UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

INSTITUTO DE PSICOLOGIA

SIMONE KELLY NIKLIS GUIDUGLI

**“CORAÇÃO AFLITO: REPERCUSSÕES EMOCIONAIS NA GESTANTE DE FETO
CARDIOPATA”**

2015

SIMONE KELLY NIKLIS GUIDUGLI

**“CORAÇÃO AFLITO: REPERCUSSÕES EMOCIONAIS NA GESTANTE DE FETO
CARDIOPATA”**

(Versão Corrigida)

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, como exigência para obtenção do título de Mestre em Psicologia Clínica.

Orientadora: Profa. Dr^a Eliana Herzberg

São Paulo
2015

AUTORIZO A REPRODUÇÃO PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Catálogo na publicação
Serviço de Biblioteca e Documentação
Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo

Guidugli, Simone Kelly Niklis.

Coração aflito: repercussões emocionais na gestante de feto cardiopata / Simone Kelly Niklis Guidugli; orientadora Eliana Herzberg. -- São Paulo, 2015.

132 f.

Dissertação (Mestrado – Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Área de Concentração: Psicologia Clínica) – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

1. Cardiopatias congênitas 2. Gravidez de alto risco 3. Gestantes 4. Feto 5. Diagnóstico pré-natal I. Título.

RJ421

Nome: Guidugli, Simone Kelly Niklis

Título: Coração aflito: repercussões emocionais na gestante de feto cardiopata

Dissertação apresentada ao Departamento de Psicologia
Clínica do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo
para obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Dissertação defendida e aprovada em: ____ / ____ / ____.

BANCA EXAMINADORA:

Prof. Dr. _____

Instituição _____ Assinatura _____

Prof. Dr. _____

Instituição _____ Assinatura _____

Prof. Dr. _____

Instituição _____ Assinatura _____

*À minha mãe Mercedes Camisotti Niklis (sempre presente) que me ensinou o
que é o amor entre mãe e filha...*

AGRADECIMENTOS

À Profª Drª Eliana Herzberg, pelas orientações cuidadosas, pelo envolvimento e consistente parceria estabelecida no desenvolvimento de todo esse trabalho. Que venham muitos outros!

Ao meu marido Marcio Guidugli que pacientemente suportou toda a minha ausência para elaboração deste trabalho e cumprimento dos “famosos” prazos. Seu incentivo pela minha carreira e desenvolvimento profissional até aqui, foi fundamental.

Ao meu pai Nicacio Niklis pela preocupação e pelas demonstrações de orgulho com cada passo dado em minha carreira, e pelas orações constantes também!

À minha mãe Mercedes, que se despediu de mim, me deixando o incentivo pelos estudos, jamais esquecerei.

Às minhas irmãs, Claudia e Regina, pelo cuidado e parceria de sempre, e por terem me dado a alegria de ser a “táta”, “a tia Simone” e a “tia Bole”, respectivamente para os meus queridos sobrinhos Alexandre, Camila e Benício.

Às queridas amigas Juliana Alves, Juliana Batista e Viviane Ribeiro, a amizade e o amor que existe entre nós não pode ser mensurado, fez e faz a diferença em todos os momentos. Obrigada por existirem!

À Drª Simone Pedra, coordenadora da Unidade Fetal do HCor, primeiramente pelo convite para trabalhar nesta Unidade, e depois por toda a confiança, o apoio e o respeito destinado ao meu trabalho. É um imenso prazer trabalhar com você!

À Drª Silvia Cury Ismael, gerente do Serviço de Psicologia do HCor, quem me apoia e me dá espaço para atuar profissionalmente, crescer e aprender, desde sempre.

À Drª Bernardete Weber, Superintendente de Qualidade e Responsabilidade Social do Hospital do Coração, instituição que me favoreceu todo o aprendizado,

profissional e pessoal, me dando espaço e incentivo para trabalhar de forma autônoma, em uma área tão nobre e delicada.

À equipe da Unidade Fetal, admirada por mim, por todo o envolvimento e cuidado com as gestantes, maridos e bebês, pelas trocas nas discussões dos casos.

À equipe de Psicologia do HCor, com quem partilho desde o início, as experiências da Unidade e para quem deixo essa “herança” da inovação de ter uma psicóloga na sala de parto em um hospital cardiológico. Quase uma loucura!

À Janaína Xavier, psicóloga do Hospital do Coração, que trabalhou nesse projeto comigo desde o início e agora permanece realizando esse lindo trabalho na Unidade Fetal, bem como as psicólogas que já passaram por lá e deixaram suas marcas, Mariana Guarize e Marita Iglésias, vocês também fizeram a diferença e fazem falta!

À Tathiane Guimarães, que com sua agilidade ímpar, me ajudou nos últimos momentos de formatação deste trabalho!

À Vera Iaconelli, profissional com quem aprendi imensamente sobre a gestação e a maternidade desde os primeiros passos da atuação nesta área. Sou fã da sua competência e carisma!

Às professoras Izabella Barros e Ana Maria Aguirre, pelas ricas contribuições em minha qualificação. A atenção dada a todos os detalhes fez a diferença para minha reflexão sobre as questões implicadas na pesquisa.

À prof^a Eliana De Felice, quem conheci pessoalmente durante a dissertação, embora já fosse admiradora de seu trabalho, e com quem, em pouco tempo, aprendi e tive a certeza de que estava caminhando na direção certa.

À Ana Tereza Messa (in memoriam), supervisora clínica, que “nos deixou” meses antes desta dissertação se finalizar, com quem aprendi tanto e recebi o carinho e torcida para que este trabalho acontecesse.

À Natalia Félix de Souza, pela disponibilidade e grande ajuda na tradução desta dissertação, em meio a tantos compromissos profissionais e acadêmicos, tão louca quanto a mim, no que se refere aos estudos.

À biblioteca do Hospital do Coração, especialmente às bibliotecárias Claudia Oliveira e Mabel Figueiró, pelo apoio na revisão ortográfica e padrão científico desta dissertação.

À biblioteca do Instituto de Psicologia da USP, por toda a atenção e a agilidade de sempre ao responder às infinitas dúvidas.

À Denise Fidalgo, secretária do Comitê de Ética em Pesquisa do HCor, pela presteza, atenção e gentileza, em todos momentos em que precisei de seu auxílio.

Aos casais de amigos Ronaldo e Priscila, Vanessa e Edmilson, Rosa e Deny, pelas incontáveis situações em que me ouviram dizer “não posso ir, tenho que trabalhar no mestrado”, agora já posso pessoal...

À “amiga irmã” Roberta Miguel e à Dona Laide, “mãe emprestada”, por sempre estarem ao meu lado, mesmo com o tempo tão restrito para nos encontrarmos.

Às pacientes que participaram deste estudo e que me permitiram fazer parte de suas vidas, confidenciando suas dores mais intensas, minha eterna gratidão e profundo desejo de que a vida lhes ofereça muitas alegrias!

Agradecimento Especial ao Hospital do Coração-Associação do Sanatório Sírio que, através de seus projetos de filantropia, favorece de forma incansável que o atendimento da Unidade Fetal seja realizado, sendo também possível o desenvolvimento da presente pesquisa.

“Minha mãe morreria não porque tivesse deixado de viver, mas porque havia separado o seu corpo do meu. Todo nascimento é uma exclusão, uma mutilação. Fosse vontade minha e eu ainda seria parte do seu corpo, o mesmo sangue nos banharia. Diz-se ‘parto’. Pois seria mais acertado dizer ‘partida’. E eu queria corrigir aquela partida”.

Mia Couto

RESUMO

Guidugli, S.K.N. (2015). Coração Aflito: repercussões emocionais na gestante de feto cardiopata. Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

Minha experiência clínica atendendo gestantes com diagnóstico de cardiopatia fetal pôde propiciar a observação de alterações na condição emocional das pacientes que se mantinham em acompanhamento psicológico no hospital de Cardiologia, que passou a recebê-las desde o período pré-natal até o nascimento do bebê, para que estes fossem submetidos às intervenções cardíacas necessárias. Esta percepção motivou a pesquisa sobre a natureza destas repercussões emocionais uma vez que a gestação é considerada um período de transição e de crise para a mulher, no qual precisa se reorganizar emocionalmente devido às mudanças com a vinda do filho, bem como às expectativas e idealizações inerentes. O objetivo foi identificar as repercussões emocionais mais significativas a partir de aspectos da psicodinâmica das gestantes, visando contribuir para a assistência a esta população. O método utilizado foi o clínico qualitativo, tendo como instrumentos: a entrevista semidirigida e as técnicas projetivas, Desenho da Figura Humana (DFH) e Teste de Apercepção Temática (TAT). Foi realizada a análise de conteúdo, conforme Bardin, de uma sessão de atendimento psicológico, gravada, com o consentimento das participantes, e transcrita posteriormente. Os resultados confirmaram a presença de repercussões emocionais significativas, dentre elas: os sentimentos de impotência e de posse em relação ao bebê, sentimento de culpa pelo diagnóstico fetal, angústia de morte, desamparo, não aceitação do diagnóstico e medo do desconhecido. A partir da análise psicodinâmica, identificou-se também: as principais ansiedades das gestantes - conhecer o bebê, de separação e do parto; os mecanismos de defesa atuantes - negação, regressão, identificação, racionalização e idealização- e as principais formas de enfrentamento - confiança na equipe, acreditar que a barriga é a forma possível de proteção do bebê, controle emocional, busca de conhecimento sobre a cardiopatia, identificação com outros pais na mesma situação e oferecimento de ajuda a estes, e a fé. No DFH destacaram-se: a inclinação das figuras femininas e masculinas, que pode estar relacionado à tentativa de manter um equilíbrio corporal em virtude das modificações físicas ao final da gestação; a assimetria apresentada em metade dos desenhos, analisada como possível forma de expressar a percepção das anomalias corporais dos bebês, embora a cardiopatia não possa ser visualmente observada, pode se relacionar às fantasias sobre a aparência do bebê malformado. No TAT perceberam-se importantes conflitos como dependência x independência e maternidade x afiliação, com o uso de mecanismos de defesa tais como a regressão, racionalização e idealização. Concluiu-se que o diagnóstico de cardiopatia fetal traz intensas repercussões emocionais, relacionadas às fantasias de morte sobre o nascimento do filho, sendo atribuída ao parto uma representação simbólica ainda mais angustiante que nas gestações comuns ou não caracterizadas como de alto risco, pois parece ser vivenciada inicialmente como uma situação “quase-certa” de morte, o que torna importante que o acompanhamento psicológico seja oferecido nas instituições de saúde, por todo o ciclo gravídico-puerperal.

Palavras-chave: Cardiopatia congênita. Gravidez de alto risco. Gestantes. Feto. Diagnóstico pré-natal.

ABSTRACT

Guidugli, S. K. N. (2015). Afflicted heart: emotional repercussions of fetal heart disease in pregnant women. MSc Dissertation, Institute of Psychology, University of São Paulo, São Paulo.

My clinical experience serving pregnant women with diagnosis of fetus with heart disease made it possible to observe changes in the emotional condition of the patients who remained in counseling in the Cardiology Hospital, which has been admitting them from the prenatal period to childbirth, so that they were subjected to the necessary cardiac interventions. This realization led to research into the nature of these emotional repercussions since pregnancy is considered a period of transition and crisis to the woman, who needs emotional restructuring due to changes related to the child's coming, and the inherent expectations and idealizations. The objective was to identify the most significant emotional repercussions from the psychodynamic aspects of pregnant women, in order to contribute to their assistance. The research followed a clinical-qualitative method, with the following instruments: semi-structured interviews and projective techniques, the Human Figure Drawing Test (HFD) and Thematic Apperception Test (TAT). Content analysis was carried out according to Bardin during psychological counseling sessions, recorded with the consent of the participants, and later transcribed. The results confirmed the presence of significant emotional repercussions, such as: feelings of powerlessness and possession over the baby, guilt over fetal diagnosis, death anxiety, helplessness, denial and fear of the unknown. The psychodynamic analysis also identified: the main anxieties of pregnant women – knowing the baby, separation and childbirth; the active defense mechanisms – denial, regression, identification, rationalization and idealization; and the main coping mechanisms – confidence in the team, belief in the belly's protection, emotional control, pursuit of knowledge about the disease, identification with other parents in similar situations and the ability to extend help to them, and faith. HFD highlighted: the angle of the female and male figures, which may be related to trying to maintain body balance because of physical changes at the end of pregnancy; the asymmetry identified in half of the drawings, analyzed as a possible way to express the perception of bodily abnormalities of babies which, even in the absence of visual observation of the abnormalities, can relate to fantasies about the appearance of a malformed baby. TAT showed important conflicts such as dependence vs. independence and motherhood vs. affiliation with the use of defense mechanisms such as regression, rationalization and idealization. The research concludes that the diagnosis of fetal heart disease causes intense emotional distress, related to death fantasies during childbirth – with childbirth having a more distressing symbolic representation than during ordinary or low-risk pregnancies, since it seems to be early experienced as a situation of “almost certain” death, which makes it important that health institutions offer psychological counseling throughout the pregnancy and childbirth.

Keywords: Congenital heart disease. High-risk pregnancy. Pregnant women. Fetus; prenatal diagnosis

Listas de Tabelas

Tabela 1 - Consulta de aconselhamento após ecocardiografia fetal.	23
Tabela 2 - Acompanhamento psicológico no período gravídico-puerperal.....	39
Tabela 3 - Pautas de interpretação de Sara Hirsch (2009).	42
Tabela 4 - Caracterização das participantes	43
Tabela 5 - Dados sobre a gestação	44
Tabela 6 - O diagnóstico fetal e suas repercussões.....	44
Tabela 7 - Saúde emocional das gestantes e rede de apoio	45
Tabela 8 - Receptividade ao Serviço de Psicologia (a partir da observação clínica da psicóloga e verbalizações da participante).....	46
Tabela 9 - Repercussões emocionais	47
Tabela 10 - Ansiedades apresentadas.....	50
Tabela 11 - Mecanismos de defesa	54
Tabela 12 - Formas de enfrentamento	57
Tabela 13 - Localização do desenho.....	61
Tabela 14 - Tamanho do desenho	62
Tabela 15 - Qualidade do grafismo	63
Tabela 16 - Descrição das pranchas utilizadas e temáticas evocadas	72
Tabela 17 - PRANCHA 1 – O menino e o violino	73
Tabela 18 - PRANCHA 7MF – Menina e boneca	74
Tabela 19 - PRANCHA 16 – “Em branco”	75

Lista de figuras

Figura 1 - “Menina, 10 anos” (SIC).....	65
Figura 2 - “Menina, 13 anos” (SIC).....	65
Figura 3 - Marcação de seios (Fig. Fem.)	69
Figura 4 - Marcação de bolso (seios) (Fig. Masc.)	69
Figura 5 - Detalhes das roupas (Fig Fem.).....	70
Figura 6 - Detalhes das roupas (Fig Masc.)	71

Lista de Abreviaturas

D.F.H.	Desenho da Figura Humana
HCor	Hospital do Coração
T.A.T.	Teste de Apercepção Temática
UF	Unidade Fetal
USP	Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

RESUMO	VIII
ABSTRACT	IX
LISTAS DE TABELAS	X
LISTA DE FIGURAS.....	XI
LISTA DE ABREVIATURAS	XII
1 INTRODUÇÃO	1
1.1 Revisão da literatura.....	1
1.1.1 Gestação ou gravidez	1
1.1.2 Tornar-se mãe: a maternidade, a maternagem e a Preocupação Materna Primária.....	3
1.1.3 A ambivalência materna.....	8
1.1.4 Gravidez de alto risco	10
1.1.5 As malformações fetais	11
1.1.6 As cardiopatias congênitas e o tratamento	14
1.1.7 O simbolismo do coração.....	16
1.1.8 O parto.....	18
1.2 O uso das técnicas projetivas.....	20
2 UNIDADE DE CARDIOLOGIA FETAL DO HOSPITAL DO CORAÇÃO (HCOR/SP) E ATUAÇÃO DA PSICOLOGIA.....	22
3 JUSTIFICATIVA.....	28
3.1 Relevância Social:	28
3.2 Relevância Científica:	28
3.3 Relevância Psicológica:	29
4OBJETIVOS.....	30
4.1 GERAL:	30
4.2 Específicos:	30

5 HIPÓTESE	31
6 MÉTODO	32
6.1 Tipo de pesquisa:.....	32
6.2 Participantes:	32
6.3 Critérios de exclusão.....	33
6.4 Instrumentos	33
6.4.1 Entrevista semidirigida.....	33
6.4.2 Desenho da Figura Humana - D.F.H.....	34
6.4.3 Teste de Apercepção Temática – TAT	34
6.5 Cuidados éticos:.....	37
6.6 Procedimento de coleta de dados	38
6.7 Procedimento de análise de dados.....	39
6.7.1 Entrevista semidirigida.....	39
6.7.3 Desenho da Figura Humana – DFH.....	40
6.7.4 Teste de Apercepção Temática – T.A.T.	41
7 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	43
7.1 Dados obtidos através da entrevista inicial	43
7.2 Atendimento psicológico e análise de conteúdo	46
7.3 Desenho da Figura Humana.....	60
7.3.1 Aspectos gerais	61
7.3.2 Aspectos formais.....	63
7.3.3 Aspectos de conteúdo.....	67
7.4 Teste de Apercepção Temática	71
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS	79
REFERÊNCIAS.....	83
APÊNDICE A - ENTREVISTA PSICOLÓGICA	91
APÊNDICE B - ANÁLISE DO DFH – FIGURA FEMININA	93
APÊNDICE C - ANÁLISE DO DFH – FIGURA MASCULINA.....	95

ANEXO A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	98
ANEXO B – FOLHA DE ROSTO CONEP	100
ANEXO C - AUTORIZAÇÃO PARA DIVULGAÇÃO DO NOME HCOR	101

APRESENTAÇÃO

Este trabalho foi idealizado mediante a prática clínica que se iniciou em 2009, quando foi instituída oficialmente a Unidade Fetal Cardiológica do Hospital do Coração de São Paulo. Trata-se de um hospital privado filantrópico, especializado em cardiologia, no qual foi realizada a pesquisa e onde trabalho desde o ano de 2005.

Meu percurso assistencial como psicóloga nesta Instituição foi na área da Cardiopediatria, a qual é referência nacional na clínica de cardiopatias congênitas complexas. Nesta clínica são recebidas crianças cardiopatas congênitas, ou seja, com malformações cardíacas, em sua maioria com indicação de tratamento cirúrgico, com mais de uma intervenção.

Com os avanços tecnológicos e o aprimoramento constante da equipe médica e multiprofissional, o crescimento na área da Cardiopediatria foi ocorrendo de forma a abarcar o período anterior ao nascimento destes pacientes, sendo a cardiologia fetal a especialidade atuante nestes casos.

Percebeu-se que as crianças recém-nascidas que eram transferidas para a Instituição a fim de serem submetidas às intervenções cirúrgicas, muitas vezes passavam por riscos de instabilidade *hemodinâmica*¹, durante a transferência hospitalar, uma vez que se trata de casos graves e delicados. Por esta razão, iniciou-se o atendimento às gestantes onde havia a suspeita de cardiopatia fetal, através de exames de rotinas realizados em seu pré-natal. A equipe médica, altamente aprimorada na área da cardiologia fetal, foi estabelecendo critérios para receber estas gestantes que vinham em busca do diagnóstico cardiológico fetal ou da confirmação de uma suspeita de diagnóstico já recebido anteriormente.

Os critérios relacionavam-se basicamente à complexidade e gravidade dos casos, ou seja, quanto mais complexo, mais seria necessário evitar que o

¹ Hemodinâmica é uma palavra originária do grego *haima* (sangue) e *dynamis* (força), significando, portanto, o estudo dos movimentos do sangue e das forças que o impulsionam (Linch et al., 2009).

nascimento do bebê ocorresse em outra Instituição para em seguida ser transferido. Assim, sendo parto realizado na presente Instituição (HCor), o bebê recebe um apoio técnico que lhe favorece, pois logo após o nascimento é imediatamente levado à Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, onde já é monitorizado, examinado e cuidado pela equipe de neonatologistas e cardiologistas pediátricos. Ocorreu então, a transformação de um hospital de cardiologia, que começou a fazer partos sem, no entanto, tornar-se uma maternidade.

Obviamente, as necessidades terapêuticas não se restringiam à área médica. As gestantes que chegavam ao setor de ecocardiografia e tinham a confirmação da cardiopatia do feto, tinham demandas de diversas naturezas. Por esta razão, a equipe multidisciplinar foi convidada a participar deste cuidado, e a partir de então, estruturou-se esta Unidade, com um acompanhamento integral das equipes médica, de enfermagem, do serviço social, de nutrição e da psicologia.

O acompanhamento psicológico começou a ser oferecido a essas mulheres, que inicialmente chegavam assustadas, angustiadas e em luto, pode-se dizer, pelo bebê saudável e perfeito que esperavam gerar. Foi oferecido um espaço de escuta e acolhimento psicológico para auxiliar as pacientes e seus companheiros no enfrentamento desta situação de crise emocional.

Com a prática clínica, percebeu-se que o momento do parto era ainda mais crítico emocionalmente para as pacientes, pois sabendo que o coração do feto estava doente, a fantasia que parte desta população apresentava relacionava-se ao nascimento do bebê não como um ganho e sim como a possibilidade de perda deste. Em muitos casos, durante os atendimentos psicológicos no pré-natal, as gestantes indagavam se não seria possível minha presença durante o parto, numa demonstração de que o vínculo estabelecido era importante o suficiente para favorecer o sentimento de segurança, diante de uma situação nova, a partir da possibilidade de minha presença durante o parto. A partir destas solicitações, foi proposta a ampliação da participação da psicologia, não somente no período pré-natal, mas também durante o parto, acompanhando as parturientes e seus companheiros. A proposta foi aceita pelas equipes de obstetrícia, neonatologia e enfermagem, dando início a uma parceria que começou com certa timidez e com

todos os integrantes da equipe tentando compreender qual papel a psicóloga representaria nesse contexto absolutamente médico, mas que no decorrer da trama, pôde render bons frutos, especialmente aos mais envolvidos, parturientes e acompanhantes, diante da angústia de receber o bebê doente.

Após seis anos de atuação profissional nesta clínica, decidi aprofundar as observações através da pesquisa científica, desenvolvida nesta dissertação, na qual procurei compreender melhor quais as principais repercussões emocionais que surgem na gestante que recebe o diagnóstico de cardiopatia fetal.

A pesquisa contemplou uma abordagem qualitativa, na qual buscou-se identificar as repercussões emocionais através da análise de conteúdo de uma sessão de atendimento psicológico, juntamente às técnicas projetivas do Desenho da Figura Humana e Teste de Apercepção Temática, tendo sido selecionadas as pranchas 1, 7MF e 16 em função de sua pertinência ao tema. A interpretação dos dados foi realizada considerando a análise psicodinâmica das pacientes com conceitos psicanalíticos.

1 INTRODUÇÃO

1.1 Revisão da literatura

1.1.1 Gestação ou gravidez

A palavra gestação, no idioma português, possui dentre as suas definições: “período de tempo em que se desenvolve o embrião no útero, desde a concepção até o nascimento” e “tempo que dura a produzir-se ou a formar-se qualquer coisa; elaboração”. Importante diferenciar da palavra gravidez que, por sua vez, tem como definição “estado da mulher, e das fêmeas em geral, durante o tempo em que se desenvolve o feto” (Michaelis, 2011).

A gestação ou gravidez, palavras que serão utilizadas como sinônimos nesta dissertação constitui tema bastante estudado por diversos teóricos, os quais se ocupam de conhecer melhor as vivências e repercussões na vida da mulher, bem como seus companheiros e familiares mais próximos. No campo da psicologia e da psicanálise, há autores tais como Maldonado (2002), Langer (1981), Soifer (1986) Szejer e Stewart (2002) que desde a década de 1960 e 70 iniciaram e aprofundaram os estudos, trazendo importantes contribuições à área a partir de suas pesquisas e experiência clínica, os quais guiaram a fundamentação teórica deste trabalho, assim como a prática clínica.

Maldonado (2002) afirma que a gravidez pode ser considerada um período de transição que faz parte do processo natural de desenvolvimento da mulher. Neste processo ela precisará se reestruturar e se reorganizar em vários sentidos, pois há inevitáveis mudanças de papéis, nos quais irá se olhar e ser olhada de maneiras diferentes. A autora destaca as importantes modificações que a mulher vivencia no processo de gestação, dentre elas: modificações e adaptações em seu corpo, uma vez que precisará acolher o bebê, conforme seu crescimento; alterações em sua vida emocional e também na do homem, progenitor desta criança; além das modificações da dinâmica do relacionamento do casal que recebe impactos com repercussões bastante profundas (Maldonado, 2002).

Quanto à primeira gestação, atenta para o fato de que “as mudanças são radicais” (Maldonado, 1981, pp. 12), pois a partir do conhecimento da gravidez, o casal torna-se pai e mãe, sendo o filho parte de uma relação que agora acontecerá a três. Considera ainda, que a espera de um filho faz parte de um rol de mudanças significativas que pode abalar os padrões de relacionamento do casal, pois acarreta expectativas, anseios e temores.

A autora menciona ainda, que a mulher passa por três períodos críticos de transição em sua vida, seriam eles: a adolescência, a gravidez e o climatério. Inclui a gravidez nas situações que afirma ser “períodos de transição biologicamente determinados, caracterizados por mudanças metabólicas complexas, estado temporário de equilíbrio instável devido às grandes perspectivas de mudanças envolvidas nos aspectos de papel social, necessidade de novas adaptações, reajustamentos interpessoais e intrapsíquicos e mudanças de identidade” (Maldonado, 2002, pp. 22-23).

Maldonado (2002) nos chama a atenção para o fato de que, por ser um “estado temporário de equilíbrio instável” (p. 24), a pessoa em crise fica mais vulnerável e acessível à ajuda. Sendo assim, as intervenções eficientes – profissionais ou não – tendem a ser mais rapidamente aproveitadas e absorvidas do que em períodos de maior estabilidade, quando há uma atuação mais rigorosa dos mecanismos defensivos. O apontamento de Maldonado vem ao encontro à prática clínica, onde se percebe a demanda de pacientes grávidas, que anseiam por escuta, acolhimento e intervenção profissional, tendo aqui um campo fértil para a atuação de psicólogos, psicanalistas e outros profissionais da área.

Szejer e Stewart (1987/2002) esclarecem que a gravidez é para a mulher uma chance de evoluir, de se realizar no plano individual, “para a mulher enquanto pessoa, dar à luz é um rito de passagem, que lhe permite verdadeiramente aceder a um estado de dar à luz a si mesma” (pp. 117-118). Os autores acima afirmam ainda que, “um filho é, inicialmente, o desejo de um homem, o desejo de uma mulher e do encontro desses dois desejos nascerá um terceiro desejo, desejo de vida que vai se encarnar no corpo do filho” (Szejer & Stewart, 1987/2002, p.55). Lembram ainda que o desejo, para a psicanálise, não pertence à ordem do consciente, pode ser

inclusive, contrário a este, mas também podem - inconsciente e consciente - se encontrar. Assim, filhos desejados ou não, exigirão de seus progenitores certa dose de investimento libidinal para que se leve ao fim uma gestação, seja ela por qual motivo tenha acontecido.

Resultados de estudo realizado por Piccinini et al. (2008) revelaram que a gestação traz mudanças biológicas, somáticas, psicológicas e sociais, que inevitavelmente irão influenciar a dinâmica psíquica, individual e relacional da gestante. Schettini (2001) por sua vez, salienta que o filho representa um terceiro na relação do casal, dando-lhes um novo sentido. Sendo assim, o filho completa o equilíbrio do casal, estabelecendo nesta relação uma verdadeira unidade.

Interessante observar, no entanto, que nem sempre o filho vem estabelecer uma relação de unidade ou de equilíbrio, mas pode trazer um desequilíbrio que às custas de muito empenho deverá ser restabelecido, por um esforço do casal, agora configurado de maneira que envolve um terceiro, totalmente dependente e indisponível a lançar mão de seus próprios desejos.

1.1.2 Tornar-se mãe: a maternidade, a maternagem e a Preocupação Materna Primária

A gravidez e a maternidade são acontecimentos biográficos de enorme importância que tem repercussões inevitavelmente transformadoras sobre a vida da mulher, do casal e da rede familiar e social. É, assim, a partir de uma vida de mulher do mundo de hoje que a futura mãe vai entrar num estado psíquico especial que lhe facultará comunicar-se adequadamente com o seu bebê (Vaisberg, 2006, p. 18).

Freud (1914/1976) ao discorrer sobre o narcisismo, explica que o filho é colocado no lugar de “Sua Majestade, o Bebê”, em nome de um retorno e reprodução do narcisismo dos próprios pais, procurando através da valorização afetiva da criança, obter o resgate de seus próprios narcisismos infantis perdidos. Destaca ainda, que o filho ocupa uma função “reparadora” no que se refere a ajustar

as feridas narcísicas de seus próprios pais e que a mulher destina ao filho um lugar resultante de uma resolução complicada do complexo de Édipo, onde na constituição da feminilidade, o desejo de ter um filho seria a substituição do desejo de ter um pênis, colocando o bebê, inconscientemente, no papel simbólico do falo.

Freud, em 1915, explicita que o inconsciente é atemporal e regido por suas próprias leis de funcionamento, dispensando pouca atenção à realidade, pois está sujeito ao princípio de prazer. Sendo assim, pode-se pensar que o conteúdo emocional com o qual se depara diante do processo de gestação, tem significados muito particulares para cada mulher.

Já em 1931, ao tratar do tema da sexualidade feminina 1931, Freud considera que a mulher possui três formas de se inserir na cultura como sujeito sexuado. A primeira possibilidade seria pela inibição da sexualidade, a segunda fixando-se na inveja ao pênis e a terceira com a maternidade, uma vez que o filho equivale ao falo.

Conforme Stellan et al. (2011)

(...) é nesta relação com a mãe que a criança é experienciada como o que falta à mãe, ou seja, o falo (...). O desejo de filho sutura o nada da mulher, configurando um obstáculo ao gozo. O falo separa o mundo da sexualidade (insatisfeita) do mundo do gozo (absoluto). É por isso que as mulheres desejam filho-falo transformando-se em mães (p. 173).

Segundo Zornig (2010, p. 456) “a pré-história da criança se inicia na história individual de cada um dos pais; o desejo de ter um filho reatualiza as fantasias de sua própria infância e do tipo de cuidado parental que puderam ter”. E a parentalidade, seria um termo que começou a ser utilizado na década de 60, para destacar a grandiosidade do processo e da construção no exercício da relação entre pais e filhos. A autora afirma ainda, que não se pode restringir a parentalidade somente à gestação e ao nascimento de um filho, uma vez que as identificações feitas na infância irão influenciar e determinar a maneira como cada um dos pais poderá exercitá-la. Assim, o processo de filiação, não se inicia com o nascimento do bebê, mas sim muito antes disso, “a partir da transmissão consciente e inconsciente

da história infantil dos pais, de seus conflitos inconscientes, da relação com seus próprios pais, que colorem sua própria representação sobre a parentalidade” (Zornig, 2010, p. 457).

Souza (2002) ressalta que:

“a maternidade é uma fase muito importante na vida da mulher. Várias situações estão sendo colocadas em jogo. Muitas mudanças ocorrem sem que tenham sido planejadas. É um período de crescimento e de amadurecimento da mulher, que passa da posição de filha para a posição de mãe, e isso traz uma mudança na dinâmica familiar. Mas é também um período de satisfação e de felicidade, em que a mulher experimenta a capacidade de gerar uma criança e vê-la crescer com os seus cuidados. Tudo isso ocorre no meio de muitas turbulências e de sentimentos ambivalentes” (p. 53).

De acordo ainda com Souza (2002), ser mãe pela primeira vez exige da mulher que se depare com o novo. Esse desconhecido possivelmente será também causador de medo e insegurança, por isso a mãe sente o desejo em ter um filho, mas este desejo vem acompanhado de muitas dúvidas e medos. Soifer (1986, p. 27) afirma que, inconscientemente, a mulher vivencia o terror “de ser devorada e esvaziada por um monstro (o aborto), que simboliza o filho”. Esses temores precisam ser enfrentados pela mulher e por isso, “quando uma mulher engravida é porque sua tendência à maternidade superou amplamente seu terror aos filhos” (p. 27). Bydlowski (1989) sugere que o desejo de ter um filho pode estar além de uma demanda fálica de completude do sujeito. Pode ter um significado consciente que está relacionado a “ser mãe”, e um significado inconsciente que se relaciona à elaboração da feminilidade, ao que a maternidade lhe representa e ao lugar que será designado inconscientemente, ao filho.

Já o conceito psicanalítico da maternagem define um conjunto de cuidados dispensados ao bebê que visam suprir suas necessidades (Barbosa, F. A., Machado, L. F. V., Souza, L.V. & Scorsolini-Comin, F., 2010). Entretanto, esses cuidados não se restringem somente ao atendimento das necessidades básicas do bebê, mas também a toda a disponibilidade psíquica da mãe para com ele, pois o processo da maternagem precisa produzir a experiência de continuidade e, ao mesmo, tempo introduzir novos elementos, conforme propõe Winnicott (2000).

Barbosa et al. (2010) refere que, conforme a abordagem winnicottiana:

a mãe se posiciona de maneira madura, acolhedora e segura diante do filho, o que não ocorre apenas na ocasião do nascimento e dos cuidados iniciais, mas ao longo de toda a primeira infância, notadamente. Sendo assim, a maternagem acaba sendo um processo que vai se constituindo ao longo do tempo, possibilitando o surgimento de diferentes significados acerca do ser mãe (p. 34).

Não se pode deixar de mencionar e destacar no presente trabalho, o conceito de *Preocupação Materna Primária*, termo empregado por Winnicott (1956/2000) para se referir a um estado muito especial da mãe, como uma “condição psiquiátrica”, porém organizada, para a qual o autor refere que

poderia ser comparada a um estado de retraimento ou de dissociação, ou a uma fuga, ou mesmo a um distúrbio num nível mais profundo, como por exemplo um episódio esquizoide, onde um determinado aspecto da personalidade toma o poder temporariamente (p. 401).

Winnicott propõe o termo correlacionando-o a uma “quase doença” ou a uma “doença normal” sobre a qual a mulher precisa recuperar-se, tão logo o bebê a libere. Esclarece, no entanto, que a palavra “doença” é utilizada considerando que a mulher deve ter saúde suficiente tanto para desenvolvê-la quanto para recuperar-se dela (Winnicott, 2000, p. 401).

Winnicott (1987/2006) ressalta a importância desta condição das mães, afirmando que:

Isso significa que elas desenvolvem uma capacidade surpreendente de identificação com o bebê, o que lhes possibilita ir ao encontro das necessidades básicas do recém-nascido, de uma forma que nenhuma máquina pode imitar, e que não pode ser ensinada (p.30).

O estado de Preocupação Materna Primária inicia-se nos últimos meses da gravidez e se mantém assim por algum tempo após o parto, embora esta adaptação absoluta da mãe às necessidades do bebê seja temporária, implica em um envolvimento total (Dias, 2003). Refletindo sobre a questão desse estado temporário de adaptação absoluta da mãe com seu bebê, torna-se importante mencionar o

conceito de *mãe suficientemente boa*, elaborado por Winnicott para descrever a mãe que é capaz de reconhecer e atender a dependência do lactente, devido à identificação com o mesmo. A identificação é responsável por permitir-lhe saber qual é a necessidade do bebê, respondendo à mesma.

A mãe é *suficientemente boa* porque atende ao bebê, na medida exata de suas necessidades, e não conforme as suas próprias necessidades, e vai progredindo no decorrer do desenvolvimento do bebê, passando de uma adaptação absoluta para uma adaptação relativa à necessidade do bebê (Dias, 2003).

Ainda cabe à mãe em estado de preocupação materna primária, desenvolver a maternagem ao bebê, termo sobre o qual Winnicott propõe três elementos que o fundamentam, sendo nesta pesquisa brevemente explicitados, embora extremamente valorizados quanto à sua importância: o *holding*, colo físico e psicológico que é oferecido ao bebê, dando-lhe sustentação emocional; o *handling*, que envolve os cuidados físicos dispensados ao bebê (amamentação, toque, mudança de posição, carícias, banho, etc); e a *apresentação de objeto*, que se refere a apresentação da realidade externa ao bebê e a forma como a mãe o faz (Granato, 2000, p. 34).

Granato (2000) nos lembra, no entanto, que não são todas as mães que se preocupam tanto assim, ao que Winnicott já afirmava que para algumas mães há certo temor quanto ao estado *preocupado*, pois isto pode ser-lhes demais, preferindo assim, entregar o bebê a terceiros para que lhe cuidem, logo após o retorno da maternidade. A autora afirma ainda, que em situações de nascimento de uma criança especial, provavelmente a preocupação materna primária será também especial, não no sentido de intensidade ou profundidade, ou ainda da capacidade da mãe de se colocar no lugar do bebê, mas no sentido da duração, uma vez que em ocasiões comuns, tal estado seria recomposto no psiquismo materno após algumas semanas ou poucos meses, enquanto que em situações especiais, observaremos o prolongamento desse período (Granato, 2000).

Uma vez que temos conteúdos infantis inconscientes atuando no psiquismo de pais que estão desenvolvendo a construção deste laço que envolve a si mesmos

e a seus filhos, temos ainda um importante tema a tratar, a questão da ambivalência. Neste trabalho atentaremos, no entanto, para a ambivalência materna.

1.1.3 A ambivalência materna

A partir de uma leitura psicanalítica, existe na gravidez, questões inconscientes relacionadas ao próprio nascimento e à infância que emergem do psiquismo materno, ocasionando a manifestação de sentimentos e comportamentos, nem sempre bem compreendidos pela mulher, mas que no entanto, podem lhe trazer incômodos emocionais por se configurarem como conflitos. A questão da ambivalência faz-se presente nos processos gestacionais, sendo destaque nos estudos de renomados teóricos, os quais serão mencionados adiante.

Maldonado (2002) nos atenta para o fato de não se permitir em diversas ocasiões que a mulher possa expressar-se, de forma genuína, seus sentimentos, “é como se as pessoas esperassem da mãe apenas sentimentos de alegria, de contentamento, euforia, quando da confirmação da gravidez, ou quando vê o bebê pela primeira vez depois que ele nasce” (p. 23). A autora nomeia essa ambivalência, principalmente nos primeiros três meses da gestação, como “*a balança do querer e do não querer*” (p.33), justificando que sempre há uma oscilação entre desejar ou não o filho, envolvendo temores e alegrias, aceitação e não aceitação.

Benhaim (2007) menciona que a “ambivalência materna não é um acidente da relação da mãe com o filho, mas uma necessidade estruturante cuja falta induz uma patologia e que pode evoluir para uma patologia” (p. 11). Destaca ainda:

A ambivalência se revelará 'negativa' ou 'positiva', ou ainda o ódio será 'destruidor' e mortífero, ou vital e 'estruturante'. Suporemos o ponto de origem deste ódio na mãe e não na criança. A partir daí coloca-se então a questão de saber o que se enoda psiquicamente na relação de uma mãe com seu filho e que verá este ódio originário resolver-se seja como ódio vital, isto é, simbolizar-se como amor materno, seja como ódio patológico, isto é, evoluir no registro do 'abandono' (Benhaim, 2007, p.11).

O desejo por si só, é ambivalente, quando se deseja algo, pode-se encontrar também uma infinidade de motivações para que este não seja realizado. No processo gestacional, a ambivalência está presente durante todo o percurso, desde o desejar ou não ser mãe, até o prazer ou desprazer pelas renúncias necessárias para que a maternidade se inicie.

Segundo Szejer e Stewart (1987/2002) a ambivalência se constitui do desejo de duas coisas que são contraditórias e por consequência, incompatíveis. Neste sentido uma mulher pode desejar muito ser mãe, mas permanecer no papel de filha, ou ainda, durante a gravidez obter satisfação ao sentir a movimentação do feto e ao mesmo tempo irritar-se com os desconfortos físicos que isso possa lhe trazer. Ainda de acordo com Szejer e Stewart (1987/2002):

(...) ser capaz de desejar é ser capaz, também, de não desejar. Os dois movimentos são simultâneos. Senão não estamos mais na ordem do humano e sim na ordem dos animais, que são movidos pelo puro e simples instinto de reprodução (p. 88).

Em estudo realizado por Piccinini et al. (2009), gestantes que foram questionadas sobre como se sentiam com sua gravidez, referiram um sentimento de conquista, mas também manifestaram sentimentos de perda com a gravidez.

Zornig (2010) afirma que:

Não podemos esquecer que os afetos ambivalentes marcam a relação entre os pais e o bebê, pois ao mesmo tempo que o nascimento de um filho traz consigo expectativas de que o bebê possa reparar falhas da história parental, provoca também uma ruptura no equilíbrio do casal, fazendo com que os fantasmas edípicos sejam reativados (p. 458).

Conforme Aguirre (1995) o grupo de gestantes adolescentes que estudou, apresentou-se, no entanto, em sua maioria, com a propensão a negar um dos aspectos da ambivalência, o que pode ser relacionado às dificuldades emocionais desta população, juntamente à imaturidade para elaborar e aceitar a gestação, devido à própria etapa do desenvolvimento, a adolescência. Estes dados contribuem para o entendimento de que, até mesmo para reconhecer e expressar a

ambivalência, fato esperado durante o processo gestacional, conforme os autores afirmam (Maldonado, 2002; Benhaim, 2007; Szejer e Stewart, 1987/2002; Zornig, 2010; entre outros), é necessária a maturidade da gestante, ou ainda, a intervenção psicológica como forma de possibilitar e validar seus sentimentos ambivalentes.

Há de se considerar que esta clínica é repleta de particularidades, uma vez que cada mulher passa por esta experiência de forma única. Em função da singularidade da experiência da maternidade, esta pesquisa tornou-se um estudo ainda mais específico, quando procurou compreender melhor as repercussões emocionais deste momento, diante do *extremo não esperado*, a doença cardíaca do feto, processo este configurado como uma gestação de alto risco.

1.1.4 Gravidez de alto risco

Conforme o Ministério da Saúde (2010):

A gestação é um fenômeno fisiológico e, por isso mesmo, sua evolução se dá na maior parte dos casos sem intercorrências. Apesar desse fato, há uma parcela pequena de gestantes que, por serem portadoras de alguma doença, sofrerem algum agravamento ou desenvolverem problemas, apresentam maiores probabilidades de evolução desfavorável, tanto para o feto como para a mãe. Essa parcela constitui o grupo chamado de “gestantes de alto risco”.

Esta visão do processo saúde-doença, a qual se denomina Enfoque de Risco, fundamenta-se no fato de que nem todos os indivíduos têm a mesma probabilidade de adoecer ou morrer, sendo esta probabilidade maior para uns que para outros.

Essa diferença estabelece um gradiente de necessidade de cuidados que vai desde o mínimo, para os indivíduos sem problemas ou com poucos riscos de sofrerem danos, até o máximo necessário para aqueles com alta probabilidade de sofrerem agravos à saúde (Ministério da Saúde, 2010, p.9).

Os fatores de risco gestacional podem ser prontamente identificados no decorrer da assistência pré-natal desde que os profissionais de saúde estejam atentos a todas as etapas da anamnese, exame físico geral e exame gineco-

obstétrico. As recomendações do Ministério da Saúde incluem a necessidade de uma equipe multidisciplinar, que seja constituída por especialistas de outras áreas, além da médica, como Enfermagem, Psicologia, Nutrição e Serviço Social, em trabalho articulado e planejado, que vise intervir para reduzir os riscos de um resultado desfavorável para a mãe e/ou bebê/feto (Ministério da Saúde, 2014). Considera-se que a equipe de saúde precisa ter conhecimento e sensibilidade para identificar e entender o processo emocional que rodeia o acompanhamento da gestação de alto risco, sendo o psicólogo o profissional preparado para ajudar não somente as pacientes, mas também a equipe a lidar com as dificuldades emocionais envolvendo gestantes de risco (Ministério da Saúde, 2014).

Conforme Caldas, Silva, Boing, Crepaldi e Custódio (2013):

(...) o modelo de assistência pré-natal torna-se cada vez mais humanizado e qualificado, como preconizado pelas políticas públicas de saúde. As mudanças afetaram também, o modelo de assistência pré-natal nas gestações de risco, as quais apresentam maiores chances de resultado desfavorável para mãe e/ou bebê/feto nos âmbitos: orgânico, emocional e relacional (p. 66).

Quayle (2005) destaca que,

(...) toda e qualquer gravidez traz em seu bojo à semente do sucesso e a do fracasso (...). É, portanto, intrínseca ao processo gestacional a noção de *risco*. (...) mesmo numa gestação que transcorre naturalmente, sem problemas aparentes, podem ocorrer situações imprevistas que comprometem o resultado do processo, a saúde materna ou a viabilidade fetal (p. 187).

As malformações fetais estão inseridas no rol de condições de Gravidez de Alto Risco, por fazerem parte de uma série de situações que comprometem a integridade física do feto, e algumas vezes, à da mãe. Sendo assim, a seguir serão melhor exploradas em seus aspectos específicos.

1.1.5 As malformações fetais

Para Fonseca e Canavarro (2010) o diagnóstico pré-natal de anomalia congênita surge frequentemente de forma inesperada. Alguns dos motivos podem estar relacionados pela ideia que se tem de que a gravidez é um processo tranquilo,

sem desvios ou complicações; pela frequente inexistência de sintomas que demonstrem de alguma forma que algo não vai bem com o bebê; e também, pela progressiva construção parental de uma representação idealizada de um bebê saudável e perfeito. Afirmam que de forma geral as pesquisas existentes neste campo verificam um forte impacto emocional diante da notícia de um diagnóstico de anomalia congênita do bebê, durante o pré-natal (Fonseca & Canavarro, 2010, p. 285).

Quanto à malformação fetal, Sarmiento e Setúbal (2003, p. 267), afirmam que:

Representa um golpe esmagador para os pais, que atinge frontalmente seus ideais narcísicos, pois o bebê, que representava a culminação de todos os seus esforços, concretizando as suas esperanças para o futuro, vem muito diferente do esperado. Inicialmente a dor é intensa, e o momento é de tristeza e descrença. Instala-se uma crise psíquica, daí a importância do acompanhamento psicológico, como um espaço para elaboração psíquica de uma realidade muito difícil, pois permite-lhes externar suas angústias, medos, fantasias.

Sarmiento e Setúbal (2003) referem ainda que se torna importante auxiliar o casal a participar ativamente do processo diagnóstico, enfrentando as etapas necessárias para melhor compreensão do problema. O conhecimento, ainda durante a gestação, das necessidades terapêuticas do bebê para o período pós-natal, pode contribuir para a compreensão e o enfrentamento do problema. Já aos profissionais cabem as tarefas de: não minimizarem a seriedade da condição do feto, para que os pais possam tomar as decisões cabíveis junto a equipe; encaminhar o casal para as interconsultas necessárias a cada caso; fornecer informações claras sobre os tipos de parto, desmistificando fantasias acerca de contraindicações de parto normal, por exemplo; acolher as angústias, medos e fragilidades do casal. Afirmam ainda que:

(...) de um modo geral, a ideia de um bebê malformado é sempre pior do que a realidade. Dessa forma, ver o bebê logo após o nascimento é sempre um alívio para os pais que passam a poder lidar com a realidade e não com aquilo que imaginavam, e ficam em condições de valorizar os aspectos saudáveis do seu bebê (Sarmiento & Setúbal, 2003, p. 268).

Vasconcelos (2009) realizou um estudo que visava avaliar, dentre outros objetivos, o grau de apego materno-fetal, por gestantes cujos fetos tiveram o

diagnóstico de malformação. Os resultados mostraram que, apesar do impacto da notícia da malformação fetal e independente da religião, as gestantes mantiveram o apego com seus fetos e, na maioria dos casos, o grau de apego mostrou-se superior do índice considerado como média na Escala de Apego Materno-Fetal, um dos instrumentos utilizados no estudo. Segundo Machado (2010) toda gestação apresenta potencialmente um risco do bebê ter uma malformação. Embora esta situação nunca seja planejada e pensada pelo casal que decide ter um filho, o risco é iminente e as repercussões são inevitáveis.

Quayle (2005, p. 196) afirma que “a malformação ou patologia do feto elicia reações intensas no casal, dificultando, até mesmo, seu relacionamento”. E destaca ainda, que a dificuldade de um diagnóstico final preciso é um fator complicador, pois sobre isso surge outra dificuldade que é a vinculação dos pais com o bebê, o que pode facilitar a intensificação de mecanismos defensivos como a negação. Sobre a realidade da malformação fetal, Quayle (2005) contribui também observando que a constatação de problemas com o feto representa uma perda difícil de ser elaborada pelos pais, uma vez que não somente perdeu-se o filho idealizado, como também a “idealização da identidade parental” (p. 196). Acrescenta que não é incomum que se espere um “milagre, ou que se recorra a métodos terapêuticos alternativos na tentativa de reverter o quadro existente” (p.196).

No caso de doenças congênitas, o nascimento de uma criança com malformação gera aflição e culpa nos pais por não terem gerado uma criança perfeita (Gomes & Piccinini, 2007). Em estudo realizado por Castro e Piccinini (2004) com mães de crianças com doenças crônicas, já aos dois anos de idade, comprovaram que a experiência da maternidade foi afetada pela doença crônica, sendo verificados sentimentos ambivalentes com relação às crianças, culpa, ansiedade, superproteção, ansiedade de separação e sentimentos de desamparo com a própria família e pessoas mais próximas. Piccinini & Alvarenga (2012) afirmam que aceitar um filho que tem uma doença crônica e buscar forças para enfrentar a situação pode ser um processo muito difícil e demorado. Seus planos e expectativas tem que ser reconsiderados e eles tem que aprender também a

conviver com as limitações impostas pela condição da criança (Castro & Piccinini, 2004).

Abraham et al. (2006) referem que a gravidez, quando desejada, constitui uma etapa muito bonita para a mulher, porém quando diagnosticado um defeito congênito, a gestante, o esposo e a família em geral irão experimentar alterações psicológicas. Em estudo prospectivo com cem gestantes que receberam diagnóstico de malformação fetal, os autores encontraram a negação como uma das formas mais frequentes de reação ao impacto emocional manifesto diante da comunicação do diagnóstico, sendo apresentada por 70% das participantes. Concluíram, no entanto, que ao final da gestação, tendo optado ou não pela interrupção da gravidez, todas as gestantes chegaram ao processo de aceitação da mesma, enfrentando, entretanto, inevitavelmente, antes disso, um processo depressivo.

Sobre este impacto emocional mediante a notícia de um diagnóstico fetal, tema relatado e observado em diversos estudos, bem como na presente pesquisa, Fonseca e Canavarro (2010) ressaltam que é necessário que se reconheça a diversidade e variabilidade de reações parentais, como por exemplo, o momento em que o diagnóstico foi recebido. Segundo os autores acima mencionados este é um desafio importante para a atuação dos profissionais de saúde. De fato, o que geralmente se observa na clínica com gestantes e casais é que o filho que está por vir é depositário de expectativas, sonhos e projetos. Mas, o que dizer então, sobre a gestante que, no percurso de espera por este bebê, descobre que o herdeiro traz consigo uma malformação que envolve o risco de morte iminente?

1.1.6 As cardiopatias congênitas e o tratamento

As cardiopatias congênitas são definidas como anormalidades que podem ser tanto de ordem estrutural como funcional no sistema cardiocirculatório, presentes já ao nascimento, mesmo que sejam identificadas muito tempo depois (Braunwald, 1999).

As cardiopatias congênitas são a principal causa de morte na primeira infância em países desenvolvidos, sendo responsáveis por um quinto da mortalidade. No Brasil, em 2008, corresponderam a aproximadamente 19% da mortalidade em menores de um ano, perfazendo a segunda principal causa de óbito nessa faixa etária, conforme apontam Rosa, Rosa, Zen e Paskulin (2013). Os mesmos autores afirmam que a cardiopatia congênita é responsável por cerca de 40% dos defeitos congênitos, sendo uma das malformações mais frequentes e a de maior morbimortalidade. Até o ano de 2002, os defeitos cardíacos correspondiam à malformação congênita mais comum, conforme Silva e Gomes (2002), afetando 8:1000 nascidos vivos. Em estudos mais recentes, Bertoletti, Marx, Hattge Jr. & Pellanda (2013) mostram que a proporção do número de anomalias cardíacas congênitas parece ter crescido para 10:1000, sendo que um terço destes trazem um diagnóstico crítico que precisará de intervenção cirúrgica.

As cardiopatias congênitas além de serem as malformações de maior impacto na morbimortalidade das crianças e nos custos com serviços de saúde, muitas vezes são associadas a malformações chamadas extracardíacas, como as abdominais e/ou associadas a síndromes genéticas, observadas entre 7 a 50% dos casos de cardiopatia congênita, o que acaba por tornar a cirurgia cardíaca ainda mais arriscada (Rosa, et al., 2013).

Com a evolução da medicina e da tecnologia, as técnicas de detecção foram se aprimorando ao ponto de se constatar, de forma muito fidedigna, os diagnósticos ainda no período intraútero. O exame de ecocardiografia fetal, por exemplo, entrou neste rol de tecnologia aprimorada no decorrer dos últimos anos, possibilitando a identificação de problemas cardiológicos fetais, os quais podem ser tratados ainda neste período da vida.

Pedra et al. (2011) destacam a ecocardiografia – técnica diagnóstica não invasiva, disponível e versátil - como uma possibilidade de realizar o diagnóstico das malformações cardíacas de forma decisiva para o desenvolvimento da cardiologia neonatal. Esta técnica permite que o médico faça as avaliações anatômica, funcional e do ritmo cardíaco do feto. Os autores esclarecem ainda que, concomitantemente, alcançou-se o diagnóstico pré-natal, tendo a cardiologia fetal avançado e se

estabelecido como subespecialidade, fundamental não somente nos diagnósticos, como também no tratamento intraútero de anomalias cardíacas. Aproximadamente metade das cardiopatias congênitas se apresenta de forma benigna e podem ser facilmente tratadas, mas a outra metade corresponde a cardiopatias complexas, que determinam significativa instabilidade hemodinâmica e por isso precisam de intervenção apropriada e em tempo hábil, evitando assim os riscos de sequelas graves ou óbito.

Se por um lado, os exames pré-natais mais aprimorados trazem a possibilidade de um tratamento precoce, evitando assim diversas situações de maior risco ao feto, por outro, há de se pensar nas repercussões emocionais diante dessa constatação de uma doença cardíaca, ainda no período pré-natal.

Sobre o diagnóstico ecocardiográfico, Szejer e Stewart (1987/2002) afirmam que:

(...) as primeiras palavras são marcantes para a mulher e a atingem num momento em que está particularmente frágil. Tanto porque as dúvidas a fragilizam, como pelo fato de ter mudado bruscamente de status, deixando de ser a mulher 'talvez grávida' que era (p. 97).

Há ainda outra questão envolvida neste processo. Trata-se da representação psíquica que se faz do órgão coração, tão explorado na literatura e que merece destaque neste estudo.

1.1.7 O simbolismo do coração

O coração é tido como um órgão vital e carregado de simbologia. Conforme Santos e Guidugli (2013, p.36) "o coração está implicado em representações que nos dizem sobre o simbolismo do afeto, religião, campo relacional, ditos populares, cultura entre outros". Segundo estas autoras, a simbologia do coração foi criada

muito antes da descoberta do órgão como a bomba impulsionadora do sangue, pois já era considerado o centro da vida, da coragem e da razão. Sendo assim, qualquer dúvida sobre sua perfeição anatômica ou funcional, ou mesmo o diagnóstico em si, poderá gerar na gestante intensa angústia e fragilidade emocional.

Conforme Ruschel (2011) a notícia de um diagnóstico de malformação cardíaca pode trazer abalo emocional na gestante, o qual necessita ser observado, pois a ameaça de ter um filho malformado pode tanto intensificar o vínculo mãe-bebê como levar a mãe à rejeição deste, por isso seria importante desta forma, acompanhar o processo de vinculação da mãe e seu bebê. Benute, Nonnenmacher, Evangelista, Lopes, Lucia & Zugaib (2011) encontraram em seu estudo prospectivo que objetivou avaliar as reações das gestantes frente ao diagnóstico de cardiopatia fetal, o resultado de que 86% das gestantes responderam, quando indagadas, que o coração é o órgão do corpo que consideravam mais importante, ressaltando ainda que ele mantém a vida e é responsável pelo controle das emoções.

Gianotti (1996) uma das estudiosas pioneiras na área da cardiopatia congênita e suas repercussões emocionais, afirma que as cardiopatias congênitas possuem certas peculiaridades e diferem da maioria das patologias cardíacas em uma série de aspectos. De acordo com a autora, certas características ligadas a sua história natural fazem com que esses cardiopatas e seus pais se deparem com circunstâncias específicas e tenham experiências estressantes típicas, uma vez que a cirurgia é a mais frequente intervenção que precisa ser realizada nestes casos.

Nas cardiopatias congênitas há também o fato de que a correção cirúrgica deve ser precoce na maioria das vezes, envolvendo a utilização de técnicas invasivas de diagnóstico e tratamento médico, tais como cateterismo, a cirurgia propriamente dita e a experiência da hospitalização, já na infância, às vezes nos primeiros dias de vida da criança.

Receber o diagnóstico de cardiopatia ainda na gestação coloca os pais diante de informações, que em outros tempos, somente teriam acesso após o nascimento do bebê. Assim, o encaminhamento da gestante a exames mais especializados,

mesmo que seja por finalidade profilática, pode potencializar os receios e fantasias dos casais (Kruel, 2008).

1.1.8 O parto

A gestante tem ainda de enfrentar o parto em si, situação na qual se vê sem saída, conforme Soifer (1986). Para esta autora o parto é uma situação repleta de ansiedades desde os primeiros sintomas, sendo que algumas delas se referem à separação de dois organismos, onde um vivia, até então, dentro do outro. Partindo desta perspectiva, a mulher enfrentará a situação de assistir o bebê encarregar-se por si só, das funções básicas de respiração e alimentação, dentre outras, sem que dependa do organismo materno, como durante todo o processo gestacional. Haverá ainda, nova adaptação, que se refere ao retorno ao corpo de não grávida. Soifer (1986) destaca a perda de um estado e a passagem a outro como fontes de ansiedades profundas, a partir da revivência inconsciente da angústia sofrida por si durante sua própria passagem pelo canal de parto, deparando-se com o trauma de seu nascimento.

Na prática clínica, em muitos casos percebe-se a necessidade materna de proteger a criança em seu ventre e para algumas dessas mães, o nascimento significa ela mesma tornar-se impotente, pois a partir daí, seu bebê estará “jogado à própria sorte” (Guidugli, 2013, p.30).

Ela – a mãe - não será mais capaz de protegê-lo integralmente, pois seu organismo não poderá mais realizar as funções que enquanto grávida faz para que o coração de seu bebê seja poupado de esforços e, portanto, menos vulnerável aos riscos da cardiopatia. Além disso, o bebê passará então a ser cuidado por uma equipe que fará as tarefas técnicas de cuidados específicos que ele necessitará, tarefas estas que uma mãe desejante de seu bebê, esperará realizar, tais como: os cuidados de higiene, banhos, troca de fraldas, acalentos e a amamentação - que na maioria das situações, considerando a realidade de um neonato cardiopata, é substituída por sondas ou pela mamadeira - entre outros. Todos estes cuidados, embora preciosos na condição do nascimento da criança cardiopata e que

permanece hospitalizada, podem gerar emocionalmente reações peculiares na mãe por se sentir invadida e talvez incapaz de cuidar de seu próprio bebê.

Langer (1981) evidencia que o temor ao parto não parece ter sofrido qualquer diminuição embora se tenha alcançado grandes avanços tecnológicos e na obstetrícia. Ressalta a autora que, após terem diminuído os riscos e as dores físicas possíveis, “a angústia diante do parto tem raízes muito mais inconscientes” (p. 215). Szejer e Stewart (1987/2002) apontam que depois do parto, a tomada de consciência da separação da mãe com o bebê é a experiência mais surpreendente, uma vez que este subitamente não está mais nela, o que provoca o que os autores acima nomeiam como *descentramento íntimo*, ou seja, quando ela vê o bebê ou quando ela o ouve, não o sente como antes, no centro dela mesma. Tal efeito de *descentramento*, também é confirmado pelo meio, pois diante das consultas e das visitas ao bebê, a mãe não é mais o centro de investigação e de atenção, mas sim o bebê, somente ele.

Conforme Ávila (1998, p. 112):

(...) o medo de morrer, de sofrer, de ter dores, de ser anestesiada existe também para pessoas grávidas diante de um parto cirúrgico, podendo evidenciar-se conscientemente muitas vezes pelo medo da anestesia falhar ou acabar antes do término da cirurgia, pelo medo de ver o abdome aberto, pelo medo do filho ser arrancado ou cortado ou pelo medo de ser cortada e ‘mexida’ interiormente.

Szejer e Stewart (1987/2002) retomam a questão da ambivalência quando se referem à questão do parto como sendo difícil de ser enfrentado pela mulher, pois deve primeiramente aceitar “perder” o bebê, uma vez que é impossível guarda-lo dentro de seu ventre. Guardá-lo significaria também perdê-lo e de forma definitiva, por isso “a única forma de guarda-lo vivo é aceitando perdê-lo, e abrindo mão da exclusividade” (p. 249). Rei, Ramirez e Berlinck (2014, p.70) mencionam que “a perda vivenciada no parto é relacionada à lembrança de uma disjunção arcaica, rememoração de desligamento primitivo e originário”.

1.2 O uso das técnicas projetivas

As técnicas projetivas podem ser consideradas dentre as possibilidades de recursos e instrumentos psicológicos, um dos mais importantes ganhos da psicologia quando o que se busca é a compreensão do sujeito para além do que ele pode falar. Formiga e Melo (2000) afirmam que, ao se discutir sobre a importância dos testes psicológicos,

sempre tendemos a cair no imenso e quase inacabável debate no que diz respeito a objetividade e subjetividade. Por um lado, considera-se que os testes psicológicos (a psicometria) são objetivos, facilita uma melhor compreensão do que se deseja observar, além do que tem um caráter científico; por outro, as técnicas projetivas proporcionam um amplo campo de interpretação no que trata do resgate do inconsciente do indivíduo, embora seja questionado sua cientificidade, por não demonstrar dados quantitativos (provas empíricas) (p.12).

O termo projeção foi inicialmente utilizado por Freud (apud Laplanche & Pontalis, 2001) diante de seus estudos sobre a paranóia, em 1895, designando “uma defesa primária, um mau uso de um mecanismo normal que consiste em procurar no exterior a origem de um desprazer” (p. 375). Embora Freud tenha insistido no caráter de “normalidade” da projeção, parece ser preciso lembrar a todo o momento, sobre a importância de não relacionar a projeção somente como um mecanismo de defesa, mas como um processo no qual o sujeito expressa seus conflitos, pensamentos e sentimentos no meio exterior (Bandeira, Trentini, Winck e Libercknecht, 2006 citados por Scaduto & Barbieri, 2013).

Frank (1939, citado por Formiga & Mello, 2000) acreditava que as técnicas projetivas ofereciam acesso ao mundo dos sentidos, significados, padrões e sentimentos, revelando aquilo que o sujeito não pode ou não quer dizer, e muitas vezes pelo fato de não se conhecer suficientemente. Segundo este autor, os

métodos projetivos podem apreender aspectos latentes da personalidade, por serem inconscientes, corroborando a teoria freudiana.

Apesar de haver controvérsias sobre o uso das técnicas projetivas, especialmente a partir da década de 60, quando os testes objetivos ganharam espaço e prestígio no meio da psicologia (Pinto, 2014), ainda assim, alguns teóricos foram investindo seus estudos no uso dessas técnicas contribuindo para o reconhecimento de sua importância nos dias atuais. Conforme Villemor-Amaral e Pasqualini-Casado (2006) “são cíclicos os períodos de críticas aos procedimentos aplicados no campo da Avaliação Psicológica e que determinadas épocas destacam-se pelo ceticismo ou mesmo pela total negação da importância dos métodos e técnicas de um modo geral” (p.185).

Vários estudos tem demonstrado a importância do uso dessas técnicas, em diversos nichos da população (Lourenção van Kolck, 1984; Barros, 2004; Herzberg, 1986, 1993; Iwata, Rosa & Valente, 2013; De Felice, 2010; entre outros), o que foi considerado para que a escolha dos testes projetivos nesta pesquisa fosse realizada considerando o Desenho da Figura Humana e o Teste de Apercepção Temática, os quais serão discutidos quanto à sua elaboração, fundamentação, aplicação e análise nos itens 6.4.2 e 6.4.3.

2 UNIDADE DE CARDIOLOGIA FETAL DO HOSPITAL DO CORAÇÃO (HCOR/SP) E ATUAÇÃO DA PSICOLOGIA

O Hospital do Coração, instituição na qual a pesquisa foi realizada, é um hospital privado filantrópico, especializado em Cardiologia. Os primeiros pacientes foram recebidos a partir do mês de dezembro de 1976, época em que o objetivo institucional era tratar crianças cardiopatas congênitas, carentes de recursos financeiros, submetendo-as à cirurgia de alta complexidade (Correa, Kfoury & Hatoum, 2003).

Com a tradicional expertise na área da cardiologia pediátrica e diante dos avanços tecnológicos e diagnósticos na área da cardiologia fetal, em janeiro do ano de 2009, sob a coordenação de uma médica cardiologista, teve início a Unidade Fetal (UF), a qual visava receber as gestantes que tinham fetos com cardiopatias complexas oferecendo um atendimento que contemplava todo o ciclo gravídico-puerperal. Os principais objetivos da UF são: diagnóstico pré-natal de malformações cardíacas, bem como o diagnóstico pré-natal de cromossomopatias; terapêutica pré-natal quando necessária (medicamentosa ou intervencionista) e realização dos partos dessas gestantes, a fim de oferecer ao feto, desde o primeiro minuto de vida, o cuidado específico e adequado às suas condições cardiológicas (Lara, 2014).

A equipe é composta por médicos - obstetras, especialistas em medicina fetal, cardiologistas, ecocardiografistas, neonatologistas - enfermeiros e técnicos em enfermagem, psicólogas, assistentes sociais, nutricionistas e fisioterapeutas. Atualmente a realização dos partos já conta com o número aproximado de duzentos e os procedimentos fetais realizados estão em torno de mais de cinquenta, desde a inauguração da UF.

Segundo Pedra et al. (2011, p.50), a unidade de cardiologia fetal “é uma nova concepção de serviço, onde o paciente é vinculado ao programa terapêutico desde a vida fetal, no momento em que a malformação cardíaca é identificada”. Apontam que durante o diagnóstico pela ecocardiografia fetal, o médico precisa definir a

abordagem terapêutica que o bebê deverá ser submetido e se vale a pena planejar a condução do parto para ocorrer dentro um serviço de cardiologia pediátrica e não em uma maternidade, plano inicial de qualquer casal. Para que esta decisão seja tomada de forma apropriada o médico deverá levar em consideração o tipo de malformação cardíaca por ele identificada. Os autores afirmam ainda que o profissional prepara durante a realização da ecocardiografia o planejamento terapêutico para este bebê, sejam intervenções pós-natais ou ainda, intraútero. Este planejamento deverá ser discutido com a família na consulta de aconselhamento com o médico cardiologista, na qual serão discutidas as implicações da cardiopatia fetal na gestação, no parto, período neonatal e no decorrer da vida da criança (Pedra et al., 2011). A tabela1 tem o objetivo de proporcionar melhor compreensão das questões discutidas nesta consulta de aconselhamento, na relação médico-gestante/família, conforme Pedra et al. (2011).

Tabela 1- Consulta de aconselhamento após ecocardiografia fetal.

Questões referentes à vida fetal:

Malformações extracardíacas associadas
Cromossomopatias
Risco de perda fetal
Possibilidades terapêuticas intraútero

Questões referentes ao parto:

Via de parto
Local onde deve ser feito o parto
Idade gestacional ideal para o nascimento

Questões referentes ao momento do nascimento:

Quais condições clínicas ao nascimento
Risco de óbito no parto

Questões referentes ao tratamento:

Como é feito
Em que idade
Quantas vezes
Riscos da cirurgia ou intervenção
Prognóstico futuro
Risco de recorrência em gestações subsequentes

Tabela extraída de Pedra, S. R. F. F. et al. (2011, p.51).

O programa de atendimento a estas gestantes se caracteriza por um atendimento multidisciplinar que se inicia com o atendimento médico e a confirmação do diagnóstico de cardiopatia complexa do feto e necessidade de intervenção precoce, ou seja, logo após o nascimento. Realizando o parto dentro do hospital cardiológico pode-se proteger o pequeno paciente do stress e dos riscos físicos de uma transferência hospitalar, caso o nascimento ocorresse em uma maternidade não preparada para tanto. Como sintetizaram Pedra et al. (2011):

O ideal é que a unidade fetal disponibilize uma equipe multidisciplinar para oferecer todo o apoio e conforto, minimizando o sofrimento e preparando-os para enfrentar os passos seguintes ao diagnóstico. Neste contexto, entram profissionais como psicólogos, assistentes sociais e enfermeiros que elaboram, junto com a equipe médica, um verdadeiro plano estratégico para a recepção do bebê cardiopata (p. 51).

A UF, no entanto, não oferecia até o momento em que a pesquisa foi realizada, uma estrutura típica de maternidade, na qual se tem uma equipe de obstetrícia em tempo integral, tendo por rotina agendar os partos em sua grande maioria cesáreos, a fim de proteger o bebê das possibilidades de um nascimento em local menos apropriado (recursos médicos e tecnológicos para os cuidados cardiológicos, escassos ou ausentes), ou ainda, de longos trabalhos de parto onde o bebê poderia sofrer alguma instabilidade hemodinâmica devido ao quadro cardiológico.

Para suprir esta dificuldade institucional, a UF adotou como rotina o acompanhamento e encaminhamento “preventivo” destes pacientes – os fetos – através da orientação frequente à gestante sobre as alternativas de Serviços hospitalares que pudessem acolhê-la de forma mais apropriada ao seu caso, fornecendo-lhe também um encaminhamento médico, por escrito, detalhando o diagnóstico do feto e as recomendações médicas sobre as necessidades terapêuticas do mesmo diante de seu nascimento. Era também informada quanto à disponibilidade para a transferência/vinda do bebê - assim que fosse possível - mantendo-se responsável pelo acompanhamento do paciente, já iniciado no período pré-natal. Após a consulta de aconselhamento médico, a equipe multidisciplinar passa a integrar o processo de atendimento e acolhimento dessa gestante, quando

se faz necessária atuação do psicólogo, inicialmente avaliando as condições emocionais da gestante, do casal e familiares próximos para seguimento e tratamento desta demanda emocional.

Neste contexto, o Serviço de Psicologia, atuante oficialmente há 31 anos na Instituição, também participa do cuidado às gestantes desta Unidade desde o seu início. O acompanhamento psicológico é oferecido às pacientes e/ou casais, desde a entrada no programa de atendimento da UF, ou seja, a partir da comunicação médica sobre o diagnóstico de cardiopatia do feto.

É realizada uma avaliação psicológica (apêndice A), que visa contemplar: identificação geral da paciente (idade, naturalidade, estado civil, religião, profissão, etc); o histórico de gestações (primigesta, abortos, perdas neonatais) e dados sobre a gestação atual (idade gestacional, sexo e nome do bebê, planejamento ou não da gravidez, sintomas físicos e emocionais na gestação, entre outros); diagnóstico fetal (quando e como foi a notícia da primeira suspeita); reações emocionais apresentadas pelo casal desde a primeira notícia até o momento atual, assim como o significado atribuído à doença cardíaca, a compreensão sobre a cardiopatia e a proposta terapêutica, o investimento emocional na gestação antes e após o diagnóstico; condições e cuidados de saúde mental anteriores (psicoterapia, avaliação e tratamento psiquiátricos; em qual momento; motivos de início e encerramento); e por fim, neste primeiro encontro visa-se também conhecer como se dá a rede de apoio familiar e social do casal e observar a disponibilidade da gestante ou casal com o contato / cuidado psicológico.

A partir da avaliação inicial, o psicólogo percebe a demanda e a necessidade de continuidade do acompanhamento psicológico e caso haja receptividade oferece-o à paciente ou casal, mantendo-o semanalmente, ou ainda, de acordo com as possibilidades existentes a cada caso. Algumas vezes, por serem residentes em cidades vizinhas a São Paulo, os atendimentos precisam ser agendados quinzenalmente ou interrompidos e retomados mais próximos ao parto.

Torna-se importante explicitar que, por ser um hospital referência na área da cardiologia fetal e pediátrica, há casos em que o casal não reside na cidade ou no

Estado de São Paulo. O casal, no entanto é encaminhado ao HCor, realiza uma primeira avaliação para conhecerem a instituição e a equipe, mas retornam à sua cidade de origem, voltando para São Paulo em período mais próximo do parto. Com isso, torna-se inviável o atendimento psicológico semanal, por exemplo, mas tão logo retornem para o acompanhamento na instituição, os atendimentos psicológicos também são retomados.

No decorrer da participação nesta clínica, foi-se percebendo uma importante demanda das pacientes que sinalizava não somente para o acompanhamento psicológico pré-natal, mas também, para que a psicóloga permanecesse presente na sala de parto, acompanhando o casal mediante a chegada do bebê. Assim, foi proposto à equipe multidisciplinar que a psicóloga participasse dos partos acompanhando as pacientes e seus acompanhantes, proposta esta que de forma surpreendente, foi prontamente aceita, em especial pelas equipes médica e de enfermagem. Atualmente, a Psicologia do HCor, oferece como rotina - e não esporadicamente - o acompanhamento psicológico em todos os partos realizados. Podem haver algumas exceções, nos casos em que as gestantes por algum motivo: não apresentaram boa vinculação com a psicóloga; apresentaram-se resistentes ao acompanhamento psicológico ou encontram-se emocionalmente tranquilas ao ponto de expressarem que não desejam ou não lhes parece ser necessário tal acompanhamento, o que em nossa experiência, pode-se dizer que ocorre em uma parcela menor que 10% dos casos.

A rotina de acompanhamento psicológico nos partos favorece o vínculo terapêutico estabelecido anteriormente, sendo sempre a mesma psicóloga que ofereceu o acompanhamento no pré-natal que estará presente também no parto, e assim permanecerá durante toda a hospitalização do neonato. Nos casos em que, por ventura, houver o óbito do bebê, ou diante das situações em que as mães apresentarem dificuldades na relação com o filho, após o período de hospitalização, são oferecidos os atendimentos psicológicos nos ambulatorios de pós-óbito ou de pós-alta hospitalar. Realiza-se assim, o acompanhamento psicológico de forma integral, ou seja, por todo o ciclo gravídico-puerperal.

O gráfico 1 ilustra o trabalho realizado pela Unidade Fetal do HCor, entre os anos de 2009 e 2014, período no qual foram realizados 208 partos. Os dados referem-se à sobrevida das crianças após o nascimento, intervenção e alta hospitalar; óbitos tidos neste primeiro período de vida; transferências que foram realizadas após a intervenção cardíaca porque a criança necessitava de outros cuidados mais específicos e o número de crianças que permaneciam hospitalizadas até o momento em que esta pesquisa foi finalizada, conforme pode-se observar no gráfico a seguir:

Gráfico 1. Resultados da Unidade Fetal HCor entre 2009 e 2014.

3 JUSTIFICATIVA

A pesquisa justifica-se através das relevâncias pensadas nos níveis social, científica e psicológica. Seguem as considerações da pesquisadora:

3.1 Relevância Social:

A clínica com gestantes de feto cardiopata é relativamente nova para a área da psicologia. Deparar-se com essa amostra da população e perceber a intensa demanda emocional por ela apresentada, traz a consideração de ser um estudo altamente relevante para o meio social, uma vez que, se mostra necessário ampliar estudos que estão sendo iniciados para oferecermos a este público um acompanhamento psicológico cada vez mais adequado às especificidades desta população.

3.2 Relevância Científica:

Uma vez que a medicina fetal é uma área que cresce consideravelmente neste momento, em virtude do avanço das ciências médicas, o trabalho da equipe multidisciplinar se faz fundamental, a fim de oferecer um acompanhamento mais adequado, humanizado, pertinente às necessidades de cada sujeito. A Psicologia caminha, no campo da saúde, pareada às descobertas médicas e é diante de tais descobertas da medicina fetal, que se faz relevante a ampliação dos estudos acerca das condições emocionais desta população, pois a literatura neste campo é escassa. Realizando-se um levantamento bibliográfico nacional e internacional através das bases de dados: Pepsic, Portal de Revistas USP, Google Acadêmico, Scielo, Psycinfo e Pubmed, foram encontradas publicações relacionadas à: gestação comum (não configurada como de alto risco); à gestante cardiopata; dentre outros temas relacionados à maternidade. Entretanto, especificamente sobre a gestante de feto cardiopata e as repercussões emocionais advindas, pouco material foi encontrado, o que torna esta pesquisa mais relevante cientificamente, uma vez que visa contribuir para o desenvolvimento científico na área.

3.3 Relevância Psicológica:

Tal pesquisa faz-se relevante para esta população, uma vez que será verificada mais uma possibilidade de intervenção psicológica que busca minimizar o sofrimento diante do caos emocional que se instala com a descoberta da malformação cardíaca e ainda, das possibilidades reais de morte e/ou complicações severas ao nascimento ou com pouco tempo de vida. Caso constatada a significância deste acompanhamento, não somente o meio científico poderá receber este trabalho como uma contribuição para a melhoria na qualidade dos serviços prestados pelas equipes multidisciplinares, como principalmente a própria população em questão poderá receber cuidados mais adequados às suas necessidades. O trabalho do psicólogo poderá se modificar, no sentido de aprimorar os cuidados, com relação ao apoio e suporte emocional que oferecerá à gestante, enquanto todos os cuidados estão sendo prestados pela medicina e enfermagem, ao bebê que está por vir.

4 OBJETIVOS

4.1 Geral:

Identificar as repercussões emocionais mais significativas em gestantes de fetos cardiopatas, a partir da análise de aspectos psicodinâmicos das mesmas, visando através desta avaliação contribuir para a assistência a esta população.

4.2 Específicos:

4.2.1 Identificar as possíveis ansiedades, mecanismos de defesa, e formas de enfrentamento, de gestantes de fetos cardiopatas;

4.2.2 Refletir sobre a importância do acompanhamento psicológico durante o período da gestação e do parto.

5 HIPÓTESE

Diante da prática clínica, levanta-se a hipótese de que a mulher gestante de feto cardiopata apresenta repercussões emocionais importantes, sendo estas relacionadas às representações de vida e morte geralmente atribuídas ao coração, e que tais representações, podem interferir significativamente na vivência tanto do período gestacional como na do parto.

6 MÉTODO

6.1 Tipo de pesquisa:

Qualitativo. Este método é caracterizado, segundo Minayo (2010) “pela empiria e pela sistematização progressiva de conhecimento até a compreensão lógica interna do grupo ou do processo em estudo” (p. 57). Este método tem caráter exploratório, sendo este um meio pelo qual se constrói o conhecimento a partir de outros conhecimentos sobre os quais se exercita a apreensão, a compreensão, a crítica e a dúvida (Minayo, 2010). A pesquisa foi realizada através da abordagem pesquisa-ação, aquela definida por Tripp (2005) “como uma tentativa continuada, sistemática e fundamentada de aprimorar a prática” (p. 443).

6.2 Participantes:

- Quatro gestantes de fetos cardiopatas (não houve diferenciação quanto à idade gestacional, uma vez que este não é um critério para o atendimento à gestante nesta Unidade. De acordo com a suspeita de diagnóstico que geralmente recebem nos serviços onde realizam o pré-natal, são encaminhadas ao HCor para confirmação e/ou identificação do diagnóstico cardiológico fetal, o que traz a variação da idade gestacional quando recém chegadas ao HCor);

- Idade: maiores de dezoito anos;

- Estado Civil: casadas, em regime de união estável ou amasiadas;

- Inserção no programa de acompanhamento a gestantes da Unidade Fetal do Hospital do Coração, instituição hospitalar especializada em cardiologia, onde a pesquisa foi realizada;

- Ter sido atendida pelo menos uma vez na Instituição, pela psicóloga pesquisadora;

- Concordância com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

6.3 Critérios de exclusão

- Pacientes com diagnóstico médico psiquiátrico de psicopatologias graves, tais como autismo, psicoses, depressões e/ou outros transtornos psíquicos graves, anterior ao início da coleta de dados.

6.4 Instrumentos

6.4.1 Entrevista semidirigida

Nesta modalidade de entrevista, Minayo (2010) sugere que o roteiro se desdobre em vários indicadores que sejam essenciais e suficientes para abranger as informações desejadas para o estudo. Salienta que este roteiro deve permitir que haja flexibilidade na conversa e ainda, absorver novos temas e questões trazidas pelo interlocutor como sendo relevantes.

A entrevista semidirigida, elaborada pela pesquisadora no decorrer dos cinco anos de atendimento a esta população e de acordo com as observações clínicas diante do trabalho, combina perguntas fechadas e abertas, em que a entrevistada tem a possibilidade de discorrer sobre o tema em questão sem se prender à questão formulada (**Apêndice A**).

Importante ressaltar que os itens da entrevista foram organizados de forma prática e didática somente para facilitar o registro das informações, mas priorizou-se no contato a possibilidade de verbalização ampla da gestante.

Para tanto, o roteiro elaborado contempla basicamente cinco aspectos:

- I. Identificação (caracterização das participantes);
- II. Gestação (investigação dos aspectos físicos para melhor entendimento de como a mulher vivencia tal processo, mas principalmente aspectos subjetivos desta, tais como o desejo pelo filho; o papel que a criança ocupa na família; o significado da maternidade, etc.);

III. O Diagnóstico Fetal (esclarecimento de como a gestante foi comunicada sobre o diagnóstico e quais repercussões emocionais surgiram inicialmente e das questões relacionadas ao investimento psíquico da mulher com a criança, a partir do diagnóstico de malformação cardíaca);

IV. Cuidados de Saúde Mental (investigação das possíveis psicopatologias e transtornos emocionais apresentados em períodos anteriores à gestação; avaliar a disponibilidade da mulher para o cuidado emocional a partir da adesão ou não a tratamentos de saúde mental anteriores, caso tenham sido indicados);

V. Impressões da psicóloga ao contato (registro da observação da pesquisadora/psicóloga que oferece o acompanhamento psicológico).

6.4.2 Desenho da Figura Humana - D.F.H.

O Desenho da Figura Humana (DFH) é uma técnica projetiva gráfica, no qual se podem avaliar aspectos da estrutura e dinâmica de personalidade.

Lourenção van Kolck (1984) considera o uso projetivo de desenhos que tenham como tema a Figura Humana como um dos mais proveitosos e adequados para se explorar a personalidade do indivíduo. Como foco, tem-se no Teste Desenho da Figura Humana, a projeção da imagem corporal, ou seja, a representação que o indivíduo forma mentalmente sobre seu próprio corpo (Schilder, 1994). Nesta técnica, baseado na técnica desenvolvida por Machover (citado por Lourenção van Kolck, 1984), solicita-se ao participante que faça o desenho de uma figura humana completa, e em seguida de outra figura humana do sexo oposto ao primeiro desenho. Após os desenhos, é realizado um inquérito acerca do desenho da figura do mesmo sexo que o participante.

6.4.3 Teste de Apercepção Temática – TAT

O Teste de Apercepção Temática (TAT) é um instrumento psicológico de uso restrito aos psicólogos, criado, validado e publicado pela primeira vez em 1943, por Henry Murray. É considerado uma técnica projetiva que consiste em apresentar uma série de Pranchas ao participante e este deverá contar uma história sobre cada uma delas.

O termo projeção foi utilizado inicialmente por Freud em 1894 (citado por Murray, 1943/2005), através de seu artigo “Neurose de Angústia” e em 1896, quando escreveu “As neuropsicoses da defesa”, quando definiu mais especificamente o conceito como um processo defensivo que consiste em atribuir os próprios impulsos, sentimentos e afetos a outras pessoas ou ao mundo exterior, permitindo ao sujeito ignorar o que lhe é indesejável como pertencente a si mesmo (Murray, 2005).

A projeção, entretanto, não é somente um processo defensivo, pode também ocorrer em situações em que não há conflitos. A projeção de percepções internas é um mecanismo mais primitivo que, conforme os pressupostos de Freud, as lembranças das percepções já experienciadas influem as percepções de estímulos atuais. É neste pressuposto que o T.A.T. se fundamenta. Conforme menciona Murray (1943/2005), para Freud “a percepção passada do examinando de seu próprio pai influi sobre a percepção das figuras paternas diante das lâminas do T.A.T., e este desempenho constitui uma amostra real e confiável de suas percepções habituais das figuras paternas, mantendo as diferenças individuais, de acordo com a estrutura geneticamente determinada de personalidade” (Murray, 1943/2005, p. 9). Dessa forma, pode-se dizer que a lembrança dos perceptos influenciam a percepção dos estímulos atuais, não somente como fins defensivos, mas todo e qualquer tipo de percepção sofre a influência das percepções passadas.

Bellak (1967, citado por Murray, 1943/2005) define o termo “Apercepção” como uma interpretação dinamicamente significativa que um examinando faz diante de uma percepção. Esta definição pressupõe que há um processo de percepção não interpretado e que, portanto, toda interpretação subjetiva constitui uma distorção aperceptiva, dinamicamente significativa (Murray, 1943/2005).

As histórias obtidas com frequência revelam componentes importantes da personalidade, que são decorrentes de duas tendências psicológicas segundo a teoria de Murray. A primeira é a tendência das pessoas para interpretar uma

situação humana ambígua baseando-se em suas experiências passadas e em seus anseios presentes. A segunda é a inclinação das pessoas que escrevem histórias para agir de igual maneira para utilizar os acervos de suas experiências e expressar seus sentimentos e necessidades conscientes e inconscientes. A aplicação é individual e, de acordo com seu criador, pode ser aplicado em pessoas com idades entre quatorze e quarenta anos (Murray, 1943/2005).

Nesta pesquisa foi realizada uma adaptação quanto à aplicação e escolha das Pranchas em virtude dos objetivos estabelecidos da pesquisa. Foram escolhidas as Pranchas 1, 7MF e 16, as quais evocam temáticas importantes na área da maternidade, assim como foi observado nas experiências de outros pesquisadores (Aguirre, 1995; Barros, 2004; Herzberg, 1986, 1993, entre outros).

As instruções, conforme orientação de Murray (1943/2005), foram realizadas da seguinte forma: *“Esse é um teste pra contar histórias, eu tenho aqui algumas pranchas que eu vou mostrar pra você e eu quero que você faça uma história pra cada uma delas. Conte o que aconteceu antes e o que está acontecendo agora. Fale o que as pessoas estão sentindo e pensando e como termina a história. Você pode fazer o tipo de história que quiser. Você compreendeu?”* (p.22)

Os relatos das histórias foram gravados, com o consentimento das participantes, sendo transcritos para realização da análise posteriormente.

Conforme Murray (1943/2005) a primeira Prancha, intitulada “O menino e o violino” é sempre aplicada em primeiro lugar, uma vez que, segundo o autor, não apresenta uma situação muito ameaçadora. A temática estudada nesta Prancha se refere à relação com as figuras de autoridade, atitude frente ao dever e também ao ideal de ego. O discurso desta primeira etapa pode ainda refletir a atitude do sujeito frente à situação de teste e a adaptação diante desta nova situação.

A segunda Prancha escolhida foi a 7MF, intitulada “Menina e boneca”. Tal Prancha evoca a área da relação com a figura materna (que pode ser vista como modelo, apoio ou obstáculo à satisfação das próprias necessidades). Possibilita ainda a investigação de problemática referente à maternidade, principalmente quando há distorção ou hesitação em relação à boneca.

Por último, a Prancha 16, a qual apresenta um estímulo branco, oferece ao sujeito a possibilidade de total projeção. A temática desta Prancha relaciona-se às

necessidades mais prementes do indivíduo ou será reflexo da relação transferencial na situação de teste. Não é incomum diante desta Prancha o surgimento de temas autobiográficos.

6.5 Cuidados éticos:

Contemplando a ética e a responsabilidade sobre os dados obtidos, a pesquisa foi submetida aos procedimentos de avaliação e aprovação dos Comitês de Ética das Instituições envolvidas: a Universidade de São Paulo, aqui denominada como instituição proponente, e o Hospital de Coração, como instituição coparticipante, onde foi realizada a pesquisa.

Em virtude de se ter como objetivo principal da pesquisa a investigação das repercussões emocionais da gestante, para qualquer incômodo emocional que a investigação pudesse trazer às participantes, foi mantido todo o acompanhamento psicológico já oferecido no momento da coleta de dados.

As gestantes foram também informadas sobre a possibilidade de interrupção e/ou recusa na participação da pesquisa, a qualquer momento, se assim desejassem. Foi garantido e, de fato mantido, o sigilo das informações acerca da identidade das participantes. Vale ressaltar que a presente dissertação não possui como anexos as entrevistas, tampouco as transcrições das sessões psicológicas, decisão tomada como forma a preservar o sigilo e a confidencialidade das participantes. Além disso, todos os nomes das gestantes participantes são nomes fictícios.

Após a conclusão desta dissertação será oferecido às participantes interessadas uma devolutiva para informá-las sobre os principais achados, como forma de respeito à sua participação e prováveis expectativas despertadas. Para a Instituição, também será oferecida uma devolutiva com as considerações a partir dos principais resultados, além de uma cópia do trabalho, com o objetivo de auxiliar na melhoria contínua dos serviços psicológicos prestados a esta população.

Torna-se importante salientar que o nome do Hospital foi utilizado em vários momentos deste estudo somente após autorização emitida por escrito, pela Superintendência Institucional, conforme anexo S.

6.6 Procedimento de coleta de dados

As gestantes foram convidadas pela pesquisadora a participarem da coleta de dados, após contato inicial em um atendimento psicológico. Foram informadas sobre os objetivos da pesquisa, bem como os instrumentos que seriam utilizados, através do Termo de Consentimento Pós Informado (Anexo Q), o qual também foi previamente aprovado pelo CEP da Instituição proponente (USP) e da Instituição coparticipante (HCor).

Após a concordância das participantes e assinatura do Termo de Consentimento, foi combinado com as gestantes o início da coleta de dados. Estes foram coletados primeiramente com a utilização das informações fornecidas na entrevista inicial, em seguida com a gravação da sessão de atendimento psicológico – a partir do segundo atendimento realizado, dependendo da observação clínica da pesquisadora para o melhor momento, evitando ao máximo, interferências no cuidado psicológico – com posterior transcrição para análise de conteúdo. Foram também utilizados os testes psicológicos: Desenho da Figura Humana (DFH), segundo a técnica de Machover e as pranchas 1, 7MF e 16 do Teste de Apercepção Temática (TAT).

Após confirmação e aceite das gestantes, a coleta de dados foi iniciada. Vale ressaltar que, as participantes foram informadas que, a qualquer momento, poderiam fazer valer o direito de não mais participar da pesquisa, sem que isso lhe trouxesse qualquer prejuízo no acompanhamento psicológico que já vinha sendo oferecido na Instituição e/ou quanto ao acompanhamento da equipe multiprofissional com relação ao seu bebê, antes, durante e pós-nascimento.

Para ilustrar melhor a proposta de coleta de dados, segue esquema de processo elaborado com a posterior análise do material:

A Tabela 2 oferece um panorama geral dos casos acompanhados, incluindo atendimento ambulatorial pré-natal, acompanhamento pós-parto, desfecho clínico da criança e outras intervenções necessárias após o desfecho do caso mediante o nascimento.

Tabela 2 - Acompanhamento psicológico no período gravídico-puerperal

Gestante	Número de sessões antes do parto	Acompanhamento pós – parto	Desfecho clínico do caso	Outras intervenções
Andrea	3	3	Óbito	Ambulatório pós-óbito (4 meses)
Bruna	6	Parto antecipado e realizado em outro Serviço	Tratamento em outro Serviço	Contato telefônico para avaliação de demanda, acolhimento e encerramento do acompanhamento psicológico.
Carolina	4	3	Alta hospitalar	Não. Encerramento na alta.
Diana	4	4	Alta hospitalar	Não. Encerramento na alta.

Fonte: Autoria própria

6.7 Procedimento de análise de dados

6.7.1 Entrevista semidirigida

A análise dos resultados foi iniciada pela interpretação dos dados da entrevista semidirigida. Esta contará com dados sociodemográficos também os históricos de saúde, da gestação e de outros contextos da vida da paciente.

6.7.2 Análise de conteúdo da sessão

Foi realizada a transcrição da sessão gravada, sendo utilizada a proposta metodológica da *análise de conteúdo*. A análise de conteúdo, conforme Bardin (1979) pode ser definida como:

um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens (p. 42).

A importância da análise de conteúdo como metodologia de pesquisa qualitativa se dá na possibilidade de tornar replicáveis e válidas as inferências sobre os dados de um determinado contexto estudado, a partir de procedimentos especializados e científicos (Minayo, 2010).

6.7.3 Desenho da Figura Humana – DFH

A análise e interpretação do D.F.H. foram fundamentadas na proposta de Lourenção van Kolck (1984). Segundo a autora, a análise de uma produção gráfica, deve ser realizada a partir de três processos: *adaptativo*, o *expressivo* e o *projetivo*.

O *adaptativo* refere-se ao resultado diante de duas constatações: a primeira refere-se à *adaptação ao tema*, ou seja, o que foi produzido está de acordo com o que foi solicitado ou proposto e também se a realização é considerada convencional, original ou fantasiosa; a segunda – denominada *adaptação gráfica* – refere-se à verificação de que o desenho está de acordo com a evolução geral do grafismo, conforme sexo e nível socioeconômico da pessoa, por exemplo (Lourenção van Kolck, 1984).

Os aspectos *expressivos* estão relacionados à forma particular do sujeito desenhar – as qualidades gráficas do desenho quanto ao estilo, à organização e economia do desenho, os quais se configuram como os *Aspectos Gerais do Desenho*; enquanto que os aspectos *projetivos* referem-se ao conteúdo e a maneira

de tratar o tema. Outro conjunto designado pela mesma autora trata-se dos *Aspectos Estruturais ou Formais*, os quais são traços gráficos que podem ser analisados de maneira geral, mas também adaptando ao tema executado pelo sujeito. E ainda, a *Análise de Conteúdo* do que foi desenhado, o qual se trata da análise mais peculiar ao tema propriamente dito.

Nesta pesquisa, a análise do Desenho da Figura Humana foi dividida nos três grandes grupos de interpretação propostos por Lourenção van Kolck (1984): *Aspectos Gerais*, *Aspectos Estruturais ou Formais* e *Aspectos de Conteúdo*.

6.7.4 Teste de Apercepção Temática – T.A.T.

Para a análise do Teste de Apercepção Temática, foi realizada uma adaptação da proposta de Hirsch (2009), para o estudo do C.A.T. (Children's Apperception Test), no qual estabelece nove pautas a serem interpretadas. Antes de seguir explicitando sobre as pautas, propriamente ditas, faz-se importante salientar que elas cobrem as três áreas utilizadas por Phillipson em seu método para a análise das histórias (Hirsch, 2009): a percepção da situação; as pessoas incluídas e suas relações; e a história como estrutura e como realização. Na tabela 3 segue a descrição das pautas sugeridas e adaptadas neste estudo.

Tabela 3 - Pautas de interpretação de Sara Hirsch (2009).

Pauta	Proposta de interpretação
1	<i>Que personagens vê e como os vê. Omissões, acréscimos e distorções. Percepções e elaborações pouco usuais dos personagens.</i>
2	<i>Que outros elementos são vistos na prancha e de que maneira. Omissões, acréscimos e distorções no conteúdo da realidade.</i>
3	<i>Possibilidade de dar passado, presente e futuro à história.</i>
4	<i>Sequencia lógica ou ilógica na construção da história.</i>
5	<i>Tipo de linguagem utilizado (riqueza, exatidão, adequação à idade, etc.).</i>
6	<i>Possibilidade de fantasiar, capacidade criativa.</i>
7	<i>Tipo de interação entre os personagens em nível descritivo. Colocação da problemática.</i>
8	<i>Qual é o tema das relações objetais inconscientes na interação. Principais ansiedades associadas às relações fantasiadas. Principais meios de defesa.</i>
9	<i>Tentativa de resolver ou não o problema ou conflito na história. Tipo de solução obtida em função dos desejos, medos e defesas utilizadas. Como o mundo de objetos internos é conciliado com a realidade social mais consciente.</i>

Fonte: Dados adaptados de Hirsch (2009, p. 183).

7 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

7.1 Dados obtidos através da entrevista inicial

Os dados obtidos na entrevista serão apresentados a seguir de forma que possam ser contextualizadas as principais características do grupo de gestantes participantes desta pesquisa. As entrevistas foram o primeiro contato da paciente com a psicóloga e tiveram duração média de 1 hora à 1 hora e 30 minutos, cada uma delas.

Tabela 4 - Caracterização das participantes

Idade	Escolaridade	Idade gestacional	1º casamento? Casada há quanto tempo?	Número de gestações	Filhos vivos	Aborto/perda neonatal
27	Ens.Médio (Técnico)	30 semanas	Sim / Há 2 anos	4	1	2 Abortos
30	Superior Completo	30 semanas	Sim / Há 8 anos	1	0	0
34	Superior Completo	35 semanas	Sim / Há 6 anos	3	0	1 Aborto 1 Perda
31	Superior Completo	33 semanas	Sim / há 8 anos	2	1	0

Fonte: Autoria própria

Tabela 5 - Dados sobre a gestação

Gestante	Gestação planejada?	Gestação desejada	Sintomas físicos no início da gestação?	Sintomas emocionais a partir da gestação?
Andrea	Sim	Sim	Não	Sim, mais sensível.
Bruna	Sim	Sim	Não	Sim, mais calma.
Carolina	Sim	Sim	Sim (enjoo)	Não
Diana	Sim	Sim	Não	Não

Fonte: Autoria própria

Tabela 6 - O diagnóstico fetal e suas repercussões

Hipótese diagnóstica ocorreu com quantas semanas?	Reações emocionais diante do diagnóstico	Significado atribuído à doença	Compreensão sobre a doença e a proposta terapêutica	Investimento pessoal na gestação antes e após o diagnóstico
16	Impacto, tristeza, medo, Frustração	Culpa/Punição – “Por que comigo, com a gente?” (sic)	Boa	Pior
23	Impacto, tristeza, medo	Missão – “Deus acha que a gente pode carregar e cuidar dela” (sic)	Boa	Igual
24	Impacto, negação, tristeza, medo, frustração	Missão – “Acho que veio para ajudar outras crianças” (sic)	Boa	Igual
28	Impacto, tristeza, medo, frustração	Culpa/Punição – “Será que eu me cuidei?” (sic)	Boa	Igual

Fonte: Autoria própria

Cabe explicitar mais detalhadamente os itens acima a fim de evitar possíveis dúvidas na interpretação da tabela. O item “Hipótese Diagnóstica com quantas semanas” refere-se ao momento em que a gestante relatou que recebeu a primeira notícia de que havia uma patologia no coração do feto, mesmo não tendo ainda o

diagnóstico confirmado do tipo de cardiopatia. O item “Reações emocionais diante do diagnóstico”, está relacionado ao que a gestante percebeu que teve como reações à época da comunicação da notícia da malformação fetal. A categoria “Significado atribuído à doença” refere-se às informações trazidas sobre as conjecturas das próprias gestantes acerca do significado que deram à doença cardíaca, sendo observada a responsabilização de si mesma através da culpa, ou ainda, defensivamente relatando como a atribuição de uma “missão” que somente aquela família pode desempenhar.

Quanto à categoria “compreensão sobre a doença e a proposta terapêutica”, busca avaliar o entendimento da gestante acerca da doença de seu filho, a partir do que lhe foi explicado pela equipe médica, e ainda, sobre como será o tratamento da criança, no que se refere à(s) cirurgia(s) e outros procedimentos, permanência e recuperação na UTI, todo e qualquer tipo de riscos envolvidos no tratamento, dentre outros.

A última categoria intitulada “Investimento pessoal na gestação antes e após o diagnóstico fetal”, diz respeito ao investimento libidinal da gestante ao bebê, antes de receber a notícia do diagnóstico e após, objetivando identificar possibilidades de rejeição do filho doente, mesmo que inconsciente, assim como dificuldades na vinculação mãe-bebê.

Tabela 7 - Saúde emocional das gestantes e rede de apoio

Gestante	Psicoterapia anterior?	Avaliação e tratamento psiquiátrico anterior/motivo	Rede de apoio familiar
Andrea	Sim	Sim / Depressão	Boa
Bruna	Não	Sim / Ansiedade	Boa
Carolina	Sim	Não	Boa
Diana	Sim	Sim / Síndrome do Pânico	Boa

Fonte: Autoria própria

Tabela 8 - Receptividade ao Serviço de Psicologia (a partir da observação clínica da psicóloga e verbalizações da participante)

Gestante	Receptividade ao 1º contato com a psicóloga	Demanda para a continuidade do acompanhamento psicológico no pré-natal	Receptividade a notícia de acompanhamento da psicóloga durante o parto
Andrea	Boa	Boa	Boa
Bruna	Ótima	Ótima	Ótima
Carolina	Ótima	Ótima	Ótima
Diana	Ótima	Ótima	Ótima

Fonte: Autoria própria

7.2 Atendimento psicológico e análise de conteúdo

Em conformidade com a proposta de Bardin (1979), as sessões gravadas foram transcritas com a finalidade de não se perder o conteúdo legítimo do que foi relatado pelas participantes, evitando assim maior possibilidade de viés na análise. Diante das transcrições, a análise de conteúdo foi realizada através da elaboração de categorias temáticas a partir de quatro eixos – repercussões emocionais, ansiedades, mecanismos de defesa e formas de enfrentamento - as quais identificam o conteúdo emocional que foi mais significativo e/ou frequente nos relatos estudados. Os dados serão apresentados e discutidos, sendo trazidos recortes dos relatos a fim de melhor ilustrar o conteúdo subjacente, sempre que possível.

Na Tabela 09 encontram-se as categorias temáticas elaboradas:

Tabela 9 - Repercussões emocionais

Repercussão emocional	N
Sentimento de impotência	04
Angústia de morte	04
Desamparo	04
“Sou eu quem carrega, esse bebê é meu”	03
Sentimento de culpa	03
Insegurança	03
Limitação e dependência	02
Não aceitação do diagnóstico	02
Cuidados com o primogênito	02
Medo do desconhecido	02
“Só o casal entende o que é isso”	02

Fonte: Autoria própria

Importante ressaltar que nos discursos das quatro gestantes surgiram os sentimentos de impotência, de desamparo e também a angústia de morte diante do diagnóstico da cardiopatia fetal. Na maior parte das participantes apareceram os sentimentos de culpa, a insegurança e uma categoria intitulada “Sou eu quem carrega”, a qual se refere à sensação da mulher de uma exclusividade no campo das emoções, ou seja, pelo feto encontrar-se em seu próprio corpo, a maioria das gestantes, revelou o sentimento de que as outras pessoas não compreendem o que ela sente diante da situação de descoberta da doença cardíaca do filho, nem mesmo o pai da criança. Ex.: “...*mas eu acho que ele (marido) sente igual, eu acho assim, com a diferença de que eu carrego ela, mas eu acho que ele sente...*” (Carolina).

Para a metade das gestantes, foram constatadas ainda, manifestações como: sentimentos de limitação e dependência, dificuldades para lidar com o fato de já serem mães, a não aceitação do diagnóstico, o medo do desconhecido e a sensação de que “só o casal entende o que é isso”. Ex.: ...*então a gente vê que as pessoas que gostam da gente sentem, torcem, querem que dê tudo certo, mas eu e ele (marido) a gente tá ali, é a gente que tá ali...a filha é da gente né?*” (Carolina).

Quanto aos sentimentos de limitação e dependência, estes foram relatados no sentido de precisarem do apoio de outras pessoas, geralmente familiares, e o quanto a ausência deste apoio pode lhes incomodar. Além disso, a dependência relacionada a cuidados de saúde também se mostrou incômoda, uma vez que todas as gestantes desta pesquisa tiveram que deixar suas residências (em outras cidades), para que pudessem receber cuidado médico apropriado, com recursos mais indicados e adequados ao tratamento dos bebês.

A questão da segunda maternidade a partir da gravidez atual, também se apresentou como uma repercussão emocional importante no estudo, pois nos dois casos em que as gestantes já eram mães de outro filho, ambas manifestaram as dificuldades existentes em lidar com o afastamento do primogênito para cuidar da gravidez de risco como forma de prevenir complicações ao nascimento do bebê. Ex.1: *“Como a gente vai fazer? A minha outra menina, apesar de ser um anjo, eu tenho que me preocupar, me dividir da atenção do bebê que tá pra nascer e dela, né?”* (Andrea) Ex.2: *“A preocupação hoje é eu ter que me dividir pros dois...a gente não pode consertar uma coisa e desconcertar outra né?”* (Andrea).

O afastamento do filho mais velho foi extremamente significativo, pois trouxe grande sofrimento às mães/participantes, que tentavam de todas as formas a inclusão da criança no momento de vida atual, fazendo tentativas de aproximação, por exemplo, trazendo-as para São Paulo aos finais de semana a fim de minimizar o distanciamento e a saudade dele decorrente, entre outras.

Ainda quanto à segunda gestação, para uma das gestantes cujo primeiro bebê – também cardiopata - tivera falecido com um mês de vida, as repercussões emocionais foram mais intensas no que diz respeito à angústia de morte. A gestação atual para esta mãe mostrava-se como uma ameaça de perda, potencializada pela situação já vivenciada. Ex.: *“no caso da gente, a filhinha da gente não ficou com a gente, a gente se preparou para a mudança, que não veio...é um casal que tá esperando uma pessoinha e a pessoinha não ficou, aí a gente tem que virar um casal de novo com a frustração assim...”* (Carolina).

Quanto ao diagnóstico, evidenciou-se na análise de conteúdo, que duas das gestantes apresentavam até aquele momento da gestação em que a sessão psicológica aconteceu, intensa dificuldade quanto à aceitação do diagnóstico cardíaco fetal. Ex.1: *“...o que puder fazer a gente faz, o que não tiver como mudar...não estar revoltado, não estar...essas coisas, aceitar no final das contas!” (Carolina).* Ex.2: *“...o tanto que eu já chorei, o tanto que eu já... porque é que nem eu falo assim, não é que a gente rejeita a criança, a gente rejeita o problema, a gente não aceita o problema, entendeu?” (Bruna).*

Vale ressaltar que a aceitação constitui-se de um processo complexo que envolve *elaboração psíquica*, termo ao qual Freud, citado por Laplanche e Pontalis (2001), designa como:

o trabalho realizado pelo aparelho psíquico com o fim de dominar as excitações que chegam até ele e cuja acumulação corre o risco de ser patogênica. Este trabalho consiste em integrar as excitações no psiquismo e em estabelecer entre elas conexões associativas. p.143).

O medo do desconhecido também foi ressaltado por duas gestantes. Tal sentimento se mostrou presente quanto ao diagnóstico em si, mas também a todas as mudanças envolvidas no processo de cuidado do filho, desde a gestação, uma vez que as mulheres tiveram que alterar suas rotinas de vida, de trabalho, seus hábitos pessoais e socialização, além da mudança real e concreta para a cidade de São Paulo, onde se encontra a Instituição referência na qual realizaram o acompanhamento médico e psicológico desde o período pré-natal. Ex.: *“É muito difícil porque você não sabe o desconhecido que vai vir pela frente, você não imagina, no começo eu imaginava assim...não vou poder fazer nada com ela, não vou poder fazer nada, você entendeu? Não vou poder levar, não vou poder viajar, não poder passear...” (Bruna).*

Tais mudanças exigem da mulher e de seu companheiro uma alta tolerância à frustração e adaptação ao novo, o que parece que de fato tiveram, mas a presença do sentimento medo foi constatada, mesmo sendo verificada a tentativa de enfrentamento deste.

Por último, mas não menos importante, encontrou-se uma categoria temática que diz respeito aos sentimentos do casal neste processo, a qual foi denominada “Só o casal entende o que é isso”. Esta categoria fez-se presente nos relatos de duas participantes que revelaram um sentimento que se assemelha à solidão, pois mesmo na presença de “cuidadores”, sejam eles profissionais, familiares ou amigos, houve a descrição de que estes não poderiam compreender o que o casal – pais do feto doente – sentia diante da situação vivenciada.

Tabela 10 - Ansiedades apresentadas

Ansiedades	N
Ansiedade por conhecer o bebê	03
Ansiedade de separação (marido e filhos)	04
Ansiedades relacionadas ao parto	04

Fonte: Autoria própria.

Segundo Freud (1926/1976), a ansiedade [*Angst*], “tem inegável relação com a expectativa: é ansiedade por algo (p.160). Tem uma qualidade de indefinição e falta de objeto”. A ansiedade no terceiro trimestre é característica também referida por outros autores, tais como Maldonado, Dickstein e Nahoum (1981), Baptista et al. (2006) que encontraram em seus estudos, similares resultados com relação ao aumento da ansiedade no período que se aproxima ao parto.

Nesta pesquisa procurou-se compreender quais as situações que geravam mais ansiedade às gestantes diante do diagnóstico fetal. A primeira forma de ansiedade que foi observada no relato de três participantes, nomeada como a “ansiedade por conhecer o bebê”, pode também ser relacionada a todas as mudanças advindas com a chegada do bebê, pois após o nascimento é que se iniciam os procedimentos cirúrgicos e sobre os quais os riscos envolvidos estão mais presentes que no período intraútero. Ex.1: “...curiosidade, ansiedade, poder pegar, poder tocar...” (Andrea) Ex.2: “...ah agora começa a gente querer ver como ela é...eu ainda, assim, eu penso mais no problema (cardiopatia) do que nisso...” (Bruna).

A segunda forma de ansiedade refere-se à de separação, que foi mencionada verbalmente sobre a dificuldade sentida pelo distanciamento do filho mais velho ou ainda do marido. Tal distanciamento consiste no tempo que a família precisou se separar para que a gestante se deslocasse a São Paulo em decorrência da rotina de exames e consultas. Enquanto isso, seus companheiros organizavam as questões práticas para a saída “definitiva” de suas cidades. Ex.1: *“ontem...eu tava mais nervosa, por ele (marido) estar indo embora de novo...”* (Bruna). Ex.2: *“...essa semana já chorei, ele (marido) veio domingo aí foi embora, foi difícil sabe? Dar tchau pra ele e pra minha filha, falei ‘ah, tô ficando aqui’.”* (Diana).

A ansiedade de separação, no sentido mencionado, também se relaciona às categorias temáticas “cuidar do primogênito” e “só o casal entende o que é isso”. Estas últimas categorias se referem às repercussões emocionais advindas do afastamento entre as gestantes e suas famílias, o qual foi necessário diante da descoberta do diagnóstico fetal e da saída de suas residências para irem à outra cidade, onde encontrariam recursos e possibilidades de cuidados médicos aos bebês doentes.

Nesta pesquisa, fez-se uma associação entre a ansiedade de separação com o primogênito, verbalizada pelas gestantes, com a ansiedade de separação com o próprio bebê, uma vez que após o nascimento, mães e bebês são separados em decorrência da necessidade de encaminhamento deste último à UTI neonatal para início do tratamento cardiológico. Ex.: *“...questão até de posse mesmo, o filho é meu, a filha é minha...”* (Diana).

Conforme Soifer (1986):

a separação de dois organismos que até esse momento viveram juntos, um dentro do outro e a expensas deste, numa relação de total dependência e de íntimo contato permanente. A partir da expulsão, a criança adquire vida própria, devendo, nesse mesmo instante, encarregar-se de uma variedade de funções fisiológicas que até então eram cumpridas pela mãe, como a respiração, a alimentação, a evacuação, etc. (p.51)

Maldonado (1981) destaca ainda que “o simbolismo de separação e corte envolve o significado de solidão. Num nível mais profundo, o medo do parto pode representar a situação da mulher sentir-se sozinha nesta hora” (p.52).

A terceira forma de ansiedade constatada relaciona-se ao parto. Esta forma, por sua vez, subdivide-se em quatro aspectos:

a) Sua própria integração física – preocupação com os procedimentos de preparação para o parto cesáreo, incluindo a anestesia raquidiana e o parto propriamente dito. Soifer (1986) afirma “Através de ‘quando será o parto’ se expressam as incógnitas de como será o parto, como será o bebê...o temor à morte no parto adquire características intensas, em geral inconscientes” (p.42). Ex.1: “...queria que fosse um parto normal, queria que fosse tudo normal né? (risos) Mas infelizmente não é como a gente quer, então a gente fica meio ansiosa por causa da cesárea, a recuperação é mais lenta...” (Andrea). Ex.2: “...medo da anestesia não dar certo...porque é na coluna, sei lá parece meio ridículo, mas assim, medo de dar um negócio errado e eu fico com uma deficiência...cortar errado, puxar o bebê errado...” (Carolina).

b) A troca de obstetra – com a vinda para o hospital cardiológico houve a necessidade de troca do(a) obstetra que acompanhava a gestante no pré-natal, sendo a equipe de obstetrícia do próprio hospital, responsável pela realização do parto². Ex.1: “...já faço acompanhamento com a minha obstetra há muito tempo lá na minha cidade, e aqui de repente você começa há um mês e aí a gente tá entregue, tem que confiar e pronto” (Carolina). Ex.2: “...queira ou não queira, é uma cirurgia (cesárea), eu tenho que estar calma... não ter nenhuma intercorrência comigo, de nenhum tipo, mas...isso às vezes passa...também espero que ele corte no lugar certo, que não tenha nada, que não tenha dificuldade de tirar...” (Carolina).

² Torna-se importante ressaltar que a Instituição favorece a vinda do próprio obstetra que acompanha a gestante para realizar o parto, sendo realizado inclusive um credenciamento médico temporário, entretanto nos casos relatados, todos os obstetras eram de outras cidades e/ou estado, o que impossibilitou a participação destes nos partos.

Tais dados vão ao encontro com estudos anteriores, como o de Piccinini e Alvarenga (2012b) que obtiveram em seus resultados os relatos de 92% das gestantes mencionando sobre a importância do profissional de saúde com referência para elas ao longo do período pré-natal.

c) Antecipação do parto – conforme já descrito por Soifer (1986) em meio às incertezas de como será o parto, nos dias que o antecedem a gestante começa a apresentar ansiedade consciente que se localiza no temor à morte no parto, à dor – nos casos em que se espera um parto normal – “ao parto traumático, ao filho disforme e à morte do filho” (p. 47).

As mulheres participantes desta pesquisa apresentaram uma ansiedade relacionada à possibilidade de adiantamento do parto, a qual se mostrou muito vinculada ao medo de ser direcionada a outra Instituição, caso se configurasse um parto emergencial, conforme descrito no item “Unidade de Cardiologia Fetal do Hospital do Coração (HCor/SP) e atuação da Psicologia”

Parece que o vínculo estabelecido não somente com a equipe cuidadora, mas com a própria Instituição, uma vez que esta provê de todos os recursos necessários ao tratamento médico indicado ao bebê, foi relevante nos casos descritos. Ex.: *“Me preocupa, porque até chegar, até vir...que nem eu falei, lá na minha cidade se eu sentisse qualquer coisa eu corria e nem 5 minutos eu estava no consultório médico e dali já ia pro parto, aqui é tudo diferente...”* (Bruna).

Vale esclarecer que até o momento em que a pesquisa ocorreu, o hospital não oferecia a estrutura de um serviço obstétrico em tempo integral, portanto todas as gestantes eram devidamente orientadas de que, caso entrassem em trabalho de parto, seria necessário recorrer a outro Serviço Hospitalar, para posteriormente o bebê ser transferido à Instituição coparticipante desta pesquisa, conforme melhor descrito no item “Unidade de Cardiologia Fetal do Hospital do Coração (HCor/SP) e atuação da Psicologia”.

d) A condição clínica do bebê ao nascimento ou a vivência do nascimento como uma possibilidade de perda. Ex.1: *“...pós-nascimento que já é um...como fala? A gente*

brinca, já é uma perda né? (risos)”. (Diana) Ex.2: ...se fosse uma gestação normal eu ia ficar bem ansiosa, nessa (gestação) a gente tem uns pontinhos a mais pra ansiedade (risos)”. (Diana). Ex.3: “eu queria que o tempo parasse pra ela ficar bem na minha barriga” (Carolina).

Diante da percepção da equipe assistencial de que o tema “parto” é de extrema relevância para as pacientes, foi sendo discutido nas reuniões as necessidades de acompanhamento em casos mais extremos, mesmo na condição de um parto antecipado, ou seja, fora da programação da cesárea que se fez para cada caso. Ex.: “...depois que a gente veio pra cá, aí sim nós tivemos norte pra onde a gente poderia ir, olha vocês tem que ir pra esse caminho, agora você tem que passar por esse médico, agora tem que fazer tudo isso...” (Diana).

Tabela 11 - Mecanismos de defesa

Mecanismos de defesa	N
Negação	01
Regressão	02
Identificação	02
Racionalização	03

Fonte: Autoria própria

A palavra defesa foi inicialmente utilizada por Freud em 1894, em “*As psiconeuroses de defesa*”, sendo mais tarde substituída por “recalcamento”, embora Anna Freud ressalte que a relação entre as duas noções tenha permanecido indeterminada (Freud, A., 1936/2007).

Os mecanismos de defesa são assim chamados referindo-se aos diferentes tipos de operações em que a defesa pode ser especificada (Laplace & Pontalis, 2001). Anna Freud, no entanto, foi quem aprofundou seus estudos psicanalíticos acerca das defesas, sendo consagrada por sua obra “O Ego e os mecanismos de defesa”. Os mecanismos foram nomeados da seguinte forma, durante todo o estudo realizado pela psicanálise: regressão, recalcamento, formação reativa, isolamento,

anulação, projeção, introjeção, inversão contra o ego e reversão. Anna Freud acrescentou mais um mecanismo, ao qual refere que, no entanto, “pertence mais ao estudo da mente moral do que ao da neurose: a sublimação (Freud, A., 1936/2007).

Frente às diversas repercussões emocionais constatadas na pesquisa, pode-se verificar que o sofrimento suscitado, ocasionou nas participantes o uso constante de mecanismos de defesa, os quais foram identificados conforme dados apresentados na tabela 3. Não se tem como objetivo e foco a exploração mais apurada de cada um dos mecanismos nesta pesquisa, portanto não será feito um estudo mais detalhado dos mesmos, porém, serão considerados e brevemente explicitados por serem inegavelmente importantes no processo psíquico que as participantes da pesquisa se encontram.

A negação, processo assim denominando pelo qual “o sujeito, embora formulando um dos seus desejos, pensamentos ou sentimentos até então recalcados, continua a defender-se dele negando que lhe pertença” (Laplanche & Pontalis, 2001, p.293), foi percebida no relato de uma das participantes, a qual utilizou de forma significativa, principalmente referindo-se ao início do período de descoberta da cardiopatia do feto, momento no qual parece ter sido muito difícil o reconhecimento de tal realidade. Ex.: “...*médicos querendo fazer a interrupção da gestação, e dizendo ele tem isso, ele tem aquilo, e eu falei, ele não tem e a gente vai vencer!*”. (Andrea)

A regressão, processo assim designado para revelar “um retorno em sentido inverso desde um ponto já atingido até um ponto situado antes desse”, ou ainda, “no sentido formal, a regressão designa a passagem a modos de expressão e de comportamento de nível inferior do ponto de vista da complexidade, da estruturação e da diferenciação” (Laplanche & Pontalis, 2001, p. 440), surgiu em diversos momentos do discurso de uma das gestantes, sendo muito significativa a forma como relatava sua tentativa de tranquilizar a si própria, minimizando as situações que estava enfrentando até o momento deste contato. Ex.: “...*na verdade eu queria que chegasse e pulasse a parte dos probleminhas dela...se ela vai ficar estavelzinha...não posso tirar a dorzinha dela...eu quero que ela esteja fortinha...*”(Carolina).

Já o mecanismo da Identificação, termo referido ao processo psicológico pelo qual o sujeito assimila um aspecto, uma propriedade, um atributo do outro e se transforma, total ou parcialmente, segundo o modelo desse outro (Laplanche & Pontalis, 2001, p. 226), foi identificado na pesquisa conforme trechos aqui reproduzidos, os quais demonstram a identificação da gestante com o bebê doente. Ex.1: *“...já fiquei internada, desde pequena, tive vários problemas e assim, não foram boas as minhas experiências, né?” (Andrea).* Ex.2: *“...tava vindo pra cá e a gente encontrou com um bebezinho bem pequenininho, saindo do carro, a primeira coisa que eu falei pro meu marido, aí meu Deus, desse tamanhinho, ela vai passar por uma cirurgia tão grande...” (Bruna).*

O mais frequente mecanismo encontrado, no entanto, foi a Racionalização, que pôde ser constatado em quase todos os relatos, três das quatro gestantes.

A racionalização é o mecanismo no qual “o sujeito procura apresentar uma explicação coerente do ponto de vista lógico, ou aceitável do ponto de vista moral, para uma atitude, uma ação, uma ideia, um sentimento, etc., cujos motivos verdadeiros não percebe(...)” (Laplanche & Pontalis, 2001, p. 423). Ex.1: *“a gente acha que só aconteceu com a gente e que é o único problema...aí estando aqui, vendo outras pessoas, a gente vai observando não foi só comigo, não sou a primeira e não vou ser a única...” (Andrea).* Ex.2: *“a gente pensou assim, talvez ela veio para ajudar outras crianças” (Bruna).* Ex.3: *“...seja qual for o tempo e se for assim que Ele (Deus) quis, é assim que a gente tem que aceitar...fico pensando numa família que não tenha estrutura ou que de repente tenha que começar a buscar Deus a partir disso, eu acho que deve ser mais difícil, porque você se revolta também, teve momentos que a gente começou a brigar com Deus...vc é humano, mas outras horas você já começa a ver sabe, pensar em outra maneira...” (Bruna).* Ex.4: *“...então era necessário, era preciso, não é uma hora de vontades, de querer, é uma hora de necessidade mesmo, então eu preciso estar aqui...” (Diana).*

A pesquisa constatou que, além dos mecanismos de defesa brevemente discutidos, diversas formas de enfrentamento também foram utilizadas pelas gestantes para conseguirem suportar o sofrimento advindo da situação de adoecimento do feto, conforme tabela 12.

Tabela 12 - Formas de enfrentamento

Formas de enfrentamento	N
Confiança na equipe	04
Barriga como proteção possível	04
Tentativa de controle emocional	04
Busca de conhecimento da cardiopatia	03
“Não somos os únicos”	03
Ajudar o outro como forma de se ajudar	02
Fé	02

Fonte: Autoria própria

A confiança na equipe de cuidados foi o aspecto mais presente na fala das participantes como uma forma de tranquiliza-las neste processo. Ex.1: *“A confiança que a gente tem na equipe deixa a gente tranquila”* (Andrea). Ex.2: *“...nossa, saber que ela nascer e vai ter aquela equipe preparada ali só pra receber ela...é o que eu falei, os anjos da terra ela já tem é a equipe daqui”* (Bruna). Ex.3: *“...aqui vocês só pegam ‘bucha’ né... porque nenhuma mãe chega aqui saudável...e o que influenciou nesse sentido (referindo-se à escolha pelo hospital) foi a forma de tratamento conosco”* (Carolina). Ex.4: *“...eu tô sentindo hoje aqui, que eles já estão preparados para o difícil...o meu pensamento hoje é que os profissionais que nós estamos lidando aqui, a equipe de vocês, estão acostumados com a situação, sendo a melhor ou a pior...eu acho que isso faz a diferença”* (Carolina). Ex.5: *“Eu tô tão confiante e relaxada aqui no hospital”* (Diana).

Ao deparar-se com a limitação, a dependência e a insegurança, repercussões emocionais já discutidas, as gestantes apresentaram, de forma unânime em seus relatos, a busca por oferecer cuidado e proteção ao bebê. De certa forma isto parece afastá-las do sentimento de impotência vivenciado diante dos inúmeros cuidados interventivos a que a criança será submetida após o nascimento, uma vez que os cuidados nesta situação são oferecidos por uma equipe de saúde e não pela própria

mãe, exceto em alguns – poucos - momentos. Com isso, as gestantes parecem encontrar “na barriga” a sensação de conforto, poder fazer algo ao bebê, ou seja, protegê-lo. Ex.1: *“enquanto ela tá aqui dentro, enquanto eu posso agir, eu sei que eu vou fazer o possível e o impossível, mas depois que ela nascer, vou ficar mais na questão de cuidar, observar, rezar e tudo mais, mas tem coisas que não vou poder interceder né?”* (Diana). Ex.2: *“Fico pensando mais nisso sabe? Que ela vai sair da minha barriga, ela já sai da zona de confortozinho dela né, que é aqui...a melhor UTI que ela tem”*. (Carolina). Ex.3: *“...enquanto ela tá aqui, eu tenho que alimentar, eu tenho que me cuidar, tenho que me manter calma, depois eu não posso fazer mais nada”* (Bruna). Ex.4: *“...já as noites eu já não durmo direito, até mesmo porque quando dorme você dá aquela sonhada, já levanta e põe a mão na barriga e fala não, ele ainda tá aqui, é meu, ainda tá aqui”*. (Andrea).

O que se denominou “tentativa de controle emocional” foi outra forma de enfrentamento do sofrimento, manifesto no relato das quatro participantes. Importante ressaltar que foi observada uma correlação entre a “tentativa” de se controlar emocionalmente como uma “tentativa” de não enlouquecer diante do sofrimento advindo. Ex.1: *“não vai resolver nada, então vamos criar forças e levar adiante pra gente conseguir passar desses obstáculos né?”* (Andrea). Ex.2: *“...alguma coisa que eu percebo tento me acalmar pra ver se é de fundo emocional que tá tentando me atingir”* (Bruna). Ex.3: *“eu fico tentando é controlar, não é que eu não sinta, mas eu não posso entrar em pânico...se eu pensar diferente eu acho que eu endoido”* (Carolina). Ex.4: *“preciso estar bem pra isso pra ela (bebê)...ele(marido) também precisa sentir da minha parte que tá tudo bem...e para os meus pais, é passar que a gente tá tranquilo”* (Diana).

As participantes, em sua maioria, demonstraram que a “busca de conhecimento da cardiopatia” foi algo que as auxiliou no enfrentamento da situação. Isto parece tê-las aproximado do contexto da doença cardíaca do feto e com isso, o medo do desconhecido - que surgiu como uma das repercussões emocionais mais significativas (ver tabela 7) – foi afrontado com a tentativa de preparação, conhecendo melhor a cardiopatia. Ex.1: *“eu li bastante, entrei em sites...pra gente ficar preparados pra tudo o que possa acontecer”* (Andrea). Ex.2: *“já comecei ver*

que não era bem assim, isso já começou me dar, acho que me dar... abrir mais essa porta pra eu começar a aceitar o problema” (Bruna). Ex.: 3: “...eu acho que o que eu podia mesmo fazer de correr atrás, buscar, pesquisar, ler, eu acho que eu fiz, até um amigo que tenho falou que vou sair perita daqui há pouco no assunto (risos)” (Diana).

Concomitante ao conhecimento da doença, a sensação de que “não somos os únicos” foi apresentada por metade das participantes, o que também se mostrou muito significativa. Comprovadamente, o apoio social nos grupos de pais que se formam a partir da situação de hospitalização de seus filhos, parece ter seu início aí, já na descoberta de um mesmo diagnóstico ou de diagnósticos muito semelhantes, e na busca por saídas, soluções para o caso do bebê malformado.

Lara (2014) desenvolveu um estudo com outras gestantes desta mesma Unidade (UF/HCor), e encontrou como resultado a importância do apoio recebido pelo terceiro setor, através de Organizações Não Governamentais (ONG's) que acolhem mães de crianças cardiopatas em tratamento médico-hospitalar, sobre o qual menciona que “serem acolhidas e poder contar com a solidariedade e a organização do terceiro setor foram essenciais nesta etapa” (p. 187). Neste mesmo movimento de proximidade com a doença, talvez como forma de desmitificá-la, tornando-a “mais amena”, foi constatada outra forma de enfrentamento para a situação que se trata da categoria nomeada “ajudar o outro como forma de se ajudar”. Nos exemplos a seguir parece muito evidente a identificação com o outro, em seu sofrimento mais profundo, o de ter um filho com a doença cardíaca. Ex.1: “...no bebê dela deu uma alteração cardíaca também, mas nada grave, eu falei que se a menina quiser me ligar, não tem problema nenhum não, pode me ligar que eu tô craque” (risos) - (Andrea). Ex.2: “A gente ia perguntar pros médicos, se acontecesse qualquer coisa com ela entendeu, se a gente poderia doar os órgãos dela, era uma coisa que a gente pensou e isso bem, bem, bem lá atrás, logo que a gente descobriu” (Bruna).

Foi também identificada a fé como uma forma de enfrentamento importante, sobre a qual metade das grávidas parece ter se utilizado, fato que vem corroborar a pesquisa de Lara (2014), que também encontrou em sua amostra de gestantes desta mesma Unidade “o apego à religiosidade/espiritualidade” como forma de enfrentamento no tratamento de seus bebês. Ex.1: *“...sabe confiar em Deus, que dali pra frente eu não vou poder fazer, colocar a minha mão ali pra fazer, mas confiar que Ele vai estar cuidando e guiando”* (Diana). Ex.2: *“...a minha fé me moveu até aqui”* (Diana). Ex.3: *“...seja qual for o tempo e se for assim que Ele quis, é assim que a gente tem que aceitar...fico pensando numa pessoa, numa família, que não tenha estrutura ou que de repente tenha que começar a buscar Deus a partir disso, eu acho que deve ser mais difícil...”* (Bruna).

7.3 Desenho da Figura Humana

As instruções da aplicação do Teste de Desenho da Figura Humana foram dadas conforme proposta de Machover, já descrita em item anterior. O total de desenhos foi em número de oito, uma vez que as quatro participantes aceitaram realizar todo o teste, não havendo resistências nesse sentido. Na proposta de Machover o desenho da figura humana “é considerado basicamente a expressão da imagem corporal, refletindo o conceito que o sujeito tem de si mesmo” (Lourenção van Kolck, 1968, p.61).

Após os desenhos foi também realizado o inquérito acerca dos mesmos. Nesta pesquisa, os inquéritos realizados foram direcionados somente à figura feminina. Para cada desenho foi realizada uma avaliação completa onde foram verificados os *aspectos gerais, formais e de conteúdo*.

7.3.1 Aspectos gerais

No teste Desenho da Figura Humana parte-se do princípio básico de interpretação de que o desenho representa o indivíduo e a folha de papel, o ambiente (Lourenção van Kolck, 1984). Os itens avaliados são: posição da folha; localização da página; tamanho em relação à folha; qualidades do grafismo e resistências. Todos os itens propostos foram avaliados, porém serão aqui destacados os que se apresentam mais relevantes para o objetivo do estudo. Pode-se consultar toda a interpretação detalhada do teste, através dos apêndices B e C. Juntamente a esta análise, a pesquisadora considerou qualitativamente a realização dos desenhos conforme sua compreensão dos casos estudados.

Iniciando pelo princípio básico já mencionado, do desenho como projeção do indivíduo e a folha como projeção do ambiente, todas as participantes mantiveram as folhas na posição original. Este resultado corrobora os dados encontrados no estudo de Iwata, Rosa e Valente (2013), no qual a maior parte das gestantes adolescentes manteve a posição vertical da folha, o que foi analisado como ausência de oposição à ordem dada e aceitação a ordem da autoridade sem questionamentos.

Este dado foi significativo, pois indica que, diante da situação de enfrentamento de adoecimento do feto, as participantes se colocaram diante do meio da forma “exigida” por este, ou seja, tentando “enquadrar-se” no que era esperado para o momento.

Tabela 13 - Localização do desenho

Localização	Andrea	Bruna	Carolina	Diana
Figura feminina	Metade inferior	Metade esquerda	Metade esquerda	Centro
Figura masculina	3º quadrante	Metade Esquerda	Metade esquerda	Metade esquerda

Fonte: Autoria própria

Os desenhos de uma forma geral apresentaram-se predominantemente localizados à metade esquerda da folha, conforme análise com a utilização do crivo, o que também foi encontrado na maior parte das primíparas do estudo de Barros (2004), tanto nas figuras femininas quanto masculinas e no estudo de Iwata, Rosa e Valente (2013) predominante nas figuras masculinas.

A metade esquerda da folha pode implicar em características como introversão, egoísmo, predomínio da afetividade, do passado e do esquecido, além de possível comportamento compulsivo (Lourenção van Kolck, 1984). Interessante notar que o lado direito não foi utilizado por nenhuma das gestantes, o que pode denotar a dificuldade de se projetar no futuro, uma vez que isso implicaria em se colocar antecipadamente na situação de enfrentamento do tratamento e intervenção cirúrgica do bebê, saindo inclusive do papel de gestante e colocando-se no puerpério.

Tabela 14 - Tamanho do desenho

Tamanho	Andrea	Bruna	Carolina	Diana
Figura feminina	Pequeno	Médio	Grande	Grande
Figura masculina	Pequeno	Médio	Grande	Grande

Fonte: Autoria própria

O tamanho grande foi observado em metade dos desenhos, entre as figuras feminina e masculina, pode indicar sentimento de expansão, falta de controle e de inibição, segundo Lourenção van Kolck (1984). Em outros estudos nos quais também se aplicou o DFH em gestantes, verificou-se uma frequência maior de desenhos no tamanho médio e pequeno (Iwata, Rosa e Valente, 2013; Barros, 2004). Juntamente aos dados observados no TAT deste estudo, analisou-se que as participantes em questão, estão emocionalmente expostas e diante de uma situação em que buscam o controle dos próprios sentimentos, a fim de tentarem lidar com a situação de diagnóstico do bebê.

Tabela 15 - Qualidade do grafismo

Qualidade grafismo	Andrea	Bruna	Carolina	Diana
Figura feminina				
Linha	Fina	Fina	Fina	Média; reforçada
Traçado	Trêmulo	Avanços e recuos	Avanços e recuos; interrompido e trêmulo	Avanços e recuos
Figura masculina				
Linha	Fina	Fina	Fina	Grossa
Traçado	Trêmulo	Avanços e recuos	Avanços e recuos; Interrompidos e trêmulo	Avanços e recuos

Fonte: Autoria própria

O grafismo observado na maior parte dos desenhos das gestantes (Tabela 15) inclui uma linha fina e um traçado trêmulo, com avanços e recuos, o que pode revelar sentimentos de insegurança, medo, incapacidade, falta de energia e de confiança em si, incertezas (Lourenção van Kolck, 1984). Tais sentimentos condizem à situação enfrentada pelas participantes no que diz respeito ao adoecimento do feto e aos riscos possíveis no percurso da doença.

Na realização de todos os desenhos, não houve resistências por parte das gestantes no que diz respeito à negação a desenhar ou ainda, ao não completamento do desenho feito.

7.3.2 Aspectos formais

Os aspectos formais no desenho da figura humana referem-se à interpretação dos seguintes itens: tema, postura da figura, ação ou movimento, perspectiva, presença ou não de transparências, sucessão do desenho (sequencia), simetria, linha mediana, articulações, anatomia interna ou transparência do corpo, pormenores, complementos, proporções, indicadores de conflitos, ordem das figuras, tratamento diferencial das duas figuras e tipo de imagem do corpo. Nesta pesquisa,

no entanto, foram escolhidos alguns dos itens mencionados acima, para serem apresentados e percorridos. São eles: tema, postura, transparência, assimetria, borraduras e rasuras, tipo de imagem – realistas ou compensatórias. Vale ressaltar que a análise dos aspectos formais, em sua totalidade, podem ser visualizados nos apêndices B e C.

Quanto ao *tema*, metade das gestantes desenhou uma figura feminina que representava uma criança (nos inquéritos foram atribuídas idades de 10 e 13 anos às figuras). Conforme Lourenção van Kolck (1984), tal representação pode denotar fixação emocional ou uma forma de reagir à situação presente que leva o indivíduo a pensar em situações mais felizes, anteriores de sua vida.

A tendência de desenhar figuras mais jovens que a idade da própria gestante também foi encontrada em Herzberg (1986). Em estudo realizado por De Felice (2010), metade das mulheres, que estavam no puerpério, também desenharam a primeira figura como crianças. A autora correlaciona tal dado com o estado de “Preocupação Materna Primária”, conceito winnicottiano já abordado anteriormente, no qual a mulher fica completamente voltada ao bebê e seus cuidados, sendo que este estado tem início ainda no final da gestação, o que pode condizer com os dados obtidos nesta pesquisa.

Torna-se ainda importante ressaltar a presença da regressão, revelada nestes desenhos, a qual está relacionada a um mecanismo em que a mulher volta-se a aspectos mais primitivos de seu desenvolvimento e, conforme propõe Winnicott (1956/2000), entre no estado de “*Preocupação Materna Primária*”.

A seguir, os desenhos, para melhor ilustração:

Figura 1 - “menina, 10 anos” (Andrea)

Figura 2 - “menina, 13 anos” (Bruna)

Somente uma gestante desenhou uma figura mais velha, a qual foi referenciada a uma figura materna e uma participante, desenhou uma figura feminina com idade condizente à sua própria.

Quanto à postura, em metade dos desenhos foi observada a inclinação das figuras femininas e masculinas, assim como foi constatado em estudos anteriores (Herzberg, 1986; Barros, 2004), sobre os quais Herzberg contribuiu relacionando a inclinação dos desenhos à situação de final de gestação, onde se encontra em “um período que exige uma nova adaptação em termos de equilíbrio e estabilidade do corpo” (p. 109).

Houve também transparência na maior parte dos desenhos, sendo observada na região da cabeça e cabelos. Conforme Lourenção van Kolck (1984, p.24), a transparência no desenho “indica julgamento deficiente ou muito pobre referente ao aspecto específico em que ocorre, ou seja, problemas com a área”. Levando-se em consideração que a mesma autora relaciona forma como a cabeça é tratada no DFH às aspirações intelectuais e ao controle dos impulsos, observa-se que no presente estudo a transparência parece ter sido uma forma de representar a dificuldade das gestantes no trato com os próprios impulsos, no que tange às repercussões do diagnóstico cardíaco fetal.

O aspecto da simetria também foi analisado, no qual metade dos desenhos apresentou assimetria de membros. Mais da metade, em três gestantes também apareceu desproporção em braços, ombros e pernas. Realizando uma análise qualitativa condizente ao momento enfrentado pelas participantes, tais dados podem estar relacionados à forma de expressar a percepção das anomalias corporais dos bebês, embora a cardiopatia em si não possa ser visualmente observada, mas pode haver a fantasia de como será a aparência do bebê malformado ao nascer. Estes dados são também assinalados por Sarmiento e Setúbal (2003), quando afirmam que:

(...) de um modo geral, a ideia de um bebê malformado, no geral, é sempre pior do que a realidade. Dessa forma, ver o bebê real logo após o nascimento é sempre um alívio para os pais que passam a lidar com a realidade e não com aquilo que imaginavam (p.268).

Como indicadores de conflitos encontrou-se na maior parte dos desenhos borraduras e rasuras, bem como os dois desenhos - figuras feminina e masculina - de uma gestante foi realizado com intensos reforços no grafismo, demonstrando

ansiedade e tentativa de um controle extremo para lidar com a situação que estava sendo vivenciada.

Quanto ao tipo de imagem do corpo, foram observadas figuras compensatórias em metade de figuras femininas, e realistas em todos os outros, incluindo-se todas as figuras masculinas, às quais foram colocados cintos, demarcando a cintura. Vale esclarecer que o tipo realista no teste Desenho da Figura Humana sugere imagens muito parecidas ao do corpo humano e o tipo compensatório, aproxima-se dos sinais de modificações corporais, neste caso, em virtude da gravidez. Figuras compensatórias também foram destacadas nos trabalhos de Herzberg (1986) e Barros (2004), nos quais participaram das respectivas amostras mulheres grávidas de fetos sem anormalidades.

7.3.3 Aspectos de conteúdo

Para a análise dos aspectos de conteúdo devem-se levar em consideração os seguintes itens do desenho: cabeça, cabelos, rosto, bigode e barba, olhos, nariz, boca, orelhas, pescoço, tronco, braços, mãos e dedos, pernas, pés e dedos, roupas e acessórios. De acordo com o objetivo desta pesquisa, optou-se por discorrer sobre os itens que tem significados que são mais pertinentes neste momento. São eles: tronco, braços, mãos e roupas. Vale ressaltar que a análise completa pode ser visualizada nos apêndices B e C.

Os troncos das figuras desenhadas mostraram-se em sua maioria feitos com linhas arredondadas e suaves, o que revela mais feminilidade, submissão e introversão, conforme nos aponta Lourenção van Kolck (1984).

O mais relevante, no entanto, parece ser a presença de seios ou seu assinalamento nas figuras femininas em três das quatro participantes, e ainda, bolsos nos troncos das figuras masculinas. Dados estes que sinalizam as modificações corporais tidas na gravidez a partir do crescimento dos seios e revelam possivelmente a percepção e apropriação das mulheres com relação a tais modificações. Quanto aos braços, as figuras apresentaram algumas diferenças em

relação à simetria e o que mais se destacou foi a posição de um ou ambos os braços para traz, o que pode revelar a dificuldade no contato com o meio neste momento de maior fragilidade emocional que a própria gravidez traz à tona.

Já com relação às mãos, cinco dos oito desenhos – entre figuras femininas e masculinas – tiveram as mãos desenhadas nos bolsos ou para traz. Este dado reforça a hipótese de dificuldade no contato com o meio, o que se pode relacionar com a própria situação do atendimento psicológico, no qual a participante entra em contato com as angústias do diagnóstico fetal, uma vez que este é o foco do acompanhamento que estava sendo realizado.

Quanto às roupas das figuras, objetivou-se observar mais especificamente sinais da feminilidade como presença dos seios, mudanças corporais principalmente na região de cintura e abdômen, ou ainda, marcas que poderiam revelar outros sinais importantes. Verificou-se que, em três dos quatro desenhos da figura feminina, fez-se presente a marcação dos seios, além de uma figura masculina, onde foi desenhado um bolso em sua camisa. A seguir os desenhos de uma gestante, os quais ilustram a presença dos seios.

Figura 3 - Marcação de seios (Figura Feminina/Diana)

Figura 4 - Marcação de bolso (seios) (Figura Masculina/Diana)

Outros dados importantes com relação à roupa das figuras desenhadas, dizem respeito às inúmeras marcações, como estampas, listas, botões, os quais, através de uma análise qualitativa vinculada à situação de gravidez de risco, pode revelar angústias relacionadas tanto à proximidade do parto cesáreo quanto à identificação com o bebê, e ainda, ao evento da cirurgia e consequentemente aos cortes cirúrgicos aos quais o bebê será submetido.

Seguem os desenhos de uma mesma gestante, as quais podem ilustrar melhor tais sinais:

Figura 5 - Detalhes das roupas (Figura Feminina / Carolina)

Figura 6 - Detalhes das roupas (Figura Masculina/Carolina)

7.4 Teste de Apercepção Temática

Neste trabalho foram escolhidas as pranchas 1, 7MF e 16. A sequência foi escolhida de acordo com os temas evocados em cada uma delas, os quais se aproximam do objetivo deste estudo.

Tabela 16 - Descrição das pranchas utilizadas e temáticas evocadas

Prancha	Título	Temática evocada	Descrição da cena
1	O menino e o violino	Relação com figuras de autoridade	Um menino está contemplando um violino pousado diante dele numa mesa.
7 MF	Menina e boneca	Relação com a figura materna	Uma mulher mais velha está sentada num sofá junto de uma menina, lendo ou falando com ela. A menina, que segura uma boneca no colo, olha em outra direção.
16	Em branco	Projeção das necessidades mais prementes do indivíduo ou reflexo da relação transferencial na situação de teste	Prancha em branco

Fonte: Murray, H. A. (1943/2005). *T.A.T. – Teste de Apercepção Temática*. (3a ed. adapt. ampl.). São Paulo: Casa do Psicólogo.

A seguir serão apresentados os resultados diante da aplicação do T.A.T. com as gestantes deste estudo.

Tabela 17 - PRANCHA 1 – O menino e o violino

PAUTAS	Andrea	Bruna	Carolina	Diana
1	Vê o menino e a mãe.	Vê o menino e os pais	Vê Menino e “alguém em casa”, sugerindo que seja um familiar.	Vê o menino e os pais
2	<p>Distorção inicial: Livro</p> <p>Consegue, no entanto, visualizar o objeto esperado – violino – e é capaz de construir a história baseada nele.</p>	As outras três gestantes veem o violino como única percepção de elementos, o que é esperado para a Prancha.		
3	Todas as participantes conseguem verbalizar histórias com passado, presente e futuro – adequação às instruções.			
4	Todas as participantes construíram a história com uma sequencia lógica.			
5	Todas as participantes utilizaram uma linguagem adequada à idade e ao perfil de instrução.			
6	Todas as participantes demonstraram capacidade criativa na elaboração das histórias, fantasiando e criando histórias que não se afastam muito de possibilidades habituais.			
7	Menino tem um desejo que procura satisfazer – aprender a tocar o violino. A personagem mãe, embora tente auxiliar na satisfação de seu desejo, não é suficiente em sua atuação materna. Há solidão projetada no personagem menino.	Menino tem um desejo que procura satisfazer – aprender a tocar o violino. Os pais respeitam, apoiam e fornecem os recursos possíveis para o auxílio da satisfação de seu desejo.	Menino sente-se obrigado a cumprir a tarefa de tocar o violino para corresponder às expectativas de “ <i>alguém em casa</i> ”. Na interação com o outro há a necessidade de aprovação e sentimentos de tristeza e insatisfação.	Menino sente-se obrigado a corresponder às expectativas dos pais, que são rígidos e exigentes. Com habilidade, mostra uma outra opção de sucesso, no qual faz com que a família o aprove.
8	Nestes dois casos, há identificação das participantes com o personagem menino quanto à satisfação de desejos. A presença materna é precária, pois não lhe garante a satisfação de necessidades, não sendo considerada como uma <i>mãe suficientemente boa</i> , conforme teoria winnicottiana.	Há a identificação da participante com o personagem menino, mas a interação com o outro personagem - “ <i>alguém em casa</i> ” - é frágil. A participante revela uma vivência de um ambiente pouco facilitador, com poucos recursos e que exige de si, uma atuação egóica e superegóica solitária.		Há a identificação da participante com o personagem menino, mas a interação envolve um ambiente inicialmente sem o <i>holding</i> apropriado, tendo o menino que lutar contra a ação superegóica.
9	Tentativa e sucesso na resolução do problema apresentado, através dos próprios recursos, como uma comprovação de sua capacidade egóica.	Tentativa e sucesso na resolução do problema apresentado, através da própria superação, mas com o apoio parental.	Tentativa e sucesso, através dos recursos próprios, porém a resolução se dá como forma de preservação de si, evitando a possibilidade de <i>aniquilamento</i> , conforme Winnicott, a partir das exigências superegóicas.	Tentativa e sucesso, através da forte atuação egóica, encontrando uma saída possível e aprovada pelos modelos parentais.

Fonte – Autoria própria

Legenda das Pautas (tabelas 17, 18 e 19): 1- Que personagens vê e como os vê; 2 – Que outros elementos são vistos e de que maneira; 3 – Passado, presente e futuro; 4 – Sequencia lógica ou ilógica; 5 – Tipo de linguagem; 6 – Capacidade criativa; 7 – Interação entre os personagens/problemática; 8 – Tema das relações objetais inconscientes/principais ansiedades/meios de defesa; 9 – Tentativa de resolver ou não o problema ou conflito na história/tipo de solução.

Tabela 18 - PRANCHA 7MF – Menina e boneca

PAUTAS	Andrea	Bruna	Carolina	Diana
1	Vê a menina, a boneca e a mãe. Inicialmente sugere que vê uma mulher, mas a fala é interrompida para verbalizar que é uma adolescente. “...aqui é uma mu...adolescente...não quer deixar esse por último? Porque tá bem difícil esse desenho...” Em seguida relata vê uma criança que quer ser mais velha ou fazer coisas de pessoas mais velhas. “...fica pensando porque ela ainda é pequena, porque ela ainda é criança, porque não pode ser mais velha pra ir pra rua...”	Inicialmente vê a mulher mais velha como uma babá, posteriormente como a Mãe. Filha bebê que é vista como irmãzinha da personagem principal.	Adolescente; mãe; boneco. Inicialmente a adolescente é vista como mãe, mas em seguida a maternidade é negada pela “falta de cuidado” que é vista na prancha. “...acho que é uma mãe, que teve um bebê há pouco tempo, mas ela segura o bebê dela, o bebê...não com uma forma de segurar o bebê normal...com uma...é uma pessoa do lado que eu não entendo o que é essa pessoa”. Há negação inicial da figura materna também na figura mais velha que está na cena, mas que só a posteriori, é vista com tal, o que parece configurar um conflito quanto à ligar-se afetivamente ao bebê (amor x distanciamento). “...eu acho que é um boneco, porque se fosse um bebê ela tava segurando de uma outra forma mais delicada e não com as mãos cruzadas com ele lá embaixo”.	Menina; boneco; mãe
2	Sem outros elementos.	Livro (implícito no ato da leitura)	Sem outros elementos.	Livro (implícito no ato da leitura)
3	Todas as participantes conseguem verbalizar histórias com passado, presente e futuro.			
4	Sequencia lógica	Sequencia ilógica. Verbaliza a história no presente, depois no futuro, e posteriormente no passado.	Sequencia lógica	Sequencia lógica
5	Todas as participantes utilizaram uma linguagem adequada à idade e ao perfil de instrução.			
6	Todas as participantes demonstraram capacidade criativa na elaboração das histórias.			
7	As personagens principais enfrentam o conflito da dependência x independência, além de imaturidade x maturidade. A problemática gira em torno da busca de atividades que não lhe são permitidas, pois são consideradas imaturas e precoces, pela figura materna.		A personagem enfrenta o conflito maternidade x afiliação, não conseguindo ao final, ajustar-se em um ou outro papel. Na função materna, não consegue sequer segurar seu bebê, sendo este transformado em um boneco, tampouco consegue se submeter às orientações da fig. materna.	A personagem enfrenta o conflito da aprovação parental pela tradicionalidade da família x a satisfação de desejos, necessidades e expectativas. A figura materna desempenha papel importante na condução das escolhas e alcance dos objetivos da personagem.
8	A personagem menina, busca a satisfação de desejos inconscientes, mas através da representação da relação com a figura materna há a repressão de tais desejos. Os personagens acabam interagindo por meio da regressão e da racionalização. “...a mãe tenta explicar pra ela o porquê, que tudo tem sua fase, tudo tem sua idade...mas depois ela entende a mãe dela e vai brincar com a boneca”.	A personagem adolescente tenta experimentar uma representação de maternidade, mas na relação com a própria figura materna, é colocada na situação de subjugada, identificando-se no papel de dependente na relação. “Ela (adolescente) pediu pra mãe pra ficar com a irmã, só que a mãe tem aquele medo e aquele cuidado porque é um bebezinho...”	A personagem revela uma maternidade desajustada e descuidada com o bebê. Conforme a abordagem winnicottiana, não se constitui uma “mãe suficientemente boa”, sendo incapaz de oferecer os cuidados básicos de holding para o seu bebê. “...mas ela segura o bebê...não como uma forma de segurar o bebê normal...com uma...é uma pessoa do lado que eu não entendo o que é essa pessoa”.	A personagem principal – menina – vive sob a tradição e rigidez de uma família, que projeta seus desejos nela. Entretanto, consegue encontrar uma forma de ser aprovada na família, recebendo o apoio materno especialmente, na satisfação de seus objetivos. Relação calcada na racionalidade. Estágio de dependência relativa, conforme teoria do amadurecimento de Winnicott. “...essa (família), com um apoio principal da mãe, conseguiu ter uma carreira profissional, uma família, buscar os seus sonhos, os seus objetivos...”
9	Resolução pela submissão da personagem menina, porém não resolve o conflito da imaturidade. A menina vai brincar porque não encontra outra saída, mas conflito permanece. A racionalização minimiza a angústia.	Resolução do conflito pela presença/cuidado da figura materna.	Conflito não resolvido, a personagem utiliza-se da rebeldia como forma de aplacar a angústia dos papéis materno e de filha, aos quais está identificada na história.	Resolução do conflito se dá pela ordem racional, onde o ego encontra uma saída viável para a satisfação dos desejos.

Fonte – Autoria própria

Tabela 19 - PRANCHA 16 – “Em branco”

PAUTAS	Andrea	Bruna	Carolina	Diana
1	Adolescente Mãe Pai (autobiográfica)	Família (pai, mãe, filhos, cachorro). (autobiográfica)	Ela (paciente) Filha Esposo (autobiográfica)	Marido Esposa Filhos (autobiográfica)
2	Gravidez precoce.	Cenário - “ <i>chácara do meu pai</i> ” – descreve um almoço em família.	Avião Aeroporto	Problema de saúde de um membro da família
3	Todas as participantes conseguem verbalizar histórias com passado, presente e futuro.			
4	Sequencia lógica	Sequencia ilógica (após estimulação estrutura uma sequencia lógica)	Sequencia lógica, mas incompleta (conscientemente não fala do presente, somente em parte do inquérito).	Sequencia lógica
5	Todas as participantes utilizaram uma linguagem adequada à idade e ao perfil de instrução.			
6	Todas as participantes demonstraram capacidade criativa na elaboração das histórias.			
7	A personagem adolescente interage com os demais tendo a expectativa de aprovação e apoio da situação de gravidez precoce. A figura materna não oferece tanto apoio quanto à paterna, que lhe favorece a vivência da maternidade com mais liberdade.	A personagem interage com os demais, através da idealização de uma família feliz e unida. Há dificuldades que são enfrentadas pelos personagens através do apoio mútuo, deixando claro em duas situações que as dificuldades se relacionam a problemas de saúde de um dos membros da família. “...muitas lutas, muitas batalhas, mas com muita alegria, muita união, algumas dificuldades, mas nada que o amor não supere, que o tempo não supere...” “...sou eu voltando pra casa com minha família, minha filha bem e já imaginando entrando no avião, com ela no colo e todo mundo esperando no aeroporto para recebe-la”. “...seguem uma vida normal e que de repente um deles descobre um problema de saúde onde todos tem que se unir e acreditar e serem fortes pra amparar quem precisa de ajuda”.		
8	A participante revela a sua história e a angústia vivenciada diante da gravidez precoce. Há a necessidade de aprovação da figura materna quanto à sexualidade da participante, sendo a angústia de castração aplacada, quando há a aceitação da figura paterna, ou seja, a liberação de sua “infração” das normas sociais, com o relaxamento superegóico. “o pai tem a melhor reação do que a da mãe, que não era o esperado, ela leva adiante e de adolescente se torna uma mulher de um dia para o outro”.	A participante identifica-se com a personagem que interage com todos baseada numa relação de cuidado, sendo revelada uma condição de <i>holding</i> oferecida pela figura materna, através da descrição de um ambiente facilitador. Representação da figura materna como a “ <i>mãe suficientemente boa</i> ”, sugerida por Winnicott. “não é uma família muito grande, mas uma família pequena, uma família unida, uma família que brinca, uma família que dá risada, uma família que supera tudo junto...”	A participante revela seu desejo de que a família ampliada esteja com ela apoiando o momento de dificuldade. Não há uma presença marcante de personagens no tempo presente, mas há a idealização de que eles estejam oferecendo apoio ao casal.	A participante identifica-se com a personagem que modifica seus hábitos, valores e costumes, em decorrência da necessidade de oferecer cuidados a um familiar doente, projetando-se na situação com relação às mudanças vivenciadas para oferecer o melhor recurso à filha cardiopata que está para nascer. Necessita de um conforto e o ambiente lhe oferece o <i>holding</i> necessário.
9	Resolução do conflito através do mecanismo da idealização. “ <i>Tá se sentindo a melhor mulher do mundo, porque ela nunca imaginou em ser mãe, nunca imaginou casar e hoje é a pessoa mais feliz do mundo, com todas as dificuldades que já passou...risos...essa é a minha história</i> ”.	Resolução do conflito pela idealização. Os conflitos familiares são resolvidos através da felicidade e do apoio mútuo, aplacando a ansiedade de separação e o risco iminente de perdas. “ <i>cada um seguindo com a sua vida, trabalhando, cuidando um do outro, estando em todos os momentos juntos...sempre muito em paz, muito feliz, mesmo com todas as dificuldades, família que segue em frente</i> ”.	A resolução do conflito se dá através da idealização e da negação de possibilidades de perda. “ <i>Acho que a gente vai estar tão feliz (choro) que eu nunca quis estar no meio, só quero pensar no final</i> ”. “...a história acaba boa, acaba bem, e que eles (personagens – ela e o marido) no final vão sorrir”.	Resolução do conflito através do apoio familiar, onde encontra segurança e força. Há o mecanismo da idealização também, inclusive com o uso de clichê. “...todos tiraram proveito de outros tipos de valores humanos e não materiais. E da maneira possível, todos foram felizes para sempre (risos)”.

Fonte – Autoria própria

Dentre os inúmeros dados obtidos nesta pesquisa nos diferentes instrumentos utilizados, torna-se necessário traçar uma intersecção entre os mesmos, para que todos estes resultados auxiliem na melhor compreensão das repercussões emocionais das gestantes que se descobrem gerando um bebê cardiopata.

Diante das repercussões mais relevantes identificadas na pesquisa, a tentativa de controle a partir das angústias suscitadas pela situação de adoecimento do bebê surgiu em diferentes momentos da análise dos dados, ou seja, aparece tanto na análise de conteúdo da sessão de atendimento psicológico, como no DFH e no TAT. O significado atribuído a esta tentativa de controle será melhor discutido no item Considerações Finais.

A angústia de morte também se apresentou como uma repercussão importante e repetidamente manifesta nos relatos e nas técnicas projetivas, inclusive interferindo sobre condição da gestante se projetar no futuro próximo, imaginando como seria o tratamento do bebê após seu nascimento, bem como buscando preparar-se para as situações que poderia enfrentar. A insegurança, o medo e o sentimento de incapacidade – podendo este último ser relacionado a gerar um bebê malformado e também a não poder “salvá-lo” – fizeram parte da interpretação dos dados em diversos momentos.

A regressão, mecanismo defensivo do ego, fez-se presente, denotando, no entanto, além das limitações e dependências apresentadas pelas participantes, também a entrada na Preocupação Materna Primária, conforme conceito proposto por Winnicott (1956/2000), no qual se entende que a mulher volta-se ao bebê, identificando-se com ele para conseguir adaptar-se às necessidades do mesmo.

Sendo assim, é natural e saudável que ela regreda por um tempo, e depois consiga sair dessa regressão, separando-se do bebê, para permitir-lhe ser “um outro”, diferenciado dela mesma.

O medo do desconhecido – entende-se aqui do próprio diagnóstico e do tratamento - foi expresso em ambas as técnicas projetivas, assim como nos relatos das gestantes, revelando dificuldades no enfrentamento, bem como fantasias acerca do bebê malformado, que nestes casos - das cardiopatias – não podem ser visualmente observados, porém fantasiosamente, pode surgir a ideia de um bebê “monstruoso”, tornando ainda mais difícil o investimento libidinal da mãe com seu bebê.

As ansiedades relacionadas ao parto também foram significativas nesta pesquisa, sendo as principais questões relacionadas ao encontro com o bebê e ao encontro consigo mesma, a partir de suas próprias experiências infantis que se atualizam com o nascimento do filho. Importante salientar a relevância que as gestantes deram ao fato de terem na Instituição tamanha confiança, que pensar na possibilidade do parto não ser realizado lá, diante de uma possível antecipação natural da gravidez, trouxe repercussões importantes que também foram sinalizadas em várias situações da coleta de dados. O medo referente à sua própria integridade física também se fez presente com relação à troca de obstetras, em virtude da vinda destas gestantes de outras cidades e Estados.

Os mecanismos defensivos também foram apresentados de diversas formas, sendo verificados os seguintes: negação, regressão, identificação, racionalização e idealização. Sendo estes os mecanismos mais utilizados pelas pacientes, sobre os

quais, discorreu-se anteriormente, o acompanhamento psicológico pode oferecer o espaço e os instrumentos necessários para se favorecer o trabalho emocional das pacientes, antes do encontro com o bebê fora dela, objetivando também, auxiliar na aproximação da mãe com o bebê, apesar dos diversos conflitos relacionados à maternidade e à feminilidade para exercer o papel materno que as participantes apresentaram.

Percebeu-se também, dentre as formas de enfrentamento que as gestantes de fetos cardiopatas apresentaram mais frequentemente, que sentiam a capacidade de proteger o bebê das manifestações e riscos da cardiopatia, a partir da manutenção deste em sua barriga, o que pode tornar a vivência do parto manifestamente mais angustiante que o habitual, onde se tem a angústia, mas também se tem a curiosidade e ansiedade por conhecer o bebê. A identificação entre pessoas que estejam passando pela mesma situação, bem como a tentativa de ajudar o outro como forma de ajudar, também surgiu tanto nos relatos quanto nas histórias do TAT.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da pesquisa realizada e mediante o objetivo principal, pode-se concluir que o processo gestacional, atravessado pelo adoecimento cardíaco do feto, traz inevitavelmente inúmeras repercussões emocionais à gestante.

Independentemente de ser primípara ou múltipara, as repercussões emocionais trazem angústias intensas relacionadas às fantasias de morte sobre o nascimento do filho. Nestes casos o parto tem uma representação simbólica ainda mais angustiante que nos casos de gestações comuns, ou seja, que não são caracterizadas como gestações de alto risco, no sentido de vivenciarem-no como uma situação “quase-certa” de morte.

As ambivalências relacionadas ao parto foram fortemente apresentadas, configurando-se como uma diferença importante das gestações não patológicas, uma vez que a mulher sente-se potente e protetora de seu filho, à medida que o mantém na barriga, ultrapassando a questão da angústia de separação. Assim, as expectativas e a vivência do parto trouxeram às participantes, tanto a apreensão pelo que poderia ocorrer, com ela mesma e com o bebê, quanto uma sensação de alívio pela condição de nascido vivo de seu bebê, repercussão igualmente importante neste processo pelo fato de favorecer a vinculação com o filho que chega.

Com relação ao parto, torna-se importante ressaltar que, durante o desenvolvimento da presente pesquisa, a Instituição não oferecia a estrutura de uma maternidade, ou seja, com equipe obstétrica em tempo integral para a realização dos partos, a qualquer momento. Neste sentido, as gestantes demonstraram ansiedades relacionadas ao fato de terem que considerar a possibilidade de ser encaminhadas a outros Serviços Hospitalares caso entrassem em trabalho de parto. Tal ansiedade está relacionada à vinculação estabelecida com a equipe da Unidade Fetal, a qual foi considerada pelas participantes como altamente capacitada, acolhedora e despertando assim segurança para oferecer os melhores cuidados ao bebê recém-nascido.

Não ter a possibilidade de fazer o parto, a qualquer momento, considerando o “momento do bebê” para nascer, trouxe repercussões importantes às grávidas entrevistadas e tratando-se de uma ansiedade tão significativa neste processo de gestação de alto risco, estes dados serão oferecidos como uma contribuição à Instituição, como forma de possibilidade de aprimoramento dos serviços da Unidade.

O papel do psicólogo, neste contexto do pré-natal, mostrou-se de fundamental importância para favorecer a expressão dos sentimentos e do sofrimento das pacientes, tendo adesão absoluta nos casos das gestantes atendidas e sendo manifestado por todas elas, o desejo de que a psicóloga participasse do parto, o que parece ter auxiliado no manejo das angústias relacionadas à separação entre elas e os bebês, ao nascimento.

Considera-se que a vinculação terapêutica entre gestante e psicóloga, e a presença desta última na sala de parto, favoreceu também a recepção do bebê doente no momento do parto, sendo outra contribuição da pesquisa para que a Instituição permaneça oferecendo tal prática e para que outros Serviços Hospitalares possam inseri-la em suas rotinas, e não somente oferecê-la em casos extremos como mais frequentemente ocorre. O trabalho realizado mostra-se como um favorecimento da aproximação mãe-bebê, a partir do olhar, mais próximo do real, sobre o bebê doente.

As alterações e repercussões emocionais constatadas na realidade destas participantes corroboraram com os diversos estudos que afirmam sobre os impactos emocionais, sentimentos de medo e tristeza diante da notícia de malformações fetais (Abraham, 2006; Benute et. al., 2011; Caldas et. al., 2013; Fonseca & Canavarro, 2010; Guidugli, 2013; Kruel, 2008; Rosa et al., 2013; Ruschel, 2011; Quayle, 1997). Entretanto, no caso de malformações cardíacas, verificou-se que a angústia de morte foi a repercussão mais significativa, em virtude da representação do coração como órgão vital e seu simbolismo relacionado aos afetos e possível fragilidade do sujeito.

Diante da intensidade das repercussões apresentadas, verificou-se também o uso constante de mecanismos de defesa, os quais parecem ter auxiliado as

gestantes a permanecerem sob um aparente equilíbrio emocional, o qual pode ser trabalhado durante os atendimentos psicológicos realizados. Outro dado específico desta amostra foi o controle emocional que as gestantes sugeriram buscar em vários momentos da coleta de dados, e que se pode relacionar a uma tentativa de controle para fugir de um “possível enlouquecimento”, diante da intensidade do sofrimento apresentado ao serem comunicadas sobre o diagnóstico cardíaco fetal.

O vínculo estabelecido com a equipe de cuidados também foi um aspecto importante, trazendo maior segurança e conforto emocional às pacientes. A atuação do psicólogo como parte integrante da equipe multidisciplinar deve favorecê-la quando a instrumentaliza com uma compreensão mais aprofundada sobre os casos atendidos. A percepção das gestantes de que a equipe tem conhecimento e disponibilidade para oferecer o cuidado mais próximo e acolhedor possível, também foi um medidor importante para sinalizar a referência que procuram neste período crítico emocionalmente.

Obviamente esta pesquisa não esgota a necessidade de melhor compreensão sobre os fatores que trazem sofrimento e dificuldade para o enfrentamento da gestante que se encontra nesta situação de adoecimento de seu filho, sendo proposto portanto, que sejam realizados mais estudos acerca do tema, com a população e com novas demandas que sejam percebidas, uma vez que a cardiologia fetal continua a se aprimorar, juntamente ao saber da Psicologia, cada vez mais atuante na interface com a medicina.

Há ainda que se destacar a importância do uso dos instrumentos utilizados, tanto da entrevista semidirigida quanto dos testes projetivos – DFH e TAT – pois trouxeram dados relevantes, que certamente não poderiam ser interpretados de forma tão rica pelo psicólogo somente através dos relatos das pacientes, senão pela combinação da aplicação de tais instrumentos. Considerou-se de fundamental importância nesta pesquisa o uso destas técnicas, e especificamente em relação ao DFH, espera-se que pesquisas desta natureza, possam contribuir para que volte a contar com parecer favorável no Sistema de Avaliação das Técnicas de Exame Psicológica (SATEPSI) pelo Conselho Federal de Psicologia.

“A assistência humanizada a estes casais é imprescindível, e deve ser realizado por uma equipe coesa que possa, de verdade, acompanhá-los no percurso que virá”.

(Quayle, 2005, p. 197)

REFERÊNCIAS³

- Abraham, M. M. P. et. al. (2006). Impacto psicológico en las gestantes ante diagnóstico de um defecto congênito fetal. *Revista de Ciências Médicas*, 10(1), 31-40.
- Aguirre, A. M. B. (1995). *Aspectos psicológicos de adolescentes grávidas: entrevistas clínicas e Rorschach no contexto hospitalar*. Tese de Doutorado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo. 141p.
- Ávila, A. A. (1998). *Socorro, doutor! Atrás da barriga tem gente*. São Paulo: Atheneu. 216 p.
- Baptista, M. N., Baptista, A. S. D. & Torres, E. C. R. (2006). Associação entre suporte social, depressão e ansiedade em gestantes. *Psic: Revista de Psicologia da Vetor Editora*, 7(1): 39-48.
- Barbosa, F. A., Machado, L. F. V., Souza, L.V., Scorsolini-Comin, F. (2010). Significados do cuidado materno em mães de crianças pequenas. *Barbaroi*, 33, 28-49.
- Bardin, L. (1979). *Análise de conteúdo (70a ed.)* (L. A. Reto & A. Pinheiro, trad.). São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1977).
- Barros, I. P. M. (2004). *Características psicológicas da primeira e da segunda gravidez: o uso do DFH e do T.A.T. na assistência pré-natal*, Dissertação de Mestrado. Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo. 214p.
- Benhaim, M. (2007). *Amor e ódio: a ambivalência da mãe*. Rio de Janeiro: Cia de Freud. 112p.
- Benute, G.; Nonnenmacher, D.; Evangelista, L. F.; Lopes, L.; Lucia, M. C.; Zugaib, M. (2011). *Cardiopatía fetal e estratégias de enfrentamento*. *Revista Brasileira de Ginecologia & Obstetrícia*, 33(9), 227-233.
- Bertoletti, J.; Marx, G. C.; Hattge Jr., S. P. & Pellanda, L. C. (2013). *Qualidade de vida e cardiopatía congênita na infância e adolescência*. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 102(2), 192-198.
- Braunwald, E. (1999). *Tratado de medicina cardiovascular (5a ed.)* (Vol. 2). São Paulo: Roca. 2200p.

³ De acordo com o estilo APA – American Psychological Association

- Bydlowski, M. (1989). O olhar interior da mulher grávida: transparência psíquica e representação do objeto interno. In Corrêa Filho, L., Corrêa Girade, M. H. & França, P. (Orgs.), *Novos olhares sobre a gestação e a criança de até três anos: saúde perinatal, educação e desenvolvimento do bebê*. Brasília: L.G.E. Editora.
- Caldas, D. B.; Silva, A. L.; Boing, E.; Crepaldi, M. A. & Custódio, Z.A.(2013). Atendimento psicológico no pré-natal de alto-risco: a construção de um serviço. *Psicologia Hospitalar*, 11(1), 66-87.
- Castro, E.L; Piccinini, C.A. (2004). A experiência de maternidade de mães de crianças com e sem doença crônica no segundo ano de vida. *Estudos de Psicologia*, 9(1), 89-99.
- Correa, E, Kfoury, A. C, Hatoum, M. (2003). *Associação do Sanatório Sírio: 85 anos*. São Paulo: Associação do Sanatório Sírio.
- De Felice, E. M. (2010). *O desenho da figura humana como representação da experiência de maternidade*. *Aletheia*, 32: 104-120.
- Dias, E. O. (2014). *A teoria do amadurecimento de D. W. Winnicott*. Rio de Janeiro: Imago, 344p.
- Fonseca, A. & Canavarro, M. C. (2010). Reações parentais ao diagnóstico perinatal de anomalia congênita do bebê. *Psicologia, saúde & doenças*, 11(2), 283-297.
- Formiga, N.S. & MELLO, I. Testes psicológicos e técnicas projetivas: uma integração para um desenvolvimento da interação interpretativa indivíduo-psicólogo. *Psicol. cienc. prof.* . 2000, vol.20, n.2, pp. 12-19.
- Freud, A. (2007). *O ego e os mecanismos de defesa* (F. Settineri, trad.). (Trabalho original publicado em 1936). Porto Alegre, RS: Artmed. 124p
- Freud, S. (1976). *O Inconsciente*. Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud (Vol. XIV, p. 164-222). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1915).
- _____(1976). *Sobre o narcisismo, uma introdução*. Obras Completas de Sigmund Freud (Vol. XIV, p.77-108). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1914).
- _____(1976). *A dissolução do complexo de Édipo*. Obras Completas de Sigmund Freud (Vol. XIX, p. 190-199). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1924).
- Gianotti, A. (1996). *Efeitos psicológicos das cardiopatias congênitas*. São Paulo: Lemos. 183p.

- Gomes, A, Piccinini, C. & Prado, L. C. (2009). Psicoterapia pais-bebê no contexto de malformação do bebê: repercussões no olhar da mãe acerca do desenvolvimento do bebê. *Revista de psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 31 (2): 95- 104.
- Gomes, A. G., Piccinini, C. A. (2007). Impressões e sentimentos das gestantes sobre a ultrassonografia e suas implicações para a relação materno-fetal no contexto da anormalidade fetal. *Psico*, 38, 67-76.
- Granato, T. M. M. (2000). *Encontros terapêuticos com gestantes à luz da preocupação materna primária*. Dissertação de Mestrado Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, Departamento de Psicologia Clínica. 106p.
- Guidugli, S. K. N. (2013). Coração aflito: a gestante à espera do bebê cardiopata. In Ismael, S. M. C. & Santos, J. X. A. (Orgs.). *Psicologia hospitalar: Sobre o adoecimento... articulando conceitos com a prática clínica*. São Paulo: Atheneu. 102p.
- Guiller, C., Dupas, G. & Pettengill, M. A. M. (2007). Criança com anomalia congênita: estudo bibliográfico de publicações na área de enfermagem pediátrica. *Acta Paulista de Enfermagem*, 20(1), 18-23.
- Herzberg, E. (1986). *Aspectos psicológicos da gravidez e suas relações com a assistência hospitalar*. Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo. 188p.
- Herzberg, E. (1993). *Estudos normativos do Desenho da Figura Humana e do Teste de Apercepção Temática (TAT) em mulheres: implicações para o atendimento à gestante*. Tese de Doutorado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo. 224p.
- Hirsch, S. B. (2009). Guia de interpretação do teste de apercepção infantil (C.A.T.-A) de Bellak. In Ocampo, M. L. S., Arzeno, M. E. G & Piccolo, E. G. (Orgs.). *O processo psicodiagnóstico e as técnicas projetivas* (11a ed.) São Paulo: Martins Fontes. 541p.
- Iwata, H., Rosa, H. R & Valente, M. L. (2013). O desenho da figura humana e o T.A.T. de adolescentes grávidas: um estudo no hospital geral. *Boletim de Psicologia*, 43(138), 65-80.
- Kruel, C. S. (2008). *Transição para a parentalidade no contexto de cardiopatia congênita do bebê*. Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade do Rio Grande do Sul. 139p.
- Langer, M. (1981). *Maternidade e Sexo: estudo psicanalítico e psicossomático* (2a ed.). (Maria Nestrovsky Folberg, trad.). Porto Alegre, RS: Artes Médicas. 266p.
- Laplanche, J, & Pontalis, J.B. (2001). *Vocabulário da Psicanálise* (4a ed.). (Pedro Tamen, Trad.). São Paulo: Martins Fontes. 552p.

- Lara, E. M. S. (2014). *Trajetória de gestantes/ puérperas em uma unidade de cardiologia fetal de um hospital filantrópico: uma abordagem etnográfica*. Tese de doutorado, Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 244p.
- Linch, G. F. C. et al.. (2009). Unidades de hemodinâmica: a produção do conhecimento. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 30(4), 742-749.
- Lourenção van Kolck, O. L. (1968). *Interpretação psicológica de desenhos*. São Paulo: Pioneira. 179p.
- Lourenção van Kolck, O. L. (1984). *Testes projetivos gráficos no diagnóstico psicológico*. São Paulo: EPU. 101p.
- Machado, M. E. C. (2010). *Diagnóstico pré-natal de malformação fetal: um olhar sobre o casal*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte. 90p.
- Maldonado, M. T. P. (2002). *Psicologia da gravidez: parto e puerpério*. (16ª ed.). Petrópolis, RJ: Vozes. 229p.
- Maldonado, M. T, Nahoum, J. C. & Dickstein, J. (1981). *Nós estamos grávidos* (3a ed.). Rio de Janeiro, RJ: Bloch Educação.
- Michaelis. (2011). *Dicionário prático, língua portuguesa e nova ortografia*. São Paulo: Melhoramentos.
- Minayo, M. C. S. (2010). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde* (12a ed.). São Paulo: Hucitec. 407p.
- Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. (2010). *Gestação de alto risco: manual técnico* (5ª ed.). Recuperado em 19 de abril de 2015, de bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestacao_alto_risco.pdf.
- Ministério da Saúde (2014). Recuperado em 19 de abril de 2015, de <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/964-sas-raiz/dahu-raiz/atencao-hospitalar/l3-atencao-hospitalar/14386-habilitacoes-gar-cgbp>.
- Moura, M. D. (2009). *Função paterna e o lugar do pai nos tratamentos de reprodução assistida*. Tese de Doutorado, Faculdade de Medicina, Universidade do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.
- Murray, H. A. (2005). *T.A.T.: Teste de Apercepção Temática* (3a ed.). (M. C. V. M. Silva, adapt. ampl.). São Paulo: Casa do Psicólogo. 64p. (trabalho originalmente publicado em 1943).

- Pedra, S. R. F. F. et al. (2011). Importância da unidade fetal e serviço de cardiologia pediátrica integrados na mesma estrutura hospitalar. *Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo*, 21(4), 49-53.
- Piccinini, C. A. et al. (2008). Gestação e a construção da maternidade. *Psicologia em Estudo*, 13(1), 63-72.
- Piccinini, C. A. & Alvarenga, P. (2012). *Maternidade e Paternidade: a parentalidade em diferentes contextos*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Piccinini, C. A.; Carvalho, F. T.; Ourique, L. R. & Lopes, R. S. (2012). Percepções e sentimentos de gestantes sobre o pré-natal. *Psicologia: teoria e pesquisa*, 28(1): 27-33.
- Pinto, E. R. (2014). Conceitos fundamentais dos métodos projetivos. *Ágora*, Rio de Janeiro, 17 (1), 135-153.
- Rei, V. A. F., Ramirez, X. Y. A. & Berlinck, M. T. (2014). As dores do parto. Reflexões psicopatológicas em torno da angústia e do narcisismo primitivo. *Estilos da Clínica*, São Paulo, 19 (1), 67-77.
- Rosa, R. C.; Rosa, R. F.; Zen, P. R. & Paskulin, G. A. (2013). Cardiopatias congênitas e malformações extracardíacas. *Revista Paulista de Pediatria*, 31(2), 243-51.
- Ruschel, P. P. (2011). *Apego materno-fetal e diagnóstico pré-natal de cardiopatia*. Tese de Doutorado, Instituto de Cardiologia do Rio Grande do Sul, Fundação Universitária de Cardiologia, Porto Alegre. 96p.
- 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: Casa do Psicólogo, 2005, p.185-208.
- Quayle, J. Parentalidade e medicina fetal: repercussões psicológicas. In Zigaib, M., Pedreira, D. L., Brizot, M. L., Bunduki, V. *Medicina Fetal* (2a ed.). 1997. São Paulo: Atheneu.
- Santos, J. X. A. & Guidugli, S. K. N. Acompanhamento psicológico aos pequenos pacientes cardiopatas. In Ismael, S. M. C. & Santos, J. X. A. *Psicologia Hospitalar sobre o adoecimento: articulando conceitos com a prática clínica*. São Paulo: Atheneu, 2013, p. 35-44.
- Sarmiento, R. & Setúbal, M. S. V. (2003). Abordagem psicológica em obstetrícia: aspectos emocionais da gravidez, parto e puerpério. *Revista Ciências Médicas Campinas*, 12 (3), 261- 268.
- Scaduto, A. A. & Barbieri, V. (2013). Em defesa do TAT: uma revisão crítica das pesquisas sobre o teste no Brasil. *Avaliação Psicológica*, 12(3), 299-305.

- Schilder, P. A. (1994). *Imagem do Corpo: as energias construtivas da psique*. São Paulo: Martins Fontes.
- Silva, M. C. V. M. (1989). *T.A.T.: aplicação e interpretação do Teste de Apercepção Temática*. São Paulo: EPU.
- Silva, C. M. C. & Gomes L. F. G. (2002). Reconhecimento clínico das cardiopatias congênitas. *Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo*, 12(5).
- Soifer, R. (1986). *Psicologia da gravidez, parto e puerpério*. (4a ed. I. V. de Carvalho, trad.). Porto Alegre: Artes Médicas. 124p.
- Souza, E. T. C. (2002). *Aspectos psicológicos da mãe e do recém-nascido*. In Spallici, M. D. B., Costa, M. T. Z. & Melleiro, M.M. (Orgs.). São Paulo: Editora da USP.
- Szejer, M. & Stewart, R.(2002). *Nove meses na vida da mulher: uma aproximação psicanalítica da gravidez e do nascimento* (2a ed. M. N. B. Benetti, trad.). São Paulo: Casa do Psicólogo. 322p. (Trabalho original publicado em 1987)
- Schettini, L. F. (2001). Uma psicologia da adoção. *Ide*, 34, 6-9.
- Stellin, R. M. R.; Monteiro, C. F. A.; Albuquerque, R. A. & Marques, C. M. X. C. (2011). Processos de construção de maternagem. Feminilidade e maternagem: recursos psíquicos para o exercício da maternagem em suas singularidades. *Estilos da clínica*, 16(1), 170-185.
- Tripp, D. (2005). Pesquisa-ação: uma introdução metodológica. *Educação e Pesquisa*, 31(3), 443-466.
- Vaisberg, T. A. (2006). Sonhos de nascimento e preocupação materna primária. In Vaisberg, T.A. & Granato, T. *Ser e Fazer na clínica winnicottiana da maternidade*. São Paulo: Idéias e Letras. 128p.
- Vasconcelos, L. (2009). *Impacto da malformação fetal: enfrentamento e indicadores afetivos na gestante*. Dissertação de mestrado. Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 176 p.
- Villemor-Amaral, A. E.; Pasqualini-Casado, L. (2006). A cientificidade das técnicas projetivas em debate. *Psico-USF*, 11(2): 185-193.
- Zornig, S. A. J. (2010). *Tornar-se pai, tornar-se mãe: o processo de construção da parentalidade*. *Tempo psicanalítico*. Rio de Janeiro 42(2): 453-470.
- Winnicott, D. W. (2000). *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas*. (D. Bogomoletz, trad.). Rio de Janeiro: Imago. 455p.

- Winnicott, D.W. (2000). A Preocupação Materna Primária. In: *Da Pediatria à Psicanálise*. Rio de Janeiro: Imago Editora, p. 399-405. 455p. (Trabalho original publicado em 1956)
- Winnicott, D.W. (2006). *Os bebês e suas mães* (3a ed.). (L. J. Camargo, trad.). São Paulo: Martins Fontes. 98 p. (Trabalho original publicado em 1987)

APÊNDICES

APÊNDICE A - ENTREVISTA PSICOLÓGICA

I. Identificação

Nome:

Idade:

Natural de:

Reside em:

Est.Civil:

() Casada antes da gravidez

() Casada após gravidez

() Amasiada antes da gravidez

() Amasiada após gravidez

Religião:

Data 1ª entrevista: ____/____/____

2ª sessão: ____/____/____

3ª sessão: ____/____/____

4ª sessão: ____/____/____

Parto previsto para: ____/____/____

Profissão:

Grau de instrução:

Cônjuge:

Idade:

Natural de:

Reside em:

Religião:

Profissão:

Grau de instrução:

II. Gestação:

1ª Gestação? () Sim () Não, ____

Abortos/perdas:

Idade Gestacional:

Sexo do bebê: () Masc. () Fem.

Nome do bebê:

() Até o momento não foi escolhido o nome

Outros filhos:

Gestação planejada? () Sim () Não

Gestação desejada? () Sim () Não

Como foi a descoberta da gestação?

Lugar da criança na família?

Sintomas físicos na gestação? () Sim () Não

Quais?

Sintomas emocionais na gestação? () Sim () Não

Quais?

Significado da maternidade:

III. Diagnóstico Fetal:

Hipótese Diagnóstica:

Quando?

Como?

Reações emocionais apresentadas pelo casal:

() impacto/choque () tristeza () raiva () frustração

() negação () medo () outros

Significado atribuído à doença:

Enfrentamento da doença:

Compreensão sobre a doença e a proposta terapêutica:

Investimento na gestação antes e após o diagnóstico:

Há doentes do coração na família? (antecedentes mórbidos)

IV. Cuidados de Saúde Mental Anteriores

Psicoterapia anterior? () Sim () Não

Quando?

Quanto tempo?

Por que?

Avaliação e/ou tratamento psiquiátrico? () Sim () Não

Quando?

Quanto tempo?

Por que?

V. Impressões da psicóloga ao contato:

Receptividade ao 1º contato com a psicóloga

() Ótima () Boa () Ruim () Indiferente

Demanda para continuidade do acompanhamento no período pré-natal

() Ótima () Boa () Ruim () Indiferente

Receptividade à notícia de acompanhamento da psicóloga durante o parto

() Ótima () Boa () Ruim () Indiferente

Rede de apoio familiar:

Retornos: () Boa () Restrita () Ruim, sem apoio

Observações:

APÊNDICE B - ANÁLISE DO DFH – FIGURA FEMININA

ANÁLISE DESENHO DA FIGURA HUMANA				
1ª FIGURA – FEMININA				
ASPECTOS GERAIS				
	Andrea	Bruna	Carolina	Diana
Posição da folha	N/Ob	N/Ob	N/Ob	N/Ob
Localização	metade inferior	metade esquerda	metade esquerda	Centro
Tamanho	Médio	Médio	Grande	Grande
Qualidade do grafismo	linha fina /traçado trêmulo	linha fina / traço de avanços e recuos	linha média / traço de avanços e recuos / interrompido / trêmulo	linha grossa, reforçada / traço de avanços e recuos
Resistências	não houve	não houve	não houve	não houve
ASPECTOS FORMAIS				
Tema	Fig mais jovem (13 anos)	Fig mais jovem (10 anos)	Fig mais velha (56 anos)	Pouco mais jovem (27 anos)
Postura	Leve inclinação	Ereta	Leve inclinação	Ereta
Ação	Desenhos apresentam figuras paradas, mas no inquérito mencionam ação.			
Perspectiva	Toda de frente	Toda de frente	Toda de frente	Toda de frente
Transparência	cabelo/cabeça	cabelo/cabeça	não houve	não houve
Sucessão/sequência	N/Ob	N/Ob	N/Ob	N/Ob
Simetria	braços diferentes	simétrico	braços e pernas diferentes	Simétrico
Linha mediana	N/Ob	N/Ob	N/Ob	N/Ob
Articulações	N/Ob	N/Ob	joelhos	N/Ob
Anatomia interna	não houve	não houve	não houve	não houve
Pormenores	N/Ob	enfeites no vestido e no cabelo	enfeites na roupa	N/Ob
Complementos	Todos os desenhos apresentaram ausência de linha de solo			
Proporções	Leve desproporção nos braços	N/Ob	Desproporção braços e pernas	Muita proporção
Indicadores de conflitos	Borraduras e rasuras (poucas) - pés	Borraduras e rasuras (poucas) - olho e manga do vestido	Correções e retoques(queixo)	Retoques como reforço da linha em todo o desenho / Sombreamento (sapato)
Ordem das figuras	Próprio sexo em 1º	Próprio sexo em 1º	Próprio sexo em 1º	Próprio sexo em 1º
Tratamento diferencial das figuras	N/Ob	Figura feminina menor	Figura feminina menor	Tipo de imagem do corpo
ASPECTOS DE CONTEÚDO				
	Andrea	Bruna	Carolina	Diana
Cabeça	N/ob	Grande	N/Ob	N/Ob

Cabelos	Desordenados	Escassos / bem cuidado e penteado / franjinha	Franjinha	Bem cuidado e penteado / sombreamento forte / franjinha
Rosto	N/ob	N/Ob	Queixo bem pronunciado	N/Ob
	Andrea	Bruna	Carolina	Diana
Bigode e barba	não houve	não houve	não houve	não houve
Olho	N/ob	rasura olho direito	médios: N/Ob / pestana	médios: N/Ob / sobrancelhas e pestanas
Nariz	Pequeno / nariz de perfil	Pequeno / nariz de perfil	nariz de perfil	nariz de perfil
Boca	Côncava e oralmente receptiva	Grande / em uma simples linha	Em uma simples linha	lábios grossos
Orelhas	ocultas pelos cabelos	omissão sem cabelo	Brincos	omissão pelos cabelos
Pescoço	N/ob	N/Ob	Curto e grosso	N/Ob
Tronco	linhas arredondadas e suaves / ombros: N/ob / Tórax: Pequeno / omissão de seios / Cintura: N/ob / Cadeiras e nádegas: N/Ob	linhas arredondadas e suaves / ombros: pequenos e delgados / tórax: pequeno / omissão de seios / Cintura: N/Ob / Cadeiras e nádegas: N/Ob	linhas angulosas / tórax: N/Ob / distorção na forma / ombros proporcionados / seios assinalados / cinto	linhas arredondadas e suaves / ombros proporcionados / Tórax: N/Ob / seios / ênfase na cintura / cinto / forquilha da calça
Braços	posição flexível e rebaixada / um pra frente outro pra trás	posição flexível e rebaixada	longos e grossos / posição flexível e rebaixada / voltados para trás do corpo	médios: N/Ob
Mãos e dedos	Pequena / uma das mãos atrás das costas / dedos sem a palma da mão / dedos arredondados	Médias: N/Ob / dedos sem a palma das mãos / arredondados: N/Ob	mãos nos bolsos	mãos sombreadas / dedos arredondados
Pernas	N/ob	Médias: N/Ob	Grossas / disparidade no tamanho / ênfase nos joelhos	longas / médias: N/Ob /
Pés e dedos	Borrados / Sapatos	N/Ob	sapatos	sapatos sombreados
Roupas e acessórios	N/ob	N/Ob	bolsos / brincos	roupa bem cuidada / bolsos / ênfase no contorno da roupa

Fonte – Autoria própria

APÊNDICE C - ANÁLISE DO DFH – FIGURA MASCULINA

ANÁLISE DESENHO DA FIGURA HUMANA				
2ª FIGURA – MASCULINA				
ASPECTOS GERAIS				
	Andrea	Bruna	Carolina	Diana
Posição da folha	N/Ob	N/Ob	N/Ob	N/Ob
Localização	3º quadrante	metade esquerda	metade esquerda	metade esquerda
Tamanho	Médio	Grande	Grande	Grande
Qualidade do grafismo	linha fina / traçado trêmulo	linha fina / traço de avanços e recuos	linha fina / traço de avanços e recuos / interrompido / trêmulo	linha grossa / traço de avanços e recuos
Resistências	não houve	não houve	não houve	não houve
ASPECTOS FORMAIS				
Tema	Fig mais jovem	Fig mais jovem	não há dados	não há dados
Postura	Inclinada	Ereta	Leve inclinação	Ereta
Ação	Parada: N/Ob	Parada: N/Ob	Parada: N/Ob	Parada: N/Ob
Perspectiva	Toda de frente	Toda de frente	Toda de frente	Toda de frente
Tansparencia	cabelo/cabeça	cabelo/cabeça	pouca	não houve
Sucessão/sequencia	N/Ob	N/Ob	N/Ob	N/Ob
Simetria	braços diferentes	ombros e pernas diferentes	simétricos	Simétricos
Linha mediana	N/Ob	N/Ob	N/Ob	N/Ob
Articulações	N/Ob	N/Ob	não houve	articulações
Anatomia interna	não houve	não houve	não houve	não houve
Pormenores	N/Ob	ilhós no sapato	detalhes na roupa, relógio e ilhós no sapato	bolso na camisa e na calça
Complementos	Ausência de linha de solo	Ausência de linha de solo	Ausência de linha de solo	Ausência de linha de solo
Proporções	Desproporção em braços	Leve desproporção em ombros, braços e pernas	Leve desproporção em pernas	Muita proporção
Indicadores de conflitos	Borraduras e rasuras - braço	Rasuras (pouca) na calça	N/Ob	Reforço da linha no geral
Ordem das figuras	Sexo masc em 2º	Sexo masc em 2º	Sexo masc em 2º	Sexo masc em 2º
Tratamento diferencial das figuras	N/Ob	Figura masculina maior	Figura masculina maior	N/Ob
Tipo de imagem do corpo	Todas as figuras masculinas apresentaram um tipo de imagem realista, entretanto com a demarcação da cintura através do cinto.			

ASPECTOS DE CONTEÚDO				
	Andrea	Bruna	Carolina	Diana
Cabeça	Grande	Média	Média	Média
Cabelos	Desordenados / escassos	Bem cuidado e penteadado	Escassos	Bem cuidado e penteadado / sombreamento forte / muita atenção ao cabelo
Rosto	N/ob	N/Ob	Queixo bem pronunciado	N/Ob
Bigode e barba	não houve	não houve	barba reforçada	não houve
Olhos	Médios / sobrancelhas	Médios / pupila "não ativa"	médios / pestanas e sobrancelhas	grandes
Nariz	N/Ob	nariz de perfil	nariz de perfil	nariz de perfil
Boca	Média / em uma simples linha	Grande / em uma simples linha / para cima tipo palhaço	Pequena / lábios finos	lábios grossos
Orelhas	Médias	omissão sem cabelo	Médias	Média
Pescoço	Médio	Médio	Médio	N/Ob
Tronco	linhas arredondadas / ombros desproporcionados / cinto	linhas arredondadas e suaves / ombros desproporcionados / cinto	ombros proporcionados / cinto / forquilha da calça	linhas angulosas / ombros proporcionados / cinto / ênfase na região genital / representação dos órgãos sexuais
Braços	desproporcionados / rasuras / posição flexível e rebaixada	Médios / pendentes ao longo do corpo	Médios / cortados	Médios / um para frente outro para trás
Mãos e dedos	mãos nos bolsos	mãos médias / dedos sem a palma da mão / dedos arredondados	mãos nos bolsos	Médias / dedos arredondados
Pernas	reforços / médias	finas	Proporcionadas	Médias: N/Ob
Pés e dedos	sapatos	sapatos com detalhes	sapatos com detalhes / borrados, reforçados	sapatos com detalhes
Roupas e acessórios	no tronco não há menção à roupa / cinto / bolsos	traje comum: N/Ob / cinto	roupa bem cuidada / botões / bolsos / acentuação das mangas	roupa bem cuidada / bolsos na calça e no <u>peito</u> / ênfase no contorno da roupa / acentuação nas margens e limites

ANEXOS⁴

⁴ Por motivos éticos, nesta versão digital da dissertação não serão incluídos os anexos, onde constam as transcrições completas das sessões de atendimento psicológico, as entrevistas e testes DFH e TAT, mantendo-se apenas vinhetas dos relatos das pacientes, a fim de se preservar o sigilo e, se restringir ao máximo a possibilidade de identificação das participantes.

ANEXO A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título: “Coração aflito: repercussões emocionais na gestante de feto cardiopata”

Introdução: Sabe-se que a gestação é um processo do desenvolvimento da mulher que traz uma série de modificações corporais e emocionais importantes. No caso de diagnósticos fetais recebidos podem surgir outras repercussões que merecem melhor compreensão para adequar o tratamento psicológico e pensar em formas de melhorias no acompanhamento que será prestado à gestante.

Objetivo: identificar as principais repercussões emocionais da gestante que descobre que seu bebê tem uma doença no coração.

Procedimentos: a pesquisa será realizada em três etapas:

- primeira: serão utilizadas as informações coletadas na entrevista psicológica inicial;
- segunda: uma das sessões do atendimento psicológico será gravada, sendo combinado antecipadamente com você a data em que ocorrerá a gravação;
- terceira: realização de dois testes psicológicos. Um deles poderá levar cerca de 20 minutos e outro em média 10 minutos.

Risco e benefício: a pesquisa não lhe trará nenhum risco físico, somente poderá sentir certa ansiedade em virtude da sessão que será gravada ou da participação nos testes psicológicos. A pesquisa trará benefício ajudando o meio científico a compreender melhor as repercussões emocionais ocasionadas à você, para que assim sejam pensadas melhorias no acompanhamento psicológico à você e às outras gestantes que tenham recebido o diagnóstico de cardiopatia fetal.

Participação e não participação: você poderá desistir da participação a qualquer momento, sem que isso lhe traga qualquer prejuízo nos atendimentos psicológicos e de toda a equipe multidisciplinar que já está recebendo nesta Instituição.

Sigilo e confidencialidade: será garantido o sigilo de sua identificação, ou seja, em nenhum momento seu nome ou qualquer outro dado que possa identificá-la. Os dados obtidos serão divulgados posteriormente de uma forma geral em eventos científicos ou publicados em revistas científicas nacionais ou internacionais.

Custo, não remuneração e compensação: você não terá nenhum custo ao participar da pesquisa, nem terá nenhum recebimento ou remuneração.

() Sim, declaro que fui orientada pela pesquisadora responsável e compreendi as informações oferecidas e concordo em participar desta pesquisa.

Nome completo: _____

R.G.: _____

Assinatura: _____

Pesquisadora Responsável

Contatos:

1. Pesquisadora Responsável:
Simone Kelly Niklis Guidugli – sniklis@hcor.com.br /
simone.niklis@hotmail.com / Tel. (11) 9.8540.1435
2. Orientadora:
Profa. Associada Eliana Herzberg – Instituto de Psicologia da Universidade de
São Paulo – ehertzber@usp.br / Tel. (11) 3091-1944
3. Comitê de Ética em Pesquisa – Instituto de Psicologia Universidade de São
Paulo: ceph.ip@usp.br - Telefone: (11) 3091-4182
4. Comitê de Ética em Pesquisa – Hospital do Coração:
etica.pesquisa@hcor.com.br – Tel. (11) 3886-4688

ANEXO B – FOLHA DE ROSTO CONEP

MINISTÉRIO DA SAÚDE - Conselho Nacional de Saúde - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP

FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS

1. Projeto de Pesquisa: Coração aflito: repercussões emocionais na gestante de feto cardiopata		2. Número de Sujeitos de Pesquisa: 5	
3. Área Temática:			
4. Área do Conhecimento: Grande Área 4. Ciências da Saúde			
PESQUISADOR RESPONSÁVEL			
5. Nome: SIMONE KELLY NIKLIS GUIDUGLI			
6. CPF: 273.309.218-90	7. Endereço (Rua, n.º): RUA JOAQUIM FERREIRA, 55 AGUA BRANCA APTº 35 A SAO PAULO SAO PAULO 05033080		
8. Nacionalidade: BRASILEIRA	9. Telefone: (11) 2385-1827	10. Outro Telefone:	11. Email: simone.niklis@hotmail.com
12. Cargo:			
<p>Termo de Compromisso: Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 196/96 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e a publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não. Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima. Tenho ciência que essa folha será anexada ao projeto devidamente assinada por todos os responsáveis e fará parte integrante da documentação do mesmo.</p>			
Data: 02 / 08 / 13		Assinatura	
INSTITUIÇÃO PROPONENTE			
13. Nome: UNIVERSIDADE DE SAO PAULO	14. CNPJ: 63.025.530/0010-03	15. Unidade/Órgão: UNIVERSIDADE DE SAO PAULO	
16. Telefone:	17. Outro Telefone:		
<p>Termo de Compromisso (do responsável pela instituição): Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 196/96 e suas Complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução.</p>			
Responsável: Gilberto Safera		CPF: 918.217.628-00	
Cargo/Função: Chefe do Departamento de Psicologia Clínica do IP-USP			
Data: 02 / 08 / 13		Assinatura	
PATROCINADOR PRINCIPAL			
Não se aplica.			

ANEXO C - AUTORIZAÇÃO PARA DIVULGAÇÃO DO NOME HCor

São Paulo, 06 de março de 2015.

AUTORIZAÇÃO

Mediante solicitação da pesquisadora Simone Kelly Niklis Guidugli, autorizo a divulgação do nome desta Instituição, na dissertação de mestrado por ela realizada, a qual intitula-se "Coração aflito: as repercussões emocionais na gestante de feto cardiopata".

Sem mais,

Bernardete Weber
Superintendente de Qualidade
e Responsabilidade Social
Hospital do Coração - HCor

Bernardete Weber
Superintendência de Qualidade e Responsabilidade Social
Hospital do Coração - Assoc. do Sanatório Sírio