, o reforço de fantasias e características prévias ligadas à ambivalência e insegurança. O medo com relação à saúde ou condição física do bebê pode, em níveis simbólicos mais profundos, traduzir o medo de que os próprios sentimentos de hostilidade e rejeição, que fazem parte da ambivalência, possam ter prejudicado o feto gerado dentro de si (MALDONADO, 2000).

A angústia possivelmente mobilizada em algumas gestantes é de estar à mercê de surpresas, da imprevisibilidade, do incontrolável, com o medo de que a dor e a destruição predominem sobre o prazer da criação. Isto pode ter facilitado a decisão ou a racionalização sobre o não ter mais filhos. Ao mesmo tempo, o desejo da maternidade e pela maternagem é manifesto por muitas, com expectativas de superar a insegurança relacionada a este papel.

O desejo de voltar para casa, retornar à rotina, retomar o controle de seu corpo, seu tempo, sua vida são aqui apontados, como no estudo de Zampieri (2001). O sentimento de tristeza, angústia e resignação são mobilizados frente a uma situação da qual não tinham controle.

O aspecto emocional não é negligenciado pela maior parte das participantes, principalmente diante da vivência de ruptura em relação às idealizações, com o maior conhecimento da hipertensão. Características de personalidade são colocadas como possíveis desencadeantes de um quadro somático, assim como repercussões emocionais mais acentuadas ao lidar com a situação de risco.

Também como imprevisível e desconhecido é tratado o trabalho de parto. O parto traz, de forma abrupta, uma nova transformação do esquema corporal e traz consigo alterações profundas do ritmo e da rotina familiar. Dá-se também o primeiro passo decisivo da simbiose-separação, diferenciação importante de ser elaborada, para não ocorrerem separações dolorosas e perturbações maiores da relação mãe-filho (MALDONADO, 2000).

Assumir um novo papel, uma nova identidade e um novo padrão com o mundo que a cerca podem por à prova a capacidade de adaptação. De forma consequente, os sentimentos de ansiedade, com resposta do organismo, revelariam os esforços em ser ou constituir-se mãe. O que se discute é que o caso torna-se totalmente diferente de uma hipertensão anterior à gravidez: habitualmente ao ter uma pressão normal e durante a gravidez desenvolver hipertensão deve-se considerar o contexto e história dessa gravidez em questão, como possível mobilizadora de uma tensão interna e anormal.

Para a mulher, o processo de tornar-se mãe provoca transformações profundas e abrangentes. A gestação e a maternidade despertam conflitos e conteúdos inconscientes, que influenciam na qualidade da ligação que estabelecerá com o filho. O período de gestação e os primeiros tempos após o nascimento são essenciais para a construção do vínculo e tem repercussões duradouras (IUNGANO, 2011).

Diante destas considerações é importante pensar na experiência do nascimento. O nascimento do filho, principalmente o primeiro, inaugura concretamente a maternidade, e esse fato vem acompanhado de todo o status e pressão social do papel materno (SOIFER, 1980).

Quando um bebê nasce no tempo esperado, os pais precisam se adaptar ao bebê real, às vezes muito diferente do imaginado. No caso do prematuro, o ajuste é maior. A interrupção abrupta da gestação em um período no qual a mãe ainda processa a transformação há de levar a dificuldade sobre a relação afetiva entre mãe e filho. Muitas vezes os pais permanecem ao

lado da incubadora a espera por um movimento ou expressão do bebê que lhes garanta um lugar de pais (CUSTODIO; CREPALDI, 2006).

Logo que o bebê nasce as mães podem se sentir culpadas por terem um bebê prematuro, que nasceu antes do tempo. Apresentam insegurança em relação ao que acontecerá com este bebê, que apresenta, na maioria das vezes, uma situação instável e que inspira cuidados. Contato físico através do toque, ordenha de leite direcionada, são formas positivas relacionadas ao vínculo. As vivências psíquicas no decorrer de uma internação na UTI mesclam desejo, culpa, medo, ansiedade, com a possibilidade das mães se sentirem isoladas dentro de seu sofrimento (GOMES et al., 1997).

A situação de fragilidade do bebê pode conduzir a uma “fuga para sanidade”, ou seja, um distanciamento desse bebê que a mãe não sabe se vai viver. “A cena da angústia dos pais é constituída em torno do bebê real, que não coincide com o bebê imaginário” (MOREIRA, 2007, p.96).

O parto prematuro priva a mãe da preparação do final da gravidez, causando um sentimento de ferida, incapacidade, de perturbação do seu funcionamento narcisista de personalidade. Neste sentido, pode se sentir também prematura para receber o bebê no mundo (MOREIRA, 2007).

No estudo realizado, mesmo as mães que permaneceram com seus filhos em alojamento conjunto, demonstraram a sensação de prematuridade ou despreparo frente ao nascimento do filho. Muitas trazem na gestação a característica anterior de personalidade com insegurança, com a hipótese de imaturidade afetiva, o que pode tê-las levado a uma sensação de despreparo maior, além do que é característico do puerpério.

A internação anterior para controle da pressão pode ter intensificado a regressão e a dependência. O processo regressivo, em níveis acentuados, pode comprometer a tarefa materna, no sentido da força deste movimento e a conseqüente necessidade da mãe de satisfazer necessidades mais primitivas do que o normal, para identificar-se e atender as necessidades do bebê (GRANATO; AIELLO- VAISBERG, 2009).

O sofrimento mobilizado por todas as circunstâncias vividas pode desencadear de forma distinta o retraimento materno, descrito por Winnicott (1956/2000), acerca da preocupação materna primária. O domínio do medo da morte, neste sentido, pode ter inviabilizado a construção efetiva do caminho da maternidade (entrelaçamento morte x vida).

Em um estado de regressão, revivendo a posição de filhas e fazendo a transição para a de mães, estas mulheres podem sentir a necessidade de completar sua função materna, no

sentido de ocupar o lugar psíquico e social desta experiência. Não somente a imagem do bebê pode ficar implicada neste processo de doença, mas identificada com o filho, pode se ver principalmente insuficiente. Como refere Iungano (2011), “o investimento afetivo, necessário para a construção psíquica é prejudicado quando o objeto no qual a mãe deve investir remete à sua imperfeição” (p. 29).

Para Maldonado (1989), qualquer coisa diferente do esperado ou normal aumenta enormemente a ansiedade. Com relação a esta constatação, pode-se perceber que a necessidade de acolhimento diante dos aspectos regressivos despertados pode ter acentuado a ligação e o vínculo destas mulheres com a entrevistadora. Elas sentiam-se a vontade para falar de seus conflitos, o que lhes permitiu a introspecção e uma possível abertura para mudança. O contato a princípio com fins não terapêuticos, pode sê-lo em sua essência pelo vínculo estabelecido.

A escuta, neste sentido, tem grande valor possibilitando a expressão e conscientização dos medos e expectativas. Oferecer tempo, espaço e receptividade auxilia no estabelecimento do vínculo e na possibilidade da gestante integrar sua experiência da maternidade ao contexto adverso do qual necessita ainda realizar maior elaboração.

No entanto, o estudo pôde tomar a forma próxima à desejada, no sentido de conseguir observar características do vínculo iniciado desde a gestação e o fortalecimento ou as fragilidades, dignas de um acompanhamento multidisciplinar, no decorrer do tratamento ou nos momentos de maior angústia na constituição da relação mãe-bebê.

Destaca-se, assim, a importância de um acompanhamento pré-natal psíquico, “no qual a fala materna poderá ter espaço para um delineamento do desejo materno e a configuração do vínculo mãe-filho, bases do exercício da maternagem e da constituição psíquica do bebê” (STELLIN et al., 2011, p.183).

## REFERÊNCIAS

ALHUSEN, J. L. A literature update on maternal-fetal attachment. **Journal Obstetric Gynecology Neonatal Nursing**, v. 37, n. 3, p. 315-328, 2008.

ANGONESI, J.; POLATO, A. Doença Hipertensiva Específica da Gestação (DHEG), incidência à evolução para a Síndrome de HELLP. **RBAC**, v. 39, n. 4, p. 243-245, 2007.

ARAÚJO, A. et al. Um estudo sobre gestantes hipertensas e a adesão ao tratamento médico: abordagem descritiva. **Revista Ginecologia e Obstetrícia**, v. 9, n. 4, p. 191-198, 1998.

ARRUDA, D. C.; MARCON, S. S. A família em expansão: experienciando intercorrências na gestação e no parto do bebê prematuro com muito baixo peso. **Texto Contexto Enfermagem**, v. 16, n. 1, p. 120-128, 2007.

BALLARIN, M. L. G. S.; FERIGATO, S. H.; CARVALHO, F. B. Serviços de Atenção à Saúde Mental: reflexões sobre os desafios da atenção integral à saúde da mulher. **O mundo da saúde**, v. 32, n. 4, p. 511-518, 2008.

BARDIN, L. **Análise do conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2003. 326 p.

BENUTE, G. R. G. et al. Repercussões de um trabalho grupal interdisciplinar junto a gestantes de alto risco internadas: relato de experiência. **Revista Ginecologia e Obstetrícia**, v. 11, n. 2, p. 67-73, 2000.

BLEGER, J. A entrevista psicológica: seu emprego no diagnóstico e na investigação. In: \_\_\_\_\_. **Temas de Psicologia**: entrevistas e grupos. 4. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1989. p. 7-41.

BORMIO, S. N. G. **Fantasia inconscientes de gestantes portadoras de hipertensão arterial crônica por meio da técnica do desenho-história**. 2008. 152 p. Tese (Doutorado) - Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, 2008.

BORSA, J. C. Considerações acerca da relação mãe-bebê da gestação ao puerpério. **Contemporânea-Psicanálise e Transdisciplinaridade**, n. 02, p. 310-321, 2007.

BORTOLETTI, F. F. Psicodinâmica do Ciclo Gravídico Puerperal. In: BORTOLETTI, F.F. et al. **Psicologia na prática obstétrica: abordagem interdisciplinar**. São Paulo: Manole, 2007. p. 21-31.

BORTOLOTTO, M. R. F. L.; BORTOLOTTO, L. A.; ZUGAIB, M. Hipertensão e Gravidez: fisiopatologia. **Hipertensão**, v.11, n.1, p. 9-13, 2008.

BRANDON, A. R. Prenatal depression in women hospitalized for obstetric risk. **J. Clin. Psychiatry**, v.69, n. 4, p. 635-643, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Gestação de alto risco: Manual Técnico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 302 p.

BRAZELTON, T. B.; CRAMER, B. G. **As primeiras relações**. São Paulo: Martins Fontes, 1992. 288 p.

CAMACHO, K. G. et al. Vivenciando repercussões e transformações de uma gestação: perspectivas de gestantes. **Ciência e Enfermeria**, v. 16, n. 2, p. 115-125, 2010.

CAMPOS, E. P. Aspectos psicossomáticos em cardiologia. In: MELLO FILHO, J. (Org.). **Psicossomática hoje**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

CARON, N. A.; FONSECA, M. M. C.; KOMPINSKY, E. Aplicação da observação na Ultra-Sonografia Obstétrica. In: CARON, N. A. (Org.). **A relação pais-bebê: da observação à clínica**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000. p. 178-207.

CUSTODIO, Z. A. O.; CREPALDI, M. A. Tecendo as redes de apoio na prematuridade. **Aletheia**, n. 24, p. 115-126, 2006.

DAVID, M. A. O. et al. Depressão em grávidas hipertensas: preocupações maternas durante a gestação. **Psicologia Hospitalar**, v. 6, n. 1, p. 2-20, 2008.

DE FELICE, E. M. **Vivências da maternidade**: e suas conseqüências para o desenvolvimento psicológico do filho. São Paulo: Vetor, 2006.

DE FELICE, E. M. **A Psicodinâmica do puerpério**. São Paulo: Vetor, 2000.

EVAZIAN, D. et al. Repercussões da atuação profissional junto a gestantes de alto risco no período de internação: um estudo exploratório. **Revista Ginecologia e Obstetrícia**, v. 6, n. 3, p. 112-118, 1995.

FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA. Secretaria de Educação Superior. **Relatório de Gestão**. Marília: Hospital das Clínicas, Unidade Materno-Infantil, 2010.

FERRARI, A. G.; PICCININI, C. A.; LOPES, R. S. O bebê imaginado na gestação: aspectos teóricos e empíricos. **Psicologia em Estudo**, v.12, n. 2, p. 305-313, 2007.

FREIRE, T. C.; CHATELARD, D. S. O aborto é uma dor narcísica irreparável? **Revista Mal Estar e Subjetividade**, v. 09, n. 3, p. 1007-1022, 2009.

FREUD, S. (1931). **A sexualidade feminina**. Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v. XXI. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

FREUD, S. (1914) **Sobre o narcisismo**: uma introdução. Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v. IX. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

GRANATO, T. M. M.; AIELLO-VAISBERG, M. J. A. Maternidade e colapso: consultas terapêuticas na gestação e pós-parto. **Paidéia**, v. 19, n. 44, p. 395-401, 2009.



IUNGANO, E.M. A relação entre a mãe e o bebê prematuro internado em UTI neonatal. **Pediatria Moderna**, v. 45, n. 1, p. 26-30, 2009.

KAHHALE, E. M. P. et al. Condições psicológicas de gestantes adolescentes: possíveis fatores estressores ligados à pré-eclâmpsia. **Revista Ginecologia e Obstetrícia**, v. 11, n. 4, p. 210-214, 2000.

KIMURA, A. F. A construção da personagem mãe: considerações teóricas sobre identidade e papel materno. **Revista Escola Enfermagem USP**, v. 31, n. 2, p. 339-343, 1997.

KLAUS, M. H.; KENNEL, J. H. **Pais bebê: a formação do apego**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

KLEIN, M. Os efeitos das primeiras situações de ansiedade sobre o desenvolvimento sexual da menina. (1932) In: \_\_\_\_\_. **Melanie Klein: psicologia (1882-1960)**. São Paulo: Ática, 1982. cap. 6, p. 137-182.

KLEIN, M. Amor, culpa e reparação.(1937). In: \_\_\_\_\_. **Amor, culpa e reparação e outros trabalhos (1921-1945)**. Rio de Janeiro: Imago, 1996. cap. 19, p. 346-384.

KLEIN, M. Estágios iniciais do conflito edípico (1928). In: \_\_\_\_\_. **Amor, culpa e reparação e outros trabalhos (1921-1945)**. Rio de Janeiro: Imago, 1996. cap. 9, p. 214-227.

KLEIN, M. O desmame (1936). In: \_\_\_\_\_. **Amor, culpa e reparação e outros trabalhos (1921-1945)**. Rio de Janeiro: Imago, 1996. cap. 18, p. 330-345.

KURKI, T. et al. Depression and anxiety in early pregnancy and risk for preeclampsia. **Obstetrics Gynecology**, v. 95, n. 4, p. 487-90, 2000.

LANGER, M. **Maternidade e Sexo: estudo psicanalítico e psicossomático**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1981. 266 p.

LAPLANCHE, J.; PONTALLIS, J. B. **Vocabulário de Psicanálise**. São Paulo, Martins Fontes, 1995.

LOPES, R. C. S. et al. O antes e o depois: expectativas e experiências de mães sobre o parto. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 18, n. 2, p. 247-254, 2005.

MALDONADO, M. T. **Maternidade e paternidade**: situações especiais e de crise na família. Petropolis: Vozes, 1989. 2v. 158 p.

MALDONADO, M. T. **Psicologia da gravidez**: parto e puerpério. São Paulo: Saraiva, 2000.

MALDONADO, M. T. Psicossomática e Obstetrícia. In: MELLO FILHO, J. **Psicossomática Hoje**. Porto alegre: Artes Médicas, 1992. cap. 19 , p. 208-214.

MARSON, A. P. Narcisismo Materno; quando meu bebê não vai para casa... **Revista da SBPH**, v. 11, n. 1, p. 161-169, 2008.

MILBRADT, V. Afetividade e gravidez indesejada, os caminhos de vínculo mãe-filho. **Revista Pensamento Biocêntrico**, n.9, p. 111-133, 2008.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Abrasco, 1999. 269 p.

MOREIRA, J. O. A ruptura do continuar a ser: o trauma do nascimento prematuro. **Mental**, v. 5, n. 8, p. 91-106, 2007.

NAVAJAS FILHO, E. Os processos de identificação e introjeção na gravidez. In: ZUGAIB, M.; TEDESCO, J. J. A.; QUAYLE, J. **Obstetrícia psicossomática**. São Paulo: Editora Atheneu, 1997. p. 10-14.

ONIKO, E. T. K. **Estudo dos aspectos psicológicos e sua influência no desenvolvimento da hipertensão gestacional**. 2002. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2002.

PARKER, R. **A mãe dividida**: a experiência da ambivalência na maternidade. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1997. 366 p.

PASCOAL, I. F. Hipertensão e gravidez. **Revista Brasileira de Hipertensão**, v. 9, n. 3, p. 256-261, 2002.

PERAÇOLI, J. C.; PARPINELLI, M. A. Síndromes hipertensivas da gestação: identificação de casos graves. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 27, n. 10, p. 627-634, 2005.

PICCININI, C. A. et al. Expectativas e sentimentos da gestante em relação ao seu bebê. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 20, n. 3, p. 215-222, 2004.

QUAYLE, J. Gestantes de alto risco: a atuação do psicólogo. In: ISMAEL, S. M. C. (Org.). **A prática psicológica e sua interface com as doenças**. São Paulo: Especialização em Psicologia Hospitalar. Casa do Psicólogo, 2005. p. 185-208.

RAPHAEL-LEFF, J. **Gravidez: a história interior**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997. 212 p.

REZENDE, J. ; MONTENEGRO, C. A. B. **Obstetrícia fundamental**. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

SALES, L. M. M. A “loucura” das mães: do desejo à realidade do filho. In: ROHENKOHL, C. M. F. (Org.) **A clínica com o bebê**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000. p. 27-35.

SANTOS, P. B. **Maternidade ameaçada: vivências psíquicas em gestantes de risco**. Dissertação (Mestrado) - Pontifícia Universidade Católica, São Paulo, 2005.

SARMENTO, R.; SETÚBAL, M. S. V. Abordagem psicológica em obstetrícia: aspectos emocionais da gravidez, parto e puerpério. **Revista de Ciências Médicas**, v. 12, n. 3, p. 261-268, 2003.

SCHMIDT, E. B.; ARGIMON, I. I. L. Vinculação da gestante e apego materno-fetal. **Paidéia**, v. 19, n. 43, p.211-220, 2009.

SEBASTIANI, R. W. Mecanismos de defesa do ego. A eleição do órgão de choque. In: ZUGAIB, M.; TEDESCO, J. J A.; QUAYLE, J. **Obstetrícia psicossomática**. São Paulo: Editora Atheneu, 1997. p. 15-39.

SERRUYA, S. J.; LAGO, T. D. G.; CECATTI, J. G. O programa da atenção pré-natal no Brasil e o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento. **Revista Brasileira Saúde Materno-Infantil**, v.4, n.3, p. 269-279, 2004.

SILVA, E. F. et al. Percepções de um grupo de mulheres sobre a doença hipertensiva específica da gestação. **Revista Gaúcha Enfermagem**, v. 32, n.2, p. 316-322, 2011.

SOIFER, R. **Psicologia da gravidez, parto e puerpério**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1980. 124 p.

SOUZA, N. L. et al. Percepção materna com o nascimento prematuro e vivência da gravidez com pré-eclampsia. **Revista Saúde Pública**, v.41, n. 5, p. 704-710, 2007.

SPINELLI, M. R. Psicogênese das doenças. In: ZUGAIB, M.; TEDESCO, J. J. A.; QUAYLE, J. **Obstetrícia psicossomática**. São Paulo: Editora Atheneu, 1997. p. 3-9.

STELLIN, R. et al. Processos de construção de maternagem. Feminilidade e maternagem: recursos psíquicos para o exercício da maternagem em suas singularidades. **Estilos da Clínica**, v. 16, n.1, p. 170-185, 2011.

SZEJER, M.; STEWART, R. **Nove meses na vida da mulher: uma abordagem psicanalítica da gravidez e do nascimento**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997. 322 p.

TACHIBANA, M.; SANTOS, L. P.; DUARTE, C. A. M. O conflito entre o consciente e o inconsciente na gravidez não planejada. **Psychê**, v. 10, n. 19, p. 149-167, 2006

TEDESCO, J. J. A. Aspectos emocionais da gravidez de alto risco. In: ZUGAIB, M.; TEDESCO, J. J. A.; QUAYLE, J. **Obstetrícia psicossomática**. São Paulo: Editora Atheneu, 1997. p. 99-108.

THOMAZ, A. C. P. et al. Relações afetivas entre mães e recém-nascidos a termo e pré-termo: variáveis sociais e perinatais. **Estudos de Psicologia**, v. 10, n.1, p. 139-146, 2005.

TURATO, E. R. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas**. Petrópolis: Vozes, 2003. 685 p.

WINNICOTT, D. W. A mãe dedicada comum (1966). In: \_\_\_\_\_. **Os bebês e suas mães**. São Paulo: Martins Fontes, 2006. cap. 1, p. 1-11.

WINNICOTT, D. W. A preocupação materna primária (1956). In: \_\_\_\_\_. **Da Pediatria à Psicanálise: obras escolhidas (1896-1971)**. Rio de Janeiro: Imago, 2000. cap. 14, p. 399-405.

ZAMPIERI, M. F. M. Vivenciando o processo educativo em enfermagem com gestantes de alto risco e seus acompanhantes. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 22, n. 1, p. 140-166, 2001.

ZIMERMAN, D. **Os quatro vínculos: amor, ódio, conhecimento e reconhecimento na psicanálise e em nossas vidas**. Porto Alegre: Artmed, 2010. 240 p.

ZUCCHI, M. Depressão na gravidez e prematuridade. Aspectos epistemológicos da investigação. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 15, n.1, p. 89-97, 1999.

## ANEXOS

### ANEXO A

#### Entrevista Semi-Estruturada

**Data da entrevista:** \_\_/\_\_/\_\_

#### Dados de Identificação

Nome:

Data de Nascimento:

Idade:

Naturalidade:

Escolaridade:

Profissão:

Renda Familiar:

Religião:

Estado Civil:

Moradores da residência/lar:

#### Dados complementares

Idade Gestacional:

#### Questão disparadora:

“Fale tudo que se lembrar sobre a descoberta da gravidez até o momento de desenvolvimento atual.”

#### Roteiro da Entrevista

Descoberta da gravidez

Expectativas em relação à gravidez e ao bebê

Expectativas relacionadas à maternidade

Relação que já estabelece com o bebê (contato estabelecido/cuidado)

Relações familiares (desde a infância ao contexto atual)

Surgimento da hipertensão na gestação

Percepção de alterações

## ANEXO B

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Eu, \_\_\_\_\_, RG: \_\_\_\_\_, concordo com minha participação no estudo realizado pela psicóloga Danielle Abdel Massih Pio, intitulado “Aspectos psicodinâmicos da mulher na gestação de risco: um estudo sobre o desenvolvimento da pré-eclâmpsia e a repercussão na relação materno-filial”, que tem como objetivo compreender a relação afetiva mãe-bebê, da gravidez ao puerpério, considerando o desenvolvimento e diagnóstico desta hipertensão específica da gestação.

Concordo com a gravação da entrevista realizada na gravidez e com a observação no puerpério imediato, com objetivo da informação, publicação, apresentação e pesquisa. Fui informada de que não serei identificada, sendo garantido este sigilo.

Ainda fui devidamente informada e esclarecida dos benefícios que se tratam de maiores conhecimentos a respeito do assunto, podendo auxiliar em tratamentos futuros relacionados aos cuidados das gestantes e mães, não havendo prejuízos físicos ou morais pela minha participação.

Estou ciente do direito de receber todas as informações e outros esclarecimentos a respeito do estudo, sabendo de minha livre participação, podendo retirar meu consentimento, quando sentir esta necessidade.

A pesquisadora se compromete em não alterar o tratamento que realizo nesta instituição, sem qualquer implicação, caso eu não concorde ou desista da participação neste estudo.

Marília,.....de .....de 200...

Assinatura do Participante

Assinatura e Carimbo do Pesquisador

RG 30.186.898-0

CRP 06/59218

Pesquisadora: Danielle Abdel Massih Pio

Endereço: Avenida Carlos Artêncio, nº 356, apto 54 C; Marília –SP

Telefone: (14) 3432-3776; (14) 8137-7208 e-mail: dmassih@flash.tv.br

## ANEXO C



**FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA**  
Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo  
Seres Humanos – CEP/FAMEMA

Marília, 04 de Junho de 2009

Ilmo(ª) Sr.(ª)  
Danielle A. Massih Pio  
Marília/SP

O Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Faculdade de Medicina de Marília, recebeu o protocolo de estudo nº 195/09, intitulado: "Aspectos Psicodinâmicos da Mulher na Gestação de Risco: Um Estudo sobre o Desenvolvimento da Pré-Eclâmpsia e a Repercussão na Relação Materno Filial", foi considerado **APROVADO "Ad Referendum"** após responder as pendências apontadas em Reunião Ordinária – 25/05/09, de acordo com a Resolução 196/96 e suas Complementares do Conselho Nacional de Saúde, podendo ser iniciado

Sendo só para o momento, reiteramos protestos de consideração e apreço.

Atenciosamente,

**Prof. Dr. Valdeir Fagundes de Queiroz**  
Presidente do Comitê de Ética em Pesquisa  
Envolvendo Seres Humanos