LÚCIA DE MELLO SENRA DO VALLE

**Gestantes diabéticas compreensão clínica e consultas
terapêuticas**

**São Paulo
2008**

LÚCIA DE MELLO SENRA DO VALLE

**Gestantes diabéticas compreensão clínica e consultas
terapêuticas**

Tese apresentada ao Instituto de Psicologia da
Universidade de São Paulo, para obtenção do título
de Doutor em Psicologia

Área de concentração:
Psicologia Social e Clínica

Orientadora:
Profa. Dra. Associada Leila Salomão de La Plata
Cury Tardivo

São Paulo
2008

Autorizo a reprodução e divulgação total ou 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

Valle, Lúcia de Mello Senra do.

Gestantes diabéticas compreensão clínica e consultas terapêuticas /
Lúcia de Mello Senra do Valle; orientadora Leila Salomão de La Plata Cury
Tardivo. -- São Paulo, 2008.
155f.

Tese (Doutorado – Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Área de
Concentração: Psicologia Social e Clínica) – Instituto de Psicologia da
Universidade de São Paulo.

1. Gestantes diabéticas. 2. Recém-nascido pré-termo. 3. Mundo
interno. 4. Consultas terapêuticas. I. Título.

HV875

FOLHA DE APROVAÇÃO

Lúcia de Mello Senra do Valle

Gestantes diabéticas compreensão clínica e consultas terapêuticas

Tese apresentada ao Instituto de Psicologia da
Universidade de São Paulo, para obtenção do título
de Doutor em Psicologia

Área de concentração:

Psicologia Social e Clínica

Orientadora:

Profa. Dra. Associada Leila Salomão de La Plata
Cury Tardivo

Aprovado em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof. _____
Instituição: _____ Assinatura _____

Prof. _____
Instituição: _____ Assinatura _____

Prof. _____
Instituição: _____ Assinatura _____

Prof. _____
Instituição: _____ Assinatura _____

Prof. _____
Instituição: _____ Assinatura _____

DEDICATÓRIA

-A memória de meus pais, Juvenal e Maria, lembrança eterna que se fez em mim luz-Lúcia

Ao meu querido marido e

companheiro Cyro com carinho pelo apoio durante todo o percurso deste trabalho.

-Aos meus amados filhos, Eduardo, Guilherme, Felipe e Henrique, na esperança de que possam realizar os seus sonhos,

-A minha nora Paula Beatriz, pela dedicação e apoio na hora da digitação deste trabalho.

-A minha nora Cíntia, que me presenteará com a chegada do meu neto, Rodrigo.

-A minha netinha Sophia, amiguinha de todas as horas.

Ao meu querido sobrinho Erick, que não mediu esforços para me ajudar na digitação deste trabalho

AGRADECIMENTOS

- Gostaria de expressar os meus agradecimentos a todas as pessoas que me ajudaram com todo o empenho e possibilitaram a realização deste trabalho.

-Em primeiro lugar a minha orientadora Prof. Livre Docente, Leila Salomão De La Plata Tardivo pela forma precisa e dedicada com que conduziu a orientação desta tese.

-A D. Dora, sempre presente com o seu estímulo nas horas da Orientação. .

-Aos Prof. Dr. José Tolentino Rosa e Prof. Dra. Ivonise Fernandes Motta pelas importantes sugestões apresentadas no exame de qualificação.

Aos colegas de trabalho, especialmente do Grupo APOIAR do Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Clínica e Social, do Instituto de Psicologia da USP, pela amizade e apoio sempre presentes.

-Ao Prof. Dr. Humberto Gazzi Lippi diretor do Serviço de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo-Francisco Morato de Oliveira-IAMSPE, pelas pertinentes sugestões para a feitura deste trabalho.

-A Dra. Kátia Wanderley da Silva, chefe do Setor de Psicologia, pela confiança depositada na pesquisa deste trabalho, no Centro de Obstetrícia e Parto Humanizado do Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo, Francisco Morato de Oliveira-IAMSPE.

Aos amigos e parentes todos tão queridos que pacientemente souberam tolerar minhas ausências e acompanharam-me afetuosamente, durante toda a elaboração deste trabalho.

As Gestantes diabéticas que generosamente autorizaram e permitiram que este trabalho fosse realizado, a minha gratidão e dedicação.

"Mãe é um sopro misterioso que toca mulheres e homens e cria neles um jeito de dar colo, de espantar o medo, de cantar canções de ninar, de fazer dormir, de abraçar, de agradar, de não fazer cobranças e nem pedir explicações, de repreender com severidade e ternura, de consolar em silêncio, de escutar, de respeitar, de conduzir sem empurrar ou puxar. Ninguém é mãe sempre. Uma pessoa é mãe quando é tomada pelo sopro da maternidade. Pode ser mulher. Pode ser homem."

Autor: **Rubem Alves**.1998.

RESUMO

VALLE, L. M. S. *Gestantes diabéticas: compreensão clínica e consultas terapêuticas*. [Diabetic pregnant women: clinical understanding and therapeutic consultation. clinical psychology]. [Enceinte à haute risque avec diabète: compréhension clinique et consultations thérapeutiques]. 2008. 155 f. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica) - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

Este trabalho tem como objetivo fazer um estudo compreensivo clínico das vivências emocionais da gestante de alto risco com o diagnóstico de Diabetes Gestacional (DG). Realizamos a pesquisa no Centro de Parto Humanizado e Obstetrícia do Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo, Francisco Morato de Oliveira (IAMSPE). Fundamentamo-nos na leitura das Obras Completas de Sigmund Freud, Melanie Klein, Donald W. Winnicott, autores que trazem importantes contribuições teóricas para a psicanálise contemporânea. A avaliação foi feita, em entrevistas clínicas antes do nascimento do recém-nascido, com a aplicação do Teste das Relações Objetais de Phillipson, (TRO), técnica projetiva usada como instrumento facilitador do contato terapêutico e mediador do trabalho interventivo no contexto diagnóstico. As gestantes com Diabetes foram acompanhadas até a sala de parto e durante o puerpério, tiveram seguimento, em Consultas Terapêuticas no sentido de buscar suporte e propiciar alívio para o sofrimento de ver o seu bebê recém-nascido, internado em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN). O resultado revelou que este teste, utilizado como mediador do diagnóstico, facilitou a comunicação com o mundo interno da paciente e fez aumentar a compreensão dos problemas vividos pelas gestantes de alto risco com DG. Chegamos à conclusão de que a Compreensão Clínica e as Consultas Terapêuticas são formas de atendimento às gestantes diabéticas que contribuem para a evolução clínica das pacientes e são adequadas ao contexto hospitalar.

Palavras chave: Gestantes diabéticas. Recém-nascido pré-termo. Mundo interno. Consultas terapêuticas.

ABSTRACT

VALLE, L. M. S. *Diabetic pregnant women: Clinical understanding and therapeutic consultation*. [Gestantes diabéticas: compreensão clínica e consultas terapêuticas]. [Enceinte à haute risque avec diabète: compréhension clinique et consultations thérapeutiques]. 2008. 155 f. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica) - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

This assignment has as a goal the comprehensive clinical study of the emotional experience of high risk pregnant women with the diagnosis of gestational diabetes (GD). We performed this research consulting the Humanized Pregnant and Obstetric Center of Hospital of Public State Servant of São Paulo, Francisco Morato de Oliveira- IAMSPE. We based our thesis on Sigmund Freud, Melanie Klein and Donald W, Winnicott, authors who have given an important contribution to contemporary psychoanalysis. The evaluation was performed in clinical interviews before the birth of the baby with the application of the Objective Relations Test, by Phillipson (ORT). This is a projective technique used as a facilitator instrument for therapeutic contact and as a mediator process of the interventive work, as well as the diagnostic source. The diabetic pregnant women were accompanied to the delivery room and during the puerperal they had follow up in Therapeutic Consultations with the aim to support and relieve the suffering of seeing their newly born babies in a New born Intensive Therapy Unit (UTIN). The results revealed that this test, used as a process mediator, facilitated communication with the internal world of the patient and the understanding of anxiety experienced by the high risk patients with gestational diabetes. We reached the conclusion that the Clinical Understanding and Therapeutic Consultant are forms of dealing with diabetic pregnant women, making the clinical evolution easier and the Test (ORT) are also appropriated to a hospital context.

Key words: Diabetes pregnant. Newly-born pre-term. Internal world. Therapeutic consultation.

RESUMÉ

VALLE, L. M. S. *Enceinte à haute risque avec diabète: compréhension clinique et consultations thérapeutiques*. [Gestantes diabéticas: compreensão clínica e consultas terapêuticas]. [Diabetic pregnant women: clinical understanding and therapeutic consultation]. 2008. 155 f. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica) - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

Ce travail a comme objectif faire une étude clinique compréhensive de diabète gestationnel. Nous réalisons la recherche dans le Centre Humanisé d'Accouchement Obstétric de l'Hôpital du Serveur Public de l'État de São Paulo, Francisco Morato de Oliveira (IAMSPE). Il est fondementé dans la lecture des oeuvres Complètes Psychologiques de Sigmund Freud, Melanie Klein, Donald W. Winnicott, autres qui ont apporté importantes contributions théoriques pour la psychoanalyse contemporain. L'évaluation a été faite dans des entrevues cliniques avant la naissance de nouveau-né avant terme avec l'application du Test des Relations Objectelles, une technique projective utilisée comme l'instrument facilitateur du rapport dans la thérapie et aussi comme médiateur du travail actif, dans le contexte du diagnostique. Les enceintes, avec diabète ont été accompagnées jusqu'à la salle d'accouchement et pendant la puerpérie. Elles ont eu continuation en consultations thérapeutiques, avec la finalité de chercher support et rendre propice soulagement pour la souffrance de voir son fils nouveau-né avant terme, interné dans l'Unité Nouveau Née et Soins Intensifs (UNSI). Le résultat a révélé que ce procédé peut être utilisé comme médiateur du diagnostique et de la communication avec le monde interne des enceintes et fait augmenter la compréhension des anxiétés vécues par la diabète enceinte à haut risque. Il y a conclu que la compréhension clinique et les consultations thérapeutiques sont une action d'efficacité pour la facilitation de participation des diabètes enceintes et a contribué par l'évolution clinique et l'usage approprié du contexte hospitalier.

Mot-clés: Enceinte avec diabetes. Nouveau-né avant terme. Monde interne. Consultations thérapeutiques.

LISTA DE ABREVIATURAS

AC Alojamento Conjunto

ADA América Diabetes Association.

DG Diabetes Gestacional.

DM Diabetes Mellitus.

HAS Hipertensão Arterial Sistêmica.

HB < 7 Hemoglobina glicolisada menor do 7.

HB> 7 Hemoglobina glicolisada maior do que 7.

IAMSPE Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual.

IDF International Diabetes Federation.

NDG National Data Group.

OMS Organização Mundial de Saúde.

RN Recém-nascido.

RNPT Recém-nascido pré- termo.

SHA Sociedade Brasileira de Diabetes.

SUS Serviço Unificado de Saúde.

TRO Teste das Relações Objetivas de Phillipson.

UTI Unidade de Terapia Intensiva.

UTIN Unidade de Terapia Intensiva neonatal

WHO World Health Organization

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	12
CAPÍTULO I	
1 INTRODUÇÃO	17
1.1 Considerações Iniciais.....	17
1.2 Gravidez e Parto - Aspectos Psicológicos.....	19
1.2.1 Aspectos psicológicos da mulher grávida	23
1.2.2 Aspectos psicológicos da puérpera	31
1.2.3 Aspectos psicológicos da gestante diabética internada no Hospital	36
1.2.4 Aspectos psicológicos do recém-nascido pré-termo e a termo	39
1.2.5 O recém-nascido de mãe diabética.....	43
1.2.6 Gestação de alto risco de mulher diabética	49
1.2.7 Diabetes Mellitus - breve histórico	51
1.2.8 O Diabetes Mellitus.....	53
1.2.9 A gestante diabética - estudos e considerações.....	56
CAPÍTULO II	
2 JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS	58
CAPÍTULO III	
3 MÉTODO CLÍNICO	62
CAPÍTULO IV	
4 APRESENTAÇÃO DOS CASOS COM DIABÉTES GESTACIONAL	73
CAPÍTULO V	
5 RESULTADOS.....	126
CAPÍTULO VI	
6 DISCUSSÃO.....	131
CAPÍTULO VII	
7 CONCLUSÃO	140
REFERÊNCIAS	145
ANEXOS	155

APRESENTAÇÃO

A escolha do tema, para este trabalho “Gestantes Diabéticas: compreensão clínica e consultas terapêuticas”, tem suas raízes na nossa experiência como Psicóloga Clínica e Hospitalar no Serviço de Psiquiatria e Psicologia Médica do Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo, Francisco Morato de Oliveira (IAMSPE), no Centro de Parto Humanizado e de Obstetrícia e no Setor de Neonatologia deste mesmo Hospital.

Em 1997 iniciamos a nossa investigação para dissertação de mestrado “Fatores de Alto Risco e Ansiedade em Mães de Recém-nascido Pré-termo”, defendida em 2002, sob a orientação do Prof. Dr. José Tolentino Rosa.

Durante o percurso em que foram elaboradas as nossas primeiras observações, percepções, interrogações, apreensões, pudemos compreender a ansiedade que é sentida pelas gestantes no momento em que recebem a notícia de uma gravidez, que lhes permite a sua realização como mulher, o desabrochar de sua feminilidade, dentro de um contexto de alto risco. Constatamos que uma vez internadas no Centro de Obstetrícia e de Parto Humanizado, as mães com manifestações associadas e sintomas de Diabetes Gestacional (DG) eram as que se sentiam as mais sofredoras, além de seus acompanhantes e familiares sempre presentes nos horários de visitas.

Para a melhor compreensão do binômio saúde-doença, envolvendo a ansiedade e o sofrimento na trajetória dessas gestantes de alto risco com DG, nos foi muito estimulante dar continuidade a este trabalho no Doutorado.

A sensibilidade, a criatividade, a observação cuidadosa do contexto e o respeito pelas características e pelas reais necessidades das gestantes que demandam o atendimento, foram requisitos fundamentais para que a nossa assistência fosse eficaz, para o desenvolvimento deste trabalho.

Aprofundamos os nossos conhecimentos científicos na área da Saúde Mental, sempre numa postura teórico-psicanalítica, orientada pela leitura de algumas obras de Sigmund Freud, Melanie Klein, Donald W. Winnicott entre outros seguidores.

Pretendemos trazer uma contribuição para o entendimento dos aspectos psicodinâmicos, que envolvem a gestante que acabou de ter o diagnóstico de alto risco por DG. Com a recomendação médica de internação imediata, estando deitada em uma cama

hospitalar, a gestante manifesta grande sofrimento, ao tomar conhecimento do fator de alto risco para si e para o seu filho. Esse sofrimento enorme se apodera da gestante por ter que se submeter a rigoroso regime alimentar e enfrentar amiúde uma série de exames médicos e laboratoriais invasivos, uma vez que as quarenta semanas de gravidez, normalmente serão abreviadas por um parto cesáreo.

Como Psicóloga Clínica e Hospitalar, procuramos neste trabalho, integrar estas faces de nossa atuação profissional, prosseguindo o nosso atendimento psicoterápico às gestantes diabéticas em Consultas Terapêuticas, para ajudá-las a aliviar o sofrimento manifesto pelo medo de vir a ter um recém-nascido (RN) com má formação ou vir a perdê-lo, deixando o hospital em lágrimas, com os braços vazios.

Percebemos a adequação do enfoque da Teoria das Relações Objetais (TRO) para orientar essa investigação, para nos ajudar a pensar clinicamente e interpretar aspectos da personalidade das pacientes com intenso sofrimento psíquico, diagnosticadas com DG, uma vez que a hipótese projetiva supõe que as respostas a estímulos ambíguos traduzam qualidades significativas e relativamente constantes da personalidade das pacientes.

Após um doloroso percurso de internação, cheio de expectativas pela aproximação de um parto prematuro, possivelmente complicado, podendo comprometer o sucesso da gravidez e de sua saúde por toda a vida, um período do RN internado em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), a nós muito encanta ver essas mães, após a alta médica e psicológica, deixarem o Hospital, já amenizados os aspectos conflitivos que lhes foram impostos por este pesado fardo emocional, levando nos braços, com muito amor, para o seio da família, um RN lindo e saudável.

Buscamos na compreensão teórica mais profunda e completa, fundamentar essa nossa indagação a respeito das características psicológicas das gestantes diabéticas, associando-a ao atendimento clínico e às narrativas de gestantes.

O resultado de atendimentos a centenas de gestantes com as quais pudemos aprender a arte de saber ouvi-las, sobretudo de compreender o tecer das filigranas do sofrimento que atravessam nesses momentos de múltiplas expectativas, pela internação hospitalar, a ida para a sala de parto, o nascimento do RN, a internação em UTIN e a alta médica hospitalar de ambos, nos assegurou a necessidade da realização deste estudo, nos unindo a uma equipe multidisciplinar que se integra para o vislumbrar do final feliz de uma gravidez.

É portanto, dividindo e oferecendo a nossa experiência, que iremos fundamentar a nossa técnica de atendimento com qualidade, à luz do que é mais desenvolvido, em termos de conhecimento psicanalítico, a essa demanda cada vez maior que se acumula no Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo, Francisco Morato de Oliveira, no percurso de uma gravidez de alto risco, preocupando profissionais de saúde na busca de soluções adequadas e modernas.

No presente trabalho, detalhamos cada capítulo num relato, captando a tonalidade emocional no trajeto de cada gestante diabética e de sua família, até a alta hospitalar. Usamos, para pensar clinicamente, o material exposto por elas, os registros médicos no prontuário e as reuniões com a equipe multidisciplinar. Dando amplitude ao nosso atendimento, procuramos lhes trazer o conforto necessário para amenizar-lhes as ansiedades geradas pelo surgimento do fator de alto risco **DG** e as expectativas do desenrolar da novela gestacional.

O primeiro capítulo apresenta na introdução uma discussão do ponto de vista psicodinâmico da gestação, do parto, do puerpério e do **RN**, uma vez que o fator alto risco, Diabetes Mellitus (**DM**) atropelou o destino de uma gravidez até então experienciada como normal, influenciando no relacionamento mãe-bebê como matriz geradora do desenvolvimento emocional do indivíduo.

Ainda nesse capítulo passamos a discutir os aspectos psicológicos relacionados às gestantes diabéticas e em seguida fazemos um estudo sobre o **DM** e o diabetes que surge no período gestacional e suas implicações psicossomáticas.

Como este trabalho decorre de uma pesquisa realizada no contexto hospitalar por uma Psicóloga Clínica e Hospitalar, junto às gestantes de alto risco por **DG**, fazemos uma abordagem da Psicologia Clínica Hospitalar no panorama brasileiro, de sua evolução, os seus alcances e limitações.

O segundo capítulo é dedicado aos objetivos e justificativas do presente estudo dentro da vasta gama de possibilidades em que é apresentado.

Para nós que habitamos uma cidade tão carente de serviços de saúde, mesmo sendo pioneira em vários campos da pesquisa científica na área da saúde, muito nos incentiva poder contribuir para a prevenção da doença, a promoção e a preservação da saúde física e mental da gestante diabética. Destacamos a possibilidade de nosso trabalho colaborar para uma grande economia do Estado em gastos com as gestantes diabéticas, uma vez que se apossam de conhecimentos que lhes asseguram e à família, uma melhor qualidade de vida.

O terceiro capítulo contempla os aspectos metodológicos da pesquisa clínica a partir de estudos de caso, que dão origem a essa tese de doutorado.

A própria psicóloga que faz esta investigação foi quem deu atendimento às gestantes diabéticas desde a internação, quando feito o diagnóstico do diabetes, durante o período de internação, e no puerpério, acompanhando-as na UTIN e às famílias, quando necessário, até a alta médica e psicológica.

Fundamentada na teoria psicanalítica, em busca da compreensão do sofrimento das gestantes diabéticas, procuramos pensar clinicamente, quando já de posse do material trazido por elas durante o nosso atendimento.

O TRO de Phillipson (1955/1970) foi o instrumento projetivo, mediador e facilitador de que fizemos uso para nos colocar em contato com as vivências emocionais da gestante, possibilitando-nos delinear o perfil de sua personalidade, uma vez que a hipótese projetiva supõe que as respostas das gestantes diabéticas a estímulos ambíguos traduzam qualidades significativas e relativamente constantes da personalidade (ROSA, 1995).

A nossa atuação se inicia, quando um pedido médico urgente, de Interconsulta, chega ao nosso serviço, vindo do Setor de Obstetrícia. Trata-se de uma gestante com diagnóstico médico de gravidez de alto risco. Damos prosseguimento à evolução clínica de cada uma das gestantes diabéticas através de nossas interlocuções num processo compreensivo e interventivo, seguindo-se uma síntese geral dos resultados obtidos no teste projetivo de Phillipson.

No quarto capítulo apresentamos o relato de casos e os resultados que compõem a descrição da evolução clínica às nossas interlocuções num processo compreensivo, em Consultas Terapêuticas, seguindo-se uma interpretação dos resultados obtidos no TRO, o acompanhamento a síntese compreensiva.

No quinto capítulo inserimos os resultados da tese.

Ao final do texto são inseridas as referências, dois apêndices e três anexos, Roteiro de Entrevista e Recepção, Termo de Consentimento Pós-Informação, Folha de Rosto para Pesquisa Envolvendo Seres humanos.

No sexto capítulo inserimos os resultados.

No sétimo capítulo são inseridas a conclusão as referências e nove anexos.

INTRODUÇÃO

CAPÍTULO I

1 INTRODUÇÃO

1.1 Considerações iniciais

O conceito de mito é útil à psicanálise e fornece elementos de ordem prática, considerando sobretudo a possibilidade do seu uso no trabalho clínico.

A psicanálise localizou a presença do mito como uma condição real, atuante e atual no inconsciente.

Freud (1912/1976) concebe o inconsciente-não apenas como um reservatório, uma espécie de arquivo do aparelho psíquico, um espaço tópico reservado unicamente ao reprimido - mas também como um sistema dinâmico e criativo, portador do acervo histórico e pré-histórico da mente humana.

A condição fundamental que determina, no inconsciente do homem, uma relação entre o mito e os mecanismos da transferência, descobertos por (FREUD, 1912/1976), é que tudo o que o homem faz está igualmente referido a um tempo de origem. Por isso a psicanálise valoriza sobretudo a experiência do nascimento, as assim chamadas primeiras relações de objeto. Na verdade, a experiência primária é o desenvolvimento intra-uterino. É o tempo das origens, um tempo muito forte e que vai ser, de muitos modos, revivido pelo resto da vida. Através do mito estabelece-se a possibilidade do eterno retorno, o que na vida psicológica irá assumir as formas múltiplas da relação transferencial.

Para Dupuis (1794) entre o homem e a natureza há um vínculo que se traduz em emoções. Esse vínculo era como uma espécie de cordão umbilical que ligava o homem ao universo no qual vivia e do qual como a própria imagem sugere, ele é extremamente dependente. Essa concepção naturalista de Dupuis levou-o a achar que, em qualquer biografia dos deuses (em todas as mitologias, inclusive a cristã), havia alegorias relacionadas aos astros.

Para Malinowski (1926) o mito, numa sociedade primitiva, ou seja, na sua original forma viva, não é simplesmente a narração de uma história, mas é a realidade vivida.

Foi Cassirer (1955) um dos filósofos modernos que mais contribuiu para considerar o mito dentro de uma concepção criativa. O passado se converge para o presente; esta é uma realidade implícita na essência das experiências míticas. O resultado de todos esses estudos é que, aos poucos, foi ocorrendo uma composição conceitual mais ampla e o mito deixou de ser focalizado como um fenômeno pertencente exclusivamente às culturas clássicas e mais antigas; o foco de seus interesses foi se deslocando também para o estudo dos povos primitivos e atuais.

Elíade (1972), uma mitóloga moderna, considera o mito uma verdadeira codificação da religião primitiva e da sabedoria prática.

Freud (1905/1976) teceu comentários sobre o mito da caverna, de origem dos seres humanos e do amor, narrado no *To Symposium*, Banquete de Platão, (347 a.C.,1950) trazido pelo grande filósofo grego em sua segunda fase. Conta que existia uma natureza humana de outrora, constituída de três sexos humanos: o masculino, o feminino e o andrógino (formado pelo masculino e o feminino). Esses seres possuíam quatro braços e quatro pernas, uma só cabeça com dois rostos opostamente colocados, quatro orelhas e dois órgãos de reprodução. O masculino era descendente de Hélio, Sol, o feminino de Géia, Terra e o andrógino de Selene, Lua. Seus corpos eram esféricos em sua forma e em sua movimentação. Eram robustos, vigorosos e corajosos: tão corajosos que resolveram escalar até o céu e atingir as instâncias divinas e igualar-se aos deuses. Zeus e as demais divindades enfureceram-se com tamanha ousadia e resolveram então, punir esses seres e assim procederam: dividiram esses seres ao meio como cortam-se as frutas, curaram suas feridas, viraram seus rostos e costuraram suas peles, deixando uma pequena cavidade -o umbigo- para memória do castigo. Assim, seccionada a natureza humana, esses seres repartidos, passaram a buscar, incessantemente, a metade perdida e o retorno à união, que poderia trazer de volta a completude narcísica.

Somos portanto, seres que habitam corpos por onde pulsam ideais de Integridade, de Totalidade, de Re-união, de Retorno: corpos por onde percorrem desejos de amor. Buscamos amar, procuramos nossa outra metade, mas desde que seja para encontrar o que é bom e belo, desde que seja para criar a natureza.

Percebemos que é pelo encontro dos sexos que dois mundos autônomos e antagônicos, em essência, confrontam-se e completam-se, e em virtude mesmo dessa diferença, criam um terceiro mundo de extrema complexidade, que os transforma para sempre e os coloca em eterno elo espiritual, com a constituição da família nuclear.

1.2 Gravidez e parto - Aspectos psicológicos

O par unido em um ato de amor, na interioridade de seus corpos, duas unidades vivas, ativas, independentes, encontram-se e encenam a concepção, unindo-se ao sabor dos misteriosos desejos das profundezas libidinais. Uma, o espermatozóide, correndo contra os obstáculos para se alojar no óvulo e este, em sua existência circular, receptivo às inúmeras possibilidades que o mundo exterior venha a lhe ofertar (WILHEIM, 1998).

O desejo de se enlaçar para produzir um filho ou o ato de amor em busca do prazer, pode abrigar uma diversidade de motivos, mas sempre serão calcados nos antecedentes do par e atualizados nas vivências da sexualidade e da ternura. Muito antes do próprio nascimento, cada ser humano traz em si uma história que o antecede, construída pelos seus familiares e delineada pelos contextos sociais e culturais nos quais se insere a novela de suas vidas.

Quando uma mulher ou um casal engravida, mobiliza-se uma série de processos de natureza biológica, psicológica e sócio-cultural correlatos e concomitantes, nem sempre harmônicos entre si, como seria desejável (NAVAJAS, 1998).

Além disso, as recordações dos próprios nascimentos durante a gestação de um filho, reativam as lembranças de eventos significativos, felizes ou dramáticos, relacionados com histórias de concepções principalmente reconhecidas no âmbito familiar, ou seja: a mãe ficando grávida, explicações sobre uma gravidez, o nascimento de um irmãozinho e outros.

Instalada a gravidez, urge construir-se o “ninho” - organização de um espaço físico e de um estado mental de acolhimento ao filho, o que gera uma movimentação intensa de emoções, marcando a trajetória do casal, que ora procede à individuação, ora firma-se como entidade em reestruturação existencial.

Quando a família já se acha constituída, ao se multiplicar, terá que dividir o “ninho” para acolher mais uma semente que germinará para a preservação da espécie, dando assim prosseguimento à sua vida cotidiana.

Com a prática de nossa atuação como Psicóloga Clínica e Hospitalar às gestantes, vimos notando que as alegrias e os prazeres iniciados num ato de grande compatibilidade afetiva, muitas vezes se diluem em pensamentos articulados a fantasias que desvinculam a felicidade, quando agregados a uma realidade de vida, crua, seja pelo diagnóstico de uma gravidez de alto risco, fonte de grandes sofrimentos, ou pelo medo da dor ou pela ausência de

entrosamento na dinâmica familiar, dificuldades financeiras e outros que contrariam as fantasias do ato sublime de nascer bem e perfeito. Sobrevêm muitas vezes sofrimentos que privam a gestante e a família de manter expectativas que iriam coroar o nascimento do RN com louros de sucesso.

Dentre esses sofrimentos destacou-se a repercussão da notícia de uma gravidez de alto risco, com o diagnóstico de DG. Em nossa pesquisa, que dá origem à esta tese de doutorado sempre nos propusemos a estudar, refletir e questionar, entre os aspectos psicológicos e psicodinâmicos, a ansiedade que acompanha a gestante no momento em que recebe a notícia de uma gravidez que lhe permite a sua realização como mulher, o desabrochar de sua feminilidade, dentro de um contexto de alto risco por se tratar de uma gestante com o DG.

Reiniciamos a nossa investigação, pesquisando em Freud (1906/1976) e deparamo-nos com a afirmação de que a ansiedade como “um sinal” é a resposta do ego à ameaça da ocorrência de uma situação traumática. Tal ameaça constitui uma situação de perigo. Os perigos internos modificam-se com o período de vida, mas possuem uma característica comum: envolvem a separação ou perda de um objeto amado ou uma perda do seu amor - uma perda ou separação que poderá, de certa maneira, conduzir a um acúmulo de desejos insatisfeitos e, dessa maneira, a uma situação de desamparo. No tópico “Ansiedade, Dor e Luto” de “Inibições, Sintomas e Ansiedade” Freud (1926/1976, p. 164) se questiona “quando a separação de um objeto produz ansiedade, quando produz luto e quando produz, pode ser, somente dor?”. Freud afirma que se uma representação de objeto que esteja altamente catexizada pela necessidade instintual e a impossibilidade de inibir o processo catexial gera dor e não ansiedade, isso se deve ao alto nível de catexia e de “ligação” que predomina enquanto ocorrem a esses processos que conduzem a um sentimento de desprazer. Conforme nos remete Gil (2005), havia sido a partir da publicação do texto intitulado “Luto e Melancolia”, em 1917, que Freud criara as bases mais profundas para a compreensão do estado de sofrimento psíquico que é denominado depressão.

Neste artigo, Freud (1917/1976) fez uma distinção entre o processo de luto e a melancolia. Para ele, o luto relaciona-se com a perda real de um objeto amado para o qual se direcionava a libido e que, face à realidade imposta, teve de ser gradualmente desligado até que, concluído o trabalho de luto, o “ego fica outra vez livre e desinibido”. Assim, embora carregado de sofrimento, o luto é, para Freud, uma condição não patológica e que deve ser superada com o tempo. O autor descreve da seguinte maneira os traços melancólicos:

Os traços mentais distintivos na melancolia são um desânimo profundamente penoso, a cessação de interesse pelo mundo externo, a perda da capacidade de amar, a inibição de toda e qualquer atividade e uma diminuição dos sentimentos de auto-estima a ponto de encontrar expressão em auto-recriminação e auto-envelhecimento, culminando numa expectativa delirante de punição (p. 276).

Freud desenvolveu a idéia de que no estado melancólico existe uma perda do objeto de amor desvinculada de uma perda real e vinculada a uma perda relacionada ao ego, pois é este que se empobrece e esvazia-se, ao contrário da condição de luto, em que é o mundo que passa a ter estas características. Esta “diminuição dos sentimentos de auto-estima” à qual Freud refere-se na melancolia diz respeito a uma “insatisfação com o ego”, que traz para si ataques ou acusações que devem ser feitos ao objeto de amor, mas que acabam sendo deslocados para o ego do indivíduo. Neste processo, há uma identificação do ego com o objeto abandonado “e a libido, em vez de ser deslocada para outros objetos, é direcionada para o próprio ego do indivíduo”. Freud diz, ainda, que esta identificação com o objeto apoia-se em uma base de escolha objetal narcísica (FREUD, 1917/1976, p. 282).

Freud mostra, portanto, que a perda do objeto pode manifestar-se em ansiedade, luto ou dor. Bleichmar (1983) aponta que na depressão pode haver a tristeza sem haver inibição, predominando o contrário, a excitação psicomotriz. É o que se vê na depressão ansiosa ou agitada. Ao sentir a aproximação do parto consolidamos nossa vinculação à gestante de alto risco com **DG** por ser um dos momentos, quando os níveis de ansiedade podem se tornar exacerbados. Os obstetras optam preferencialmente por um parto cesárea antecipado e a conseqüente prematuridade do **RN**.

O parto é uma experiência visceral de separação. O nascimento proporciona simultaneamente um encontro e uma despedida. Se há uma oportunidade de elaboração dessa despedida, muitos desconfortos podem ser superados (SZEJER 1995).

A própria Organização Mundial da Saúde (OMS) afirma que deve existir um motivo válido para se interferir nesse processo natural, que habitualmente é tão bem conduzido, no caso de um parto prematuro ou uma cesárea a termo (FRAIGE 2004b).

O trabalho de parto pré-termo, definido como aquele que se inicia entre a 22^a e a 37^a semanas de gestação, representa em Obstetrícia, grave ocorrência, visto ser uma das causas principais de elevadas taxas de mortalidade perinatal. Estima-se que 75% das mortes de **RNs** se devam ao final pré-termo da gestação (LIPPI, 1995).

Após o parto, mãe e recém-nascido estão em boas condições. Os pais e os familiares, normalmente, se unem em regozijo pela chegada do sonhado filho (SZEJER, 1999).

Com frequência observa-se que a maior parte dos trabalhos realizados mostram que a antecipação do parto pode ser advinda da ansiedade materna e do estresse emocional, acarretado pela ocorrência de vivências significantes, na maioria das vezes desprazerosas durante o ciclo gravídico.

Conseqüentemente, os sentimentos de ansiedade, relatados pelas pacientes revelam uma resposta do organismo em torno de uma situação que exige da mulher, na condição de gestante, esforço consideravelmente maior: o ser mãe (BARTILOTTI, 1998).

Quando se trata de uma gravidez de alto risco, cuja indicação é um parto cesareana¹, as raízes de um intenso sofrimento estão atreladas à internalização de histórias terríveis com relação ao parto, o medo da morte, simbolizado pela passagem da vida intra-uterina para a extra-uterina, a identificação com a imagem da mãe sofredora que padece para dar a luz, são fatores que intensificam o medo e contribuem para a tendência a lutar contra as contrações, ao invés de acolhê-las como um novo ritmo do corpo que se prepara para dar ao bebê a passagem para uma nova vida. O clássico circuito do medo-tensão-dor se realimenta continuamente, gerando desconforto e muita angústia (MALDONADO 1992, p. 211).

Para Freud (1911/1976), a fantasia está muito próxima do devaneio. Ela é uma idéia de satisfação de desejo que entra em ação, quando a realidade externa é frustrante. Basicamente uma fantasia consiste num desejo inconsciente trabalhado pela capacidade do pensamento lógico, a fim de dar origem a uma expressão disfarçada e a uma satisfação imaginária do desejo pulsional. Os fenômenos que Freud descreveu sobre esta epígrafe representam em nosso entender que as fantasias são um ponto de convergência de impulsos e de defesas.

Desde o princípio, na concepção de Klein, as fantasias têm tanto um aspecto de satisfação de desejo como um aspecto defensivo, uma vez que a cisão e a projeção, que são mecanismos de defesa, são também expressas por meio de fantasias, assim como o são os impulsos (SEGAL, 1964/1975). O próprio fato de fantasiar é uma defesa contra realidades dolorosas.

¹ Pela definição da Organização Mundial da Saúde **OMS (1996)** parto normal é “aquele de início espontâneo, de baixo risco no início do trabalho de parto e assim permanecendo durante o pré-parto e parto”. A criança nasce espontaneamente em apresentação cefálica entre 37 e 40 semanas de gestação.

Desenvolvendo e aprofundando a obra de Freud, Klein (1923/1970), afirma que, as fantasias inconscientes não são tanto um compromisso, mas a expressão tanto de impulsos como de defesas. Entretanto, há outra ligação importante a ser feita entre a fantasia inconsciente e a estrutura da personalidade. Pensando no modelo estrutural de Freud, Segal (1957/1993), afirma que o superego é uma estrutura resultante da fantasia de ter introjetado um objeto; e a natureza deste objeto, posto para dentro em fantasia, é determinada não somente pela realidade do objeto, mas também pelas projeções dos impulsos da criança. Tal projeção, realizada em fantasia, resulta na criação de um objeto interno em fantasia.

Podemos ver a fantasia inconsciente e as estruturas que se desenvolvem a partir delas, como determinantes da estrutura básica e do caráter da personalidade, como a matriz de nossa estrutura e vida mental (SEGAL, 1957/1993).

O RN prematuro não corresponde às fantasias maternas de um filho saudável e lindo. Esta frustração gera ansiedade e o grau de ansiedade materno varia de acordo com os primeiros objetos arcaicos internalizados e a estrutura de sua personalidade.

Tomando a concepção de Klein, a razão pela qual as fantasias são comuns a todos os seres humanos não é o fato de reproduzirem alguns acontecimentos reais do passado pré-histórico, mas de compartilharmos um dote pulsional comum e modos comuns de lidar com ele. Toda atividade de fantasia pertence ao ego, e algumas das diferenças entre as concepções sobre fantasia centram-se sobretudo em diferentes concepções de ego arcaico (SEGAL, 1957/1993).

Na concepção de Klein, desde o início da vida há ego suficiente para experimentar ansiedade, formar algumas relações objetais em realidade e fantasia e usar defesas primitivas (SEGAL, 1957/1993).

1.2.1 Aspectos psicológicos da mulher grávida

A depressão narcisista é aquela causada por não se atingir a identificação com o ego ideal (BLEICHMAR, 1983). Segundo Zimerman (1999) um indivíduo com organização narcísica sente-se em permanente estado de sobressalto diante da possibilidade de não corresponder às fortes exigências vindas de dentro ou de fora de si mesmo. Tomado o

referencial de Kohut o autor considera dois aspectos do narcisismo: o *self* grandioso que corresponde ao ego ideal e a imago parental idealizada que corresponde ao ideal do ego, o qual resulta do próprio ego ideal projetado nos pais, acrescido das expectativas do próprio narcisismo destes.

O ego ideal pode ser considerado a representação de um personagem que possuiria os atributos de máxima valorização (beleza, poder, coragem, inteligência, etc.). O negativo do ego ideal está situado sobre o mesmo eixo que ele, porém, no lugar de menor valorização da escala. O colapso narcisista que leva à depressão aguda, se constitui em uma derrota na comparação com o ego ideal que não se pode alcançar. A constituição de um ego ideal é condição necessária para a existência do colapso narcisista: pela presença de pais idealizadores, se constitui o ego ideal e a identificação com o mesmo, o colapso é a perda de tal identificação. É a consciência crítica que compara o ideal com o ego considerado real, representação que o sujeito faz de si no plano dos valores. Há indivíduos que nem têm metas inalcançáveis, simplesmente almejam ser como os demais, porém a representação que têm de si não é suficiente sequer para satisfazer essas exigências, resultado de identificação com figuras desvalorizadas (BLEICHMAR, 1983).

Gil (2005) remete-nos a Zimerman (1999), que ao falar sobre as depressões, enfoca de modo mais direto a depressão melancólica em suas diversas formas e graus de manifestações clínicas. Utilizando-se do conceito freudiano da libido, que se desloca para o ego em consequência da perda do objeto de amor, o autor descreve que estas perdas podem dar-se em três níveis: perda de objetos necessitados (ambivalente, amados e odiados), que ocorrem quando a perda real ou fantasiada do objeto bom deixa o indivíduo sob domínio do objeto mau dentro de si, gerando desamparo; perda de objetos reassuradores da auto-estima, que ocorre quando há a perda da pessoa que assume para o indivíduo o papel de fonte de amor e valorização; por fim, ele refere-se às perdas que geram depressões reativas: por exemplo, perda de objetos (aposentadoria, pessoas que envelhecem ou mesmo morrem ao seu redor, etc.) ou ainda, perdas de atributo do ego (beleza, memória, agilidade de raciocínio, etc.).

Neste processo, existe a tendência de projetar aspectos positivos do indivíduo em outras pessoas (identificação projetiva), de forma a idealizá-las, sendo que o ego acaba, em consequência disto, ficando pobre e vazio.

É destacado, também, o papel do sentimento de culpa associado aos quadros depressivos. Para o autor, a origem deste tipo de sentimento deve-se, principalmente, à “presença de um superego rígido e punitivo” (geralmente características de indivíduos

organizados de forma mais obsessiva) “ao ódio do ego contra o id (colisão entre sistemas devedores do ego e pulsões contrárias), às culpas imputadas pelos outros, culpa relativa à obtenção de êxito decorrente da descrença do ego em suas próprias capacidades reparatórias” e ainda à “assunção das culpas dos outros”, quando o indivíduo direciona a si mesmo sentimentos de ódio e culpa, que na verdade deveriam ser dirigidos a outra pessoa (ZIMERMAN, 1999, p. 219-220).

Freud (1933/1976) diferencia as concepções entre desejar um filho e desejar ser mãe. Esclarece que são momentos diferentes vividos pela mulher; o desejo de ser mãe é fruto do processo de identificação com a própria mãe, do tempo anterior à castração, no qual o amor da mãe era visto como incondicional e infinito. O desejo de engravidar está presente desde as brincadeiras de criança. A mulher encara o filho como uma extensão de si própria (SZEJER; STEWART, 1995).

A partir da teoria freudiana (FREUD, 1924/1976) o desejo de ter um filho estaria atrelado aos fantasmas infantis da castração e do mito do Complexo de Édipo.

Nesse contexto, Sales (2000), explica que o desenvolvimento psicosssexual feminino, no Édipo, admite que a menina construiria a fantasia de realização do desejo de ter um filho. A figura materna é concebida como um objeto que não está completo por lhe faltar o falo. É nesse momento que a menina se afasta da mãe e passa a desejar o pai, possuidor do falo. A menina passa a desejar aquilo que preencherá a falta do desejo da mãe. Sendo assim, ela conseguiria repor aquilo que lhe falta se o pai lhe desse, como deu à mãe, um filho, como se o pênis, em compensação, fosse igual a um filho.

Ao perceber que o pai não lhe dará o pênis, a menina vê-se frente a três possibilidades; sublimar a falta do pênis, ou obtê-lo de um homem (identificando-se com a feminilidade) ou continuar buscando-o invejosamente, estabelecendo um complexo de masculinidade. A resolução para a menina se finda no desejo e na identificação de ser como a sua mãe e com isso engravidar (PEREIRA, 2000).

Segundo vários autores, o interdito do incesto coincide com a inscrição de uma ausência fundadora do mundo interno e corresponde, ao mesmo tempo, à garantia de que os pais não constituem uma presença permanente. De um outro lado, o mundo social organiza-se em torno da interdição de matar o seu semelhante, de fazer deste um ausente: a presença do outro é requerida, em particular a sua estranheza. Essa garantia contra a supressão do outro constitui a base da vida social e do vínculo.

Os aspectos psicológicos da mulher grávida, pensados a partir da leitura de Winnicott (1981) levam a buscar “flashes” que envolvem a sua história na pré-gestação e na própria gestação, porque a gravidez para a mulher reflete toda a sua fase anterior à concepção, suas experiências pessoais com as figuras parentais e as relações subseqüentes à triangulação edípica (BRAZELTON; CRAMER, 1989).

Por outro lado, observamos que a mesma dependência, aliada à grande intimidade estabelecida entre a mãe e a filha, despertam amor, carinho e grande afeição. Assim, a menina desdobra as imagens dessa relação primitiva e inconsciente e incorpora as figuras da “mãe boa”, protetora, nutridora, cuidadosa e amorosa, e da “mãe má”, vingativa, perseguidora e cruel, com reflexos no seu desejo de ser mãe.

Na gravidez, essas lembranças inconscientes ressurgem fortemente e, por esses mecanismos inconscientes, a predominância de uma imagem sobre a outra condicionará a evolução clínica da própria gravidez.

A idéia de ter um filho até o momento do nascimento, afeta não só a mulher, mas acarreta repercussões importantes no marido, nas pessoas ao redor, em sua família e em grupos sociais dos quais a dupla participa.

A mulher, sentindo-se apta para gerar um filho lindo e saudável, passa a viver um estado narcísico - fusional, em que o bebê é considerado parte de seu corpo. É nesse momento de investimento libidinal materno que surge o bebê imaginário, portador de seus sonhos, expectativas e objetos de fantasias (WINNICOTT, 1989/2006; CAMAROTTI, 2000).

Em nossa cultura, a gravidez quando aceita, gera grande euforia. Ela realiza e reafirma a concretização de um papel biológico essencial, tanto para a perpetuação da espécie quanto para a afirmação da própria feminilidade.

Ampliando essas concepções, Politzer (1928) elaborou um extenso trabalho no qual demonstra que a face verdadeiramente revolucionária da psicanálise residia no ter percebido que todas as condutas humanas, mesmo aquelas aparentemente mais estranhas, têm sempre um sentido psicológico. Este sentido está sempre ligado à vida humana, não enquanto fenômeno biológico, mas biográfico, vincular e dramático. Tal proposta, formulada a partir de uma reflexão filosófica fenomenológica, guarda afinidades com idéias defendidas por Bleger (1975).

Sabemos que uma vez constatada a gravidez, o casal deverá investir em conhecimentos através de leituras, consultas à Internet, frequência a cursos preparatórios para

mães e pais, que irão preparar-lhes por quarenta semanas para a nobre função de gestar, de acolher já no útero materno nidificado o fruto amalgamado de um momento de prazer, na expectativa de que a colheita se faça profícua.

Desta forma o casal irá se deparar com um grande desafio na conjugação de suas diferenças e de suas experiências de vida, para criar uma nova pessoa geneticamente diferente deles, criada em outra época e em outras condições da maneira mais harmônica possível.

Caplan (1964) trata a gestação como um período de perturbação emocional da mulher e na própria família. Para este autor surgem problemas que desestruturam a ordem estabelecida e requerem novos mecanismos de adaptação social. Durante o ciclo gravídico-puerperal, tudo é de natureza processual.

Na gestação, as sensações proprioceptivas e as que chegam através dos órgãos dos sentidos apresentam-se especialmente investidas, produzindo ricas associações entre os alimentos, aromas, cores e texturas, e as vivências do prazer, repulsa ou descaso que imaginativamente os acompanham. Sensações provenientes dos movimentos do feto também estimulam a imaginação das gestantes, que ora os compreendem como diversão e deleite, ora como reação hostil do feto frente a uma experiência emocional da mãe. É muito comum na gestante o medo de dano emocional ou físico ao feto, conseqüente à descarga de suas próprias emoções (WINNICOTT, 1949/1988).

A gravidez em si, o desenvolvimento do feto, as alterações neuroendócrinas, metabólicas e clínicas, bem como seus correlatos vivenciais, tais como o desenvolvimento e aceitação do papel de mãe, as alterações graduais da geografia corporal e a interrupção abrupta desses processos no pré-parto e parto, são também vividos como os momentos de maior ansiedade, fantasias e expectativas (NAVAJAS, 1998).

Alterações emocionais na gestante, podem constituir fontes de doenças impressas na dimensão somática ou psíquica, cabendo ao obstetra a identificação, a condução e o encaminhamento psicológico (TEDESCO et al., 1998).

Para Langer (1981) durante os primeiros meses de gravidez, a mulher vive um conflito de ambivalência, o que se expressa em vômitos e desejos. A necessidade de afirmar a gravidez coexiste com o desejo contrário de expulsar o feto ou o que este representa para o seu inconsciente.

Estas conclusões de Langer (1981) foram confirmadas por Soifer (1971/1992) que se refere aos significados psicológicos dos diversos sintomas presentes na gestação e considera

que as náuseas e vômitos que coincidem com a ansiedade determinada pela incerteza da existência da gravidez, exprimem um conflito de ambivalência.

Felice (2000) traz uma ampliação dessas idéias ao colocar que todos os mecanismos orgânicos presentes na gestação participam de modo preponderante no psiquismo inconsciente. Assim, a sonolência, por exemplo, indica que se iniciou a regressão na mulher, que assume as características de uma identificação fantasiada com o feto.

A crise no ciclo gravídico-puerperal é caracterizada pela reativação dos conflitos da mulher com suas figuras parentais. Não podemos nos esquecer de que a grávida foi, por sua vez, filha e que é do conjunto e da constelação de sentimentos hostis e amorosos da mulher para com seus pais e, em particular, para com sua mãe, que se pode prever o curso psicológico da gestação atual (DEUTSCH, 1951).

No período gestacional as mudanças psicológicas e do perfil do corpo da mulher são uma preparação para a maternidade e para as necessidades do feto. A gestante poderá vir a se sentir cheia, completa, vindo até a sentir, pela nova arquitetura de seu corpo que, além de produtivo, ele é poderoso. Sendo assim, no pós-parto passa a amar, amamentar e nutrir o seu filho sem sentir-se libidinalmente vazia (SZEJER; STEWART, 1995).

Berne (1988) considera que a psicologia da mulher grávida se desenvolve paralelamente às mudanças fisiológicas em seu corpo. Nos primeiros meses de gravidez, o feto permanece psicologicamente fundido com a mãe, como parte integral dele. Este processo é reforçado pelo fato de que o feto normalmente representa partes do *self* amado, gerando a necessidade de manter a união simbiótica com ele. Com o passar do tempo, a crescente carga física e psicológica do feto maduro, além das ansiedades geradas pelas expectativas da aproximação de um parto de alto risco, leva à percepção cada vez maior, por parte da gestante diabética, do ser humano separado que existe dentro dela. Desta forma inicia-se com muita ansiedade, a preparação psicológica para que ocorra a separação fisiológica - o parto.

Freud (1926/1976) mostra que a perda do objeto pode manifestar-se em ansiedade, luto ou dor. Em uma conferência sobre a ansiedade, Freud (1932/1976, p. 107) retoma o tema expressando a opinião de que a ansiedade, na medida em que se constitui em estado afetivo, é a reprodução de um evento antigo que representou uma ameaça de perigo: a ansiedade serve ao propósito de auto-preservação e é sinal de um novo perigo; surge da libido que se tornou de algum modo não utilizável e também surge durante o processo de repressão; é substituída pela formação do sintoma. Em nossa investigação, passamos a perceber que na grávida, aos

componentes psicológicos anteriores e atuais, somam-se adaptações emocionais decorrentes do estado gravídico, especialmente quando se trata de uma gravidez de alto risco. Os componentes emocionais anteriores ou pré-existentes são as vivências emocionais acumuladas; têm caráter estritamente pessoal e determinam as características de personalidade e comportamento. É a história de vida da gestante dentro do seu contexto de vida familiar.

Vários autores se referem a algumas características intrínsecas à constatação de uma mudança nos papéis dentro da família: os filhos passam a ser pais, os pais passam a ser avós, os irmãos serão tios o que implicará em relações interpessoais também diferentes. Ocorre nesse momento o medo do desencontro no relacionamento conjugal, pois os papéis, as responsabilidades, as formas de ver o mundo, se tornam bem diversas (MALDONADO et al., 2000).

Torna-se evidente a influência do núcleo familiar, formado pelo companheiro e filhos, sobre a grávida. O papel de pai nos permite identificar diversos tipos de comportamento paterno, todos condicionados à disponibilidade interna para a paternidade. Assim há o pai participante, isto é, aquele que vive intensamente a gravidez da mulher, acompanhando atento e afetivamente a evolução gestatória; o pai sufocante e obsessivo, interessado na gravidez e não na grávida. Questionador, assume papel policaresco, classificando-a de descuidada ou negligente diante de fatos sem importância: é o “ dono da gravidez”; o pai omissor que se exclui, alegando ser a gravidez de responsabilidade da grávida e do obstetra e justificando a omissão pela carga de trabalho ou dedicando-se a outras atividades; o dependente, que passa a exigir da grávida atitudes e atribuições de funções antes executadas por outros; por vezes manifestam enfermidades com sintomatologias injustificadas, que solicitam atenção da mulher ou de médicos. Há ainda o competitivo, caracterizado por homens que não toleram seu sentimento de condição secundária; às vezes expressam-no com atitudes agressivas (TEDESCO, 1997, p. 353).

Se marido e mulher se encontram em harmonia, as raízes mais profundas desse relacionamento, referem-se à gratificação que o homem alcança pelo fato de dar um bebê à mulher, vê-la feliz em companhia do filho e assim, sem sentimento de culpa, identificar-se com ela no ato de gerar e de amamentar os filhos e também no relacionamento com os filhos mais velhos. Muitas são as satisfações que ele obtêm, de qualquer modo, do fato de se sentir capaz de ser um pai bom (KLEIN, 1967/1975).

A pressão exercida sobre a grávida pelo núcleo familiar ampliado, (pais, irmãos, sogros, tios primos, etc.) embora desapercibida e, muitas vezes involuntária, é explícita.

Frases como “cuidado com o meu neto” “você não deve subir escadas” “você não pode se esquecer de ir ao médico”, expressam cuidado quando ditas ocasionalmente; porém, quando repetitivas, tornam-se cobrança e causa de desconforto psíquico e de aumento de ansiedade (TEDESCO, 1997, p. 354).

Os eventos estressantes de vida como o luto por perda familiar, quedas financeiras, acidentes, doenças, desconfianças, surgindo durante a gravidez, são sérios complicadores para a estabilidade psicológica da grávida.

Na medida em que a mulher moderna está cada vez mais longe dos instintos e cada vez mais próxima dos comportamentos ditados pela cultura através dos meios de comunicação, muitos fatores existem para bloquear a euforia, substituindo-a parcial ou totalmente por ansiedade e angústia (CURY, 1997).

Para a mulher atual, o leque de fontes de angústia decorrentes da gestação ficou sensivelmente mais amplo. Tendo um mundo de possibilidades de realização pessoal diante de si, muito além da realização no papel de mãe, a mulher atual tende a viver a gestação não apenas como limitação física temporária, mas como uma perspectiva de limitação existencial permanente. A gravidez pode assumir em um dado momento o significado de impedimento definitivo da realização de uma formação profissional, ou de uma viagem muito desejada, ou de ascensão na carreira. Pode ainda ser vivida como perda de atributos corporais, mas também perda de ideais e projetos pessoais que aparentemente ficam inviabilizados pela maternidade (RICHELMANN, 1998, p. 48).

Nos dias atuais, a gama de atividades do que se chama Psicossomática e da Psicologia Médica abrange o ensino ou a prática de todo tipo de fenômenos de saúde, incluindo a gravidez, as interações entre as pessoas, como as relações profissionais-pacientes, as relações humanas dentro de uma família ou de uma instituição de saúde, a questão das doenças agudas e crônicas, o papel das reações adaptativas ao adoecer, à invalidez, à morte, os recursos terapêuticos extraordinários (MELLO FILHO, 1992).

1.2.2 Aspectos psicológicos da puérpera

Freud (1914) descreve o primeiro contato entre a mãe e o filho como o modelo do narcisismo primário, ou seja, como, uma etapa do desenvolvimento da personalidade. Para Klein (1923/1970) os primeiros contatos entre a mãe e o seu filho são imprescindíveis para o desenvolvimento psíquico do indivíduo.

Klein (1935/1980) fez uma referência significativa à conexão entre ansiedade e culpa, sinalizando a culpa como variante topográfica da ansiedade, estabelecendo uma diferença entre as duas formas principais de ansiedade- ansiedade persecutória e ansiedade depressiva. Explica que a ansiedade persecutória se relaciona predominantemente com o aniquilamento do ego, já a ansiedade depressiva está sobretudo relacionada com o dano causado aos objetos amados, internos e externos, pelos impulsos destrutivos do sujeito. A ansiedade depressiva tem muitos conteúdos, tais como: o bom objeto é danificado, está sofrendo, encontra-se num estado de deterioração; converte-se num mau objeto: é aniquilado, está perdido e nunca mais aparecerá. A autora considera que a ansiedade depressiva está intimamente vinculada à culpa e à tendência para fazer reparações.

As perseguições e exigências dos objetos mais interiorizados; os ataques recíprocos desses objetos (especialmente os representados pelo coito sádico dos pais); a urgente necessidade de cumprir as exigências muito estritas dos objetos “bons” e de protegê-los e aplacá-los dentro do ego, com o ódio do id que daí resulta; a constante incerteza sobre a “bondade” de um objeto bom, o que faz com que este se transforme depressa em objeto mau – todos esses fatores se combinam para produzir no ego a sensação de estar sendo presa de exigências impossíveis e contraditórias que surgem de dentro, condição esta que se sente como “má consciência” (KLEIN, 1934/1981, p. 362).

Referindo-se à culpa, completa o seu pensamento, afirmando que a ansiedade depressiva e a culpa desempenham um certo papel nas primitivas relações objetais da criança, isto é, na relação inicial com o seio materno. A amamentação ajuda a mulher a superar as angústias de ter atacado o seio materno, pois no inconsciente o leite benéfico e nutritivo que ela dá ao filho representa a prova de que suas fantasias sádicas ao seio materno não se concretizaram (KLEIN, 1932/1980).

Para a autora, a posição depressiva é o ponto central do desenvolvimento da criança e, ao longo de sua vida, irão ocorrer ansiedades de cunho paranóide relacionadas à posição

depressiva (ambivalência, culpa, situações de perda), que podem levá-la à depressão. Assim, para Melanie Klein, o estado depressivo tem sua base no estado paranóide:

Considero o estado depressivo como sendo o resultado de uma mescla de ansiedade paranóide, sentimentos de desespero e defesas relacionadas com a perda iminente de todo o objeto amado [...]. A meu ver sugiro que exista um estado de depressão, seja em caso de indivíduos normais, de neuróticos, de maníacos-depressivos ou em casos mistos, existem sempre este agrupamento específico de ansiedades, de sentimentos de desespero e de mecanismos de defesa que aqui tenho descrito sob o rótulo de situação depressiva (p. 372).

Gil (2005) nos mostra que Melanie Klein, em o “Luto e a sua Relação com os Estados Maníacos-Depressivos” (1940/1981), retoma as colocações de Freud (1917/1976) em “Luto e Melancolia” e aponta que o fato de ter-se estabelecido um bom objeto internalizado é o que dará suporte e ajudará a vencer a dor advinda de uma perda real. Assim, na iminência do luto, há a introjeção do objeto amado que foi perdido, mas há também a presença dos objetos internos, aos quais dirige seu amor e que sente que perderá. Neste sentido, o trabalho do luto estará, portanto, intimamente relacionado à própria reconstrução do mundo interno do indivíduo. Aquele que não conseguir estabelecer bons objetos internos, não conseguindo superar a posição depressiva infantil, poderá vir a apresentar um quadro de luto patológico ou ainda um estado maníaco-depressivo.

Quando o RN é saudável, a mulher torna-se calma, percebe que a nível inconsciente as suas fantasias destrutivas não prejudicaram o bebê. Para Winnicott (1982) esse estado de regressão narcísica, de sensibilidade aumentada em que a mulher se envolve um pouco antes do nascimento do seu filho é tido como o instrumento facilitador, para que ocorra a *Preocupação Materna Primária*.

Esse termo, tecido por Winnicott (1956/2000), designa o estado preocupado da mulher, característico das primeiras semanas ou meses após o parto, cuja primeira aparição se faz sentir já no final da gestação. A mulher torna-se gradualmente ensimesmada e retraída, deslocando o foco de sua atenção, de todos os seus interesses anteriores, como se os tivesse drenando para o bebê, em harmonia com o que se passa em seu corpo, que agora sustenta o bebê (VAISBERG, 2006).

Nesse momento é necessário que a mãe seja saudável tanto para desenvolver esse estado, quanto para se recuperar dele, quando o bebê a libera. Há uma condição psicológica muito especial, uma dedicação profunda da mãe para com o seu filho, uma vez que ela se

torna muito mais sensível. Através de um processo de identificação com o bebê, ela capacita-se às necessidades de seu filho de uma forma ativa, excluindo temporariamente outros interesses, como que descobrindo quais são as suas necessidades primordiais. A mãe que desenvolve esse estado fornece um *setting* no qual a constituição do bebê pode se mostrar, suas tendências de desenvolvimento podem começar a se revelar e o bebê pode experimentar um movimento espontâneo e dominar as sensações apropriadas a essa fase inicial da vida. Esse estado da mãe é comparado, pelo autor a um estado dissociado, ou ainda a um estado anterior à castração, no qual o amor da mãe era visto como incondicional e infinito.

De acordo com esta tese, uma provisão ambiental suficientemente boa, na fase mais inicial permite que o bebê comece a existir, a ter experiências, a construir um ego pessoal, dominar as pulsões e enfrentar todas as dificuldades inerentes à vida.

Percorrendo a obra de Winnicott, Gil (2005) nos mostra que ele faz elaborações teóricas de um ponto de vista, por vezes, distinto dos autores que o antecederam, embora esteja presente, principalmente nos artigos iniciais, a influência dos conceitos Kleinianos. De certo modo, podemos dizer que Winnicott considerou a depressão sob uma ótica mais saudável e menos patológica, à medida que associa a depressão à capacidade de desenvolvimento e maturação inerente a todos os indivíduos.

Winnicott (1955/2000) desenvolveu, de início, suas idéias sobre a depressão, a partir das contribuições deixadas por Melanie Klein. Neste ponto, ele faz uma distinção entre a *posição depressiva*, que considera um estágio normal e saudável do desenvolvimento e que revela, segundo ele, uma conquista, e a *depressão* ligada a aspectos patológicos.

Na verdade, observamos que, de forma dinâmica e procurando explorar diversas facetas, Winnicott irá considerar em suas reflexões justamente a necessidade de distinguir os aspectos positivos da depressão (fruto da maturidade do indivíduo e resultado da integração do *self*), dos ligados a patologias, embora neste contexto não deixe de considerar e reconhecer o sofrimento psíquico que acomete o paciente deprimido.

A depressão, do ponto de vista patológico, para o autor, estaria ligada a uma sensação de falta de perspectivas e utilidade na vida e, conseqüentemente, a uma despersonalização de vivências de acordo com o desenvolvimento de um falso self², que poderia ocorrer em uma

² Para o autor, o potencial herdado que experimenta a continuidade do ser adquire um modo próprio de existência e constitui o Self central ou verdadeiro. Porém, nas primeiras relações objetais, a mãe pode não conseguir sentir a necessidade do bebê, complementar a sua onipotência e acabar por substituir a satisfação do

etapa anterior à posição depressiva. Assim, concordando com a visão de Melanie Klein, Winnicott considera que, se houver uma boa elaboração da posição depressiva e a introjeção de boas experiências e objetos amados, mesmo não havendo o que ele chamou de *apoio ambiental*, um estado de luto poderá, por exemplo, ser vivido e elaborado (WINNICOTT, 1955/ 2000).

No artigo “A família afetada pela patologia de um ou ambos os pais”, Winnicott³(1965/2001) fala da depressão como “um fenômeno quase universal entre os indivíduos sadios” (p. 77), e uma condição própria de quem conseguiu atingir profundidade em relação aos seus sentimentos e também assumir a sua parte de responsabilidade pelos fatos da realidade. Para ele, a depressão é um sinal de saúde mental, pois se os estágios de desenvolvimento inicial não são elaborados, o indivíduo não consegue sentir-se deprimido.

Numa concepção mais atual sobre a maternidade, Maldonado et al. (2000) explica que a mulher, ao dar à luz um filho prematuro, sofrerá várias ansiedades; interrompe sua relação com o filho dentro de si e deverá se preparar para a possibilidade de deixar a Maternidade de braços vazios, após a sua alta médica, deixando o recém-nascido internado na UTIN.

O medo de perder o filho traz à tona fantasias de morte sempre reavivadas, quando o médico avisa à mãe sobre os riscos que corre um recém-nascido prematuro.

Foi Klein (1937) quem mais utilizou o conceito de pulsão de morte, ao descrever o funcionamento do ego ideal inicial. Assim, em sua concepção, as primeiras satisfações de desejo em fantasia estariam relacionadas não apenas à satisfação alucinada ou fantasiada dos desejos libidinais por um objeto ideal, mas também a todos aqueles desejos originários da pulsão de morte. O processo, descrito por Freud como a deflexão da pulsão de morte pelo organismo, é visto por Klein como uma projeção pelo ego da pulsão de morte para dentro de um objeto, o que dá origem a fantasias de um objeto que é destruído e destrutivo (SEGAL, 1964/1975).

Winnicott (1982) define como privação a situação de crianças que passam a vivenciar fracassos da adaptação materna e que não conseguem repará-los em seu devido

gesto dele pelo seu próprio gesto, gerando submissão, e este é o estágio inicial do que Winnicott denominou de “Falso Self” (WINNICOTT, 1960/1983).

³ Trata-se de um artigo escrito em 1960, a partir de palestra proferida à Association of Child Care Officers e publicado em 1965, como capítulo de “A família e o desenvolvimento individual” (1965/ 2001).

tempo, trazendo conseqüências desastrosas ao psiquismo do filho, interrompendo o “continuar a ser” do bebê, sendo uma ameaça de aniquilamento.

Durante a gestação, sem intercorrências, a sobrevivência do bebê, de certa forma, era garantida pela placenta. Quando nasce, a mãe assume o papel de placenta com relação aos cuidados relativos à nutrição e ao bem estar do seu filho (SZEJER, 1995).

O período pós-parto, ou período puerperal é descrito por Soifer (1986, p. 63) como uma etapa de “delimitação” entre o perdido- a gravidez e o adquirido- o filho. Também de delimitação entre devaneio, fantasia inconsciente e realidade. Estas afirmações respondem a muitas de nossas indagações sobre a ansiedade das gestantes diabéticas.

Maldonado (1984) considera que o período do puerpério é carregado de emoções internas e variadas. A alternância entre estados de euforia e de depressão é o padrão característico dessa fase.

Já Soifer (1986) esclarece que a alternância também está ligada ao parto e tem o significado de uma separação entre dois seres que até então viviam juntos, um dentro do outro. Essa separação desperta na mulher profundas ansiedades que se estruturam sobre a reativação do trauma do nascimento, pela sensação de perda, de esvaziamento, de castração, de castigo pela sexualidade e de defrontação com um desconhecido, o filho.

Para Felice (2000) existe uma relação entre a depressão que ocorre no pós-parto e a perda para a mãe do bebê da fantasia, para entrar em contacto com o bebê real. A depressão nesse período será a mais intensa, quando a quebra da expectativa em relação ao bebê, a si própria como mãe e ao tipo de vida com o filho for muito grande.

Quando se estuda a psicologia do puerpério, tem-se que considerar as questões relacionadas à lactação. Desde que a puérpera com **DG** se sinta em boas condições de saúde, não há nenhuma contra indicação para o início da retirada do leite materno para abastecer o recém-nascido prematuro, sendo estocado em baixa temperatura até por três dias.

Maldonado (1984) afirma que as emoções afetam a lactação por meio de mecanismos psicossomáticos específicos. Assim, calma, confiança e tranquilidade favorecem um bom aleitamento, enquanto que medo, depressão, dor, fadiga e ansiedade tendem a provocar o fracasso da amamentação. Na raiz de muitos casos de ambivalência em relação à amamentação, encontra-se uma profunda dissociação entre maternidade e sexo, sendo a amamentação e o prazer erótico ligados aos seios vividos como incompatíveis.

Knijnik (1985) verificou que as mulheres que optam pela amamentação natural apresentam menos indicadores de agressividade do que as que optam pela amamentação artificial. Para as últimas, a agressividade representa a identificação com uma mãe hostil e frustradora, bem como uma defesa frente às próprias fantasias agressivas projetadas no bebê.

Observamos que tanto o bebê, como a sua mãe, cada um a sua maneira, concordam numa imagem interna, mas é fundamental que eles se transformem num outro radicalmente estranho, para se libertarem de suas imagens internas, como por exemplo, a da mãe primitiva para a mãe, tarefa. A tarefa da mãe permitirá ao bebê livrar-se da alucinação primária. Quando esta alteridade é rejeitada, o bebê só é amado na medida em que é a replica do mundo interno maternal, odiado se não o é.

1.2.3 Aspectos psicológicos da gestante diabética internada no Hospital

As unidades de internação (enfermarias) no Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo, Francisco Morato de Oliveira (IAMSPE) são a essência, a característica principal do hospital. O *hospede* do (latim) *hospite* destinava-se ao abrigo, ao recolhimento daqueles que deveriam ser excluídos da sociedade. Lá permaneciam “morando”, hospedados. Algum tempo depois é que se iniciou a sistematização da assistência ininterrupta, obrigando também a transmissão de conhecimentos visando não só a formação de pessoal, mas principalmente a continuidade e manutenção da atenção dispensada aos “hóspedes” agora pacientes (LAMOSA, 1987).

A ênfase, portanto é de pacientes, residentes 24 horas por dia durante um período variável de permanência. Ocupam involuntariamente seus papéis - fruto de um comprometimento orgânico. Submetem-se a rotinas e normas pouco ou nada individualizadas. Compartilham seu espaço físico, intimidade, emoções com outras pessoas que nem ao menos conhecem- tanto membros da equipe quanto outros pacientes. Estão afastados tanto das tarefas para as quais estão socialmente designados, quanto de pessoas significativas, de suas prioridades pessoais. Apesar de o hospital procurar cada vez mais humanizar-se e particularizar ao indivíduo sua dispensação de cuidados, seu compromisso é com a comunidade, com um grupo de pessoas que são servidores públicos estaduais de São Paulo.

Este é o cenário da atuação do psicólogo clínico em unidades de internação e que, igualmente, pode ser apontado como a essência de seu trabalho em hospital.

O âmago de suas maiores tarefas é em parte, o mesmo daquele que exerce suas atividades em um consultório, ou seja, avaliar personalidade; modificar comportamento; ter acesso a paciente, família e até outros profissionais, entre outras. Mas o trabalho em hospital tem variáveis ambientais, sociais, orgânicas, multicausais e complexamente imbricadas entre si e que não podem ser dissociadas da prática dos outros profissionais da saúde. (LAMOSA, 1987, p. 57).

A fala de entendimento da paciente quanto à internação “pois sinto-me bem”, aliada a certa dificuldade da equipe atendente em manusear tais pacientes em bom estado clínico, aumentam as dificuldades da adaptação à hospitalização, gerando uma ansiedade persecutória na gestante (LAMOSA, 1987).

De acordo com a rotina hospitalar, a hospitalização pré-parto por prescrição médica, após o diagnóstico de **DG** representa para a mãe a conscientização da doença e suas conseqüências, o que gera medo em relação a si mesma e ao feto, além de um sofrimento enorme, ligado às expectativas sobre o resultado das dosagens sanguíneas de glicose no sangue e de outros exames investigativos, o uso de medicamentos que ajudam a controlar o **DG**, quando necessário e a dieta alimentar rigorosa sem o uso de açúcar e o sal, quando o diabetes se complica por Hipertensão Arterial Sistêmica (**HAS**), além de infecção urinária e problemas renais.

Ademais, manifesta-se um conflito entre a dependência imposta e mantida pela rigidez do ambiente hospitalar e a perda da autonomia. Como conseqüência a gestante hospitalizada apresenta perda do auto-controle, com sentimentos de desamparo e de desalento. Aumenta a vulnerabilidade da paciente, cuja explicitação mais freqüente é a depressão (TEDESCO, 1997, p. 104).

Além de avaliar e intervir junto à puérpera, compete ao psicólogo atuar com os familiares. Facilitar, criar e garantir a comunicação efetiva e afetiva entre paciente/família e equipe, identificando até mesmo qual membro deste pequeno grupo social é o que tem mais condições emocionais e intelectivas para estar recebendo informações da equipe. Se a família estiver desorganizada, verificar se tem meios e condições ou se necessitam de colaboração para se reorganizar (LAMOSA, 1990, p. 69).

Outro ponto a ser comentado é a questão do espaço físico não ser privativo ao atendimento psicológico, como o valorizado na teoria e no modelo de consultório. O controlado e previsto ambiente de um cede lugar para outro, pontuado de acontecimentos: companheiros de quarto que freqüentemente tentam participar da “conversa”, inclusive alegando que conhecem bem o colega com quem dormem e que assistem a visita dos familiares; interferência de outros profissionais; a interrupção para exames, entre outros. (LAMOSA, 1987, p. 61).

Contribuem ainda para as dificuldades de adaptação, a perda do território familiar, o aumentado senso de dependência, o que agrava as alterações regressivas como consequência. Acompanham-se perdas de identidade, de privacidade e do controle sobre si mesma (TEDESCO, 1997, p. 105).

Essas situações descritas acima são todas geradoras de crise. Segundo Simon (1989, p. 60) as situações geradoras de crise são aquelas em que há perda ou ameaça de perda de pessoas afetivamente valiosas. Uma generalização mais ampla leva a propor que a crise se deve ao aumento ou redução significativa do espaço do universo pessoal com predomínio de sentimentos de depressão e de culpa.

Devemos levar em conta que a crise materna afeta o bebê, no ventre materno. Ele já é um ser humano e no momento em que nasce já teve uma grande soma de experiências, tanto agradáveis como desagradáveis (WINNICOTT, 1957/1982).

Uma intervenção, do ponto de vista psicanalítico, faz com que a gestante aproprie-se de si mesma, descubra-se, “cujo fim é o alargamento de suas possibilidades de compreensão de si e de auto-determinação” (ÁVILA, 1995).

A tarefa da psicóloga hospitalar é a de ocupar-se da doente e de sua família. Para compreender a gestante diabética em profundidade, é preciso que o psicólogo esteja disponível e possa intervir sempre que julgar necessário, não somente quando solicitado. O seu olhar, a sua escuta, são insubstituíveis e não podem ser delegados, a não ser temporariamente. Para isso é preciso que esteja ao lado do paciente, onde começam os acontecimentos. Preferencialmente deve colaborar sempre com a equipe, de forma a propiciar uma linguagem comum e de conhecimentos recíprocos, necessários à interação conjunta, visando a abordagem uníssona do paciente e sua família (LAMOSA, 1982).

O psicólogo também intermedeia a relação equipe/paciente: deve ser o porta voz das necessidades, desejos, e intervir de forma que os desencontros da informação sejam

minimizados. O psicólogo, em um dado momento, deve dar as costas ao paciente e interferir no que vê da equipe e como a equipe vê a gestante diabética. Desta forma, a psicóloga hospitalar está lado a lado com os seus pares profissionais. Todos olham a paciente, falam sobre ela e planejam as suas ações (LAMOSA, 1982).

Ao paciente não é mais reservada somente a paciência, o passivo. É preciso que ele co-participe para atingir qualidade de vida, ao invés de quantidade de vida.

Devemos levar em conta o desgaste emocional que representa para a equipe multidisciplinar do Centro de Parto Humanizado e Obstetrícia, bem como da UTIN, as expectativas em relação ao desenvolvimento da gravidez, através das visitas diárias à gestante, da leitura dos exames periódicos, bem como o controle emocional que se exacerba à medida em que se aproxima a data prevista do parto e do RN internado na UTIN.

Para a psicóloga, o que possibilita e molda o trabalho não é o lugar e nem os entraves para o atendimento. Seu aspecto terapêutico, oportuno e pertinente resulta da eficácia da ação, dos objetivos bem claros a serem atingidos, da possibilidade de trocas eficientes com a equipe, do consenso de que a intervenção psicológica junto ao doente e seus familiares interfere positivamente no processo do adoecer e da hospitalização (ROMANO, 1993).

Em outras palavras, é durante a internação que se conhecem as possíveis dificuldades que a gestante apresentará para aderir ao tratamento que será proposto e, ao mesmo tempo, fazê-la apropriar-se dos motivos pelos quais tornou-se diabética durante a gestação.

1.2.4 Aspectos psicológicos do recém-nascido pré-termo e a termo

A psicanálise considera a existência de uma vida psíquica pré-natal desde Freud (1900/1976) em A Interpretação dos Sonhos, quando afirmou que o ato de nascer é a primeira experiência de ansiedade, vindo a se constituir na fonte e no protótipo do afeto de ansiedade.

Em a Psicologia dos Grupos, Freud (1921/1976) faz referência ao nascimento, “como o primeiro passo de um narcisismo absolutamente auto-suficiente para a percepção de um mundo externo cambiante e para os primórdios da descoberta dos objetos”.

Para Abram (2000), uma estudiosa de Winnicott é importante definir o termo *SELF*, de como o indivíduo se sente subjetivamente. Já Sanches (2005) amplia esta definição, ressaltando que uma das bases do *SELF* é a percepção incipiente de continuidade do ser desde a vida intra-uterina, onde o futuro do bebê vive (e guarda na memória) sensações e impulsos que são a base do *SELF* que irá se organizar.

A constituição do *SELF* é, pois, uma necessidade... “o que rege a existência do ser humano, tanto no início da vida como em seu decorrer, [...] é a necessidade de ser, de continuar a ser [...], de sentir-se real e de habitar num mundo real” (WINNICOTT, apud DIAS, 2005, p. 3).

A dimensão do tema **RN** nos permite descrevê-lo não isoladamente, mas ampliando a concepção para as condições ambientais e por detrás delas, a mãe. O bebê, para quem a mãe é antes de tudo apenas um objeto que satisfaz a todos os seus desejos - um seio bom, por assim dizer - começa em pouco a corresponder a essas gratificações e aos cuidados através de crescentes sentimentos de amor para com ela como pessoa.

O objeto ótimo para o **RN** é o mamilo na boca, junto com a mãe que segura a criança, fala com ela e tem um cheiro familiar. Esse objeto continente é sentido como uma pele (CASANOVA; VALLE; SANTOS, 1995).

O primeiro objeto de amor e de ódio do bebê -sua mãe- é ao mesmo tempo desejado e odiado com toda a intensidade. No começo ele ama a mãe no momento em que ela satisfaz as suas necessidades de alimento, alivia as suas sensações de fome, e lhe oferece o prazer sensual que experimenta, quando sua boca é estimulada pelo sugar do seio. Essa gratificação é parte essencial da sexualidade da criança, e na realidade sua expressão inicial. Mas, quando o bebê sente fome e seus desejos não são gratificados, ou quando sente dor e desconforto físico, então toda a situação subitamente se altera. (KLEIN, 1967/1975, p. 83/84). Amor e ódio lutam entre si na mente do bebê; e essa luta persiste, até certo ponto, durante toda a vida, podendo tornar-se uma fonte de perigo nos relacionamentos humanos (KLEIN, 1967/1975, p. 85).

Winnicott (1949/1988, p. 315), se refere à contribuição de Greenacre (1945), sobre o efeito geral do nascimento, por sua enorme estimulação sensorial em organizar e converter o narcisismo fetal, produzindo ou promovendo um impulso narcisista propulsor muito superior ao tipo de processo de maturação fetal mais relaxado que existiria no útero. O nascimento estimula especificamente o cérebro até um grau que promove seu desenvolvimento, de tal modo que o **RN** logo é capaz de tomar controle efetivo do que ocorre com o corpo; contribui

para a organização do padrão de ansiedade, aumentando dessa forma a defesa do bebê, e deixa traços individuais únicos que se sobrepõem aos padrões de ansiedade libidinais geneticamente determinados daquele bebê.

Encontramos no livro *William's Obstetrícia* (2005), considerado pelas equipes de saúde do Centro de Obstetrícia e Parto Humanizado do IAMSPE, autores de diversos capítulos, o referencial teórico, mais completo, em língua portuguesa, sobre as vivências da gestante e do RN.

No ano de 1948, a OMS definiu o prematuro como todo o RN vivo com o peso inferior a 2500g. Tal conceito foi amplamente utilizado até evidenciar que o peso de nascimento não poderia ser a única medida de maturidade fetal e que deveria ser relacionado à idade gestacional. A partir de 1961, a OMS mudou o conceito de prematuridade, passando a considerá-la diante do RN vivo com menos de 37 semanas completas de gestação (259 dias) contadas a partir do primeiro dia do último período menstrual (ZUGAIB; TEDESCO; QUAYLE, 1998, p. 653).

A prematuridade e suas graves conseqüências representam sério problema de saúde pública, sendo a principal causa de morbidade e mortalidade neonatal. Avaliações do desenvolvimento infantil revelam distúrbios funcionais do sistema nervoso central que comprometem principalmente as funções neuromuscular, cognitiva, visual e auditiva (ZUGAIB; TEDESCO; QUAYLE, 1998).

Embora o considerável avanço da Neonatologia nos últimos anos permita a sobrevida de prematuros extremos, esses resultados revestem-se de elevados custos financeiros. Os gastos com UTIN no Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo Francisco Morato de Oliveira são de aproximadamente US\$ 1 000, 00 por dia, por Recém-nascido Pré- Termo (RNPT).

No ano de 2005, neste Hospital, foram atendidas 240 gestantes diabéticas, enquanto na cidade de São Paulo, a freqüência de nascimentos prematuros é de 6,98 %.

Observamos que a maior incidência de prematuridade que ocorre, sem dúvida é a iatrogênica, na qual o médico, com receio de que ocorra o óbito fetal, prefere tirá-lo vivo e prematuro; é o parto prematuro terapêutico (SANCOVSKI; PEIXOTO, 2005).

A introdução do emprego do ultra-som nos exames pré-natais, o desenvolvimento da fotografia intra-uterina, o aprimoramento do microscópio eletrônico, as técnicas de fecundação “in vitro”, o exame do líquido amniótico, o avanço da tecnologia médica,

permitindo sobrevivência de RNs prematuros, constituem recursos graças aos quais pode-se hoje ter acesso ao antes misterioso mundo intra-uterino, permitindo às mães grávidas um contacto mais íntimo com o seu filho (WILHEIM, 1998, p. 261).

Atualmente, há uma grande preocupação com os RNPT com 1000g. ou menos, pois, com o desenvolvimento de técnicas apropriadas de atendimento, cada vez mais sobrevivem crianças com pesos cada vez menores (SEGRE, 2002).

De forma alguma podemos ignorar o significado do desenvolvimento neural, tanto embriológico como epigenético, durante os primeiros meses e anos de vida. Sem maturação do sistema nervoso, ações e padrões de comportamento seriam impossíveis. Muitas funções sofrem mudanças como resultado da interação da maturação fisiológica com o desenvolvimento psicológico. Até certo ponto estas mudanças são independentes do ambiente, pois um número considerável de seqüências e séries de maturação é inato. Os fatores relevantes são: de um lado, a mãe, com sua individualidade madura e estruturada; de outro lado, a criança, cuja individualidade vai-se abrindo, desenvolvendo e estabelecendo progressivamente: os dois estão em contínua inter-relação circular (SPITZ, 1965/1988, p. 76).

Do ponto de vista médico e psicológico, Heimann (1978, p. 105) esclarece que tem que haver, muito claramente, uma sensação agradável (prazer orgânico) para que o bebê sobreviva. Por exemplo, se, por uma razão ou outra, o primeiro impulso para sugar o peito materno não acarretar uma satisfação agradável, uma ansiedade aguda invadirá o bebê. Se, por outra parte, através de uma natural unidade de ritmo entre a mãe e o filho, ou a manipulação habilidosa de quaisquer dificuldades que surjam, o bebê fica logo capacitado para receber uma satisfação agradável do peito materno, estabelecem-se uma boa coordenação da amamentação e uma atitude positiva em relação a esse processo, que daí em diante evolui automaticamente e promove a vitalidade e saúde da criança.

Lendo a obra de (HEIMANN, 1978, p. 106), tomamos conhecimento de que no início da vida do bebê, todo o peso do desejo e fantasia é suportado pela sensação e o afeto. O bebê faminto, ou ansioso, ou aflito, sente sensações reais na boca, nos membros ou nas vísceras, o que significa para ele que certas coisas lhe estão sendo feitas, ou que é ele quem está fazendo isto ou aquilo, conforme seus desejos ou temores - por exemplo, tocar ou chupar, ou morder o seio que na realidade está fora do seu alcance. Ou então, sente como se estivesse forçosa e dolorosamente sendo privado do seio, ou como se este estivesse mordendo a ele; e isso, no começo, provavelmente sem qualquer imagem visual ou outras imagens plásticas.

Winnicott (1949/1988) chama a atenção da necessidade da equipe multidisciplinar que lida com a dupla mãe - RN no hospital, reconhecer e avaliar o tipo de meio ambiente que pertence à experiência do nascimento: e, da mesma forma, a capacidade que a mãe tem de se dedicar ao bebê RN. Faz referência também à capacidade dos pais de dividir a responsabilidade à medida que o bebê se torna uma criancinha e, também à capacidade da situação social de permitir que a devoção materna e a cooperação parental desempenhem seus papéis, façam continuar essas funções e estendê-las, eventualmente, permitindo que o indivíduo desempenhe seu papel na criação e manutenção da situação social, no sentido de prevenir riscos e danos no desenvolvimento emocional inicial do RN.

Podemos concluir que para os bebês se convertam, finalmente em crianças felizes e adultos saudáveis, e independentes, mas socialmente preocupados, é fundamental que lhes seja dado um bom princípio, o qual está assegurado, na natureza pela existência de um vínculo entre a mãe e o seu bebê: amor é o nome desse vínculo.

1.2.5 O recém-nascido de mãe diabética

Observou-se que o nascimento prematuro do RN de mãe diabética fragiliza a mulher que obrigatoriamente se vê envolvida por um mundo de emoções antecipadas na incerteza da vida sadia, doentia ou da morte do seu filho.

O bebê prematuro, filho de mãe diabética DG, não possui condições orgânicas de ficar no Alojamento Conjunto com a sua mãe, impondo-se uma ruptura no vínculo de amor entre ambos. A mãe, sentindo-se distante de seu filho, acamada no Alojamento Conjunto, na companhia de familiares, têm ao lado do esposo, uma sensação de culpa e de responsabilidade pessoal por terem produzido um filho não sadio e choram, nesse momento, a perda da criança sadia; podem entrar em depressão Klein (1956) explica que a culpa existe devido a um sentimento de dano causado.

A entrega do RN de mãe com diabetes DG, vivo, ao neonatologista não poderá garantir, por si só, que esta criança terá alta e principalmente alta sem seqüelas. Assim sendo, poderão ocorrer complicações pelos traumas de parto, pelas má formações, termo regulação, hipoglicemias, apnéia por imaturidade dos mecanismos de controle da respiração. A função

respiratória poderá estar prejudicada pelo desenvolvimento incompleto dos alvéolos e capilares, imaturidade neurológica, problemas gastrintestinais, problemas renais, imaturidade hepática, até membrana hialina, problemas metabólicos e do equilíbrio acidobásico, problemas hematológicos, problemas imunológicos, problemas nutricionais, infecções, além da prematuridade. Todas, ocorrências com risco de morte neonatal (SEGRE, 2002).

A UTIN deve ser humanizada. Humanizar uma UTIN é transformá-la em um local onde o RN, mesmo quando em incubadora, seja manipulado pela equipe multidisciplinar como um ser humano (CASANOVA; VALLE; SANTOS, 1995).

O *holding* familiar, ou a sustentação que deveria mais do que nunca, propiciar o desenvolvimento emocional do bebê desde o início da vida, é substituído pela urgência do RN estar internado em uma UTIN. A *sustentação*, necessária ao desenvolvimento emocional do bebê, passa a ser artificial, uma vez que todo o aparato hospitalar, por mais moderno que seja e o atendimento de uma equipe multidisciplinar eficiente e humanizada, a fim de prevenir os danos e riscos orgânicos e emocionais ao RN, não substituem o aninhamento materno, tão valioso neste momento de grandes expectativas.

Do ponto de vista médico e psicológico o RN com hipoglicemia apresenta-se hipoativo, desidratado e com a respiração rápida e profunda. Se não for detectada rapidamente por exames de sangue, poderá levar a um embotamento cerebral e conseqüente coma. Aparentemente são RNs calmos, que choram pouco, facilitando o trabalho de enfermeiras atarefadas. A hipoglicemia do RN tem suas origens na produção de insulina de seu pâncreas para compensar a necessidade da mãe diabética de ter níveis normais de glicose no sangue, durante o período gestacional. Na realidade, ao entrar em coma, o RN pode chegar até a morte. As mães de RNs com diabetes insulino-dependentes, têm até vinte vezes aumentada a chance de que seu filho tenha manifestação inicial de diabetes entre 1 e 14 anos, ou seja, uma diferença de treze anos para a manifestação da expressividade gênica (SEGRE; ARMELINE; MARINO, 1995).

Devido à possibilidade de riscos e danos no RN, surge muita ansiedade nos familiares e toda essa ansiedade, segundo Freud (1900/1976), forma a matriz de uma vivência, que põe especialmente a mãe em contato com relações objetais internas, isso é com o seu mundo povoado de relações com objetos arcaicos que por diferentes motivos não se desenvolveram. A mãe continua a se relacionar com eles de maneira semelhante a da infância, isto é, são geralmente percebidos como perigosos e hostis.

Uma vez que o vínculo pré-natal se faz através do corpo materno, a separação néo-natal acarreta uma ruptura no modo relacional mãe-criança, cujas bases pré-natais estão memorizadas, tanto numa como na outra. A perda desses marcos de referência provoca uma desorganização psicológica, tanto nos pais como na criança (SZEJER, 1999, p. 38).

O nascimento e os primeiros contatos entre os pais e o RN inauguram a percepção das diferenças entre o “bebê imaginário” não visto durante a gestação, e o “bebê real”, tal como concretamente percebido, com suas características e peculiaridades, entregues aos cuidados da família (MALDONADO, 1992).

Especialmente para a mãe, a dolorosa separação do filho prematuro gera ansiedades abissais, quando esta, após o parto, já pode ir visitá-lo e o encontra encapsulado em uma “isolette”, internado no Setor de Terapia Intensiva Neo-Natal, **UTIN**, sendo aquecido por temperatura artificial, ouvindo ruídos estranhos, ligado a fios, sondas e agulhas, recebendo constantemente estímulos dolorosos e desagradáveis, sendo manuseado por médicos e enfermeiras estranhos a ele, mas que lutam sem cessar pela sua sobrevivência. O RN prematuro estará impedido do contato epidérmico com a sua mãe, porta de novas experiências, especialmente relevantes para se relacionar com o mundo.

É neste cenário dramático que se dilui para a mãe a fantasia do bebê que foi idealizado maravilhoso e se inicia um outro sofrimento ao lado do filho prematuro, pela percepção dos fatores de alto risco e visualizado como sofredor, reavivando as ansiedades, até então presentes frente às expectativas do seu diagnóstico de **DG** a mãe capta a tristiza do filho, impossibilitado de estar junto a ela, remetendo-a a uma estado depressivo.

Após uma permanência de algum tempo de internação em **UTIN**, estando em condições de saúde mais favoráveis, o RN é transferido para a **UTI** semi-intensiva, onde o ambiente é mais silencioso, as luzes enfraquecidas, o manuseio diminuído. Os RNs começam de forma singularmente humana a adaptar-se à nova experiência de estar no mundo (KLAUS; KLAUS, 1989).

Uma das primeiras respostas do RN é entrar em um estado de consciência inativo, mas alerta. Este estado de alerta especial, esta capacidade inata de comunicar-se, pode ser a preparação inicial para se tornar ligado a outros seres humanos. É como se o RN tivesse ensaiado a abordagem perfeita para o primeiro encontro com os seus pais. Toda a energia do bebê parece canalizada para ver e ouvir (KLAUS; KLAUS, 1989).

Ao privilegiar dessa forma os laços de proximidade física entre a criança e a sua família, o nascimento recupera seu sentido de “acontecimento feliz”. Numa dimensão de humanização, os profissionais dessas unidades se empenham em não suplantam a mãe nos cuidados dispensados à criança, dedicando-se em apoiá-la e tranquilizá-la. Favorecem o máximo contato mãe-bebê, propondo momentos de “pele contra a pele” quando a mãe o deseja e no seu ritmo. As atribuições que a equipe médica toma sob sua responsabilidade são adaptadas a cada caso e discutidas entre a equipe e os pais (SZEJER, 1999, p. 39).

Após a alta da UTIN, já envolvido no colo materno, o RN com certeza, já consegue ver a uma distância de 30 cm, isto é, a distância do seio ao rosto da mãe. Quando ele está ao seio, sua principal preocupação é fixar o rosto da mãe, a fim de memorizá-la tão depressa que em três dias ele será capaz de reconhecê-la entre as outras pessoas. Poderá assim encontrá-la e aumentar a sua distância de visão em razão de suas necessidades de vida aérea. Poderá também ter acesso às representações visuais precoces e associar às outras percepções sensoriais a imagem que lhe permite pensar em sua mãe, base de segurança que autoriza a separação e a individualização (SZEJER, 1999, p. 46).

O sustentar, *holding*, é entendido como o colo físico e psicológico, oferecido ao bebê, que, partindo de um estado de não integração inicial, tende à integração (física e psíquica) ao ser sustentado e protegido das intrusões do mundo externo. O colo materno carrega ritmos, texturas, cheiros e tensões, que podem adaptar-se, criar ou invadir o processo de constituição do *self* do bebê (VAISBERG, 2006).

Quem é capaz de dar *holding* ao bebê é a mãe, denominada por Winnicott (1949/1988) “suficientemente boa”, ao propiciar miríades de suas vivências, que são necessárias para um desenvolvimento saudável.

Entre outros, alguns aspectos saudáveis, que definem o *holding*, na concepção de Winnicott (apud ABRAM, 2000, p. 136), são:

- ao estar presente e à disposição de seu bebê.
- ao tentar compreender e atender as verdadeiras necessidades do bebê e não impor algo que apenas os pais considerem ser necessário.
- isto inclui o direito de ser diferente.
- a maneira como a mãe segura o bebê pode fazê-lo sentir-se confiante, sem medo de cair, indicando uma sustentação (*holding*) firme;

-ao contrário, se esta sustentação for “frouxa”, o bebê pode sentir uma sensação de queda sem fim, uma angústia impensável;

- o bebê não pode ser alimentado de forma intrusiva;

-a mãe deve estar atenta à sensibilidade do bebê: auditiva, visual, tátil, para protegê-lo, tanto física como psiquicamente.

Portanto a mãe oferece *holding*, quando faz tudo isso com carinho, delicadeza, compreendendo e atendendo às necessidades do filho e quando dá condições para que ele possa desenvolver-se a partir de si mesmo. O *holding* (sustentação) tem como resultado propiciar ao bebê confiabilidade no outro e no mundo. Winnicott (apud ABRAM, 2000, p. 136).

O manejo ou *handling*, conceito estabelecido por Winnicott (1949/1988) tem a ver com os cuidados físicos, como o amamentar, o toque, a mudança de posição, a carícia, a troca de fraldas, o banho, o embalar, entre outros, possibilita a integração psicossomática segundo o autor, já que a psique se formaria a partir da elaboração imaginativa das vivências corporais. A manipulação do corpo do bebê, que se dá através do toque que não interrompe o ser em continuidade, traça os contornos do *self*, e faz do corpo a morada do eu, propiciando assim a experiência de personalização.

Não devemos deixar de notar que a relação que existe entre o bebê e a mãe é de vital importância e, no entanto, não deriva da experiência pulsional, nem da relação objetal que surge a partir da experiência pulsional, do ponto de vista de Winnicott. É anterior à experiência pulsional, ocorrendo ao mesmo tempo, paralelamente a ela e misturando-se a ela (WINNICOTT, 1952/1988). Este mesmo autor faz referência à Anna Freud que deu muita ênfase às técnicas de cuidado de bebês, pontuando o significado da ansiedade, cuja causa é o fracasso da técnica de cuidado materno, como por exemplo, não conseguir fornecer o apoio vivo e contínuo que faz parte da maternagem (WINNICOTT, 1952/1988).

Ao mesmo tempo Winnicott (1952/1988) lembra que há certos tipos de ansiedade nos primórdios da infância cujo surgimento é impedido por um cuidado suficientemente bom, uma boa forma de cuidar da criança produz um estado de coisas no qual a integração começa a se tornar um fato, e uma pessoa começa a surgir. A desintegração é sentida como uma ameaça, porque, por definição, há alguém lá para sentir a ameaça, como a também uma defesa.

De uma forma mais tranquila, este mesmo autor explica que antes das relações objetais, o estado de coisas é o seguinte: a unidade não é o indivíduo, a unidade é uma organização meio -ambiente- indivíduo. O centro de gravidade do ser não começa no indivíduo, está na organização total. Através de um cuidado materno suficientemente bom da criança, da técnica do *holding*, e do manejo geral, a casca é gradualmente conquistada e o cerne, que o tempo todo nos pareceu um bebê humano, pode começar a ser um indivíduo. O início é potencialmente terrível por causa das ansiedades mencionadas acima e do estado paranóide que surge logo após a primeira integração e os primeiros momentos pulsionais, através dos quais o bebê empresta um significado inteiramente novo às relações objetais. A técnica dos cuidados maternos, *suficientemente boa*, neutraliza as perseguições externas e impede o aparecimento de sentimentos de desintegração e de perda de contato entre a psique e o soma (WINNICOTT, 1952/1988).

Em outras palavras, sem uma técnica de cuidado suficientemente boa, o novo ser humano não tem qualquer chance. Com uma técnica suficientemente boa, o centro de gravidade que está na organização meio ambiente - indivíduo tem a possibilidade de se alojar no centro, no cerne em vez de na casca. O ser humano que agora desenvolve uma entidade a partir do centro pode passar a se localizar no corpo do bebê e, desta forma, começar a criar o mundo externo, ao mesmo tempo que adquire uma membrana limitadora e um mundo interior. De acordo com esta teoria, não havia mundo externo no início, embora nós, como observadores, pudéssemos ver um bebê em um meio externo (WINNICOTT, 1952/1988, p. 208-209).

Através de um estudo de caso, Piontelli psicanalista e pesquisadora italiana, em 1995, observou regularmente o comportamento de fetos por ultra-som durante a gravidez, levando o tempo todo em conta o contexto sócio-familiar, médico e afetivo no qual se dá. Depois do nascimento, ela observa os bebês, segundo o método preconizado por Esther Bick (1987) durante dois a cinco anos. De acordo com Piontelli (1995) comprovam-se dessa forma a continuidade pré e pós-natal e a memorização da vida fetal, bem como a origem pré-natal da personalidade.

Fica, pois, evidenciado que existe um mundo mental no feto e no RN, rico, complexo, variado, cujos efeitos ressoam no espaço mental pós-natal e se manifestam como ecos de um passado distante, dando a este continuidade no presente, embora por vezes, de difícil decodificação.

Após a alta hospitalar e psicológica o desenvolvimento orgânico e emocional da criança, filho de mãe diabética, deverá ser controlado pelo médico pediatra familiar.

A conclusão a que chegamos fica também abonada pelas afirmações de Brazelton; Cramer (1989). Eles concluem que uma das melhores oportunidades para a prevenção de danos e de riscos ou da psicopatologia infantil, é trabalhar com a mãe e com o RN durante essa fase mais precoce da sua vida.

1.2.6 Gestação de alto risco de mulher diabética

O termo risco, como o temos hoje na Medicina em geral, na Medicina Perinatal, englobando a Psicologia Médica associa-se à probabilidade da ocorrência de um evento indesejável.

Fator de risco é a característica cuja presença se associa ao aumento da probabilidade de sofrer um dano. A idéia que sistematicamente deve vir acoplada ao fator de risco é a de associação com o dano. É por isso de importância capital que toda a vez que se pense em risco, pense-se em dano. Para a Psicologia o fator de risco se torna importante como gerador de ansiedade na gestante. Logo, quando se trabalhar dentro do enfoque de risco, há necessidade de se ter em mira o dano que se quer evitar (por exemplo) natimortalidade, mortalidade perinatal, DG, etc.

Em se tratando da Psicologia, procura-se evitar que a gestante entre em crise emocional. Admite-se que os fatores de risco perinatal podem ser divididos em dois grupos:

a) Fatores de Risco Potencial

São principalmente aqueles que antecedem o fenômeno perinatal (pré-concepcionais) como: estado civil, classe social, nível de instrução, idade, maturidade, etc. Estes exigem cuidados preventivos de assistência pré-natal, ao parto, ao puerpério e ao RN, para evitar que o risco potencial transforme-se em real. Requerem assistência de baixa complexidade (LIPPI, 1995).

b) Fatores de Risco Real

São aqueles configurados por uma doença como diabetes, hipertensão arterial, hemorragias, colagenoses, etc., complicando a gestação como a prematuridade, a insuficiência ponderal, as infecções do RN. Em relação a estes, há necessidade de uma abordagem efetiva do problema. Esses fatores incluem aqueles que podem ser tratados em nível de assistência primária e outros que exigem referência para os níveis secundários ou terciários. Exigem atenção especial, freqüentemente nos níveis assistenciais, de maior complexidade (LIPPI, 1995).

Portanto a regionalização e a hierarquização fazem parte da filosofia de assistência sob o enfoque de risco. Há a possibilidade dos fatores de risco serem controlados, serem suprimidos e reduzidos, principalmente quando aliados a um atendimento psicológico.

No âmbito da saúde, o termo vincula-se à idéia da ocorrência de um dano à saúde em indivíduos expostos a determinados fatores, os *fatores de risco* (LIPPI, 1995).

Como o risco de adoecer na presença de um determinado fator é variável, pode-se imaginar que haja indivíduos ou grupo deles com probabilidade diversa de serem acometidos por algum dano. O enfoque de risco prevê cuidados diferenciados à saúde, levando em conta essa probabilidade. Permite racionalizar os recursos destinados aos cuidados com a saúde, sabidamente escassos na maioria dos países, embora se conheçam as demandas crescentes (LIPPI, 1995).

A gravidez de alto risco é aquela na qual está elevada a probabilidade de ocorrer morbidade ou mortalidade do produto da concepção ou da mãe. Considerando que, com alguma freqüência, uma gravidez de alto risco está associada a um parto, um puerpério e um RN de alto risco, talvez fosse conveniente o uso da expressão *alto risco perinatal* que abrangeria a elevação do risco de agravos, para a mãe, durante toda a puerperalidade e para o RN (LIPPI, 1995).

A avaliação da paciente obstétrica rotulada como portadora de gravidez de alto risco qualquer que seja o dano que se tenha em vista, inicia-se com a propedêutica clínica. Esta é adequada não somente para o seguimento da mãe e do produto da concepção, mas também para o rastreamento seriado da presença de fatores de risco. Por isso, é imperioso ter em mente a necessidade de sua pesquisa em todo e qualquer contato clínico com a paciente (LIPPI, 1995).

A preocupação do obstetra com a gravidez complicada por Diabetes teve início a partir da descoberta da insulina (LIPPI, 1995).

1.2.7 Diabetes Mellitus - breve histórico

Descrita há vários anos o **DM** é uma doença mais comum do que se acredita.

As descrições mais antigas da doença foram feitas no Egito há 3 mil anos. No início da era cristã, os médicos romanos Aretaeus e Celsus deram-lhe o nome pelo qual é conhecido até hoje e que significa “sifão” (diabetes, em grego), pois o paciente urina constantemente, como se fosse um sifão “adocicado” (mellitus, mel em latim), dado que a sua principal característica é a urina doce. Essa afecção possuía nome e sobrenome para distingui-la de outra semelhante: o diabetes insipidus, no qual, apesar de volumosa quantidade, a urina não é doce. O nome diabetes é usualmente empregado de maneira geral, mas a maior incidência é de Diabetes Mellitus em detrimento do diabetes insipidus (FORTES; SILVA; COSTA, 2005).

Em 1902, pesquisando nos laboratórios do *University College London*, William Bayliss e Ernst Starling descobriram que uma substância química, fabricada pelo tecido intestinal, a qual nomearam de *secretina*, um hormônio (do grego: eu excito, eu estímulo), era capaz de ativar a secreção da glândula pancreática para liberar líquidos digestivos. Esta descoberta revolucionou a ciência biológica, abrindo um novo campo: o estudo dos mensageiros químicos, viajando de órgãos particulares, (sem ducto ou glândulas endócrinas) para outras partes do corpo pela corrente sanguínea. Uma vez descoberto que o pâncreas libera dentro da circulação um material que contribui para o controle do açúcar sanguíneo, tornou-se claro que o Diabetes era uma doença por deficiência hormonal. Assim, o **DM**, pesquisado dentro da Endocrinologia, nasceu como oriundo da Gastroenterologia (PORTER, 2001).

Com uma visão para tratar o diabetes, seguiram-se pesquisas de Edward Sharpey-Schafer numa corrida para extrair a substância ativa chamada *insulina*, produzida pelas *ilhotas de Langerhans* no pâncreas (PORTER, 2001).

O início do século XX, era considerada como pré-insulínica, foi um período significativo para a mulher diabética que engravidava (LIPPI, 1995).

Mulheres diabéticas sofriam de infertilidade, sendo freqüentes as perturbações menstruais decorrentes da atrofia ovariana. Com efeito, 50% das diabéticas apresentavam-se em permanente amenorréia. Quando menstruavam, os ciclos eram anovulatórios, devido à maturação incompleta dos folículos, segundo mostrou Parisot. A menarca amiúde era tardia e a menopausa precoce, encurtando o período de fertilidade. A rara mulher que engravidava, ou terminava em abortamento, ou tinha um prognóstico sombrio (LIPPI, 1995).

Em 1909, a morte materna era uma ameaça real e a sobrevivência perinatal era de apenas 40%. Lippi (1995) refere taxa de mortalidade materna de 30% e perdas perinatais de 65%, por Diabetes e gravidez, nessa época.

A preocupação do médico obstetra com o binômio gravidez complicada por Diabetes, teve impresso rumo diferente a partir da descoberta da insulina em 1922. Ainda então, era de extrema raridade esta combinação. Foi em 1922 que Frederick Banting e Charles Best, retomando e ampliando as pesquisas de William Bayliss e Ernst Starling isolaram a insulina, fato tão marcante e notável, que justificou a premiação Nobel de Medicina a ambos em 1923 (LIPPI, 1995).

O ponto focal perinatal a se evitar, é o parto difícil devido à macrosomia, com traumatismo no parto concomitante devido à distocia do ombro. À exceção do cérebro, a maioria dos órgãos fetais é afetada por macrosomia que, comumente (mas nem sempre) caracteriza o feto de uma mulher diabética, quando ele nasce acima do peso normal e é caracterizado como bebê gigante (LIPPI, 1995).

O desenvolvimento da Classificação de White em 1949, pela qual era demonstrado que o risco fetal era proporcional à gravidade do Diabetes materno, permitiu determinação individualizada do momento do parto e ajudou a reduzir a mortalidade perinatal. Esses marcos do tratamento aumentaram a sobrevida perinatal para aproximadamente 85% no final da década de 1950. Nos anos seguintes e até hoje, vários aperfeiçoamentos no tratamento de mulheres diabéticas e de seus fetos ou lactentes resultaram em uma taxa menor de mortalidade perinatal, excluindo malformações, quase equivalentes às observadas em gestações normais (LIPPI, 1995).

1.2.8 O Diabetes Mellitus

O **DM** é um problema de saúde pública universal. Suas repercussões nas complicações da saúde tornou-o alvo principal da atenção da **OMS** nestes últimos anos (LIPPI, 1977).

Aliado à *International Diabetes Federation (IDF)* a **OMS** informaram que o número de diabéticos no mundo dobrará para 366 milhões pelo ano de 2030, dos 171 milhões na atualidade. “Isso é uma realidade que nenhum país pode ignorar”, declarou o Presidente da **IDF** (FRAIGE, 2004b).

Foi criado um programa *Diabetes Act Now* (Diabetes atue agora), pois não se pode mais esperar (FRAIGE, 2004b).

A representação geográfica do Diabetes é universal, embora com incidência variável nas diversas áreas consideradas. Entre os esquimós do Alaska, por exemplo, sua incidência é muito rara, mas nos Estados Unidos, entre os índios Pima, no Estado do Arizona, a incidência é de 40%. Nos países mais pobres é onde o Diabetes está crescendo mais rápido, com casos aumentando em 150% nos próximos 25 anos. Além disso, enquanto que em países ricos afeta principalmente pessoas idosas, nos países pobres a incidência ocorre entre aqueles que continuam economicamente ativos, isto é, em pessoas mais jovens, vindo a onerar o orçamento da saúde do país, que se vê obrigado a nível municipal, estadual e federal a manter atendimento gratuito a esses pacientes, e aos aposentados por invalidez. O número está aumentando dramaticamente e domina potencialmente os países e sistemas de saúde. Em 2000 morreram aproximadamente no mundo 3,2 milhões de pessoas de doenças provenientes do Diabetes como doenças cardiovasculares e falência renal (FRAIGE, 2004b).

No Brasil há 10 milhões de diabéticos: 90% são portadores de diabetes tipo 2 e cerca de 5 milhões de brasileiros estão num estágio de pré-diabetes, isto é, poderão, num futuro próximo, desenvolver a doença. Ainda mais preocupante é a aparição do Diabetes em crianças, adolescentes e especialmente em mulheres grávidas, o que representa um risco para o produto de sua concepção (FRAIGE, 2004a).

A incidência do **DM** vem aumentando nos últimos anos em função das mudanças de estilo de vida e no aumento da média de vida da população, inclusive do diabético, quando se submete aos tratamentos propostos pelo médico e psicólogo. Fortes medidas estão sendo

necessárias para combater essas epidemias, incluindo restrições ao “marketing” dirigido às crianças, redução da ênfase dada à presença de gorduras e açúcares na dieta, valorização no consumo de frutas e legumes, especialmente para as gestantes e incentivo ao aumento da atividade física diária (FRAIGE, 2004b).

Segundo Sogayer (2006) as pesquisas científicas mais atuais buscam a cura dos diabéticos do tipo 1 através do transplante de células embrionárias, ou de células do cordão umbilical do RN, ou de células adultas de *Ilhotas de Langerhans* do pâncreas de indivíduos mortos. São células saudáveis do pâncreas de pessoas que não eram diabéticas e que o paciente recebe através de infusões, o que vem a reduzir a necessidade do uso de injeção de insulina, podendo em alguns casos chegar a ficar livre desse uso, o que representará grande alívio emocional para o paciente e economia para o sistema de saúde do país (informação verbal)⁴.

Pesquisas mais recentes de Sogayer (2006), do Instituto de Química da Universidade de São Paulo, coordenadora do Núcleo de Terapia Celular e Molecular, (NUCEL), apontam para uma possibilidade de em um espaço de dois a três anos, ser possível a cura do DM tipo 1.

Outro desafio é o treinamento dos profissionais, principalmente os não especializados, que detém 70% dos portadores sob seus cuidados e muitas vezes não atingem as metas preconizadas pela OMS, IDF e *American Diabetes Association* (ADA), traduzidas e adaptadas aqui no Brasil pela *Sociedade Brasileira de Diabetes* (SBD) (FRAIGE, 2004b).

Obviamente, ao se perseguir as metas recomendadas internacionalmente de bom tratamento para todos os parâmetros envolvidos, estar-se-a, sem dúvida, tratando corretamente e de uma maneira intensiva, não só o controle glicêmico, a dosagem de hemoglobina glicada $H/C < 7$, como também o controle da pressão arterial, o controle do consumo de lípidos, outros necessários e também atuando para a modificação do estilo de vida com dieta e exercícios adequados (LIPPI, 1995).

No Brasil pela lei federal nº 10 782 de abril de 2004, o Serviço Unificado de Saúde (SUS) “tem que prestar atenção integral à pessoa portadora de diabetes” (FRAIGE, 2004b).

O paciente diabético sente-se constantemente ameaçado. Perdeu o seu corpo saudável, seus antigos hábitos e complicações decorrentes de seu estado podem surgir.

Em dois estudos com diabéticos, Heleno (2000) mostra que um grupo de pacientes tem bom controle glicêmico; aceitam o fato de estarem diabéticos e seguem o

⁴ Informação fornecida por Sogayer (2006), do Instituto de Química da Universidade de São Paulo.

tratamento. Podem suportar a angústia do desconhecido, utilizar defesas psíquicas e elaborar o luto, pela perda do corpo sadio e as tantas outras que experimentam.

Há entretanto, outro grupo de pacientes que fica paralisado e não consegue prosseguir com o tratamento. Não suportam a vivência dolorosa da doença e não podem elaborar o luto pela perda da saúde. Esses pacientes negam a perda e não superam a ansiedade de estarem doentes. Suas emoções ficam imobilizadas, pois não conseguem experimentar a tristeza pela privação da saúde (HELENO, 2000).

Deve-se aqui mencionar que as gestantes, com o diagnóstico de diabetes, que participaram da nossa pesquisa, no entanto, devido a presença do fator alto risco, sentem-se muito ansiosas e inseguras, compelidas a se submeterem ao tratamento imposto pelo médico obstetra, dadas as possibilidades de complicações para si e para o seu filho, trazidas pela doença que as assola.

O *National Data Group* (1979) apresentou a classificação do **DM** que é aceita na atualidade. (FRAIGE, 2004b).

Tipo 1: (**DM** insulino dependente) os sintomas tem geralmente início abrupto, sua etiologia pode estar relacionada a mecanismo imunológico e a insulino terapia é essencial para manter a vida. Era conhecido como diabetes juvenil.

Tipo 2: (**DM** não insulino dependente) antes conhecido como diabetes do tipo de adulto, parece ter um condicionamento genético e usualmente apresenta poucos sintomas relacionados à intolerância à glicose ou esses aparecem tardiamente. Caracteriza-se por uma sintomatologia leve, pequena produção de insulina ou resistência periférica à ação desse hormônio. Geralmente é controlado com dieta restrita e medicamentos orais que estimulam a liberação da insulina. São sintomas a: fome, sede, micções freqüentes, perda de peso e cansaço. Em mulheres pode ocorrer irritação severa e prurido vaginal aparecendo, em geral, após os trinta anos. O trabalho preventivo junto aos pacientes é muito importante, já que o início dos sintomas é suave, com alterações de taxas de açúcar no sangue, não tão elevadas. No entanto, a médio prazo, as complicações podem tornar-se irreversíveis (LIPPI, 1995).

1.2.9 A gestante diabética - estudos e considerações

O **DG** é o diabetes diagnosticado durante a gravidez. A paciente com qualquer diagnóstico de diabetes anteriormente à gravidez, não se enquadra nesse grupo. Está associado a complicações perinatais, com risco aumentado de diabetes clínico entre cinco e dez anos após o parto. Necessita ser reclassificado finda a puerperalidade.

É importante notar que mais da metade das mulheres com o **DG** acaba por desenvolver o diabetes clínico nos vinte anos subsequentes, e há acúmulo de evidências de complicações em longo prazo que incluem obesidade e diabetes em sua prole. As recomendações do *1990 Workshop* foram amplamente adotadas pelo *American College of Obstetricians and Gynecologist*.

Considerando aqui o aspecto médico-psicológico e também social do binômio diabetes e gravidez deve-se ressaltar o papel que o obstetra e o psicólogo exercem nas inter-relações existentes na associação com a ansiedade que é despertada na gestante e em sua família, dadas as expectativas que envolvem o percurso das possíveis 40 semanas da gestante diabética.

JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS

CAPÍTULO II

2 JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS

Este é um estudo compreensivo das vivências emocionais da gestante de alto risco com o diagnóstico de **DG**.

Durante a nossa investigação, a consulta a diversas fontes científicas nacionais e internacionais sobre o Diabetes nos trouxeram conhecimentos sobre o número expressivo de pessoas que surgem com o diagnóstico de **DM**. Suas conseqüências no contexto da sociedade são: alto custo no tratamento, redução na capacidade produtiva do cidadão, onerando o Estado com aposentadorias prematuras. Devemos considerar também um enorme sofrimento pessoal e familiar pelas expectativas de um agravamento iminente do estado de saúde, com muito sofrimento e que caminha para um encurtamento do nível de vida.

Como a nossa pesquisa está voltada para as gestantes diabéticas, era grande a nossa preocupação, com a qualidade do atendimento às mães de gravidez de alto risco, internadas no Centro de Parto Humanizado e Obstetrícia, com a possibilidade de contribuímos para compreender e amenizar o sofrimento pela prematuridade do **RN**, facilitando a elaboração do transtorno causado pela percepção do fator de alto risco e possível trauma pelo término abrupto da gravidez.

Dando prosseguimento a esta pesquisa a nível de Doutorado, no ano de 2004, tivemos a oportunidade de estagiar no Setor de Obstetrícia em uma Maternidade do governo na República Socialista da China, na cidade de Shanghai, sob a orientação do Prof. Dr. Pheng, Diretor do Serviço de Ginecologia. Essa experiência trouxe-nos subsídios que ampliaram os conhecimentos no manejo hospitalar neste segmento. Na nossa investigação pudemos tomar contato com várias gestantes diabéticas. Segundo observações e investigações do Prof. Dr. Pheng, o número de diabéticos tipo 1, tipo 2 e de gestantes diabéticas vem crescendo assustadoramente no país. As pesquisas no momento apontam para a ansiedade ligada à necessidade de realização profissional do homem e da mulher.

Com respeito às gestantes de alto risco por **DG**, o Prof. Dr. Pheng observou que as mulheres orientais, influenciadas pela mídia, perdem a sua capacidade de submissão à vida

familiar. Partem para uma competição profissional com o esposo, o que gera muita ansiedade e colabora para o desequilíbrio emocional, perda da capacidade de concentração e conseqüente surgimento de doenças incompatíveis com o estado de gravidez, possivelmente como o **DG**.

Na China, pelas leis governamentais, há cobertura pelo seguro social para apenas um filho por casal, exceção feita no caso de gravidez gemelar. O casal pagará multa ao governo, que lhes corta benefícios financeiros em caso de uma segunda gravidez. Por este motivo o aborto é permitido e muito recomendado no país, inclusive através de *out-doors*, voltados para o planejamento familiar.

Ampliando nossa pesquisa, em visita à cidade de Lima no Peru no ano de 2006, à Clínica San Gabriel pertencente à rede pública deste país, pudemos constatar, em entrevista com médicos ginecologistas e a endocrinologista Dra. Rosa Bueno Oliveira, o crescimento do número de portadores de diabetes tipo 1 e de tipo 2 e de gestantes diabéticas. O governo federal, através do Ministério da Saúde, lança permanentemente campanhas de controle de natalidade, através de *out-doors*, com a justificativa da presença de problemas de ordem sócio-econômica que assolam o país, uma vez que as classes sociais menos privilegiadas são as que apresentam maior número de casos de diabetes, pelo desconhecimento da necessidade de prevenção da doença, vida sedentária pelo desemprego e conseqüente obesidade.

Em se tratando de gestantes de alto risco com **DG**, este fator, conforme já foi visto neste estudo, também representa um gasto adicional para o Estado de São Paulo, que amplia a sua receita hospitalar, obrigada a derivar recursos, para a manutenção do atendimento médico e psicológico, além de aposentadorias, quando se faz necessário.

Vários autores informam que o atendimento deverá se estender à puérpera e ao **RN** pré-termo em **UTIN**. O **RN** prematuro por **DG** corre riscos de vir a ser um cidadão portador de deficiências físicas e mentais, se não houver um atendimento médico e psicológico prévio, efetivo e adequado ao fator de alto risco. A mulher grávida, com **DG** poderá retornar a ter este diagnóstico como também o seu filho.

Sendo a gravidez um período de vida normalmente saudável em que uma vida está em desenvolvimento no ventre materno, é importante pesquisar quanta ansiedade está presente nesse momento de expectativas.

Esses dados, conjugados com a experiência clínica e com o conhecimento teórico e específico, possibilitam a ampliação da compreensão dos conflitos revelados pela gestante.

Torna-se, pois, de grande utilidade psicossocial o atendimento psicológico, a avaliação para o diagnóstico das gestantes diabéticas, que fazem parte da população de funcionárias públicas estaduais ou suas dependentes. A nível de prevenção da doença, promoção e preservação da saúde, elas se sentirão mais aptas a um controle físico e emocional, que lhes trará e às suas famílias melhora em suas qualidades de vida.

Nossa hipótese é que os atendimentos médico e psicológico às gestantes diabéticas, a partir das conceituações propostas, diminuam o nível de ansiedade, o que já deve representar uma redução no nível de glicose no sangue.

Torna-se de utilidade pública que os órgãos governamentais promovam a nível de prevenção da saúde campanhas de divulgação dos conhecimentos sobre o diabetes para que estimulem a preservação da saúde e bem estar social.

O estudo com as gestantes diabéticas se justifica pela contribuição científica que pode trazer a distintos campos do saber, em especial à Psicologia Hospitalar, voltada para a Ginecologia, a própria Ginecologia e Obstetrícia, às equipes dos diversos setores que lidam com essas gestantes.

Como há carência de estudos e publicações com o tema em nosso meio, justifica-se ainda mais ser tema para uma Tese de Doutorado.

Esta investigação tem por objetivos:

1) Apresentar um estudo da compreensão clínica de aspectos psicodinâmicos em especial da qualidade das relações das gestantes com diabetes.

2) Descrever algumas Consultas Terapêuticas, realizadas com essas mulheres, refletindo sobre os alcances desse acompanhamento, no sentido de buscar o suporte e o alívio do sofrimento dessas mulheres, visando redução de riscos e de danos.

MÉTODO CLÍNICO

CAPÍTULO III

3 MÉTODO CLÍNICO

a) Tipo de Método: Clínico

A pesquisa foi realizada de acordo com o método clínico, por se tratar do relato de casos, visando desenvolver o psicodiagnóstico compreensivo (TRINCA, 1983) e interventivo (TARDIVO, 2004).

Utilizamos nesta pesquisa uma abordagem qualitativa do tipo de estudo de caso, realizada a partir do método clínico, segundo o método psicanalítico da mesma forma que Tardivo (2004) e Gil (2005) entre outros.

Porém, antes de abordarmos o método clínico, devemos inicialmente considerá-lo em uma perspectiva epistemológica, que irá alicerçar e legitimar não só os aspectos teóricos, mas também a prática, constituindo assim o rigor científico necessário à qualidade do estudo.

Santos (2002) e Gil (2005, p. 111), ao traçar um panorama do percurso das ciências, oferece-nos elementos importantes para uma reflexão que aponta para a crise pela qual passa a concepção de modelo científico. Esta concepção, não encontrando mais respaldo nos paradigmas vigentes da era moderna, passa a necessitar de um novo modelo que possa contemplar as demandas impostas pela pós-modernidade.

O paradigma que norteou a ciência moderna até então foi marcado por um modelo de racionalidade científica que considerava o homem e a natureza entidades separadas. Este modelo objetivava conhecer a natureza para controlá-la, privilegiando a quantificação e a classificação dos fenômenos. Neste contexto, ocorria a valorização das Ciências Naturais em detrimento das Ciências Sociais, que eram vistas como não científicas e irracionais.

Foi essa a metodologia discutida e adotada por Tardivo (2004), em sua pesquisa que deu origem à sua Tese de Livre Docência e em outra obra (2007). Essa autora buscou o pensamento de Bleger (1975), o qual concebe que a relação sujeito-meio não é uma simples

relação linear de causa e efeito entre os objetos distintos e separados, sendo sujeito e meio integrantes de uma só estrutura total.

Esse mesmo autor estabelece uma forma de aprender com as condutas do sujeito. Qualificando assim que toda a conduta é um sucesso ou acontecer humano.

Tardivo (2004) ainda se apóia na concepção do mesmo autor (BLEGER, 1975), sendo que a ciência não é um método ou um conjunto de verdades reveladas, feitas de uma vez para sempre. É então um processo que se constrói. Nessa concepção trata-se de conhecer e ao mesmo tempo, modificar a realidade.

Poderia dizer que se trata de uma metodologia qualitativa de trabalho que se desenvolve numa situação natural, é rico de dados descritivos, tem um plano aberto e flexível e focaliza a realidade de forma complexa e contextualizada. Sempre levando em consideração o contexto sócio econômico e cultural que acaba exercendo suas influências sobre o indivíduo.

Trivinõs (1995) destaca que a pesquisa qualitativa como a que apresentamos tem seu foco principal na compreensão particular do fenômeno estudado, muito mais que nos resultados ou produtos, exigindo do investigador flexibilidade ao investigar. Ele não deve, portanto, basear-se em hipóteses iniciais definidas de forma rígida, pois estas podem sofrer modificações ao longo do processo.

Amiralian (1982), ao falar sobre o método clínico, considera que a sua utilização está fundamentada na produção de respostas determinadas pelas condições psicológicas do indivíduo, não sendo consideradas frutos do acaso. Este tipo de método, baseado na liberdade de manifestação, poderá proporcionar que conteúdos inconscientes aflorem e possam ser considerados na organização da personalidade do indivíduo.

A utilização do método psicanalítico em pesquisa, pressupõe que a relação sujeito-sujeito se dê permeada pelo inconsciente de cada um. Para a autora, “trazer à tona esse nível submerso, essa intersubjetividade e relacioná-la com o nível da superfície, constitui o complexo e delicado trabalho da psicanálise”. Assim, para a configuração do método como psicanalítico, a autora recomenda que não se tenha uma teoria ou resposta anterior à investigação, mantendo uma postura de *receptiva curiosidade* na relação estabelecida.

Vale destacar também as contribuições de Aiello-Vaisberg (2004, p. 61), a que considera o método psicanalítico como aquele que privilegia o sentido emocional das condutas, considerando-as em seu sentido singular e único, contextualizadas social, política e

culturalmente. A autora ressalta a dimensão ética da clínica psicanalítica, à medida que esta se manifesta como “prática voltada à transformação do mundo humano”.

Turatto (2003) em obra fundamental sobre a metodologia qualitativa traz algumas definições. Diz ele que, Denzin & Lincoln, afirmam que os pesquisadores qualitativistas estudam as coisas em seu *setting* natural, tentando dar sentido ou interpretar fenômenos nos termos das significações que as pessoas trazem para eles.

Bogdan e Biklen (TURATTO, 2003) dizem que a partir desse método os pesquisadores procuram entender o processo pelo qual as pessoas constroem significados e descrevem o que são aqueles significados. Turatto (2003), apresenta a sua definição: “método, utiliza-se para conhecer e interpretar as significações psicológicas e socioculturais que os indivíduos (pacientes, familiares, profissionais) dão aos fenômenos do campo da saúde-doença”. Trabalha no paradigma fenomenológico, na área das ciências do Homem, valorizando as angústias existenciais dos sujeitos, a atitude clínica de acolhimento e usando um quadro de referenciais teóricos interdisciplinares com destaque a concepções psicanalíticas básicas.

Dentro do método qualitativo, o estudo de caso se constitui em uma das formas mais relevantes (LÜDKE; ANDRÉ, 1986). Foi o empregado no presente estudo. Assim visou-se conhecer, no sentido mais profundo, a situação que vivem as cinco gestantes diabéticas, numa relação a qual buscou também proporcionar uma compreensão e, sendo possível visou a intervenção de forma indissociada e dinâmica.

b) Participantes

Participaram desta pesquisa cinco gestantes de alto risco com o diagnóstico médico de **DG**. Essas mães pertenciam à população do Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo, Francisco Morato de Oliveira, por serem funcionárias públicas estaduais ou esposas de funcionários ou filhas dependentes e foram encaminhadas para internação no Centro de Parto Humanizado e Obstetrícia.

A nós foi concedida a aprovação do Comitê de Ética do Hospital, para realizar este estudo, aprovado em janeiro de 2004 pelo Dr. Fábio Schmidt Goffi, Diretor do Conselho de Ética.

Todos os nomes atribuídos às participantes são fictícios, garantindo assim o sigilo das identidades das mesmas. Todas as mães assinaram o termo de consentimento Livre e Esclarecido, cujo modelo segue no anexo.

c) Procedimento

Através de consulta ao médico Obstetra no Ambulatório de Neonatologia e de posse dos resultados das dosagens sanguíneas de glicose no sangue e hemoglobina glicolisada, >7 ($Hb > 7$) as gestantes são encaminhadas para a Internação. Também se internam, quando não se sentem em boas condições de saúde e passam no Pronto Socorro e este serviço encaminha para a Internação no Centro de Parto Humanizado e Obstetrícia.

d) Instrumentos

1) Pedido de Interconsulta:

O Serviço de Obstetrícia encaminha ao Serviço de Psiquiatria e Psicologia Médica um pedido de Interconsulta. No pedido de Interconsulta consta a data, a hora, o nome da paciente, idade, idade gestacional, o quarto, o leito e o Registro Geral no Hospital (RG). Segue-se um resumo clínico da paciente com o diagnóstico que encaminhou para a Internação e os motivos do pedido de Interconsulta. A Psicóloga se desloca até o Centro de Parto Humanizado e Obstetrícia, consulta o prontuário da gestante, reúne-se com a equipe multidisciplinar para, em seguida, dar início à primeira entrevista.

Segundo Bleger (1984) o psicólogo não dirige, não educa, não decide, não executa decisões; ajuda a compreender os problemas que existem e ajuda a problematizar as situações. O manejo da informação não é só um problema ético, mas sim, ao mesmo tempo, um instrumento técnico.

2) Prontuário da Paciente

É um documento, onde consta arquivado todo o percurso do paciente no Hospital, desde a sua primeira consulta, registradas com os diagnósticos, receitas de medicamentos, assinadas e carimbadas pelos médicos das clínicas por onde os pacientes passam, resultados de todos os exames laboratoriais, radiográficos, ultrassonográficos, cardiográficos, etc. A partir do ano de 2007, os exames estão sendo registrados também no Sistema de Computação e de posse de uma senha pessoal, o paciente poderá ter acesso via Internet aos resultados de seus exames e também à marcação de Consultas.

3) A entrevista inicial, semi-dirigida

Realizada desde o início, como forma de diagnóstico, enquanto a gestante se acha internada e acamada, após estar ao par do seu diagnóstico de DG, sentindo-se muito fragilizada, neste momento de crise, configura-se em uma espécie de abertura e solicitação de amparo, cuidados e esclarecimentos. Exercem mais a finalidade de conhecer o DG e suas condições. Nas primeiras entrevistas a gestante tem liberdade de expor seus problemas, iniciando por onde preferir e incluindo o que desejar. Desta forma o campo psicológico configurado pelo entrevistador e a paciente se estrutura em função de vetores assinalados pela gestante. Finalmente, no último momento desta primeira entrevista, devemos forçosamente, adotar uma técnica diretiva para poder “preencher” nossas lacunas na informação do paciente e que são consideradas de especial importância, ou acerca de contradições, ambigüidades e verbalizações obscuras (OCAMPO, 1987).

Não estão separadas as fases de compreensão e intervenção

As entrevistas às gestantes são estendidas até o puerpério, incluindo entrevistas com familiares, quando necessário, com o casal e o RN nos braços, o que nos permite uma captação e compreensão da realidade interna e sua confrontação com a realidade externa, até o dia da alta médica e psicológica.

No entanto, algumas gestantes apresentam-se em condições emocionais de muita fragilidade egóica, fazendo-se necessário um acompanhamento individual mais intenso, diário, que visa fortalecer as áreas do ego que se apresentam mais conflituosas.

4) O Teste das Relações Objetais (TRO) de Phillipson

Freud (1901/1976) comparou um teste projetivo a um raio X. Atravessando o interior da personalidade, fixa a imagem do seu núcleo secreto sobre um revelador (aplicação do teste), permitindo depois a sua leitura fácil por meio da ampliação ou projeção ampliadora em uma tela (interpretação do protocolo). O que está escondido fica assim, iluminado. O latente se torna manifesto. O interior é trazido à superfície; o que há em nós de estável e também emaranhado se desvenda (ANZIEU, 1984).

As técnicas projetivas são introduzidas e integradas em situações de entrevista para facilitar a comunicação, para criar uma atmosfera favorável ao relacionamento e provocar o aparecimento de conteúdos inconscientes.

A conduta não agressiva do psicólogo, aliada à sua habilidade terapêutica, é que leva o paciente a projetar seus objetos internos em variados aspectos, associados com as necessidades e temores cada vez mais primitivos.

O que ocorre especialmente no uso dos testes projetivos, é sua associação com descrições da personalidade inferidas através das respostas, história do caso e entrevistas. (ROSA, 1995).

Usamos como instrumento projetivo nesta pesquisa o TRO de Phillipson (1955/1970), porque o autor se utiliza como pressuposto básico, as relações interpessoais como sendo o núcleo das relações objetais no presente, explorando o conteúdo de realidade e o clima emocional e evocam, na relação transferencial, diferentes tipos e níveis de sentimentos. Este teste mostrou-se sensível para detectar aspectos psicodinâmicos das gestantes diabéticas. O teste oferece como principal vantagem, enquanto instrumento diagnóstico, a fundamentação da TRO de Melanie Klein (ROSA, 1995).

Na infância, o bebê projeta grande parte de si nos objetos arcaicos e depois os introjeta, contudo estes não correspondem necessariamente aos objetos externos originais. Por isso a qualidade da internalização do mundo externo, dos objetos bons ou ruins, bem como a vivência dos objetos internos, pode ser sentida como uma situação gratificante ou angustiante, existindo uma inter-relação constante entre os objetos do mundo externo e do mundo interno da criança.

A gravidez, o parto e o puerpério configuram-se internamente como um período de reestruturações e preparo vincular em que surgem ansiedade e angústia; as experiências

físicas, psicológicas e sociais da gravidez propiciam, internamente, a reorganização biopsicosocial e o complexo processo de simbolização do bebê e da maternidade. Nesse sentido, o adiamento do reconhecimento da gravidez pode oferecer à adolescente ou à mulher, ainda imaturas emocionalmente, um mecanismo de defesa contra a angústia provocada pela impossibilidade de conter emocionalmente as mudanças decorrentes da gravidez (LANGER, 1981).

Para Aberastury et al. (1979) e Soifer (1992), a capacidade criativa de dar vida, colocada à prova durante a gravidez, como manifestação da superação do medo do ataque filial, constitui a ansiedade básica na maternidade. Contudo, ao longo dos nove meses de gestação, instala-se uma ambivalência afetiva entre desejar e rejeitar a gravidez e a diminuição da angústia, sendo assim, a formação de laços afetivos com o bebê dependem da qualidade das relações objetais e do equilíbrio adaptativo da gestante.

É preciso organizar conhecimentos que digam respeito à vida biológica, intrapsíquica e social, não sendo possível excluir nenhum desses aspectos (TARDIVO, 1983).

Os dados das gestantes diabéticas, que são importantes averiguar nesta pesquisa, são características intrínsecas apresentadas no Teste projetivo TRO. Estas características nos permitem explorar a dinâmica do mundo interno da paciente e da natureza de seus relacionamentos objetais inconscientes e a possibilidade de modificação de vínculos patológicos e sistemas defensivos, frente a diversas situações por sua apresentação em três séries, com quatro lâminas e, em cada uma delas, com um personagem, dois, três e vários, em grupos (ROSA, 1995). Uma das séries introduz a cor e utiliza quantidade variável de conteúdo de realidade e clima emocional que evocam diferentes tipos e níveis de sentimento.

Cada série é denominada, respectivamente, de A,B e C, assim como as lâminas integrantes de cada uma são chamadas de A1, A2, A3 e AG, mais uma lâmina totalmente branca.

Este teste é um instrumento verbal e, através de uma estimulação visual das figuras pouco estruturadas de 13 lâminas, a paciente deve elaborar uma história. Assim, a paciente tem a oportunidade de projetar o seu inconsciente.

T: -Vou lhe mostrar umas lâminas com figuras, como esta, uma a uma. Imagine o que podem representar para você. Olhe a lâmina, invente uma história e lhe dê um título. Diga primeiro em poucas palavras, como ocorreu a situação, o que você pensa que está ocorrendo, com todos os detalhes e, finalmente, diga o que ocorrerá depois.

O examinador deverá anotar o tempo de reação (TR) e o tempo total (TT) que a paciente levou para contar cada história.

Podemos indicar como principal idéia de Phillipson (1955/1970), seu idealizador, o olhar cuidadoso sobre a gênese da experiência inter-pessoal desde a tenra infância, sua evolução e influência dinâmica na personalidade da pessoa adulta (ROSA; SILVA 2005).

Trata-se de uma observação do campo todo, de como os objetos se movem, de como as relações se estruturam e formam configurações vinculares, de como a paciente opera e reage a esse campo intersubjetivo, buscando alívio das tensões mediado pelas lâminas a ela apresentadas.

A situação projetiva do TRO leva à utilização de recursos internos para organizar os estímulos de forma lógica, bem como para simbolizar, a fim de conseguir elaborar a situação nova e conflituosa no relato das histórias (OCAMPO et al., 1987; GRASSANO, 1996).

Os desejos expressos na situação projetiva representam as relações fantasiadas com o objeto e demonstram o nível de satisfação das necessidades primitivas e os sentimentos ameaçadores de grande carga ansiosa.

Toda situação de teste projetivo sempre mobiliza medos e ansiedades. A dinâmica da personalidade se revela mais em histórias curtas do que em longas, nas quais os esforços defensivos são maiores.

A avaliação da personalidade da gestante através deste teste projetivo nos facilita a compreensão de suas vivências emocionais, possibilitando-nos um entendimento e interpretação dos alicerces de suas relações interpessoais e, dessa forma, podendo avaliar o seu sofrimento psíquico, facilitando-nos em nossas interpretações.

5) Entrevistas em Consultas Terapêuticas

O atendimento em Consultas Terapêuticas para as pacientes que se mostravam mais fragilizadas, foi em um ambiente integrador, em um espaço privilegiado para a interação mãe-bebê-pai.

O ambiente oferecido pela psicóloga tornou-se facilitador, pois estabelecemos um conluio, ou seja, um holding com um handling. Os pais sentiam confiança em falar de sua história, de seu passado, de suas famílias e da repetição de suas condutas.

Nas Consultas Terapêuticas, os conteúdos conscientes e inconscientes emergem dos pais e o terapeuta sente-se autorizado por eles a compreendê-los, explicitando a relação deles com os sintomas dos recém-nascidos. As posturas ativas adotadas pelo terapeuta, realizando pontuações e interpretações que funcionam como “disparadores” é que fazem circular os conteúdos inconscientes, favorecendo as associações. Nesse espaço de continência e de caráter integrador (função materna e paterna), o terapeuta aprofunda os dados sobre a relação entre o filho e a mãe; o filho e o pai e o filho, a mãe e o pai, proporcionando crescimento e adaptação (OLIVEIRA, 2001).

A evolução do processo psicodiagnóstico tem levado o psicólogo à novas formas de atuação diagnóstica, com modelos e características próprias, alcançadas a partir de uma identidade profissional cientificamente conquistada por meio de pesquisas.

Definimos o Psicodiagnóstico Interventivo como uma forma de avaliação psicológica, subordinada ao pensamento clínico, para a compreensão globalizada da problemática do indivíduo, apreensão da dinâmica intrapsíquica, identificação dos conflitos e intervenção nos aspectos emergentes e determinantes dos desajustamentos responsáveis por seu sofrimento psíquico e que, ao mesmo tempo e por isso, permitem a intervenção eficaz (PAULO, 2004; TARDIVO, 2004).

Utilizamos neste nosso trabalho o diagnóstico do tipo compreensivo de Trinca (1983) para priorizar o pensamento clínico na busca da compreensão da gestante diabética em sua totalidade, para entender os desajustamentos de cada mãe de forma integrada à dinâmica psíquica. No modelo compreensivo, investigamos os profundos motivos da vida emocional a partir do raciocínio clínico e passamos a utilizar os instrumentos psicológicos como meios auxiliares de investigação. O diagnóstico passou a ser um processo flexível, que não é estruturado previamente, mas sim, um trabalho dinâmico que se estrutura em função dos aspectos emergentes e significativos da situação clínica e foi único em cada paciente.

Nesse contexto, a investigação versa tanto a respeito das descrições que os pais, cada um de seu lugar, trazem dos bebês reais quanto de sua própria história e a história que eles construíram dos filhos. O Terapeuta se depara com sofrimentos e dúvidas dos pais em relação a como educar os seus filhos, apontando para uma esperança de transformação.

Trata-se de uma nova concepção de psicodiagnóstico com a utilização de instrumentos psicológicos e projetivos, necessários à avaliação da problemática específica como mediadores do contato terapêutico, além da vertente diagnóstica. Implica, também, utilizar os testes psicológicos de modo flexível, aplicando os dados, as respostas, as reações físicas ou emocionais da paciente e os resultados obtidos da análise das técnicas projetivas, como ponto de partida para a intervenção terapêutica, o mais precocemente possível (PAULO, 2004; TARDIVO, 2004).

Referimo-nos ao emprego de instrumentos projetivos como facilitadores da comunicação e como mediadores do contato com o mundo interno das pacientes, auxiliando na elaboração de intervenções do psicoterapeuta a partir da produção projetiva da paciente nos testes.

Considerando a necessidade de dispormos de meios eficientes de promover intervenções imediatas e adequadas à realidade social em que vivemos, o diagnóstico interventivo permite promover experiências mutativas com as gestantes que sofrem por causa da problemática emocional ligada à DG desde as primeiras consultas. Este método de atendimento propõe uma atuação do psicólogo para diagnosticar e intervir, assim que possível, nos aspectos psicodinâmicos e nas dificuldades enfrentadas, favorecendo a possibilidade de contatos e encontros que sejam, de fato, terapêuticos.

O período gestacional das mães prolonga-se no Hospital até o dia do parto, prosseguindo no puerpério até a alta médica do recém-nascido. Sendo aleitado no seio e envolvido nos braços maternos, deixam o Hospital.

APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS CASOS ATENDIDOS

CAPÍTULO IV

4 APRESENTAÇÃO DOS CASOS COM DIABÉTES GESTACIONAL

Apresentaremos aqui o material de cinco casos atendidos. Os nomes das pacientes são fictícios. Todas assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, onde lhes é garantido o anonimato nessa participação. Iniciaremos pelos dados do Prontuário da paciente. Inserimos um resumo da 1ª entrevista, em seguida as histórias do **TRO** e uma síntese interpretativa do **TRO**. Relatamos o seguimento em Consultas Terapêuticas, após o nascimento do **RN**, sua internação em **UTIN**, o início do Aleitamento. Inserimos algumas vinhetas dessa consultas.

CASO 1

Nome: Maria Aparecida. M.A.
Idade: 40 anos.
Peso: 70 Kg.
Idade Gestacional: 12 semanas.
Estado civil: casada.
Profissão: Professora.
Companheiro: Amoroso.
Idade: 24 anos.
Profissão: Metalúrgico.

1ª Entrevista

A paciente é separada do primeiro marido há 16 anos, com quem teve 3 filhos do sexo masculino. Juntou-se há três meses atrás com Amoroso de 24 anos. Refere que buscava segurança no segundo esposo e ao mesmo tempo autoridade para os três filhos, já adolescentes, que não a obedecem mais. O casal foi passar a lua de mel em Guarujá, onde desfrutaram momentos de muito entrosamento e de muita felicidade. Decidiram que MA. faria laqueadura assim que retornassem da lua de mel. A menstruação de MA estava atrasada por alguns dias e assustou-se tentando convencer-se de que poderia ser uma menopausa

precoce. No momento da cirurgia de laqueadura por laparoscopia, o obstetra constatou que MA. estava grávida de dois meses aproximadamente e por este motivo não pode iniciar o procedimento. MA sentiu-se muito ansiosa e surpresa, pois ela e seu esposo não haviam planejado a gravidez. Amaro estava desempregado, só tinha 24 anos, a casa já estava de “bom tamanho” para 5 pessoas. A gravidez de MA, foi causa do início dos desentendimentos entre o casal. M.A. temia uma possível separação e novamente vir a sentir-se abandonada. Retornou ao Hospital, porque não se sentia bem e foi diagnosticado HAS e DG).

- *“Estou me sentindo imobilizada dada a rapidez com que os acontecimentos ocorreram em minha vida, transformando uma rotina do presente em um futuro cheio de incertezas e pontos de interrogação”. “Eu quero estar bem com esta verdade, mas ela não me desce goela abaixo”.* A paciente descreve “goela abaixo”, como uma ansiedade que não tem tamanho e que não se encaixa com os outros sofrimentos de sua vida. Refere que a separação do marido foi muito dolorosa para ela, pois trocou-a por uma vizinha e que da janela de sua casa via os “amassos” deles. Assegura que esta gravidez apareceu em hora errada de sua vida e que tem um pressentimento de que o segundo casamento irá por água abaixo e que seria difícil resistir a esse impacto. A Paciente faz referência à sua avó materna, que a criou, uma mulher de muita sabedoria e que sempre falava que o sofrimento da mulher era “calado” e que a gravidez só era boa para o marido. Sentia-se como a avó, que sofreu muito sozinha.

Ofereço-me como continente para atender à MA e à sua família.

2ª Entrevista

Aplicação do Teste das Relações Objetais de Phillipson TRO:

Lâmina 1(A1) Título: **Obediência**

TR; 5'00"

TT 7'30"

Parece um homem bem machão, dando ordens aos seus subalternos. Seria uma ameaça? Greve? Não sei o que cada um pensa. Parece que está frio. É cedo, não se consegue ver direito, tem nevoeiro.

(-E depois?)

-Eles vão cumprir as ordens do chefe.

(-Quais seriam as ordens?)

-Seriam a respeito de acolhimento, segurança no serviço.

Interpretação

Por ser a 1ª prancha apresentada à paciente e por ter um só personagem, indica como ela se adapta a novas situações. Tem que enfrentá-las sozinha, temendo como consequência ficar só, ser dominada pela autoridade. O ego, temendo a solidão e o abandono, projeta os temores frente ao domínio autoritário do objeto para controlar e evitar a separação. Denota uma situação de paralisação interna e externa a que está submetida. Utiliza a repressão como mecanismo de defesa adaptativo, demonstrando flexibilidade do ego.

Lâmina 2 (A 2). Título: **Indefinição**

TR: 3'30".

TT: 6'05"

-Vejo duas pessoas, parece que elas estão se desentendendo, uma delas está de cabeça baixa. Mas querem se entender, eles se dão bem, um depende do outro, um quer bem ao outro. Algo de inusitado aconteceu entre eles. Parece que é de difícil solução.

(- E aí, como ficarão depois?)

-Vai ficar legal, não poderá prevalecer a situação de discórdia.

Interpretação

Nesta lâmina, a paciente trouxe referências claras de sua situação com o marido, mostrando que existe esperança de solução.

Lâmina 3 (C3) Título: **Definição**

TR: 1'50"

TT: 4'20"

-Eles estão dentro de casa agora e é hora de refeição. A mãe está sentada na poltrona e o companheiro chegou, entrou e ele traz um papel na mão. Um dos filhos já tomou café e vai sair para a Escola. Para de falar e sai logo para a Escola. Para de falar e sai logo, porque o homem entrou. O dia já clareou.

(-E depois?)

-A decisão fica a dois.

Interpretação

Nesta lâmina são mobilizados os sentimentos relacionados ao conflito edipiano. A situação triangular faz emergir impulsos agressivos, talvez estimulados pela cor. “ O homem chega e o filho sai.” A consequência temida ainda é ser abandonada e castigada pela escolha do objeto de amor. Usa como esforços defensivos a identificação projetiva. O ego está dominado pelo medo de abandono. “Lá ainda precisa de luz”.

Lâmina 4 (B3) Título: **Perdas**

TR: 3’30”

TT:5’30”

-A porta está aberta, o casal discute para poder tomar decisões e um dos filhos observa, quer saber provavelmente qual será a decisão deles e julga o que seria a melhor decisão para eles nesse momento atual.

(-O que você acha que seria melhor para eles?)

-Me parece que o filho teme perder a mãe, querem controlá-la, mas parece que há uma ameaça, sentem a presença de um desconhecido entre eles.

Interpretação

A paciente revela, através de sua história, a presença de ameaça e a necessidade de exclusão da 3ª pessoa. A sua capacidade de enfrentar aspectos sombrios e angustiantes da vida, lhe permite controlar o objeto frente à intromissão. Continua presente a sua situação de medo do abandono(de abandonar ou de ser abandonada).

Lâmina 5 : (AG). **Sala do Hospital**

TR; 4’30”

TT: 7’30”

- Ai me lembra um sonho, é no Hospital os médicos, estão em reunião,considerando sobre as decisões que devem tomar sobre o acolhimento aos pacientes, não pode ter erro, tem que ser definitivo, quando é no Hospital, não sei se acordar vai dar tudo certo, pode até ser

morte.

-Vejo lágrimas nos olhos da paciente, espero um pouco.

(-Percebo que você se emocionou, quer falar algo?)

-É difícil para eu explicar o que venho sentindo, gerando um filho, estando com diabetes.

Interpretação

Nesta lâmina a paciente enfrenta uma situação de perda objetal com predomínio da ansiedade depressiva. Teme a perda e morte de objetos amados e ficar à mercê das adversidades, denotando fragilidade egóica. Não deseja sentir-se desprezada no processo terapêutico. Espera muito ser atendida e acolhida pela equipe multidisciplinar. Seus esforços defensivos são a identificação projetiva.

Lâmina 6: (B1). Título: **O Quarto do Bebê.**

TR: 2''00''

TT: 6''00''

Parece um quarto, é de bebê e a mãe vê se vai caber tudo direitinho, ela já conseguiu comprar a caminha e a cômoda. Tem que caber, dá-se um jeito, vai ficar tudo bonitinho, o bebê vai chegar.

(-E depois?)

- Ela está muito ansiosa, tem boas e más expectativas.

Interpretação

A situação de solidão é superada, mas faz emergir angústias ligadas à posição depressiva e encontra conforto em seu mundo interno. Esta parece ser a representação de objetos bons que lhe dão proteção. Visualiza a possibilidade de superação e solução para a sua situação atual.

Lâmina 7 :(CG) Título: **A Decisão**

TR: 4' 00''

TT: 7'00''

As pessoas de novo, ali reunidas, discutindo sobre a decisão que devem tomar. Querem acertar, não podem tropeçar nos degraus, a decisão deles vai ser muito correta, muito direita.

(-E depois?)

- As coisas vão se acalmar...

Interpretação

A paciente nos fala de seus aspectos estruturais internos (id ego superego) manifestando rigidez de superego “ a decisão vai ser muito correta” A distribuição espacial das figuras apresentada na lâmina (CG) e a presença de cores permitem explorar a maneira como a paciente encara as figuras de autoridade, tanto a nível interno como externo. Nos fala da situação real que vive e da rigidez em ser aceita.

Lâmina 8: (A 3). **Cena Familiar**

TR: 3’50”

TT:6’30”.

Parece que é noite, não acenderam a luz. A mãe se levantou à noite, ela está melhor, o marido ajuda a levá-la ao banheiro. Ela precisa muito dele. Os filhos observam, não dizem nada, é só indagação, mas eles são acolhedores.

(-E depois?)

-Continua a indagação no ar, sobre a situação da família, favorável ou desfavorável.

Interpretação

Essa lâmina evoca o conflito edipiano. O tema central é a separação e como o ego resolve esta questão. Traz novamente a possibilidade de solução, para a situação que está vivendo.

Lâmina 9: (B2) Título:**Chamego**

TR: 2’30”

TT: 6’00”

Parece que é fora de casa, antes, quando o casal namorava, tinha o hábito de se encostar nessa árvore. Era para eles se conhecerem melhor, já para preverem como seria a vida deles lá na casa da frente, onde estavam os rapazes e as luzes acesas. Tinha que atravessar a ponte para chegar lá, era perigoso.

(-E depois?)

-Eles chegaram na casa.

Interpretação

Nessa lâmina há um favorecimento da relação heterossexual. É possível que seja favorável o estabelecimento da relação terapeuta-paciente na psicoterapia, constituindo esta lâmina um valioso instrumento prognóstico da relação transferencial. Ego desejoso de reconciliar-se e refazer os vínculos com o par amoroso (interno), que na fantasia a exclui. Teme ser abandonada sem poder realizar o futuro, mas sente o desejo de conseguir.

Lâmina BG (10) Título Reunião da Família

TR 1'30"

TT 4,00"

- Aqui eles já estão indo para o Hospital, a mãe e o três filhos. O mais velho deles já tem até uma namoradinha. O companheiro dela está muito pensativo e arredio ele não sabe o que irá decidir. Já foi até agressivo com ela.

- Por que?

- Porque tiveram que sair muito cedo.

A plataforma do Metrô está vazia.

Interpretação

-Apaciente manifesta sentimentos de rejeição ao companheiro que está arredio e excluído do grupo no momento de grandes ansiedades "ida para o hospital". A paciente mostra a dificuldade encontrada para lidar com a situação de exclusão. Referências diretas à situação vivida por ela. Busca de apóio nos filhos.

Lâmina 11 (C2) Título: Laqueadura

TR: 2'30"

TT: 5'30"

É a cama do Hospital. A mãe está deitada nela. O médico, à porta, irá dar uma notícia que será ruim para ela.

(-Que notícia?)

Ela vai ter que esperar um tempo para realizar o seu desejo, vai ser difícil e sofrido enfrentar essa realidade.

Interpretação

Esta lâmina evoca fantasias de perda e o ego frágil está paralisado diante desta situação. Ao mesmo tempo é solicitado a mobilizar recursos para restaurar o objeto bom, perdido. O desejo e o medo de não conseguir este feito desenvolve uma ansiedade depressiva. Espera-se que esta lâmina seja uma indicação de como a paciente irá modificar a realidade, a partir do diagnóstico de gravidez e diabetes.

Lâmina 12 (C1). Título: **Acomodação**

TR: 2'00"

TT:3'30"

A casa é simples, mas é acolhedora, terminou o café da manhã, faz silêncio, . Cada um saiu para a sua jornada, pensam no futuro, como vai ser, lá é pequeno.

(-Mas, não pode modificar?)

-Ainda não decidiram como fazer, mas acho que vão tentar. Eles sempre arriscam, é como dizer “challenger” em Inglês.

Interpretação

Esta lâmina mostra como a paciente experimenta a situação de teste com a examinadora e quais os sentimentos que vivenciou na transferência. Mobiliza sensações de calor humano “ a casa é simples, mas é acolhedora”, ao mesmo tempo em que fala de sua tentativa de superação.

Lâmina 13 (Branca). Título: **Recordações**

TR: 2'50"

TT: 6'30"

Esta prancha, sem figura, me traz a ausência de minha querida avó. Coitadinha, sempre me aconselhou sobre como agir com os homens, tomar decisões corretas na vida.

-Ela falava:

“-Os homens são sempre ladinos, não demonstram o que querem e a gente sempre faz do jeito deles. Ai eles ficam no bem bom e a gente ali trabalhando na enxada, na lida da casa, no pé do fogão, na beira do tanque, criando a filharada e a vida deles é que vai progredindo e nós paradas, servindo a eles, caladinhas, o café quentinho a toda a hora e nós caladinhas, assim ela achava a solução, ficava só no pensamento”.

Minha avó morava na roça, tinha hábitos antigos, mas a cabeça dela era moderna, parece até que ela era demais feminista. Eu a adorava, a sua morte representou uma grande perda para mim. Se ela soubesse do meu sofrimento atual, grávida, diabética, hospitalizada, logo me traria uma solução. Com ela presente eu acho que estaria numa situação bem mais definida, sem ansiedade. Lágrimas...

-Percebo que você sente saudades de sua avó e que gostaria de se sentir acolhida e com mais apóio.

Interpretação

Nesta lâmina a paciente mostrou a relação transferencial operando em toda a lâmina, revelando desejos de conservar o objeto de amor vivo. Sente medo da separação e de perda pela morte.. Como defesas utiliza-se da identificação projetiva, mantendo-se ainda numa posição depressiva.

Síntese Compreensiva

A aplicação, nesta pesquisa, do **TRO** de Phillipson após a internação da gestante diabética, durante a 2ª entrevista, permitiu-nos complementar os resultados obtidos após consulta ao prontuário, reuniões com a equipe multidisciplinar, acompanhamento pela psicóloga até a **UTIN** e atendimento em Consultas Terapêuticas, num processo Interventivo. Alguns aspectos detectados nas respostas da paciente somaram-se àqueles observados na 1ª entrevista, enquanto outros permitiram confirmar um bom prognóstico para a gestante e para o seu filho.

Evidenciamos insegurança, medo de abandono e o desejo inconsciente de se sentir amparada e sustentada emocionalmente por uma relação afetiva harmoniosa com o companheiro e os filhos, pelas respostas às lâminas A2 , C3, B3, CG, A3, B1, A3. “- Quando me sinto só, já consigo me desvencilhar da imagem de minha avó, que foi durante toda a vida a minha

a“tábua de salvação”, quando me vinha aquela sensação de insegurança, por estar só e ter que decidir os meus problemas, os de meus filhos e agora, com o Amoroso dentro de nossa casa.”

A nível inconsciente, concluiu-se que essa necessidade está vinculada ao desejo de se sentir em harmonia com o casal de pais internalizados, ou seja, com sua “família interna” e também com seu companheiro.

Cabe destacar que as dificuldades vivenciadas na relação com o companheiro geram muita ansiedade na paciente, que passa a mobilizar fantasias do casal destruído, contra possíveis ameaças de ruptura no equilíbrio conjugal com a chegada do bebê.

Ligados a esses aspectos, as respostas às Lâminas A3 e B3 trouxeram referências à situação triangular, em fantasias relacionadas à situação edípica e à possibilidade da mulher incluir e acolher o bebê na relação familiar.

As respostas às lâminas A1 e Branca trouxeram referências à situação de “crise” em que a paciente se encontra: o enfrentamento a um evento novo e desconhecido, gerador de temores e inseguranças e a impossibilidade de ser orientada pela falecida avó. Vive intensamente a situação de perda.

Finalmente queremos ressaltar a riqueza do encontro terapêutico, com o elemento projetivo oferecido, pois ajudou-nos no julgamento e conscientização do ego, no trabalho egóico da paciente, dando-nos indicadores diagnósticos e prognósticos como guias do processo psicoterapêutico.

Acompanhamento:

A paciente foi acompanhada em Consultas Terapêuticas pelo período em que esteve internada no Hospital, até a alta médica e psicológica da dupla mãe e do RN.

Conduzimos o processo de tratamento fundamentada na teoria psicanalítica, pelo prontuário médico da paciente, pelas entrevistas da paciente, do grupo familiar e as interpretações, baseadas na técnica projetiva do TRO.

Essa paciente manifestou melhoras a partir do atendimento médico e psicológico, totalizando 70 atendimentos psicológicos. As interpretações da psicóloga, muito ajudaram em seus “*insights*”.

Foi através do contexto interacional, sustentado pelas Consultas Terapêuticas e permeada por toda uma postura de observação de relação mãe-bebê- família, que pudemos realizar a nossa tarefa. A paciente seguiu muito tranqüila e corajosa para a sala de parto. O RN nasceu prematuro com 36 semanas de gravidez. Esteve internado em UTIN por duas semanas, após algumas complicações clínicas, como hipoglicemia. Acompanhamos a paciente por várias vezes até a UTIN, quando ia visitar o seu filho. O RN foi amamentado no seio pela mãe com muito carinho, propiciando-lhe um “*handling*” favorável ao seu desenvolvimento emocional. Após ter adquirido 2 Kg. a mãe, o pai e o RN deixaram o Hospital muito felizes. Uma sensação de tranquilidade é de domínio da maternagem invadia a paciente. Pelo seu tom de voz e pelo seu discurso percebia-se que M.A. havia assumido a maternidade com competência para propiciar ao RN bom início de desenvolvimento emocional.

-“*Amoroso e eu estamos muito felizes com a chegada da baixinha*”.

-“*Os irmãos já vieram para conhecê-la, junto com o pai*”.

-“*Todos estão muito felizes e até pediram para carregar a baixinha*”.

Após ter adquirido dois Kg. a mãe, o pai e o RN deixaram o hospital muito felizes e nos ofertaram uma foto do RN com os pais, sinalizando para um retorno do equilíbrio psíquico no seio da família.

Constava no Prontuário da puérpera níveis normais de glicemia no sangue até o dia de sua alta médica.

CASO 2

Nome: Maria de Lourdes. M.L.

Idade: 45 anos

Peso: 80 Kg

Profissão: do lar

Esposo: Waldir

Profissão: Ajudante de Hidráulica

RN: Fernando

Idade Gestacional: 33 semanas

Nº de filhos: 3

1ª Entrevista

Fomos chamadas através de um pedido de Interconsulta para atender a uma paciente recém internada e que se achava num estado de muita ansiedade, precisava de um atendimento emergencial.

Encontramos a paciente se debulhando em lágrimas, mas logo se acalmou com a nossa presença e começou a relatar o acontecido. Sentimos que ela precisava muito de uma escuta.

P: M.L. refere que esta é a sua 2ª Internação.

-Eu voltei porque não estava me sentindo bem em casa.Vim para cá e os médicos após os exames, descobriram que estava passando pouco sangue para o bebê.

-Fui internada para ver se o bebê ganhava peso e fiquei sabendo que esta era uma gravidez de alto risco. Eu pensava antes de vir para cá que seria alto risco só para mim. O Dr.S. me explicou tudo direitinho. Eu já tenho 45 anos e o meu marido 55 anos. Ele disse que na minha idade e a do meu marido, eu deveria ter feito uma amniocentese para mandar fazer o cariótipo do feto. E não é que deu que o bebê tem a Síndrome de Down. Como o exame morfológico deu que o bebê tem um defeito no coração e também em uma das mãozinhas, eu me assustei muito, me senti muito insegura, como se não tivesse muito chão para mim, parecia que uma bomba estourou em mim. Eu me lembro que com esta notícia eu empalideci, a cabeça girou, as pernas bambearam, o chão me faltou, mas eu respirei fundo e pensei. “Deus faz as coisas certas, tenho que enfrentar mais essa. Assim falava a minha mãezinha, que Deus a tenha no céu” O Dr. S. disse também que ele poderia salvar o meu bebê dentro da minha barriga.O parto será uma cesárea de todo jeito porque eu já tinha tido um deslocamento de retina e por causa da minha idade.

Esta minha gravidez não foi planejada, eu não tomava mais pílula e o meu marido não se protegia. Ai, aconteceu.

Percebo lágrimas nos olhos da paciente novamente.

“-Sinto que você está muito comovida”

Quando eu soube desta gravidez, eu não me senti bem porque os outros filhos já são grandes, eu teria que começar tudo de novo., as coisas ficam diferentes a cada dia que passa. As filhas já tem namorado, eles freqüentam a nossa casa e ver essa barriga da gente crescer, deixa a gente meio sem graça.

Saber que eu estava com (DG), foi outro susto para mim. Vim para fazer os exames de laboratório, de rotina, que o Dr. S. havia pedido e ficou constatado o diabetes. Eu fiquei tão assustada que não esperei a data da 2ª consulta e logo eu fui atendida pela “ Vaga do dia”. Desta vez eu chorei muito

M.L. começa a chorar novamente e eu lhe ofereci um lençinho.

-Compreendo porque você se sente assim tão emocionada!

Minha família já estava organizada e vem esta gravidez complicada e por cima de tudo fico diabética “É muita pancada para um couro só” Acho que a notícia da gravidez de alto risco me abalou tanto, eu fiquei tão ansiosa que surgiu o diabetes. Como farei para desatar todos esses nós! Sinto-me muito insegura!

-Eu tenho muita confiança em todos daqui, mas o que se passa com o bebê ninguém segura- Ele está desenvolvendo dentro de mim como um ser que vai dar e ter problemas por toda a vida Como vai ser o futuro da nossa família daqui para diante? Eu agora diabética, não poderei faltar para ele. Como ele irá ser aceito pelo mundo? Sem problemas já é difícil, ainda mais cardíaco e com Síndrome!

Neste momento sinto que está tudo diferente para mim, até no meu modo de pensar, antes era entusiasmo, alegria e bons presságios. Agora com essa gravidez, desde o dia em que o médico me avisou porque a gravidez seria de alto risco, o bebê que eu passei a imaginar, não tem forma, mais parece uma sombra, não é aquele lindo que eu visualizava quando tive as outras filhas.

Já conversamos com as nossas filhas. Explicamos os problemas que terão de ser enfrentados em conjunto.” Esta será uma criança muito bem recebida e muito amada, elas nos disseram. Iremos fazer de tudo para que ele, mesmo com dificuldades, seja feliz, embora para nós, o seu nascimento irá representar uma tragédia.

T:- Fique certa, M.L. de que nós estaremos sempre aqui para ajudá-la em tudo o que for preciso em relação a você , ao seu filho e iremos conversar também com o esposo e as filhas.

P:- Sinto que vocês me dão segurança, quando a gente conversa, porque percebo que vocês falam com sinceridade e carinho, sem tapeação.

2ª Entrevista M.L.

Aplicação do Teste das Relações Objetais de Phillipson- TRO

Lâmina -1 (A 1) **Título Abandono**

TR: 7'00

TT: 9'30"

-Parece um homem, me lembra o meu pai, eu sofria com a sua ausência, ele sumiu, nos deixou sós, não tivemos mais notícias dele.

(-E depois?)

-A nossa mãe nos criou sós e deu conta do recado.

Interpretação

Teme a situação de separação que é sentida como abandono: deseja ficar junto aos seus objetos amados. Fala da perda e do abandono frente a ansiedade depressiva.

Lâmina A2 (2) **Título: A Partida**

TR: 4' 30"

TT: 6'30"

-Está escuro, o par busca entendimento, mas está difícil, acho que ele quer mesmo é partir...

(-E depois?)

-Sem retorno, ela fica só, muito insegura, tudo por conta dela.

Interpretação

Fantasias de abandono e pais internos em desavença/desentendimento levam o ego a sofrer na expectativa de perder vínculos e não repará-los. Forte e intensa angústia de abandono, sem recursos defensivos.

Lâmina 3 (C3) **Título: Sem Retorno**

TR: 1'50"

TT: 3'00"

-Esta figura deveria ser antes, depois é que ele abandonou a família.

-Aqui ainda me lembra o meu pai, quer sair, tá difícil, tem que inventar uma desculpa esfarrapada.

(-Ele consegue?)

É cara de pau, tem tudo em casa , mas sai e tudo tem que continuar, mesmo sem ele
A gente era pequeno, sentia, mas não entendia a razão, dele nos abandonar.

Interpretação

Cena primária com exclusão associada à ansiedade e o papel feminino fica desvalorizado. Ego frágil, sem recursos para enfrentar o medo de abandono.

Lâmina 4 (B 3) Título: **Sonho**

TR:1'00"

TT: 2'00"

Este era o meu sonho, desde criança, observar meus pais assim, unidos, juntinhos, como se a palavra, o gesto de um fosse o mesmo do outro também. Seria a nossa fonte de segurança. Nossa infância não foi de abandono por causa de minha mãe, mas que foi muito sofrida, foi.

(-E depois?)

-Cada um seguiu o seu caminho, dentro da sua capacidade.

Interpretação

Desejo de ver os pais unidos, mas vivem muito abandono. A figura da mãe é forte e constitui-se em objeto bom. Teme que experiências do passado se repitam no presente. Identificação introjetiva e tristeza gerados pelo par unido.

Lâmina 5 (AG). Título: **Fantasmas.**

TR: 2'00"

TT: 4' 00"

Parece-me fantasmas em movimento circular, tentando alcançar algo que é de difícil interpretação. Alguém está em fuga,

(-E depois, conseguiu fugir de que?)

Está desesperado, não conseguiu fugir, foi alcançado , veio a sucumbir.

Interpretação

A capacidade de elaborar perdas e lutos mostra o desejo onipotente de manter seus objetos amados vivos. Sente-se impotente e fragilizada, dominada e invadida pela angústia.

Lâmina 6 (B1). Título: **Retorno ao lar**

TR: 2'00"

TT: 6'00"

O Pai quis retornar ao lar, mas já era tarde, a mãe tinha dignidade e não o aceitou mais.

(- E depois?)

- A princípio, muito insegura por assumir todas as responsabilidades da casa, enfrentando toda a sorte de dificuldades próprias da criação de uma família, mas venceu com o seu próprio esforço, com muito sofrimento, sem a ajuda do marido, de parentes, de ninguém.

Interpretação

O sentimento de solidão e contato com os próprios pensamentos ficam à mercê dos objetos internos. A figura materna é vivida como objeto bom e forte, capaz de vencer.

Lâmina 7 (CG) Título: **Etapas da vida**

TR: 2'00"

TT: 7'00"

A família lutando, querendo vencer unida, mas os obstáculos surgem, são como uma barreira.

(- E depois, eles conseguem?)

-Uns são diferentes dos outros, aqueles que têm mais segurança conseguem, mas outros dão para trás e marcam passo. Viver é lutar...

Interpretação

Nesta lâmina a paciente nos fala de luta, das suas dificuldades em vencer, mas sempre presentes os seus esforços.

Lâmina 8 (A3) Título: **Desunião.**

TR:3'50''.

TT: 5'30''

Aqui todos se separam, seguem os seus caminhos à procura de um futuro que dê uma melhor vida para eles.

(-Eles irão conseguir?)

Ainda estão tentando...É difícil conseguir...

Interpretação

Fantasias de fracasso na separação edípica ganham força em situações de crise. Forte ambivalência denota a vivência típica da posição depressiva. Sente desejos de estar com vida ou de partir.

Lâmina 9 (B2) Título: **A Casa Própria**

TR: 2'30''

TT:6'00''.

Aqui também me traz a idéia de sonho de toda pessoa que é a casa própria .Meu marido e eu, nós conseguimos realizar esse sonho.

(-E aí?)

Ai eu tento passar para as minhas filhas essa idéia de casa própria também. Meu pai deixou a minha mãe sem teto e nós vivíamos mudando de casa, por causa do aluguel que sempre subia. Era um sufoco só.

Interpretação

A paciente vivencia uma ambivalência, quando nos fala de conquistas de um lado e de perdas do outro, típica da posição depressiva.

Lâmina 10 (BG). Título: **Perigo**

TR: 1'30''

TT: 3'30''

Aqui todos correm risco. Estão na beiradinha e o muro pode vir a desabar na cabeça deles.

(-E depois?)

-Não haverá solução.

Interpretação

Sentimentos de rejeição e abandono paralisam o ego, ocorrendo impedimento de aproximação a outros objetos amados e de confiança. Sente-se ameaçada e rejeitada pelo grupo com fantasias de desvalorização. As defesas faltam novamente e há o risco do ego sucumbir.

Lâmina 11 (C2) Título: **Futuro sem opção**

TR: 3'00''

TT: 7'50''

Esta figura me lembra a minha mãe, foi uma sofredora, e depois que todos nós saímos de casa ela ficou só e teve que enfrentar a velhice, até que a morte a levou.

(-E ai?)

Se ela estivesse viva, hoje ela estaria comigo, dando-lhe carinho e dedicação que ela merecia.

Interpretação

Fortes sentimentos de perda, intensa ansiedade depressiva, trazem dificuldades de pensar na reparação.

Lâmina 12 (C1) Título: **Sala de Jantar.**

TR: 2'00''

TT: 4'30''.

Na minha casa era assim, sempre a minha mãe deixava cheio um jarro de suco, para quando a gente chegava da Escola. A cadeira também é bem parecida.

(-E ai?)

- Me sinto lá e com saudades!

Interpretação

Sentimentos depressivos frente à perda dos cuidados maternos e fertilidade levam o ego a fantasiar o mundo interno. Sensação de perda, insucesso e de falta de recursos defensivos.

Lâmina 13 (Branca) Título: **Meu futuro.**

TR: 1'50''

TT: 6'40''.

É assim que eu me sinto neste momento. Não sei o que irá acontecer ao meu bebê, a decisão dos médicos, a minha, a da minha família, quanto tempo vai ser necessário eu estar aqui

internada. Na minha cabeça tudo aconteceu tão rápido, a gente planeja tudo, mas quando acontece sem a gente planejar...

(-E depois?)

- Tudo é indagação...

Interpretação

As incertezas trazem angústia . A falta de recursos defensivos traz insegurança e fragilidade.

3ª Entrevista

Fomos chamadas através de um pedido de Interconsulta com o carimbo de urgente pois a paciente encontrava-se com muita ansiedade, descontrolada. Ao chegarmos ao Alojamento Conjunto, procuramos nos informar com a Enfermeira Chefe o que estava ocorrendo com a paciente e soubemos que o exame cardiotoco do bebê havia revelado que o filho de M.L. havia falecido antes da data prevista para o seu parto.

-Encontramos M.L. em lágrimas, inconsolável.

(-O que está se passando com você,ML.?)

-P: Sinto-me novamente com uma sensação estranha, parece um peso dentro de minha cabeça, parece que fiz algo de errado, que não dá para consertar e que de agora em diante tudo vai piorar.

-Como sair dessa, me ajuda! M.L. Soluça muito.

(T: -Estamos aqui, prontas para lhe prestar toda a ajuda necessária, nesse momento de sua vida.)

Passados alguns minutos, M.L. refere que se sente como uma morta viva, porque tem dentro dela um filho que ela não permitiu que vivesse, porque não mais passava o seu sangue para o bebê. O diagnóstico médico era de diástole zero.

-Como vai ser para mim, ter nos braços um filho sem vida, que não irá me conhecer?

-Será castigo de Deus?

-Eu pensava no bebê como um atravancador do futuro de nossa família. Será que Deus irá me perdoar?

-Será um aviso de Deus de que eu também irei morrer?

T: -Maria de Lourdes, você se internou aqui e sempre se mostrou preocupada com a saúde sua e a do seu bebê. Você sempre observou todas as prescrições dos médicos e das enfermeiras.

Nós aqui trabalhamos em prol da saúde. Você se sente culpada, mas não fez nada para que isso ocorresse. É difícil nesse momento agora, mas você poderá encontrar alternativas.

Síntese Compreensiva

A aplicação nesta pesquisa do Teste das Relações Objetais de Phillipson-TRO, durante a nossa 2ª entrevista, estando a gestante internada, no Alojamento Conjunto, possibilitou-nos, após, uma consulta ao Prontuário, reuniões com a equipe multidisciplinar acreditar num mal prognóstico para a paciente, que deixava transparecer uma culpa enorme pela gravidez não planejada. O medo de abandono, a carência em sentir-se segura bem como a necessidade de sentir-se sustentada emocionalmente pelos familiares, dadas as ocorrências durante a gravidez, são fortalecidos pelas respostas às lâminas A1,A2, C3, B1,C2.

A nível inconsciente concluiu-se que essa necessidade está atada ao desejo de ter experienciado uma infância com os pais internalizados unidos, proporcionando-lhe fantasias de segurança e estabilidade emocional. Vive intensamente angústias depressivas e sente-se muito fragilizada, sem recursos defensivos.

O medo do abandono pelo marido, frente à situação de doença incurável na família, mobiliza fantasias de aniquilamento da união conjugal, confirmado pela ameaças das filhas de tragédia familiar.

As fantasias ligadas à situação edípica nas lâminas A3 e B3 confirmam uma tríade equilibrada e a estabilidade conjugal, reforçada em uma situação de crise. Mas ela vive intensamente a angústia de perda.

As respostas à lâmina 13, branca delineiam a insegurança experienciada na infância, presente neste momento de crise e projetada num futuro próximo, indicando um prognóstico desfavorável para a paciente.

Acompanhamento:

A paciente M.L. foi acompanhada em Consultas Terapêuticas em um processo Interventivo, no período em que esteve internada no Hospital, em quarto destinado às puérperas, quando o RN vem a óbito e após a alta médica em atendimento psicoterápico individual semanal durante o período de dois meses, quando recebeu a alta psicológica.

M.L. foi muito ansiosa e chorosa para a sala de parto.

Estivemos ao seu lado, no tempo em que foi necessário.

Antes da alta médica, estive por alguns dias levemente deprimida, com poucas queixas e muito pensativa.

P: -Estive aqui pensando e estou crendo que o melhor aconteceu com o meu filho.

T: -Você, como mãe, amorosa que é, sabe bem o que é melhor para um filho!

..Estivemos diariamente em visita à paciente no período de sua internação, proporcionando-lhe uma escuta, que lhe permitiu entrar em contato com conteúdos inconscientes trazidos no TRO, como a fonte de sua insegurança e medo de abandono.

P: -Depois dessa que passei, ninguém mais poderá me chamar de medrosa!

T:- Você mais nos parece uma fortaleza!

P:- Ainda falta um pouco para eu chegar lá, mas vou chegar.

- O apoio dado pelos familiares e pela equipe da Obstetrícia muito contribuíram para que M.L. tivesse uma alta precoce. Estávamos presentes no momento em que M.L. deixou o Alojamento Conjunto de braços vazios, trazendo uma mantinha que seria do falecido bebê. Com um leve sorriso e um abano de mão M.L ao lado do esposo,. nos agradeceu muito e nos disse:

P:-Deixei aqui uma vida, mas levo a esperança de não me tornar diabética.Vou seguir a risca todas as recomendações médicas.!

T; -Temos certeza de que você irá cumprir o seu regime e em breve irá continuar a ter uma boa qualidade de vida!

A última fala de ML pontuou para um prognóstico favorável para a paciente.

CASO 3

Nome: Claudenice.C.

Idade: 40 anos.

Profissão: Professora.

Peso: 80 Kg.

RN: Mateus e Matias.

Esposo: Miro.

Profissão: vendedor autônomo.

Idade Gestacional: 36 semanas.

1ª Entrevista

Claudenice internou-se no Hospital, porque não se sentia bem. A gravidez era gemelar, já havia feito todos os exames e sentia-se muito cansada e com dificuldades para raciocinar. Refere que ficou grávida sem haver planejado e sentia que a família já estava bem dimensionada, cada um já com o seu cantinho e de repente com ela grávida e de gêmeos! Refere que o salário de Professora é muito baixo e que qualquer despesa a mais desequilibra o orçamento de casa, que é apertado e ainda mais com a chegada do “batalhãozinho”! Mostra-se preocupada, porque não sabe de onde vai tirar dinheiro, já leciona o dia inteiro! C. nos conta, que o seu marido compra no atacado, muitas utilidades domésticas, na Rua 25 de Março e sai vendendo em bares, lanchonetes, lojinhas de bairro da zona norte, mas até cigarro está sendo deixado de lado pela freguezia.

P: Ele enche a Kombi de mercadorias e tem voltado com ela cheia. Ele chega nervoso em casa, tem dias que não tem sequer vendido uma agulha. Ai ele reclama: “e a barriga da mulher só aumenta”. O dia em que ele soube que eram dois, ele quase ficou louco!

Refere que os outros dois filhos do casal ficaram meio assustados com a notícia da irmandade, que iria aumentar, mas já aceitaram bem. Os amigos e conhecidos do casal, zombaram do marido, dizendo que o Miro dava dois tiros de uma só vez, tinha uma boa “Mira”, mas nem com essa massagem no machismo dele, o marido se animou.

C. refere que sente-se muito entristecida quando percebe que os bebês não estão sendo bem recebidos. Mas as cunhadas estão tricotando para os sobrinhos, são boas pessoas, no entanto, no princípio aconselharam-na a não levar a gravidez para frente, por causa de gastos, da situação financeira do país que não irá melhorar. Finalmente C. me conta que tem estado muito ansiosa, porque desde o início desta gravidez ela tem pensado muito na situação da família, como vai ser com a casa cheia, a família é meio desorganizada com os pertences e não vê muita solução. É assim, uma coisa ligada na outra, não sabe como irá enfrentar essa barra e sente que estando hospitalizada e com tudo parado em casa, o tempo passando e a data do parto chegando, com licença médica das Escolas onde leciona, a ansiedade aumenta a cada pensamento sem solução.e com o diabetes as coisas pioraram muito

Nós nos colocamos ao dispor de C. para conversarmos novamente, com o esposo, com as filhas, para juntos compreendermos a sua maternidade. C. completa dizendo que não sabe a hora em que essa tempestade irá passar...

T: - Estou percebendo que você está ciente do que se passa com você, da necessidade de sua internação aqui e que com a sua colaboração para com as recomendações da equipe deste Setor, você conseguirá êxito na sua nova trajetória maternal.

2ª Entrevista

Aplicação do Teste das Relações Objetais de Phillipson TRO

Lâmina 1 (A 1) Título: **Pressão**

TR: 6'30''

TT: 3'30''

É isso que eu sinto, não consigo me deslocar, ai também, vejo essa pessoa assim, presa, não consegue se deslocar, não há para onde ir.

(-E ai, como fica depois?)

- Ai piora tudo, não dá para ter saída, o vapor em torno dela aumenta, sufoca, é uma ansiedade só.

Interpretação

Frente à situação de separação dos objetos de amor, há temores de abandono e aniquilamento. Estados confusionais dominam o seu ego paralisado pelo medo e pela ausência de recursos defensivos.

Lâmina 2 (A2) Título: **Confabulação**

TR: 3'00''

TT: 6'30''

O casal está confabulando, sobre as dificuldades deles, que são muitas, financeiras, familiares, atuais, futuras enfim, é a vida deles. Eles sentem até medo.

(-E depois?)

-Ai, surgem soluções, mas são a longo prazo, o momento atual é que vai definir tudo, por enquanto são só expectativas.

Interpretação

O par interno sentido como amoroso alivia seu ego, dando liberdade para soluções depressivas, afastando mecanismos mais primitivos como a negação da realidade e busca de soluções evoluídas..

Lâmina 3 (C3).Título: **O Sítio**

TR: 1'30''

TT: 3'30''

-A família se reúne no sítio nos finais de semana. Estão na sala, discutindo. O mais velho planeja para o dia seguinte cedo, um passeio a cavalo, mas o pai é autoritário, fala que o cavalo não está com ferradura, não pode e ele teima, vira as costas.Tenta convencer então a mãe.

(-E depois?)

-Ele é muito teimoso e fala que vai levar o animal no ferreiro, ele dá um jeito.

Interpretação

A cena primária surge carregada de agressividade e a exclusão do terceiro fica submetida a julgamento moral (superego). Os desejos de se livrar do par unido e de seus frutos aumentam a angústia. Mostra temores do ego em relação às proibições do superego.

Lâmina 4 (B3) Título: **Intromissão**

TR: 1'30

TT: 3'30''

Quando meu pai saia para o trabalho, ai eu me coloco na minha infância, eu ficava observando se ele dava um beijo na minha mãe. Quando ele saia de bem com ela, ele voltava de bem, ai na casa era um ambiente melhor. Se ele passava apressado pela porta, ai eu já sabia, ele demorava para chegar, passava no barzinho e entornava umas e outras.

(- E depois?)

-Ai o seu retorno era desagradável, eles brigavam, eu me sentia muito insegura, com medo do que pudesse vir a acontecer.

Interpretação

O medo da exclusão aparece ligado a ataques de desamor, desinteresse e desvalorização. Ao mesmo tempo, temor pelo abandono. Traz o par de infância e um desejo de união e de harmonia.

Lâmina 5 (AG) Título: **Desadaptação**

TR: 1'40"

TT: 3'50"

-Não consigo definir direito, essa é confusa, parece um cemitério, almas que deixam o túmulo para vagar. Vem para pagar aqui, o que ficaram devendo, o que fizeram de ruim com os outros enquanto viviam. Me parece essa situação.

(-E depois?)

-Ai cada um cumpre a sua pena.

Interpretação

O ego está impedido de elaborar perdas, separação e luto. Desejo de manter os seus objetos amados próximos. A presença de sentimentos de culpa, trazem uma ameaça de castigo.

Lâmina 6 (B2). Título: **Planejamento**

TR: 1'30"

TT: 5'30"

-Me parece que é um quarto de casal, acabaram de se levantar, é preciso arrumar, deixar tudo direitinho. O filho, à porta, espera para dar alguma notícia ou fazer algum pedido.

-E depois?

-Se for dinheiro ele estará perdido, o pai vive duro, a grana está curta mesmo.

Interpretação

Dificuldades de lidar com a situação, pelas vivências depressivas, fragilizam o ego, gerando intolerância aos próprios sentimentos e pensamentos. Temendo ficar só e desconfiando do mundo interno frágil, busca continente externo para suportar seu mundo interior.

Lâmina 7 (CG).Título: **Competição**

TR: 1'30''

TT: 3'30''

Esta imagem me faz retornar a uma das Escolas onde leciono. Lá há muita competição. Ao mesmo tempo que condeno, também aprovo. Todas querem largar a sala de aula e serem coordenadoras, ou diretoras.

(-E depois?)

- A gente é que se cuide, senão leva tombo. Eu aqui, internada no Hospital, me sinto sujeita a um tombo fatal na minha profissão, no meu ganha pão!

Interpretação

Seu ego está à mercê do julgamento moral interno e externo (superego) .e dos impulsos do id. Esta situação de ambigüidade leva seu ego a sentir-se paralisado, sem recursos.

Lâmina 8 (A3).Título: **Separação**

TR: 2'50''

TT: 4'30''

-Parece-me que o casal se desuniu e que um dos filhos acompanha, sente muito pela desunião, preferiria que os pais estivessem unidos, sem problemas entre eles, como o da bebida que desune tanto os casais, traz a separação.

(-E depois, como ficou?)

- De tanto beber, eles se separam mesmo e logo chegou a notícia da morte dele, só e desamparado.

Interpretação

A revivência da separação edípica fragiliza seu ego com predomínio de destrutividade: separação, morte e solidão.

Lâmina 9 (B2) Título: **Soluções**

TR: 2'00''

TT: 5'30''

-O casal vislumbra uma casa, bem sólida, traz segurança para a família que é grande e vai se tornar maior ainda. Viver bem nela, todos com saúde, muito amor, carinho e compreensão.

(- E depois?)

-Depois eles crescem, estudam, amadurecem e o casal estará sempre preocupado com a rapa do tacho, querem um futuro promissor para os filhos todos.. Serem vencedores e não vencidos.

Interpretação

O ego deseja retomar e refazer vínculos com o casal interno e externo (identificação projetiva) Possibilidades positivas de aliança terapêutica. Esperança e bom uso de seus recursos defensivos.

Lâmina 10 (BG). Título: **Restabelecimento**

TR: 1'00"

TT: 3'30".

-Me parece a saída de um Hospital, a família esperando do lado de fora e ai surge a mamãe com os seus rebentos ao colo. Todos tiveram alta, gozam de saúde no momento e estarão prontos para irem para casa

(-E depois?)

-Ai recomeça a vidinha de rotina, dá de mamar, troca a fralda bota para arrotar, dá o banho, bota para dormir, vai ser aquela rotina do dia inteiro.

Interpretação

Ego desejoso de ser aceito e amado pelo grupo social. A idealização como defesa contra sensações e sentimentos de rejeição, abandono e desprezo. Esperança e bom uso dos recursos defensivos.

Lâmina 11 (C2). Título: **Retorno ao Lar**

TR: 2'00"

TT: 6'50"

-Esta figura me remete de novo ao meu passado, pelo nosso sofrimento, quando o meu pai voltava tarde, fedendo à bebida, gritando, nos envergonhando frente à vizinhança. Como foi sofrida esta fase de minha vida!

(-E depois?)

-Eu era muito menina e me sentia sem apoio, muito envergonhadinha, sem segurança para tudo, até para brincar.

“Observo lágrimas nos olhos da paciente”.

-Mas essa etapa de sua vida já foi vencida, não é?

Interpretação

Frente às necessidades de reparar os objetos atacados e perdidos, o ego usa da identificação projetiva maciça para tentar aliviar sentimentos e medos de fracasso. Lembranças de perdas do passado, sofrimento e medo de reviver essa situação.

Lâmina 12 (C1) Título: **Apertamento**

TR: 2’50”

TT: 6’00”

-Retorno à casa , bendita casa, não dá nem para arredar a cadeira da mesa, é tudo apertadinho, muita gente por lá! Mas a ordem está sendo mantida para se viver bem por lá, o difícil é a ordem em relação das pessoas, umas com as outras.

(-E depois?)

-Depois ainda vai chegar, se Deus quiser vai dar tudo certinho, mais gente para viver ai nesse apertamento.

Interpretação

Os conteúdos internos e fantasias de fertilidade são sentidos com preocupação e medo da desordem (interna e externa). Busca através do controle obsessivo aliviar o enfrentamento do medo. Busca de soluções para a situação atual.

Lâmina 13: Título: **A Chegada dos Bebês**

Tr: 4’30”

TT: 8’30”

-Aqui não vejo nada, mas prevejo tudo da minha nova vida em relação aos bebês. Tenho fé em Deus de que eu vou me curar do diabetes, estou lendo muito sobre isso, seguindo todas as recomendações da equipe daqui e prevejo que vou ter um bom parto, criar os bebês com muita

saúde e o mais importante, que o meu marido ainda vai se orgulhar muito dessa nossa grande família.

(-E depois?)

-Vai ser só alegria, de todos unidos, mas com saúde.

Interpretação

O ego diante das pressões do futuro e separação dos objetos amados usa a idealização para aliviar sentimentos paranóides.

Síntese Compreensiva

Aplicamos o Teste das Relações Objetais de Phillipson-TRO, após recebermos no Serviço de Psiquiatria e Psicologia Médica, um pedido de Interconsulta, proveniente do Serviço de Obstetrícia, consultarmos o Prontuário da Paciente, conversarmos com a equipe multidisciplinar e termos um contato com a paciente, durante a nossa primeira entrevista. Desta forma pudemos complementar os resultados de nossa pesquisa e detectar, através das respostas às lâminas do Teste, as possibilidades de um bom prognóstico para a paciente.

A fragilidade egóica remete a paciente a um estado de ambivalência frente à mudanças bruscas em sua vida, dificultando a capacidade de se acomodar à situação de internação, hospitalar. A nossa aproximação, no sentido de captar as nuances que motivaram a necessidade de sua presença no Hospital, remetem-nos ao diagnóstico de diabetes gestacional, como fato culminante da ansiedade materna.

Em destaque, medo de não dar conta de enfrentar as dificuldades advindas com a dupla Maternidade, seus reflexos na estabilidade conjugal e na economia doméstica. A2, A3, B1.

A nível inconsciente, concluiu-se que o medo de exclusão, vinculado a uma família interna aniquilada, revela, desejos de reparação da união conjugal B3.

A situação edípica aparece carregada de agressividade, mobilizando fantasias de exclusão. A3 e B3. Há muita angústia de perda.

As respostas à Lâmina Branca remetem a paciente a uma situação de reparação da internação hospitalar, apontando para um futuro bem estar familiar.

Desta forma pudemos complementar os resultados de nossa pesquisa e detectar, através das respostas às lâminas do Teste, as possibilidades de um bom prognóstico para a paciente.

Acompanhamento:

Acompanhamos a Paciente em Consultas Terapêuticas enquanto esteve internada no Alojamento Conjunto até o dia da alta médica, quando deixou o Hospital, levando nos braços com muita alegria, conforme já havia dito, os seus dois bebês.

O atendimento à paciente C. em Consultas Terapêuticas, permitiu-lhe trazer muitas questões relacionadas à sua família e que se achavam mal elaboradas. Fizemos um atendimento familiar num ambiente integrador e pontilhamos estas questões, sugerindo distribuir as tarefas domésticas entre mãe e filhas, uma vez que C. estaria ocupada com os gêmeos em período integral. O esposo, muito interessado na nossa proposta, também se prontificou em participar da triagem das tarefas do lar e logo se ofereceu para fazer as compras de casa de supermercado, ser mais cuidadoso com a própria roupa, separando peças limpas de peças sujas, se encarregando de colocá-las na máquina, quando necessário, e de estar ao dispor da esposa durante os finais de semana. As filhas se mostraram interessadas em ajudar na lida com os bebês: botar Matias para arrotar enquanto a mãe dá o seio para o Mateus, trocar as fraldas, dar o banho, no horário em que estiverem em casa, de volta do serviço. Outras tarefas foram distribuídas entre os membros da família o que deixou C. muito contente e com sensação de alívio, pois esta era uma questão que vinha pendente há muito e a deixava extremamente ansiosa, pois se imaginava “atarantada”, no meio de tantas novas tarefas domésticas, quando chegassem os bebês.

O parto de C. foi cesareano e mãe e bebês passaram bem. Os gêmeos estiveram internados em UTIN durante doze dias. Após o seu retorno ao quarto, assim que teve ordem médica de se levantar C. ia visitar M e M. na UTIN. Os RN nasceram hipoglicêmicos, mas logo se recuperaram. Pude acompanhá-la por algumas vezes e percebia o seu toque carinhoso nos bebês, chegando a ficar incomodada no dia em que chamou Mateus de Matias.

P:- “A mamãe sabe direitinho que você não é o Matias que tem o narizinho da mamãe e o Mateus tem o narizinho do papai.”

A alta médica da família F. “mãe e bebês” foi muito festiva. Todos presentes, queriam ajudar a mamãe a carregar os bebês, as malas e malinhas, as flores ofertadas à C. Após algumas fotos a família se despediu da equipe com muita alegria.

CASO 4

Nome: Virgínia. V.
Idade: 17 anos
Peso: 64 Kg.
Profissão: Estudante.
Estado civil: Solteira.
RN: Ronaldo ou Caroline.
Companheiro: Reginaldo
Profissão: estudante-
Idade Gestacional: 28 semanas.

1ª Entrevista

Virgínia relata que de repente em sua vida, ficou tudo complicado. Eu e o Régi estávamos numa “nice”, curtindo o namoro prá caramba e me aparece esta gravidez...

P: - A minha mãe é muito envergonhada, tudo ela tem que dar satisfação para as vizinhas e foi um banzé na minha casa com a notícia da minha gravidez. Ela e meu pai são separados, mas ela chamou o meu pai e eles quase “deram” no Régi. Para mim foi um mal estar muito grande, eu não sabia se chorava, se gritava, se eu devia era morrer, mas no final da briga, o Régi jurou que vai ser só ele arranjar um emprego e tudo vai ficar legal de novo. Ele é estudante, não é “Vagal”

A paciente refere que não está conseguindo pensar, colocar as idéias em ordem com rapidez, mas que ela tem a certeza de que no final vai dar tudo certo.

P:- Eu até já abandonei a Escola. A gente vai se casar..mas para ser feliz... com a nossa casinha...tudo bonitinho! O quarto com a cama, vai ter mesinha e abajur, minha avó até vai fazer uma colcha de crochê...o bebê, a princípio vai ficar no carrinho, vai dar tudo certo.

Ai eu precisei de me internar aqui no Hospital, por causa desses acontecimentos familiares em minha casa. Quando eu vim com a minha mãe para o exame pré-natal, constataram que eu estava com a pressão arterial alta e com o diabetes da gravidez. Eu nunca tive uma doença, nem soube que gravidez dava outras doenças, tudo tem sido experiências novas e más para mim. Agora a alimentação é especial, eu que toda a tarde chupava picolé com o Régis, quando a gente saía da Escola, até isso eu não vou poder mais, enquanto eu estiver com diabetes gestacional, o médico me falou. O bebê pode nascer até com problemas mentais. ou deformações se eu não seguir com rigor as recomendações médicas.

Quando eu fiz o exame da Farmácia, eu fiquei sabendo da minha gravidez. Ai eu escondi da minha mãe, era segredo meu e do Régi. Ele queria me levar numa mulher que “tira”; por isso eu acho que devido a sua situação de desempregado, ele não ficou feliz. Se ele estivesse empregado, ele estaria muito feliz. O que nos falta mesmo é grana. Ele está mais assustado do que eu, com a prensa que meus pais deram nele. Ele está meio cabreiro por causa da brigalhada que houve lá em casa, está até meio sumidão.

No final de tudo a minha mãe ficou sabendo da nossa transa, porque ela já estava desconfiada. A Igreja que a minha mãe freqüenta é muito rigorosa. Eu e o Ré não íamos ao culto e a gente ficava namorando na hora do culto. Um dia a minha mãe deu uma “blitz” lá em casa na hora do culto e pegou a gente meio à vontade. Foi só tapa para lá, tapa para cá, e ela já me trouxe para cá e eu não pude escapar. Também eu não estava me sentindo bem, estava muito ansiosa de tanto ter que tapear e sentindo-me meio cansada. Nesse ponto eu até senti alívio, mas ela é muito careta, me chama de vergonha da família, ovelha negra e nessas horas, haja paciência para engolir a discurseira dela.. Se ela soubesse o mal que isto me faz... Sinto vontade de sumir, de morrer...e começo a chorar. Já a minha avó, mãe do meu pai, é bem mais antiga, ela “é dos anos dourados” e é bem mais tolerante comigo. Quando eu vou visitá-la com o Régi, ela até oferece cerveja geladinha para ele. Conforme for, eu irei é para a sua casa, após o nascimento do nosso filho. Lá a vizinhança é menos faladeira e a minha avó paterna não se envolve com eles.

- Já aprendi que mais difícil é o parto, parece que é muito doído e só a gente pode passar por isso, mas também passa rápido, dor mesmo é só na hora e no outro dia você está melhor, já deve até andar.

Percebemos que V. estava muito despreparada para assumir a maternagem e conversamos muito sobre o que é ser uma mãe suficientemente boa para com o seu filho, a importância da devoção para com o bebê, que nasce precisando de uma mãe acolhedora, para lhe dar apoio e satisfazer à todas as suas necessidades, como a higiene, a alimentação periódica, que se desenvolve como se fosse um meio de comunicação entre ambos- uma canção sem palavras. Observamos que Virgínia se mostrou interessada com a nossa conversa, mas não se emocionou com o conteúdo de nossa fala. Refere que a gravidez faz mudar tudo na vida, não sobra tempo da mãe cuidar de si. O tempo é todo do bebê, é expediente integral. Refere que ouve a sua mãe falar, imitando o discurso do pastor, mas como ela acha que V. não é uma boa filha, ela não dá atenção à “discurseira” da mãe.

-Eu nunca consigo ser o que ela espera de mim, ser uma filha perfeita. As minhas amigas também são como eu e não como ela fala que eu deveria ser. Gosto de sair, rir, curtir a vida

e não da amargura que ela fala que deve ser a vida vivida. Qualquer situação vai acabar em desgraça, tem o castigo de Deus em cima. Entre ela e eu há um abismo de como são as coisas no mundo. _Eu gosto de arriscar, de curtir, dê no que der e vier.

-Virgínia, nós estamos aqui para ouvir você e gostaria também de ajudar à sua mãe neste momento em que há dificuldades emocionais entre vocês.

Virgínia refere que vai ser preciso muito “saco” para eu agüentar a fala de sua mãe, D. Genoveva porque ela é muito careta.

2ª Entrevista

Aplicação do Teste das Relações Objetais de Phillipson-TRO

Lâmina 1 (A1) Título: **Danceteria.**

TR: 5’30”

TT: 6’30”.

-Vendo esta gravura me lembro de uma danceteria que Régis e eu fomos com um grupo de amigos da nossa vizinhança. O som era alto, as luzes piscavam, a fumaça era “macia”, foi uma noite de muita alegria, muito legal. Nos divertimos prá caramba!. Até o sol raiar..

(- E depois?)

-Ficamos até de manhãzinha, aí cada um foi para a sua casa para colocar o sono em dia.

Interpretação

O ego se fragiliza frente à situação de separação do objeto amado bem como a situações novas e desafiadoras, denotando falta de conseqüência em suas atitudes. O desejo de ficar unida ao objeto surge como defesa principal contra o medo de ser abandonada, ficar sozinha. O conflito se estabelece com o desejo de manter-se ligada aos objetos de dependência.

Lâmina 2 (A2) Titulo : **Separação**

TR: 2’30”

TT: 4’30”.

Me lembra meus pais, eram muito unidos, mas desde que a minha mãe, a conselho das vizinhas, entrou para a Igreja Evangélica, eles começaram a não se entender mais.

-“Você ouve mais ao Pastor do que a mim”, dizia sempre o meu pai e um dia ele disse:

-“Vá procurar o Pastor, ele é que é o seu marido” e nos abandonou. Meu Pai dá pensão tudo direitinho, mas não pode nem ouvir falar nesse Pastor.

(-E depois?)

-Ai eu também fiquei contra esse Pastor e deixei de ir ao Culto. Minha mãe não se conforma com a minha atitude e fala que eu estou possuída pelo demônio.

Interpretação

Conta uma situação real de abandono e perda do objeto amado. As defesas do ego de forma primitiva surgem para aliviar os medos da revivência com o par desunido, hostil e sem vínculos amorosos.

Lâmina 3 (C3). Título: **Conformidade**

TR: 1’50”

TT: 3”00”

-Essa é a sala de nossa casa. É noite. Parece que duas pessoas, na sala da casa estão discutindo, cada uma fala mais alto do que a outra. Não conseguem se entender, parece que discutem sobre divergências religiosas. O Pastor está lá, quer convencer sobre as suas verdades. Quase sai no tapa com o homem.

(-E depois?)

- A mulher deu razão ao Pastor, mas o marido é irredutível.

Interpretação

A cena primária fica retratada num ambiente de hostilidade e de desentendimento. O papel sexual feminino sentido de forma ambígua: ora é forte, ora é responsável pela exclusão de um dos elementos do triângulo amoroso. O sentimento de exclusão não é elaborado de forma amadurecida e o ego fragilizado da paciente, reage de forma regressiva: apenas observa a cena.

Lâmina 4 (B 3). Título: **Intimidades**

TR: 1”20”.

TT: 2’ 20”.

-O casal quer ir para o quarto para namorar, estar numa “nice”, mas chega um intruso e apaga o tesão deles.

(- E depois, como eles ficaram?)

- Deram um jeito e marcaram encontro em outro lugar, sem a intromissão de “olheiros”.

Interpretação

O sentimento de exclusão frente ao par unido se apresenta de forma hostil. A busca de união exclui a figura superegóica.

Lâmina 5 (AG) Título: **Dança de “ Reaggy”**

TR: 2’50”

TT: 5’50”

-Esta é difícil, mas vá lá.

-Só me faz lembrar um baile de **Reaggy**, todos dançando e rodopiando, o ambiente é difuso. Uns caem, outros empurram a gente, é uma folia só, é meio da pesada. A gente não vacilou não..

(- E depois?)

-Depois o cansaço, o porre, todos cambaleantes.

Interpretação

O ego não tolera sentir as perdas e mostra incapacidade de elaborar lutos. Desejos onipotentes de driblar as perdas; faltam as defesas como a (porre, cambaleantes) denotando a fragilidade egóica.

.

Lâmina 6 (B1) Título: **Invasão**

TR : 2’00”

TT: 6’00”

-Também nesta figura eu me deparo com um quarto até bem arrumadinho, convidativo, mas a suspeita e a devassa estão lá, querem dar uma “flagra” nos namorados.

(-E aí?)

_Não é que conseguiram e foi um estrago só, cara!

Interpretação

Há intolerância de ficar só com os próprios sentimentos e pensamentos. Fantasias destrutivas e muita hostilidade (devassa, flagra, estrago) fragilizam o ego. Apontando para intensa ansiedade paranóide. O medo de aniquilamento predomina no mundo interno

Lâmina 7 (CG). Título: **O Paraíso ao alcance de todos!**

TR: 3'00"

TT: 8'30"

-Essa aqui me lembra a Igreja que a minha mãe frequenta, são os degraus para a gente ir subindo até alcançar o paraíso celeste. Subindo como se fosse carregando pedra, sofrendo muito e o Pastor numa boa.

-E aí?

- Esse não é o meu pedaço!

Interpretação

O ego fica à mercê de um superego rígido, autoritário e os impulsos amorosos ficam dominados pelos destrutivos (carregam pedras, sofrimento) .A imaturidade do ego deflagra respostas impulsivas, regredidas como defesas contra o aniquilamento.

Lâmina 8 (A3). Título: **Separação.**

TR: 3'50"

TT:5'30"

-Vejo uma linha meio indefinida e que não leva a lugar nenhum, seria um caminho sem retorno. De um lado um casal e de outro, pode ser a filha que não consegue ter as mesmas idéias do pai e da mãe, então estão separados, gela o papo entre eles.

Interpretação

A separação edípica (adolescência) aparece associada a sentimentos destrutivos com medos de retaliação, perseguição, infelicidade. A identificação projetiva na lâmina mostra sua pobreza egóica e distanciamento dos objetos originais.

Lâmina 9 (B 2) Titulo: **Tentativas**

TR:2'30"

TT: 5'30"

-Os dois estão pensando em entrar naquela casa para namorar. Deve ser excitante, o local parece meio tenebroso. Se tiver que pagar para entrar, eles dançam, não dá, mas que deve ser divertido, deve.

(-E depois?)

-O casal é meio “Vagal”, tenho certeza de que eles irão dar um jeitinho e entrar naquela casa.

Interpretação

A ansiedade paranóide presente frente ao casal interno (casa) mostra o medo de ser excluída e não amada. O seu ego passa a fantasiar a retaliação contra o par: irão invadir a casa. Sentimentos de desamor, desapego afastam seu ego de uma integração. Aliança Terapêutica desfavorável.

Lâmina 10 (BG).Título: **Portal Frontal**

TR: 1’30”

TT:3’30”.

-Aqui consigo visualizar a entrada da Igreja de minha mãe. Sempre há um grupo que prepara a gente para as tarefas semanais. Já frequentei muito esses encontros, aprendi muita coisa boa, mas agora esgotou, eu estou em outra .

(-E depois?)

- Depois é me preparar para o bebê que vai nascer e tocar a vida pra frente ao lado do Ré.

Interpretação

O medo da rejeição e do desamor do grupo leva o ego a se defender com formação reativa. Desejos de ser amada e ser aceita ficam reprimidos no ego. Parte para uma busca de alternativas.

Lâmina 11 (C2). Título: **A Intromissão**

TR: 2’30”

TT: 5’50”

- Olha ai a vasculha de novo, quer me pegar, ver o que eu estou aprontando e sair comentando com a vizinhança! É como me sinto, vendo esta cena!

(-E daí?)

- Acabar com o nosso namoro, isso ela não consegue, não.

Interpretação

Os vínculos com os objetos amados ficam transformados em raiva,

desejo de retaliação. Isso leva o seu ego a fracassar nos movimentos reparatórios frente aos objetos de amor. Reações imaturas são deflagradas e os vínculos se deterioram, ao sentir-se atacada e perseguida.

Lâmina 12 (C1) Título: **Aconchego**

TR: 1'50"

TT: 3'50".

-Não há nada melhor, quando a gente tem uma “ vó”, que entende a gente e até oferece a casa dela prá gente morar. Esse lugar parece com a casa dela, sempre arrumadinha, parece que à espera de que alguém vá chegar lá, para ela fazer a pessoa se sentir leve, alegre, não há “ disse- me disse”.

(- E depois?)

É só entrar e curtir.

Percebemos que a paciente respira fundo, parece que sente-se aliviada.

Interpretação

O ego fragilizado fantasia a busca de um objeto de amor materno. Busca continência e afeto. Sente-se excluída e rejeitada pela mãe.

Lâmina Branca: (13) Título: **Apreensões**

TR:2'50"

TT: 6'20".

É difícil para eu falar sem ter uma figura. Acho que isso representa o que está para acontecer comigo. Acabei de completar os meus 17 anos, sou menor de idade e minha mãe está de olho em mim. Ela tinha vergonha de falar em namorado comigo, ela é muito careta; eu aprendi com as vizinhas e com as colegas de Escola. Agora são vocês que me preparam para ter o meu bebê. É um futuro que espero feliz ao lado do Ré, se confirmar mesmo o apoio da minha avó. Ela vive só e gosta muito do meu namorado, prepara lanche, quando a gente vai lá,

(-E depois?)

-Acho que iremos mesmo aterrissar em sua casa.

Interpretação

Seus planos de futuro e a separação dos objetos amados levam seu ego a buscar um novo continente de forma idealizada. Por sucumbir frente aos problemas e o forte medo de ser abandonada, não consegue respostas mais adequadas para sua realidade vivida. Busca auxílio na psicoterapeuta e na avó, como mães substitutas

Síntese Compreensiva

A mãe da Paciente, D. Genoveva, agendou uma consulta **“on line”** para a sua filha V. no Ambulatório de Ginecologia. O médico fez o diagnóstico de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e (D G). V. foi encaminhada para o Setor de Internação. Fomos chamadas através de um pedido de Interconsulta para atender V. que se achava muito ansiosa com a situação de Internação e sentia-se deslocada no quarto para gestantes do Alojamento Conjunto. Após a consulta ao seu prontuário, discussão com a equipe multidisciplinar e a nossa primeira entrevista com V. percebemos que estávamos diante de uma adolescente, que desconhecia a importância de estar ali internada e de assumir a sua maternidade. A aplicação do **TRO** trouxe-nos subsídios que complementaram e confirmaram a nossa primeira impressão de imaturidade psíquica e nos mobilizaram no sentido de propiciar à V. uma vivência hospitalar que a preparasse para a maternagem. O atendimento psicoterápico em Consultas Terapêuticas num processo Interventivo permitiu à paciente rever seus conceitos acerca da dinâmica familiar em sua casa. Alguns aspectos detectados nas respostas do **TRO** apontam para mecanismos de defesa paranóides como justificativas às suas relações objetais nas lâminas A2, B3, AG, B1, CG, A3, C2, 13.. Já a lâmina C1 traz, a nível inconsciente, o desejo de estar bem, buscando continência e apoioprojetiva maciça com a figura materna idealizada na avó paterna.

Tornava-se evidente a importância do retorno de uma dinâmica familiar harmoniosa, que facilitasse à gestante e ao bebê, condições para um desenvolvimento emocional saudável e permanente.

T:-Vírgínia, vou estar aqui ao seu lado no período que for necessário e sugiro a você seguir o Curso de Preparação para o Parto daqui do Hospital. Gostaria de conversar com a sua mãe, o seu pai, o seu namorado e acompanhá-la até quando você tiver a alta hospitalar.

Acompanhamento:

A paciente esteve em acompanhamento em Consultas Terapêuticas pelo período de sua internação no Alojamento Conjunto da Obstetrícia. Após a alta médica retornou ao Hospital para uma consulta de rotina, já com 33 semanas de gravidez. e foi necessária uma 2ª internação, devido ao retorno dos sintomas: HAS e DG. De posse do prontuário médico da paciente pudemos acompanhar a evolução médica e dar prosseguimento à evolução psicológica de V. Reiniciamos os atendimentos à paciente V. até a alta hospitalar. Ao seu retorno, ficamos sabendo que Virgínia havia frequentado as aulas do Curso para Gestantes e se beneficiou muito do contato com as outras gestantes, médicos e outros profissionais que dirigem o curso. Encontrava-se entusiasmada, sentia-se feliz com a gravidez e já aceitava as recomendações de sua mãe.

P: - Minha mãe é muito Careta, mas de nenê ela entende prá caramba! Ela é enfermeira em um Hospital.

V. contou-nos que a avó paterna estava tricotando e crochecendo as roupinhas para o bisneto e que o enxovalzinho estava lindo! Já fez até uma mantinha de crochê com a barra cheia de pompons cor-de-rosa!

T: -Gostaria de saber qual a informação que você recebeu durante o curso que lhe pareceu mais importante?

P: -Para mim o curso todo foi importante, porque eu nunca tinha carregado um bebê novinho. Quando soube da minha gravidez, senti muito medo por ter que enfrentar uma situação desconhecida para mim, sem poder contar com a minha mãe. Agora sinto-me segura, já sei até dar banho no bebê. Recebi muitos folhetos informativos, que estou guardando com muito cuidado.

T: -O que você aprendeu sobre o jeito para cuidar do bebê?

P: -Quando penso no meu filho, que está crescendo dentro de mim, sinto-o fora de mim, em meus braços, o Régi junto de mim, nós dois acariciando a sua mãozinha, ele sorrindo para nós, esta cena me faz muito feliz. É uma forma de dar amor e de ter responsabilidade com o filho da gente.

Convocamos o companheiro da paciente, mas este não compareceu à entrevista. Avisou que estaria no mesmo horário em uma outra entrevista para colocação de emprego (Empacotador de Supermercado) e que possivelmente não poderia comparecer em outro agendamento.

No entanto, a mãe da paciente compareceu à entrevista sem o ex- esposo. Havia assumido a gravidez da filha, estava feliz com a netinha que iria chegar e denotava muita preocupação

com os cuidados maternos posteriores à alta médica. Temia que V. não fosse uma mãe suficientemente boa. “Ela é muito relaxada e não dá valor para nada do que a gente dá para ela. .

T: - D. Genoveva, é hora de darmos crédito à V. que já se transformou em uma mulher e já é quase mãe como a Sra.

G:- Mas sem a bênção de Deus não se pode dar valor a nada neste mundo.

Conversamos sobre a importância de V. sentir-se segura e amparada nesse momento de sua vida e que D. Genoveva representa toda a segurança da filha. D. Genoveva nos disse que tem repensado muito na sua relação com a filha e que tem encontrado nos textos bíblicos muitos ensinamentos bonitos sobre o papel sagrado da mulher como mãe. Tem confidenciado muito com o Pastor de sua Igreja, pedindo-lhe orientação sobre a conduta que deve manter com a filha, para que a sua casa não vire uma creche. “ Ore bastante e plenifique sua casa de amor, assim como Jesus nos ensinou”.

O RN de V. nasceu de parto cesáreo com 36 semanas de gravidez e não estávamos presentes na hora em que V. foi para a sala de parto. O RN esteve por alguns dias internado na UTIN, aos cuidados das enfermeiras que se encantaram com o RN V. esteve sempre presente nos horários das mamadas, na sala do Projeto Mãe Canguru, denotando cuidados extremos com a sua filha. Estava sempre presente ao seu lado no Alojamento Conjunto, quando teve alta da UTIN. D. Genoveva foi ao Hospital para buscar sua filha e a sua netinha, quando da alta médica de V. e C. Pareceu-nos muito feliz e encantada com a netinha e nos disse que Caroline tinha traços dela, vai ser uma criança muito abençoada por Jesus.

O envolvimento de V. com o seu bebê, no Hospital, prenunciava um prognóstico favorável para a dupla .

CASO 5

Nome: Vitória

Idade: 45 anos.

Peso: 80 Kg

Profissão: Professora

Estado civil: casada.

RN: Víctor.

Esposo: Aparecido.

Prof. Professor.

Idade: 50 anos.

Idade Gestacional: 34 semanas

1ª Entrevista

Vitória refere que acha muito esquisito ela internada no Hospital, no meio de tanta gente jovem, refere que até já tem cabelo branco e que se sente como avó dessas companheiras aqui internadas. Vitória me conta que já tem até três netinhos e que começou a faltar a saúde agora, após a gravidez de alto risco, devido a DG que a deixou muito ansiosa e o jeito foi mesmo ter que se internar e se submeter aos procedimentos hospitalares.

Vitória narra a história de sua vida: ficou viúva novinha, aos vinte e dois anos de idade, já com quatro filhos para criar. Morava na roça, tinha comida com muita fartura; uma roça no pé da cozinha, mas a sua maior preocupação sempre foi com a educação das crianças. O marido falecido, falava que queria os filhos com estudo e depois que ele faleceu num acidente de caminhão, ela procurou tornar esse desejo dele uma realidade e veio para São Paulo de mudança, trazendo a “filharada”. A princípio ficou hospedada em casa de uma tia, onde refere que “comeu o pão que o diabo amassou”. Trabalhou e estudou, conseguiu a sua casinha, tudo pobre, limpinho, mas honrado e tornou-se professora depois de muita luta. Hoje, Vitória tem carro, a casa é própria e os filhos que são estudados, já trabalham, são bem colocados e sempre dão uma mãozinha nas despesas da casa.

P:- Ficou a luta em forma de filhos criados e estudados, o sofrimento até que se apagou.

Refere que dois de seus filhos até já estão muito bem casados. As noras também são professoras. D. refere que o que nunca faltou e foi o que permitiu que ela criasse bem a família foi a sua saúde e hoje é o que ela mais precisa e é o que começa a faltar.

-Vitória conta que na Escola onde ela trabalha conheceu um professor que era viúvo também, pessoa muito honrada e começaram a se gostar muito, ambos passaram pelos mesmos sofrimentos pela perda do companheiro e se casaram no ano passado. Por causa da sua idade, não planejaram nada e a gravidez aconteceu. Refere que veio muito fora de hora, ela sabe, sentiu-se meio aturdida com a notícia, que chegou até a desfalecer. V. tinha o hábito de todo ano visitar o túmulo do seu falecido marido e neste ano, estando casada e grávida, não teve coragem. Sentiu remorso, um sentimento que descreveu como diferente do que já havia sentido, uma espécie de aperto forte no coração. Refere que tem a certeza de que se o marido tivesse conhecido o Aparecido, ele até teria gostado dele, mas isso é que me adoeceu.

P; Como eu poderia estar levando flores para ele e no pé do túmulo dele estar com um filho no ventre que não era dele? Será que o meu primeiro marido condena o meu segundo casamento? Não consigo tirar essa idéia da minha cabeça.

T: -Vitória, você sempre viveu bem com o seu primeiro marido, é vitoriosa na criação dos filhos de vocês, cumprindo sozinha uma missão que era de vocês dois, não justifica você condenar-se, sentir-se culpada, logo agora que você recomeçou vida nova, ao lado do segundo marido, tendo uma vida dentro de você .

Vitória me conta que sempre teve boa saúde e com a gravidez apareceu uma série de doenças: pressão alta, diabetes gestacional (DG), problema renal também, está muito inchada, sente-se muito insegura, como se fosse um remorso sem fim.

- Essa gravidez trouxe-me um sentimento de traição, de pecado, por não poder mais realizar até o fim os desejos de meu falecido marido.

Refere que até já pensou se não é um castigo por ter se casado novamente Refere que não se importa com muito trabalho e já recomeçou a criação de novo com a chegada dos netinhos, mas sente que não é mais igual, quando ela era mais novinha, como as outras gestantes do Hospital.

T:-_Vitória, irei retornar para conversar com você e com o Aparecido também.Vitória confirma, assegurando que eu gostarei muito de conhecer o seu segundo marido.

2ª Entrevista:

Teste das Relações Objetais de Phillipson TRO

Lâmina 1: (A1). Título: **Partida**

TR: 7'20"

TT: 9'30".

Parece um homem flutuando entre nuvens, está sendo acolhido no céu, deve ter sido uma boa pessoa.

(-E depois?)

-Vai ficar ai velando pela família dele que ficou tão drasticamente privada de sua companhia.

Interpretação

Seu ego fica frágil frente a situação de separação do objeto amado, quando faz referências diretas à perda do marido como objeto idealizado. Desejos de ser acolhida e ser perdoada ficam mais intensos.

Lâmina 2 (A2). Título: **Confidências**

TR: 4'00"

TT: 6'30".

-É um casal trocando confidências, a vida deles vai depender dessas decisões. Ambos sentem medo do que possa vir a acontecer, se vão dar a jogada certa.

(-E depois?)

-Vai ser acertado , que alívio!

Interpretação

O par interno fica deslocado para o externo com desejos de reconciliação e vinculação amorosa. Busca uma solução e usa de recursos defensivos mais evoluídos.

Lâmina 3 (C3). Título: **Reunião Familiar**

TR: 1'50"

TT: 2'30"

-Vejo a família reunida após um gostoso lanche da tarde. O filho mais velho, em visita, tenta convencer o padrasto de suas idéias políticas. A mãe não dá palpite, só escuta.

(-E depois, como fica?)

-O filho acaba concordando com o padrasto que é menos contestador.

Interpretação

A cena primária foi sentida com reconciliação e amor. O medo de excluir e ser excluída fica atenuado pela repressão.

Lâmina 4 (B3). Título: **Avaliação**

TR: 1'30"

TT: 2'30".

- Eu tinha a mania de estar na espreita, tentando descobrir as conversas de meus pais, exatamente como nesta gravura. Acho que nesta época eu sentia muito medo que eles se separassem quando vinham a discutir.

(-E depois?)

-Isso não acontecia, porque sempre após as discussões deles, havia um silêncio muito prolongado e então eles mudavam o tom de voz e eles passavam a se entender novamente.

Interpretação

O sentimento de exclusão fica elaborado a partir da confiança no amor do casal unido. O medo de ficar só ou ser abandonada pelo casal (interno) fica aliviado pela repressão.

Lâmina 5 (AG). Título: **Visita ao Cemitério.**

TR: 3'00"

TT:5'30"

Fica muito difícil descrever com precisão o que eu vejo. Mais parecem almas penadas, fazendo o circuito da noite.

(-Como assim?)

-Os que foram amigos, depois de mortos se visitam para trocar experiências.

(-Mas, experiências de que?)

-De levitação e de outras forças que eles dominam.

Interpretação

A elaboração de perdas e lutos se encontra em meio a receios de ser perseguida ou abandonada. Forte desejo de manter os objetos amados vivos bem como situações mais confortáveis.

Lâmina 6 (B1) Título: **Visita a domicílio**

TR: 2'30'

TT: 5,00"

Alguém está chegando quer entrar, não vê ninguém. A casa está em desalinho, a mulher deve estar na cozinha, sozinha, preparando os alimentos.

(-E depois?)

-Ai a visita entra, é uma surpresa para ela.

Interpretação

O ego fica fragilizado frente à solidão e ao contato com os próprios sentimentos e pensamentos. Fantasia um outro continente externo para se sentir acompanhada e protegida. A identificação projetiva surge como defesa contra estes medos.

Lâmina 7 (CG) Título: **Competição.**

TR: 2'30"

TT:5'30"

Parece que é uma preparação para uma corrida. Os candidatos estão a postos, no aguardo do sinal de partida. Em outras palavras, é a representação de nossas vidas, muita luta e muita disputa, serão poucos os vencedores.

(-E depois?)

-Salve os campeões!

Interpretação

Ego flexível no enfrentamento das forças do id e superego. Seus medos ficam aliviados por meio da repressão. Aparecem recursos defensivos diante de muita luta.

Lâmina 8: (A 3) .Título: **Desunião**

TR: 4'00".

TT: 5'30".

Aqui eu vejo uma estrada, bem na curva e as pessoas dos dois lados caminham, mas não se comunicam, há parece que uma dificuldade entre elas.

(-E depois?)

- Precisa surgir alguém com liderança e impor as regras para eles.

Interpretação

A separação edípica fica experimentada com desejos de reconciliação entre as partes, afastando do ego os medos de retaliação, repreensão e confabulação. A repressão alivia o sofrimento interno.

Lâmina 9 (B2) Título: **Insegurança**

TR: 2'30"

TT: 6'0"

Aqui o par está temendo entrar na casa, os filhos estão lá para uma visita e o par quer dar a notícia da decisão deles de se unirem pelo casamento. Irão ser aceitos, sim, não por que e como ficarão?

(-E depois?)

- Será a decisão conjunta da família, mas o casal foi aprovado e aqui estou eu.

Interpretação

O desejo de refazer os vínculos amorosos com o par interno (imago) e o mundo externo surgem com as defesas, após ambivalência numa vivência depressiva. Aliança terapêutica favorável.

Lâmina 10 (BG). Título: **Casamento**

TR: 1'30"

TT: 3,30"

- Parece uma entrada de Igreja, o noivo à espera da noiva , outros convidados já se acham presentes. Irá ser uma bonita cerimônia.

(-E depois?)

-Daqui a pouco vai surgir a noiva, toda feliz, muito bem vestida, o filho mais velho é que a conduz ao altar.

Interpretação

As relações diretas com a sua experiência de vida, apontam para o desejo de ser aceita e amada.

Lâmina 11 (C 2). Título: **Decepção**

TR: 3'30"

TT: 6'00".

-Esta figura me causa uma má impressão, parece uma saída de cemitério, um ponto final. O local não é bem cuidado, parece triste, precisa de um trato. Ali devem estar plantadas lembranças de momentos vividos com amor e desamor, que fazem aflorar ora muita culpa, ora muita saudade nos visitantes.

(- E depois?)

- Depois não há nada mais a fazer, porque a vida continua...

Interpretação

As vivências depressivas levam à situação de reparar os objetos amados distantes ou perdidos, seu ego se sente fracassando e surgem sentimentos de tristeza e ambivalência.

Lâmina 12: (C1). Título: **Retorno do Hospital**

TR: 2'10"

TT:4'30".

-Já em casa, que bom , ver até que há flor na jarra , para recepcionar a chegada da gente! Não vejo a hora desse momento ser vivido por mim. Mas com saúde para a gente enfrentar todas as paradas.

(-E depois?)

-Surge o sonho de ter deixado para traz páginas da vida que se arrancadas não vão deixar feridas.

Interpretação

O ambiente interno, sentido como acolhedor e organizado, reflete o desejo de viver bem. Os medos de se desorganizar interna e externamente levam o ego a idealizar uma boa solução, frente à angústias depressivas.

Lâmina 13 (Branca) Título: **Vitória**

TR: 1'50"

TT: 6'40''

-Esse nome me foi dado pela minha mãezinha, que Deus a tenha no céu. Ela sabia que eu ia lutar muito na vida. Luto agora pelo retorno da minha saúde, tão necessária nesse momento de grandes expectativas.

Interpretação

Seu projeto de futuro está associado a desejos de se refazer e conservar os objetos amados próximos, para alívio das suas angústias depressivas. Surge o bom objeto interno (mãe), lembrando as lutas passadas, e o uso dos recursos defensivos para superar as dificuldades.

Síntese Compreensiva

A aplicação do Teste das Relações Objetais de Phillipson-TRO, após o nosso primeiro contato com a paciente na primeira entrevista, consultas ao Prontuário, reuniões com a equipe multidisciplinar, atendimento em Consultas Terapêuticas num processo Interventivo, muito nos auxiliaram na complementação dos resultados obtidos. A somatória das observações durante a primeira entrevista mais os aspectos revelados nas respostas da paciente no TRO na segunda entrevista, apontavam para um bom prognóstico para a paciente e para o seu bebê.

Destacamos uma necessidade contínua de reparação vinculada ao desejo de se sentir em harmonia com os pais internos pelas respostas nas lâminas B3, C3, C1 ,CG,BG..

A nível inconsciente concluiu-se que o medo e insegurança que permeiam nas lâminas B2 B3, são a revivência de perdas passadas, muito sofridas e ainda por elaborar.

A vivência harmoniosa do casal desfeito pela morte é retomada, em expectativas, com o novo companheiro, dando à paciente possibilidades de sustentação e amparo pelas respostas às lâminas B2,BG.

As respostas às lâminas A3 e B3 trouxeram dados sobre a situação triangular, em fantasias relacionadas à situação edípica e à possibilidade da mulher integrar o bebê na relação familiar.

Finalmente queremos pontuar a riqueza de um trabalho terapêutico, com a aplicação do teste projetivo, que possibilita ter acesso ao diagnóstico e prognóstico, norteando todo o processo.

Acompanhamento:

A paciente foi acompanhada em Consultas Terapêuticas pelo período em que esteve internada no Hospital, até o dia de sua alta médica e a do RN que teve a sua alta retardada pela suspeita da presença de problemas renais. Ficou internado na UTIN por duas semanas e depois retornou por suspeitas médicas de problema renal, que finalmente não foram confirmadas. A mãe esteve presente em visita ao filho várias vezes ao dia, todos os dias, depois que pode se levantar, deixar o Alojamento Conjunto e se dirigir à UTIN, no Setor de Neonatologia. O bebê, após ter deixado a *Isolette*, foi amamentado ao seio com muito carinho e aconchego. Percebi o esforço materno para conseguir uma posição confortável para o RN ser bem amamentado.

Fundamentado na teoria psicanalítica, o processo terapêutico foi conduzido, pelas entrevistas da paciente e do grupo familiar. As Intervenções foram feitas, baseadas na técnica projetiva do TRO, e muito ajudaram a paciente a perceber a importância de conduzir a maternagem num ambiente saudável para o desenvolvimento emocional do seu bebê., (*seja lá em que idade ela for estabelecida*).

- *Deixei a minha casa um brinco para a chegada de V., já compramos até brinquedos pedagógicos para ele. Filho de papai e mamãe professores tem que ser bem escolarizado desde cedo!*

-O papai sorri, abraça e beija o bebê que está em seu colo nesse momento e completa com carinho:

-*Acho que a V. leu mais de 20 livros durante a sua gravidez, para se preparar como a mãe do século 21!*

-*Isso é porque eu estou iniciando a criação da terceira geração da família: 1º os três filhos, depois as duas netas e agora a rapa do tacho. Haja coração! Cada leva foi diferente e espero que esta seja mais abençoada do que as outras! O progresso é para simplificar, mas acho que agora a criação é mais complicada!*

-A família de vocês é muito bonita, a gente percebe que todos são também muito saudáveis e com tanto preparo da mamãe, o V. também irá ser muito saudável!

A alta médica da paciente e do bebê contou com a presença de todos os membros da família. O corredor do Alojamento Conjunto ficou cheio, todos estavam muito felizes, queriam ver o V. A psicóloga, que também estava presente, lembrou à mamãe que V. já estava precisando de ir ao cabelereiro, aparar os penachos e cortar as unhas!

O papai gostou da observação e apressado foi logo pontilhando:

-Essa tarefa fica por conta da mamãe.

.-Tenho certeza Vitória, que os seus desejos de renovação da vida e de cura, só lhe trarão alegrias e que você com toda a sua sabedoria, vai enfrentar com facilidade essa sua nova etapa da vida, a função criadora de mais um membro de sua maravilhosa família.

Antes da partida da família, palavras de carinho e agradecimento à equipe multidisciplinar presente e um forte e demorado abraço na psicóloga, apontaram para uma maternagem favorável ao desenvolvimento emocional do RN, num ambiente saudável e harmonioso, compartilhado pela família e pela equipe multidisciplinar presente.

RESULTADOS

CAPÍTULO V

5 RESULTADOS

Este estudo qualitativo nos possibilitou elaborar e tecer considerações sobre o **DG** que nos permitem afirmar que diagnóstico e intervenção não se separam; são a oportunidade da paciente, através da compreensão do seu sofrimento, conquistar mudanças psíquicas para o retorno de seu equilíbrio psicológico, beneficiando, desta forma, a si e ao **RN**.

A possibilidade de investigar formas de atendimento que possam auxiliar essas gestantes diabéticas em profundo estado de sofrimento psíquico, representa uma motivação para novos trabalhos e pesquisas de tema psicológico, dirigido para a parcela da população vitimada por esta doença durante a gravidez.

Destacamos que, uma vez constatada o **DG**, torna-se imperioso um acompanhamento obstétrico rigoroso e uma avaliação pelo psicólogo da saúde. Utilizamos nessa nossa pesquisa o **TRO** de Phillipson como mediador do trabalho terapêutico, visando adaptar as possibilidades da psicoterapia psicodinâmica no contexto hospitalar, de modo a aumentar a capacidade de atendimento a uma parcela de funcionários públicos estaduais, como prevenção de riscos e danos para a mãe e para o **RN**.

Poderíamos aproveitar a teoria de Klein (1952) para enriquecer a concepção que satisfaz o nosso estudo, igualando os fatores de crise das gestantes diabéticas às pressões internas ou externas extremas. Os sentimentos de intensa angústia, às vezes de pânico, assaltam a gestante diabética em crise ao receber a notícia de poder vir a ter um filho com deficiência física ou mental ou a possibilidade de vir a perdê-lo. A visão do **RN** internado em **UTIN** mobiliza também fantasias aterrorizantes que remetem a gestante diabética às suas lembranças mais primevas, como foi detectado através das histórias narradas pelas pacientes, no **TRO**.

As fantasias que se apossam da futura mamãe, podem ser muito desfavoráveis ao binômio gestante x bebê. Ela sente um enorme sofrimento pela presença de fantasias destrutivas ao ver ameaçado o seu desejo de ter um filho saudável. Elaborando essas suas

fantasias, ela estará diminuindo o seu risco de danos e da vida de seu filho e desta forma estendendo ao máximo a sua gravidez, o que representa menores gastos hospitalares

Observamos que as gestantes mais deprimidas frente à possibilidade de vir a perder o seu filho, trouxeram narrativas em suas pranchas de histórias de infância, ligadas à situações de abandono e à rejeição pelo casal de pais internalizados. Reviviam esses momentos de expectativa frente à aproximação do parto, com intensa sensibilidade: a vivência de perdas durante a vida e a possibilidade de concretização de perdas futuras respondiam pelas angústias das gestantes, apontando para a puérperalidade favorável ou desfavorável, após o nascimento de seu bebê.

Desse modo o nosso método parece apropriado ao contexto hospitalar, pela sua flexibilidade de enquadre, uma vez que as pacientes são acompanhadas desde o início de um pedido de Interconsulta, durante o período de internação, quando seguem para a sala de parto, durante as visitas ao **RN** na **UTIN**, no Alojamento Conjunto até a alta hospitalar da mãe e do **RN**. Pudemos confirmar ao longo desse percurso, uma evolução emocional que levou ao equilíbrio psíquico.

Pela nossa observação, a hospitalização pode ser tomada como o principal cuidado obstétrico dispensado à gestante de alto risco com **DG**. Sendo encaminhada para investigação especializada e elucidativa ao ambulatório, onde se constatou níveis de glicose no sangue acima dos esperados, fato freqüente é a necessidade de internação da paciente para que ela se submeta a outros exames indispensáveis ao controle médico do feto e da mãe, como a amniocentese, as dosagens sanguíneas constantes, o controle alimentar, entre outros.

No que diz respeito ao estado emocional da gestante diabética, que se vê permanentemente em estado de alerta pelo possível agravamento de seu estado de saúde, cabe uma busca de atendimento psicológico e adesão a tratamentos grupais em Postos de Saúde ou em Hospitais Gerais municipais, estaduais ou federais, quando ela não estiver internada em um Hospital.

Ampliando, Maldonado et al. (2000) afirma que surgem os sentimentos de fracasso e de incapacidade da mãe atender às necessidades especiais do **RN** prematuro, quando do seu possível retorno ao lar. A separação forçada do **RN**, que ficará por algum tempo internado em **UTIN** e os cuidados especiais aos quais o **RN** será submetido, aparentando muito sofrimento, aumentam os sentimentos parentais de menos valia, de incapacidade e de insegurança, dificultando a estabelecimento de um vínculo afetivo. A situação torna-se desesperadora quando o **RN** apresenta sinais de desconforto frente aos pais. Os pais podem retomar as

fantasias de que, somente os seus próprios pais eram capazes de conceber e dar a vida. Os pais se vêem confrontados com o risco iminente de morte, o que faz aflorar sentimentos de culpa.

Observamos, principalmente, que a internação por períodos prolongados, como a paciente M. A e a paciente V., especialmente quando o filho está internado em UTIN e a mãe sem condições de visitar o filho, intensifica o estado de ansiedade. Quanto menor for o período de hospitalização, menores serão os perigos de infecção hospitalar e menores serão os gastos hospitalares.

Durante a hospitalização as questões psicológicas a serem abordadas não devem, de modo algum, preterir de profundidade nem de qualidade. Devem ser focais, visando sempre aqueles aspectos relacionados com a ansiedade materna, a depressão, o DG, as dificuldades adaptativas à instituição hospitalar, o processo do adoecer, os meios diagnósticos e, sobretudo, sensibilizar a gestante para continuar o atendimento médico e psicológico após a alta, se necessário. A paciente Claudenice entrou em luto pela perda de seu bebê, foi atendida pela psicóloga durante o período de dois meses, até a alta da psicologia.

Consideramos que, estando distante de casa, criam-se intensos mecanismos de culpa com a impossibilidade de dar suporte familiar e de desempenhar o papel de mãe, principalmente quando a gestante diabética tem já outros filhos, tendo que deixá-los em casa, às vezes sozinhos por grande parte do dia.

A auto-imagem, também abalada pela doença, leva à exacerbação do estresse e ansiedade, relevantes agravadores das condições clínicas. Todo esse sentimento poderá desenvolver na gestante diabética hospitalizada, sentimentos de raiva em relação ao feto, pois a relação afetiva com os outros filhos ainda é mais forte.

Observamos principalmente que a internação por períodos mais prolongados, intensifica o estado de ansiedade, especificamente quando o recém-nascido está internado em UTIN e a mãe sem condições de visitar o filho.

Admitimos que o relacionamento com o marido também poderá se deteriorar surgindo reações de ressentimento e de agressividade em via dupla. O marido ressentido e censura a mulher pela separação e pelo aumento de suas responsabilidades domésticas. Ela ressentida com o companheiro por falta de suporte emocional ou por referências desagradáveis (explícitas ou veladas) ao feto.

O tédio, a inquietação, a irritação e o aborrecimento pela adesão forçada a regras e a regulamentos do hospital também desempenham papel de importância para a gestante diabética.

Os aspectos benéficos da hospitalização funcionam como redutores da ansiedade, quando a gestante internada também poderá descansar e se refugiar das dificuldades de relacionamento na constelação familiar.

As pacientes diabéticas se beneficiam de um atendimento em Consultas Terapêuticas num processo Compreensivo e Interventivo, pelas possibilidades que lhes são oferecidas para elaborarem as questões relacionadas à dinâmica familiar em desarmonia e que refletem ansiedade nesse período de expectativas.

A aplicação do **TRO** de Phillipson representou validade e melhores perspectivas de sucesso para a grávida diabética e seu filho pela possibilidade de elaborarem temas incluindo perdas, separação, desencontro, despedida, morte, sentimentos de saudade, tristeza, abandono e solidão. Revelaram ambivalência dos aspectos bons e maus, expressos como: alegria e tristeza, felicidade e infelicidade, calma e tormenta, céu e inferno, idealização e persecutoriedade, vida e morte. Demonstraram, também, sentimentos ligados à necessidade de aceitação pelos outros, com fantasias de serem acolhidos e contidos em seu sofrimento.

Na maioria das pranchas houve negação dos conflitos. Mas, no decorrer do teste, conforme a ansiedade, esse sentimento foi se intensificando e os mecanismos defensivos se enfraquecendo, os conflitos emergiram sem possibilidade de desenlace satisfatório.

Nas situações de perda e separação, os sentimentos depressivos de solidão e o medo que acompanha as gestantes diabéticas estão ligados ao medo de destruição dos objetos pelos impulsos agressivos dirigidos contra elas em fantasia.

Em menor nível, demonstraram ansiedade persecutória, com temor de serem punidas, devido a ações erradas e princípios morais rígidos, como reação frente à autoridade externa e interna, representada por um superego rígido, exigente e punitivo, enquanto a ansiedade depressiva esteve representada pelo medo de abandono e de solidão.

De forma geral, a aplicação do **TRO** mobilizou aspectos internos que estavam defendidos e bloqueados. O próprio envolvimento das pacientes para a realização da tarefa foi uma intervenção mobilizadora de angústias, que estavam encobertas pela estrutura defensiva. Vimos claramente que a própria aplicação já foi espontaneamente uma forma de intervenção terapêutica. Nesse momento, foram reveladas fantasias de recuperação, numa etapa da vida

em que mãe e bebê necessitam mais do que nunca de muito amparo para uma evolução da gravidez, o mais próximo possível dos limites da normalidade.

Nossa hipótese é que o atendimento médico e psicológico às gestantes diabéticas, a partir das conceituações propostas, através do *holding*, diminui o nível de ansiedade, previne o risco de danos e de riscos para a gestante e para o bebê o que já deve representar uma significativa redução no nível de glicose no sangue. Elas sentem-se impulsionadas a aceitar os desdobramentos diversos contidos nas Consultas Terapêuticas, assumem uma atitude interessada, passam a desenvolver as funções do pensamento, a refletir e elaborar as propostas de nosso atendimento, trazendo à discussão novos elementos desafiadores para uma conduta mais efetiva, configurando uma dimensão mais ampla dos significados do binômio saúde x doença.

DISCUSSÃO

CAPÍTULO VI

6 DISCUSSÃO

Neste trabalho foi possível notar que a aplicação do Teste das Relações Objetais de Phillipson -**TRO**, depois da internação das gestantes diabéticas permitiu-nos complementar os resultados obtidos após a consulta ao prontuário, reuniões com a equipe multidisciplinar, acompanhamento pela psicóloga até a **UTIN** e atendimento em Consultas Terapêuticas. Alguns aspectos detectados nas respostas das pacientes somaram-se àqueles observados na primeira entrevista, mostrando-se ser este um instrumento útil à proposta de diagnóstico interventivo (TRINCA, 1983).

Analisando o TRO do caso 1 (MA), foi evidenciado um medo de abandono e uma necessidade de sentir-se amparada e sustentada emocionalmente por uma relação afetiva harmoniosa com o companheiro e os filhos. Isso pôde ser observado nas respostas às lâminas A2, C3, B3, CG, A3, B1. O medo da perda objetal, da morte de objetos amados e uma fragilidade egóica foram elementos que surgiram tanto no TRO quanto na entrevista. O temor central ao longo do psicodiagnóstico interventivo, revelou-se como o medo da separação.

A primeira perda objetal que deve ser considerada refere-se à necessária retirada do investimento libidinal materno que havia sido dirigido ao bebê imaginário antes da notícia da DG. Este bebê que era portador dos sonhos, expectativas e objeto de fantasias maternos, figurados em uma imagem de um filho lindo e saudável que fizera a mãe viver um estado narcísico - fusional (WINNICOTT, 1989; CAMAROTTI 2000).

Diante da notícia da DG, a perda deste objeto idealizado que havia sido investido de energia libidinal, a mãe traria para si os ataques ou acusações que deveriam ser feitos ao objeto de amor, mas que acabam sendo deslocados para seu ego, uma vez que “a libido, em vez de ser deslocada para outros objetos, é direcionada para o próprio ego do indivíduo” Freud (1917/1990, p. 282).

Freud (1917/1990) considera que no estado melancólico a perda do objeto de amor é desvinculada de uma perda real e vinculada a uma perda relacionada ao ego, pois é este que se

empobrece e esvazia-se. O empobrecimento do ego evidenciou-se no TRO de MA; a gravidez lhe traz o pressentimento de que o segundo casamento irá se desfazer. A paciente vivera isso no passado, porém, no momento da intervenção não há uma perda real do objeto.

Klein (1934/1981) considera o estado depressivo relacionado à perda iminente de todo o objeto amado. É essa ameaça de perda que a paciente parece relatar o tempo todo. Simon (1989) relaciona os sentimentos de depressão e culpa às situações em que há perda ou ameaça de perda de pessoas afetivamente valiosas.

Klein (1934/1981) fala que o estado depressivo se configura como uma mescla de ansiedade paranóide, desespero e defesas. Nesta paciente vimos um ego dominado por sentimentos paranóides e são justamente esses sentimentos que levam ao empobrecimento do ego.

MA relata quão persecutórios são esses sentimentos ao demonstrar, por exemplo, como seria difícil resistir ao impacto de uma separação que toma como iminente. Assim, as dificuldades vivenciadas na relação com o companheiro geram uma ansiedade que passa a mobilizar fantasias do casal destruído.

Esse sofrimento, porém, precisa ser represado, sem encontrar apoio no ambiente. A avó parecia constituir o apoio que a paciente necessitava, mas esta é lembrada por dizer que o sofrimento da mulher era “calado”. Viu-se a tentativa do ego de encontrar um objeto bom e protetor, mas houve o fracasso. Verificou-se uma dificuldade em estabelecer vínculos fortes o suficiente para aplacar as angústias. As consultas terapêuticas vieram proporcionar um ambiente “suficientemente bom”, que a paciente não mais encontra após a morte de sua avó e por meio do *holding* (WINNICOTT, 1968) buscou-se estruturar os aspectos sadios do ego, pois há bons objetos internalizados e o desejo de conservar o objeto de amor vivo.

Os recursos internos parecem evidenciarem-se, também, quando a paciente fala que “*vai ficar tudo bonitinho, o bebê vai chegar*”. Vê-se a mobilização de sensações de calor humano “*a casa é simples, mas é acolhedora*”. Mediante a constatação de que há um empobrecimento do ego ao mesmo tempo em que ainda existem recursos internos, procurou-se proporcionar um ambiente suficientemente bom nas consultas terapêutica através de uma comunicação na base de confiança, a partir do estabelecimento do *setting* humano proposto por Winnicott (GIL; TARDIVO, 2006).

Todos os casos discutidos, devem levar em conta o conflito que se dá internamente em função não só das especificidades de cada caso, mas da perda de autonomia imposta pelo

ambiente hospitalar e pela rigidez deste ambiente. A consulta terapêutica torna-se facilitadora do resgate do desenvolvimento emocional, em qualquer caso, somente se consegue se sobrepor a esta limitação intrínseca a qualquer instituição hospitalar. Este ambiente por si só pode ser catalisador do sentimento de perda do auto-controle, de desamparo e de desalento contribuindo para um estágio depressivo (TEDESCO, 1997).

Os recursos internos que haviam sido identificados na paciente 1 ficaram evidentes quando MA passou a ter uma sensação de tranquilidade e de domínio da maternagem assumindo esse papel com competência para propiciar ao RN bom início de desenvolvimento emocional.

A aplicação do Teste das Relações Objetais de Phillipson-TRO no caso 2 (ML), durante a 2ª entrevista, estando a gestante internada, no Alojamento Conjunto, possibilitou-nos, após, uma consulta ao Prontuário, reuniões com a equipe multidisciplinar acreditar num mal prognóstico para a paciente, que deixava transparecer uma culpa enorme pela gravidez não planejada.

O medo de abandono, a carência em sentir-se segura bem como a necessidade de sentir-se sustentada emocionalmente pelos familiares, dadas as ocorrências durante a gravidez, são fortalecidos pelas respostas às lâminas A1,A2, C3, B1,C2. A culpa sentida pela paciente fica evidente tanto em suas lágrimas, quanto nas palavras que trouxe como sendo de seu médico, dizendo que teria sido necessário, na idade dela, 45 anos, fazer *amniocentese*. Zimerman (1999) relata que a culpa nos quadros depressivos pode dever-se às culpas imputadas pelos outros. A fala do médico parece ter sido sentida pela paciente como a observação de um erro que cometera, mas na verdade essa sanção parece ser imputada por seu próprio superego. A paciente parece culpar-se pela falta de cuidados para evitar uma gravidez. Culpa que é seguida de vergonha. A filha tem namorado e a paciente sente vergonha quando este a vê com a “*barriga grande*”.

Para Zimerman (1999) o sentimento de culpa associado aos quadros depressivos deve-se, principalmente, à “presença de um superego rígido e punitivo” “ao ódio do ego contra o id (colisão entre sistemas devedores do ego e pulsões contrárias). O perigo do dano à criança põe especialmente a mãe em contato com relações objetais internas, isso é com o seu mundo povoado de relações com objetos arcaicos que por diferentes motivos não se desenvolveram (FREUD, 1900/1976). Talvez o fato de estar grávida aos 45 anos seja a evidência, a prova, de que ela dá vazão a impulsos do id, sexuais, o que faz sentir vergonha, remorso e culpa.

Segundo Bleichmar (1983) o sentimento de culpa ocorre quando o sujeito representa a si mesmo como infrator de uma norma aceita como legítima que forme parte do ideal do ego. É possível que uma pessoa que dá vazão aos impulsos do id, mantendo relações sexuais com o marido e engravidando não esteja em consonância com a imagem idealizada de uma mãe de família com filhos já adolescentes.

A depressão narcisista é aquela causada por não se atingir a identificação com o ego ideal (BLEICHMAR, 1983). Um indivíduo com organização narcisística sente-se em permanente estado de sobressalto diante da possibilidade de não corresponder às fortes exigências vindas de dentro ou de fora de si mesmo (ZIMERMAN, 1999). O afastamento do ideal do eu fica evidente quando a paciente afirma que “*o bebê que eu passei a imaginar, não tem forma, mais parece uma sombra, não é aquele lindo que eu visualizava quando tive as outras filhas*”. A busca do retorno à completude narcísica, que permitiria encontrar o que é bom e belo já fora analisada por Freud (1905/1972) ao comentar o Banquete de Platão (347 a.C.,1950). Porém, no caso de ML, o que se sobrepõe a estes ideais de Integridade, de Totalidade, de Re-união, de Retorno ao estado de completude é uma sombra que obscurece tal ideal narcísico.

Assim, no caso de ML parece co-existir elementos da depressão narcisista e da depressão culposa. A paciente parece se representar como “o negativo do ego ideal como consequência de uma ação que se sente responsável” (BLEICHMAR, 1983, p. 92). Sente-se inferior e culpada simultaneamente configurando um caso de depressão mista. Ao descobrir-se portadora por ML parece culpar-se pelos danos causados ao filho. Diante da notícia da morte do RN a paciente afirma: “*Sinto-me novamente com uma sensação estranha, parece um peso dentro de minha cabeça, parece que fiz algo de errado, que não dá para consertar e que de agora em diante tudo vai piorar*”.

Bleichmar (1983) considera que na depressão culposa há altos ideais de não-agressão, de modo que qualquer coisa que a pessoa deprimida faça as situa como agressiva. A paciente se sentiu culpada pelos danos ao RN referindo que se sente como uma morta viva, porque tem dentro dela um filho que ela não permitiu que vivesse.

Mais uma vez, as consultas terapêuticas buscaram fornecer um ambiente seguro, que desse sustentação emocional à gestante. A paciente reconheceu esse ambiente como suficientemente bom quando afirma “*Sinto que vocês me dão segurança, quando a gente conversa, porque percebo que vocês falam com sinceridade e carinho, sem tapeação*”. A paciente demonstra ter amenizado a crítica superegóica e o sentimento de culpa após o

trabalho terapêutico quando fala sobre a morte do RN *“Estive aqui pensando e estou crendo que o melhor aconteceu com o meu filho”*, o que deu indício de um bom prognóstico. Mesmo que neste caso não tenha havido o “coroamento com os loros de sucesso”, a paciente conseguiu ter uma perspectiva positiva dos acontecimentos pautada na realidade.

Interessante partirmos para a discussão do caso 5, que também parece retratar aspectos da depressão culposa em decorrência de uma gravidez que aconteceu aos 45 anos. Conforme relatado, a paciente refere que por causa da sua idade, não planejaram nada. A gravidez veio muito fora de hora, relata que sentiu-se meio aturdida com a notícia e que chegou até a desfalecer. Teve um sentimento que descreveu como diferente dos que já havia sentido, uma espécie de aperto forte no coração. A paciente ainda relata sobre o ex-marido que falecera *“Como eu poderia estar levando flores para ele e no pé do túmulo dele estar com um filho no ventre que não era dele?”* *“Essa gravidez trouxe-me um sentimento de traição, de pecado, por não poder mais realizar até o fim os desejos de meu falecido marido”* No TRO diz *“Ali devem estar plantadas lembranças de momentos vividos com amor e desamor, que fazem aflorar ora muita culpa, ora muita saudade nos visitantes”*.

Vitória refere que até já pensou se a gravidez não é um castigo por ter se casado novamente. As condutas da paciente estão sendo criticadas por uma estrutura superegóica rígida (BLEICHMAR, 1983), projetadas no ex-marido morto, que a condenaria seja por ter-se casado novamente, seja por estar grávida. Os desejos de ser acolhida e ser perdoada ficam mais intensos. O TRO mostrou que Vitória fantasia um outro continente externo para se sentir acompanhada e protegida. As consultas terapêuticas vieram proporcionar este continente externo, para que aos poucos pudesse ser introjetado (WINNICOTT, 1968).

As consultas terapêuticas forneceram um *setting* favorável ao desenvolvimento emocional que veio permitir que o potencial se desenvolvesse, como por exemplo a retomada com o novo companheiro, da vivência harmoniosa do casal desfeita pela morte do ex-marido, que deu à paciente possibilidades de sustentação e amparo. As respostas às lâminas A3 e B3 trouxeram dados sobre a possibilidade da mulher integrar o bebê na relação familiar. Essas potencialidades tornaram-se fatos após a vivência de um ambiente facilitador e de *holding*. A intervenção veio permitir que a gestante se apropriasse de si mesma e se descobrisse, possibilitando “o alargamento de suas possibilidades de compreensão de si e de auto-determinação” (ÁVILA, 1995).

Tanto o caso 3 quanto o caso 4 mostram que o ambiente familiar não estava sendo acolhedor à situação inesperada da gravidez: no caso 3 houve a gravidez inesperada de

gêmeos e no caso 4, uma gravidez não planejada aos 17 anos. Em ambos os casos houve uma resistência às mudanças dos papéis dentro da família e às mudanças nas responsabilidades que são causadas por qualquer gravidez (MALDONADO et al., 2000), o que se intensifica nestes dois casos específicos, ou seja, diante de uma gravidez de gêmeos ou de uma gravidez na adolescência.

Iniciando a discussão pelo caso 4, a paciente C sentiu-se muito entristecida quando percebeu que os bebês não estavam sendo bem recebidos no ambiente familiar. Chegou a ser aconselhada a não levar a gravidez para frente. Diante disso, configurou-se uma fragilidade egóica e desejos onipotentes de não perder, não sofrer e, não ficar triste. A vinda inesperada de gêmeos parece ter vindo dificultar o ideal de *“um futuro promissor para os filhos todos”* e o desejo de que eles sejam *“vencedores e não vencidos”*, rompendo com as idealizações narcísicas (BLEICHMAR, 1983) que a paciente havia projetado com relação à família. A falta de apoio ambiental veio imobilizar a paciente, visto que o movimento neste ambiente a direciona ao medo de perda do amor de objetos importantes, sejam eles necessitados (ambivalentes, amados e odiados), sejam eles reassguradores de sua auto-estima (ZIMERMAN, 1999). Parece ser este o motivo de a paciente relatar a *“pressão”*, o referido *“apertamento”*, termos que indicam que a paciente vê-se imobilizada diante da possibilidade iminente de perda de amor destes objetos importantes. O gesto espontâneo e a criatividade diante da novidade, descritas por Winnicott, estão impedidos por este ambiente que além de não ser fonte de sustentação, não oferece possibilidade de movimento ao ameaçá-la de perda do seu amor. Importante não mantermo-nos atada a uma visão patológica e retomar o conceito de Winnicott da depressão sob uma ótica mais saudável, como uma condição própria de quem conseguiu atingir profundidade em relação aos seus sentimentos e também assumir a sua parte de responsabilidade pelos fatos da realidade (WINNICOTT, 1965/2001).

O caso 4, Virgínia, que também estava em um ambiente que inicialmente não fora acolhedor, foi diagnosticado de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e (D G). Virgínia foi encaminhada para o Setor de Internação e se achava muito ansiosa. Esta paciente tem uma mãe com uma constituição superegóica rígida, que suscita na filha ansiedades paranóides. A ansiedade persecutória se relaciona predominantemente com o aniquilamento do ego (KLEIN, 1935/1969). A aplicação do **TRO** trouxe-nos subsídios que complementaram e confirmaram a primeira impressão de imaturidade psíquica. Alguns aspectos detectados nas respostas do **TRO** apontam para mecanismos de defesa esquizo-paranóides como justificativas às suas relações objetais nas lâminas A2, B3, AG, B1, CG, A3, C2, 13.. Já a lâmina C1 traz, no nível

inconsciente, o desejo de estar bem, através de identificação projetiva maciça com a figura materna idealizada na avó paterna.

Uma mãe, portadora de uma formação superegóica rígida é introjetada pela filha, que passa a projetar nesta mãe toda a maldade. Para Klein (1934/1981) há inicialmente, um ego desorganizado que introjeta objetos parciais e lança mão de mecanismos esquizóides, funcionando como defesa contra a ansiedade. Na mãe de Virgínia parece estar contida toda a maldade, enquanto a avó contemplaria toda a bondade.

Tornava-se evidente a importância de uma dinâmica familiar harmoniosa, que facilitasse à gestante e ao bebê, condições para um desenvolvimento emocional saudável e permanente. Conversamos sobre a importância de V. sentir-se segura e amparada nesse momento de sua vida e sobre o fato de que D. Genoveva representa toda a segurança da filha. A rigidez da mãe que viria impedir V. de exercer uma maternagem suficientemente boa foi trabalhada ao longo das consultas terapêuticas, que pôde, aos poucos, ir compreendendo que V. estava se apropriando de novos papéis de modo que esta mãe passou a demonstrar uma certa flexibilidade em lugar da postura superegóica rígida. V. de fato vinha assumindo este novo papel, esteve sempre presente nos horários das mamadas, na sala do Projeto Mãe Canguru, denotando cuidados extremos com o seu filho.

Nestes dois casos (3 e 4), o trabalho com a família, de uma forma integrada, mostrou-se fundamental. Conforme já discutido, além de avaliar e intervir junto à puerpera, compete ao psicólogo atuar com os familiares. Portanto, esta intervenção buscou facilitar, criar e garantir a comunicação efetiva e afetiva entre a paciente, família e equipe. Diante de uma família resistente às mudanças imposta pela vinda de gêmeos ou por uma gravidez na adolescência, buscou-se proporcionar as condições para uma reorganização familiar (LAMOSA, 1990, p.69). A mãe de Virgínia passou a exercer um papel mais flexível e aceitou a vinda da neta. Virgínia pôde apropriar-se do novo papel de mãe através do contato com as outras gestantes, dos cursos e foi, aos poucos se transformando numa mulher, transformação que foram percebidas pela mãe a partir das consultas terapêuticas, percepção que a auxiliou a reconhecer todo o movimento da filha.

A partir deste trabalho com a família, os mecanismos paranóides necessários a V. e a imobilidade que o ambiente havia imposto a C. e foram se transformando em uma abertura para um movimento em toda a constelação familiar, havendo uma flexibilização dos papéis. Nos dois casos, passou a haver uma participação da família, uma assunção de novos papéis e das novas tarefas estabelecidas a partir de gestações inesperadas.

O que se destaca nestes casos, portanto, é o fato de que um trabalho com os membros familiares pode possibilitar uma mudança no funcionamento familiar e no estabelecimento de papéis que vem permitir a boa maternagem, essencial na prevenção de danos e de riscos ou da psicopatologia infantil (BRAZELTON; CRAMER, 1989).

CONCLUSÃO

CAPÍTULO VII

7 CONCLUSÃO

Nestas últimas palavras procuramos reunir retratos do nosso atendimento, que refletem a conjunção de aspectos teóricos, de “*flashes*” compreendidos no material clínico, observado e de reflexões sobre a prática clínica às gestantes diabéticas em Consultas Terapêuticas num processo interventivo.

Este estudo nos possibilitou elaborar conclusões e tecer considerações que nos permitem afirmar que diagnóstico e intervenção não se separam; são a possibilidade da paciente, através da compreensão de seu sofrimento, conquistar mudanças psíquicas para o retorno de seu equilíbrio psíquico.

É preciso reinventar novas formas de amor, novos modos de ser, pois estando os seres humanos hoje imersos numa cultura onde imperam fantasias narcísicas de felicidade totalmente voltadas para a realização imediata do desejo e onde prepondera a idealização da sexualidade e da relação amorosa, acabam por tornar-se profundamente infelizes, querendo escapar do sofrimento, quando atingem o patamar da impossibilidade da previsibilidade. Nenhuma das mães que participou de nossa pesquisa imaginava que a sua gravidez seria de alto risco e que lhe traria um sofrimento tão intenso, pela incerteza de um prognóstico para si e para o seu filho. Tornaram-se aprendizes da dor, aproximaram-se da possibilidade da tolerância à frustração e da possibilidade grandiosa de reparação e ao receberem a alta médica embalavam nos braços o fruto de uma esperança imorredoura.

Nosso contato com as gestantes diabéticas nos permitiu concluir que a mulher, pelas suas condições biológicas e culturais, vive a maternidade como algo em si mesma. O homem por sua vez, bem mais distante dos propósitos da paternidade, necessita empreender-se em busca para perceber e ocupar espaços disponíveis, internos e externos, que possibilitem o exercício da função paterna.

O desejo de ter filhos vai se formando desde a infância e tem ligações íntimas com as figuras parentais e com a qualidade dos afetos que se configuram no relacionamento com eles.

A escolha do parceiro amoroso é, também, um outro processo em que predominam fortes influências das figuras parentais, principalmente no nível inconsciente, e pode iniciar-se

com um encontro pleno de encantamento e paixão, onde subjaz o motivo essencial de que aquele novo ser que se aproxima pode significar a possibilidade da completude narcísica. Depois, é possível encaminhar-se para um fortalecimento do vínculo afetivo, com ideais de inseparabilidade e perpetuação. Desenvolvem-se compromissos mais reais e um projeto vital compartilhado, relacionado, principalmente, com a vinda de um filho.

A gravidez acontece por vezes de forma aparentemente inesperada. No entanto percebe-se que a moção do desejo subjaz, dando sentido aos atos: é a fertilidade a ser testada, é a possibilidade de criar-se ou reforçar-se vínculos afetivos, é o meio de ingressar-se no casamento, é o meio de dar-se continuidade a vida.

Anunciada a confirmação da gestação, tanto a mulher como o homem passam a vivenciar grandes mudanças psíquicas. Na interação do casal grávido pode acontecer um afastamento de ambas as partes: a mulher sente-se plena e satisfeita e isola-se para dedicar-se à nova experiência numa espécie de retraimento narcísico; o homem, tendo que lidar com os sentimentos de ciúme e inveja, pode tornar-se mais intolerante e pouco compreensivo. No entanto, ambos assustam-se com os pensamentos de doença, destruição e morte; buscam permanecer unidos, o que poderá levá-los a um equilíbrio. E é assim que se descobrem capazes de amar e de construir a própria felicidade.

O parto, pressentido como um momento de dor, é muito temido pelas gestantes diabéticas dadas as expectativas do recém-nascido prematuro estar ou não estar bem e com saúde e de vir a óbito. Algo totalmente desconhecido acontecerá com o casal; é uma caminhada sem retorno e haverá uma determinada hora em que uma passagem- o nascimento- certamente acontecerá. As fantasias em relação ao parto referem-se, freqüentemente à dor, à perda e a persecutoriedade. No entanto, os recursos internos e externos que as gestantes diabéticas apresentaram, quando de suas narrativas das histórias do **TRO** mobilizaram sentimentos de esperança e impulsionaram a organização do conhecimento para arcar com a responsabilidade de ter um filho em **UTIN**.

Os cuidados maternos não são um processo instantâneo e automático, não acontecendo da noite para o dia, pois a mãe diabética hospitalizada, só poderá visitar o seu filho na **UTIN**, quando se sentir em boas condições físicas e psicológicas. Os cuidados vão se construindo em um caminhar contínuo, em meio aos sentimentos ambivalentes que refletem, principalmente, as próprias imagens com figuras parentais capazes ou não de amar, de berçar e de exercer uma maternagem suficientemente boa.

A partir dos resultados apresentados e relacionados com a fundamentação teórica psicanalítica, apresentada na Introdução, concluímos que a nossa intervenção com a aplicação dos testes projetivos, associada à experiência emocional na transferência, durante as entrevistas, facilitou a confiança das gestantes diabéticas na capacidade de compreensão e acolhimento da terapeuta, como mediadora do contato e intervenção.

De forma geral, a aplicação do **TRO**, mobilizou aspectos internos que estavam defendidos e bloqueados. O próprio envolvimento das pacientes para a realização da tarefa foi uma intervenção mobilizadora de angústias, que estavam encobertas pela estrutura defensiva. Vimos claramente que a própria aplicação já foi espontaneamente uma forma de intervenção terapêutica na direção de mudanças psíquicas. Nesse momento foram reveladas fantasias de recuperação, numa etapa da vida em que mãe e bebê necessitam mais do que nunca de muito amparo para uma evolução da gravidez e após o nascimento do bebê, o mais próximo possível dos limites da normalidade. Dando amplitude ao nosso trabalho mobilizamos as famílias, no sentido da importância de um ambiente suficientemente bom para propiciar um desenvolvimento emocional sadio ao recém-nascido. A segurança na constelação familiar auxiliou a mãe a fortalecer o objeto interno bom, com tendência ao desenvolvimento de seus recursos internos, para exercer uma boa maternagem. O que se destaca nestes casos, portanto, é o fato de que um trabalho com os membros familiares pode facilitar uma mudança na dinâmica familiar e no estabelecimento de papéis que vêm permitir a boa maternagem, essencial na prevenção de danos e de riscos ou da psicopatologia infantil (BRAZELTON; CRAMER, 1989).

Para o hospital o objetivo é que a gestante diabética, funcionária pública estadual ou dependente, internada no Alojamento Conjunto, seja bem atendida pela equipe multidisciplinar e que possa, num período de tempo necessário para a sua alta médica e a do **RN**, deixar o hospital, levando nos braços um **RN** isento de danos e riscos.

Sugerimos aos profissionais da saúde que se dedicam ao atendimento da mulher grávida, junto aos órgãos competentes, dar prosseguimento a esta pesquisa, mobilizando recursos para em breve estar oferecendo às gestantes uma melhor qualidade de vida.

Conclui-se finalmente que é muito importante o desenvolvimento de novas pesquisas nesse campo do saber, buscando conhecer os aspectos conscientes e inconscientes das gestantes diabéticas, para que através do atendimento psicológico seja alcançado uma melhora de qualidade de vida.

Destaca-se, enfim, o valor desta pesquisa ter prosseguimento em benefício de Instituições Públicas, para os órgãos da saúde se conscientizarem da importância do suporte psicológico, quando as gestantes, com o diagnóstico de **DG**, apresentarem-se com um nível de ansiedade que possa tornar desfavorável o prognóstico com iminência de danos e riscos para a dupla mãe x bebê.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

ABERASTURY, A. *Psicanálise da criança*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1979.

ABRAM, J. Holding In: ABRAM, J. A. *Linguagem de Winnicott*. Rio de Janeiro: Revinter, 2000.

AIELLO-VAISBERG, T. M. J. *Ser e fazer: enquadres clínicos diferenciados na Clínica Winnicottiana*. Aparecida, SP: Idéias e Letras, 2004.

AIELLO-VAISBERG, T. M. J.; GRANATO, T. *Ser e fazer na clínica Winnicottiana da maternidade*. Aparecida, SP: Idéias e Letras, 2006.

AMIRALIAN, M. L. M. *Compreendendo o cego através do procedimento de desenhos estórias: uma abordagem psicanalítica da influência da cegueira na organização da personalidade*. 1982. Tese (Doutorado) - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1982.

ANZIEU, D. *Os métodos projetivos*. Tradução Maria Lúcia do Eirado Silva. 4ª. ed. Rio de Janeiro: Campus, 1984

ARZENO, M. E. *Psicodiagnóstico clínico*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1987.

ÁVILA, L. A. *Doenças do corpo e da alma: investigação psicanalítica*. São Paulo: Ed. Escuta, 1995.

BARTILOTTI, M. B. Parto Pré-Termo. In: ZUGAIB, M.; TEDESCO, J. J. A.; QUAYLE, J. (Ed.). *Obstetrícia psicossomática*. São Paulo: Atheneu, 1998.

BERNE, N. Psychology of Childbirth. In: OFFERMAN-ZUCKERBERG, J. (Ed.). *Critical psychophysical passages in the life of a woman: a psychodynamic perspective*. New York: Plenum Press, 1988. p. 123-131.

BLEGER, J. *Psicologia de la conducta*. Buenos Aires: Editorial Paidós, 1975.

BLEGER, J. *Psico-higiene e Psicologia Institucional*. Tradução Emília e Oliveira Diehl. Porto Alegre: Artes Médicas, 1984.

BLEICHMAR, H. *Depressão: um estudo psicanalítico*. Tradução Maria Cecília Tschiedel. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983.

BRAZELTON, T. B.; CRAMER, B. G. *A relação mais precoce: os pais, os bebês e a interação precoce*. Lisboa: Terramar, 1989.

CAMAROTTI, M. C. *De braços vazios: uma separação precoce. A clínica com o bebê*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000.

CAPLAN, G. *A psicologia da gravidez e as origens do relacionamento mãe-filho*. Rio de Janeiro: Zahar, 1964.

CASANOVA, L. D.; VALLE, L. M. S.; SANTOS, W. A. Humanização das Unidades Neonatais. In: SEGRE, C. A. M. *Perinatologia fundamentos e prática*. São Paulo: Sarvier, 1995.

CASSIRER. *The philofophy of symbolic forms*. New Haven, London: Yale University Press, 1955.

CURY, A. F. *Características psicológicas da primigestação*. 1997. 121 p. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Ciências Médicas, Santa Casa de São Paulo, São Paulo, 1997.

DEUTSCH, H. *La psicologia de la mujer*. Tradução Felipe Jimenés de Asúa. Buenos Aires: Editorial Losada, 1951.

DIAS, E. A ilusão imaginária. *Revista Viver, Mente e cérebro*, v. 5, p. 40, 2005. Coleção Memória Psicanálise.

DUPUIS, C. F. *Origine de tous lês cultes, ou la religion universelle*. Paris: F. Jesi, 1794. v. 3.

ELIADE, M. *Mito e realidade*. São Paulo: Perspectiva, 1972.

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

FERREIRA, A. M. (Org.). *Espaço Potencial WINNICOTT: diversidade e interlocução*. São Paulo: Landy, 2007.

FORTES, T. M. L.; SILVA, S. C. F.; COSTA, M. F. C. *Diabetes: como prevenir e cuidar?*. São Paulo: Paulus, 2005.

FRAIGE, F. Diabetes Mellitus Tipo 2: A importância do diagnóstico precoce e do tratamento intensivo. Diabetes clínica. *Jornal Multidisciplinar do Diabetes e das Patologias Associadas*, v. 8, n. 3, p. 162-178, 2004a.

FRAIGE, F. Informes do diabetes no mundo. Diabetes clínica. *Jornal Multidisciplinar do Diabetes e das Patologias Associadas*, v. 8, n. 3, p. 162-178, 2004b.

FREUD, S. (1900). *A interpretação dos sonhos*. Tradução de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1976. v. 4. Edição Standard Brasileira das obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud.

FREUD, S. (1906/1906). *Grávia de Jensen e outros trabalhos*. Tradução Jayme Salomão. 1976. Rio de Janeiro, Imago. Edição Standard das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud.

FREUD, S. (1901-1905). *Psicopatologia da vida quotidiana*. Tradução de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1976. v. 6. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud.

FREUD, S. (1911-1913). *O caso de Schreber artigos sobre a técnica e outros trabalhos*. Tradução de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1976. v. 12. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud.

FREUD, S. (1914). Introdução ao narcisismo. In: _____. *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Edição Standard Brasileira. 2. ed. Rio de Janeiro: Imago, 1988. v. 14. p. 77-108.

FREUD, S. (1917). *Luto e melancolia*. Tradução de Jayme Salomão. Rio de Janeiro, 1976. v. 14. Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud.

FREUD, S. (1920-1922). *Além do princípio de prazer psicologia de grupo e outros trabalhos*. Tradução de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1976. v. 18. Edição Standard Brasileira das obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud.

FREUD, S. (1923-1925). *O Ego e o Id*. Uma neurose demoníaca do Século XXVII e outros trabalhos. Tradução de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1976. v. 19. Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud.

FREUD, S. (1925-1926). *Inibições sintomas e ansiedades*. Tradução de Jayme Salomão. Rio de Janeiro, 1976. v. 20. Edição Standard Brasileira das Obras psicológicas Completas de Sigmund Freud.

FREUD, S. (1932-1936). *Novas conferências introdutórias sobre a psicanálise*. Tradução de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1976. v. 22. Edição Standard brasileira das Obras psicológicas Completas de Sigmund Freud.

GIL, C. A. *Envelhecimento e depressão: da perspectiva psicodiagnóstica ao encontro terapêutico*. 2005. 179 p. Dissertação (Mestrado) - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

GIL, C. A.; TARDIVO, L. S. L. P.C. Encontros e consultas terapêuticas: uma proposta de pesquisa intervenção no hospital psiquiátrico. SIMPÓSIO INTERNACIONAL DE PESQUISA EM PSICOTERAPIAS, 1., 2006 *Anais...*

GRASSANO, I. *Endicadores psicopatológicos nas técnicas projetivas*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1996.

GREENACRE, P. (1945). *The biological economy of birth, in trauma, growth and personality*. Londres: Hogarth Press.

HEIMANN, P. et al. *Os progressos da psicanálise*. 2. ed. Tradução Álvaro Cabral. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

HELENO, M. G. *Organizações patológicas e equilíbrio psíquico em pacientes diabéticos tipo 2*. 2000. 110 p. Tese (Doutorado) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.

KLAUS, M. H.; KLAUS, P. *O surpreendente recém-nascido*. Tradução Maria Cristina Goulart Monteiro. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989.

KLEIN, M. (1921-1935). *Novas técnicas da psicanálise*. Tradução Álvaro Cabral. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1980.

KLEIN, M. (1923). *Contribuições à psicanálise*. Tradução Miguel Maillet. São Paulo: Mestre Jou, 1970. Original do inglês de 1940.

KLEIN, M. (1952). *Sobre a observação do comportamento de bebês, inveja e gratidão*. Tradução de Elias Mallet da Rocha Imago. Rio de Janeiro: Imago, 1990.

KLEIN, M. (1934) Uma contribuição à psicogênese dos estados maníacos depressivos. Tradução Miguel Maillet. *Contribuições à psicanálise*. 2ª. ed. São Paulo: Mestre Jou, 1981. cap. 16, p. 355-389. Trabalho original publicado em 1934.

KLEIN, M. (1940). O luto e suas relações com os estados maníaco-depressivos. Tradução Miguel Maillet. *Contribuições à psicanálise*. 2ª. ed. São Paulo: Mestre Jou. 1981. cap 17, p. 391-424. Trabalho publicado em 1940.

KLEIN, M. (1967-1975). *Amor, ódio e reparação*. Tradução Maria Helena Senise. 2. ed. São Paulo: Imago, 1975.

KLEIN, D. B. *Mental hygiene: a survey of personality disorders and mental health*. New York: Holt, [1956].

KLEIN, M.; ISAACS, S.; HEIMANN, P.; RIVIERE, J. (1935/1978). *Os progressos da Psicanálise*. Tradução Álvaro Cabral. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

KNIJNIK, J. *Amamentação natural ou artificial: estudo de indicadores de libido e agressão*. 1985. Dissertação (Mestrado) - Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 1985.

LAMOSA, B. W. *Princípios para a prática da psicologia Clínica em Hospitais*. São Paulo, PUC, 1990.

LAMOSA, B W. *Princípios para a prática da psicologia clínica em hospitais*. São Paulo: Puc, 1974.

LAMOSA, B W. *Princípios para a prática da Psicologia Clínica em Hospitais*. São Paulo, Puc, 1987

LAMOSA, B. W. R. *Psicologia aplicada à cardiologia*. [S.l]: Fundo Eitorial BYK, 1990.

LANGER, M. *Maternidade e sexo*. Tradução Maria Nestrovsky. Porto Alegre: Artes Médicas, 1981.

LESCOVAR, G. Z. As consultas terapêuticas e a psicanálise de D.W.WINNICOTT. *Revista Estudos de Psicologia*, Campinas, v. 21, n. 2, p. 43-61, 2004.

LIPPI, U. G. Enfoque de risco, caracterização da Gestação de Alto Risco. Princípios Gerais da Assistência. In: SEGRE, C. M. A.; ARMELLINI, P. A.; MARINO, W. T. *O RN*. 4. ed. São Paulo: Sarvier, 1995. cap. 2.

LÜDKE, M.; ANDRÉ, M. E. D. *Pesquisa em educação: abordagens qualitativas*. São Paulo: E.P.U., 1986.

MALDONADO, M. T.; DICKSTEIN, J.; NAHOUM, J. C. *Nós estamos grávidos*. 11. ed. São Paulo: Saraiva, 2000.

MALDONADO, M. T. *Psicologia da gravidez*. 7. ed. São Paulo: Saraiva, 1997.

MALDONADO, M. T. Psicossomática e obstetrícia. In: MELLO FILHO, J. *Psicossomática hoje*. São Paulo: Artmed, 1992.

MALINOVSKI, B. *Mith in Primitive psychology*. London: Norton, 1926.

MELLO FILHO, J. *Psicossomática hoje*. Porto Alegre: Artmed, 1992.

NAVAJAS, E. Os processos de identificação e introjeção na Gravidez. In: ZUGAIB, M.; TEDESCO, J. J. A.; QUAYLE, J. (Ed.). *Obstetrícia psicossomática*. São Paulo: Atheneu, 1998.

OCAMPO, M. L. S. et al. *O processo psicodiagnóstico e as técnicas projetivas*. Tradução Miriam Felzenszwald. 5. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1987.

OLIVEIRA, T. M. Contribuições da clínica psicanalítica na pós-modernidade. In: OUTEIRAL, J.; HISADA, S.; GABRIADES, R. *Winnicott seminários paulistas*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

PAULO, M.S.L.L.O. *Psicodiagnóstico interventivo com pacientes deprimidos: alcances e possibilidades a partir do emprego de instrumentos projetivos como facilitadores do contato*. 2004. 20 f. Tese (Doutorado) - Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004.

PEREIRA, S. *Psicanálise e novas práticas médicas de reprodução humana assistida. A clínica com o bebê*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000.

PHILLIPSON, H. (1955). *Test de relaciones objetales*. 2. ed. Buenos Aires: Paidós, 1970.

PIONTELLI, A. *De feto à criança: um estudo observacional e psicanalítico*. Tradução Wilhelm Joana, Gomes, Nícia Lyra e Godoy, Sonia Maria de. Rio de Janeiro: Imago, 1995.

PLATÃO (ca 384a C.) O banquete. In: DIÁLOGOS. Tradução Jorge Paleikat. Rio de Janeiro: Ediouro, 1996. p. 75-127.

POLITZER, G. *Crítica de los fundamentos de la psicología*. Barcelona: Martinez Roca, 1972. 1928.

PORTER, R. *História ilustrada da medicina*. Rio de Janeiro: Nevinter, 2001.

RICHELMANN, J. C. A mulher atual: perspectivas frente à gestação. In: ZUGAIB, M.; TEDESCO, J. J. A.; QUAYLE, J. (Ed.). *Obstetrícia psicossomática*. São Paulo: Atheneu, 1998.

ROMANO, B. W. et al. Qualidade de vida teoria e prática. *Rev Soc. Card. Estado de São Paulo*, v. 3, n. 6, p. 6-9, 1993. Suplemento A.

ROSA, J. T. (Org.). *Atualizações clínicas com o Teste de Relações Objetais de Phillipson*. São Paulo: Lemos, 1995.

ROSA, J. T.; SILVA, J. C. V. V. V. (Org.). *Desenvolvimento na prática clínica com o Teste de Phillipson*. São Paulo: Vetor, 2005.

SALES, L. M. M. A. *A loucura das mães: do desejo à realidade do filho. A clínica com o bebê*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000.

SANCHES, R. M. (Org.) *Winnicott na clínica e na instituição*. São Paulo: Ed. Escuta, 2005. cap.3, p. 31.

SANCOVSKI, M.; PEIXOTO, S. Endocrinopatias diabetes. In: CUNNINGHAM, F. G.; MACDONALD, P. C.; GANT, N. F.; LEVENO, K. J.; GILSTRAP, L. C.; HANKINS, G. D. V.; CLARK, S. L. *William's obstetrícia*. 20. ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 2005. cap. 34, p. 716-729.

SANTOS, B. S. *Um discurso sobre as ciências*. Porto, Portugal: Afrontamento, 2002.

SEGAL, H. (1957). *Sonho, fantasia e arte*. Tradução Belinda Haber Mandelbaum. Rio de Janeiro: Imago, 1993.

SEGAL, H. (1964) *Introdução à obra de Melanie Klein*, Rio de Janeiro, Imago Editora, 1975.

SEGRE, C. A. M. *Perinatologia fundamentos e prática*. São Paulo: Sarvier, 2002.

SEGRE, C. A. M.; ARMELLINI, P. A.; MARINO, W. T. *O RN* 4ª. ed: São Paulo: Sarvier, 1995.

SIMON, R. *Psicologia clínica preventiva*. Novos fundamentos. São Paulo: E P U, 1989.

SOIFER, R. (1971). *Psicologia da gravidez, parto e puerpério*. 6ª. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

SPLITZ, R. A. (1965). *O primeiro ano de vida*. Tradução Erothildes M. B. da Rocha. São Paulo: Martins Fontes, 1988.

SZEJER, M. *A escuta psicanalítica de bebês em maternidade*. Tradução Cláudia Berliner e Maria Lúcia Alzuguir Gutierrez. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999.

SZEJER, M.; STEWART, R. *Nove meses na vida da mulher*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1995.

TARDIVO, L. S. P. C. *O Adolescente e sofrimento emocional nos dias de hoje: reflexões psicológicas*. Encontros e viagens. 2004. 213 p. Tese (Livre Docência) - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004.

TARDIVO, L. S. P. C. *Cadernos dos Anais da IVª Jornada APOIAR: infância, sofrimento emocional e a clínica contemporânea*. São Paulo: Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, 2006.

TARDIVO, L. S. P. C. *Normas para avaliação do procedimento de desenhos estórias numa amostra de crianças paulistanas de 5 a 8 anos de idade*. 1986. 294 p. Dissertação (Mestrado) - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1986.

TARDIVO, L. S. P. C.; GIL, C. A. (Org.). *Anais da jornada apoiar: propostas de atendimento*. São Paulo: IPUSP, 2003. Realizada em 29 de novembro de 2003, no Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Clínica Social do Instituto de Psicologia da USP.

TARDIVO, L. S. L. P. C.; GIL, C. A. *Oficinas Terapêuticas no Hospital Psiquiátrico*. São Paulo, 2007, CD-ROM. Power Point para Windows. Aulas ministradas para o curso de graduação do curso de Psicologia do IPUSP.

TEDESCO, J. J. de A. “Aspectos emocionais da gravidez de alto risco” . In: ZUGAIB, M.; TEDESCO, J. J. A.; QUAYLE, J. (Ed.). *Obstetrícia psicossomática*. São Paulo: Atheneu, 1997.

TEDESCO et al. *Obstetrícia e psicossomática*. São Paulo: Atheneu, 1998.

TRINCA, W. *O Diagnóstico psicológico*. Rio de Janeiro: Vozes, 1983.

TRIVINÕS, A. *Introdução à pesquisa em Ciências Sociais*. São Paulo: Atlas, 1995.

TURATTO, E. R. *Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas de saúde humanas*. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2003.

VAISBERG, T. A. *Ser e fazer na clínica winnicottiana da maternidade*. Aparecida, SP: Idéias e Letras, 2006.

WILHEIM, J. *Psicologia pré- natal*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1998.

WINNICOTT, D. W. *Os Bebês e suas mães*. Tradução Jefferson Luiz Camargo. 3. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2006.

WINNICOTT, D. W. *Espaço potencial diversidade e interlocução*. Organização Afrânio de Matos Ferreira. São Paulo: Landy, 2007.

WINNICOTT, D. *Realidad y juego*. Buenos Aires: Gedisa, 1981.

WINNICOTT, D. W. (1949). Recordações do nascimento, trauma do nascimento e ansiedade. 3ª. ed. Tradução Jane Russo. In: _____. *Textos selecionados: da pediatria à psicanálise*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1988. p. 314-315.

WINNICOTT, D. W. (1951). *Textos selecionados da pediatria à psicanálise*. Tradução Jane Russo. 3. ed. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1988.

WINNICOTT, D. W. (1952). Da pediatria à psicanálise. In: _____. *Textos selecionados: da pediatria à psicanálise*. Tradução Jane Russo. 3ª. ed. Rio de Janeiro, Francisco Alves, 1988.

WINNICOTT, D. W. (1955). A posição depressiva no desenvolvimento normal. In: _____. *Textos selecionados: da pediatria à psicanálise*. Tradução David Bogolometz. Rio de Janeiro: Imago, 2000. p. 355-373.

WINNICOTT, D. W. (1955-1956). Variedades clínicas da transferência. In: _____. *Textos selecionados: da pediatria à psicanálise*. Tradução Jane Russo. 3. ed. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1988.

WINNICOTT, D. W. (1956). A preocupação materna primária. In: _____. *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas*. Rio de Janeiro: Imago, 2000.

WINNICOTT, D. W. (1957). O mundo em pequenas doses. In: _____. *A criança e seu mundo*. Tradução. Álvaro Cabral. 6. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1982. p. 76 - 82.

WINNICOTT, D. W. (1960). *A natureza humana*. Tradução D. Bogolometz. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1982.

WINNICOTT, D. W. (1965). A família afetada pela patologia depressiva de um ou ambos os pais. In: CIPOLLA, M. B. *A família e o desenvolvimento individual*. Tradução Marcello Brandão Cipolla. São Paulo: Martins Fontes, 2001. p. 73-88.

WINNICOTT, D. W. (1968). O jogo do rabisco (Squiggle game). In: WINNICOTT, D. W. C.; SHEPARD, R. (Org.). *Explorações psicanalíticas*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

WINNICOTT, D. W. *A Criança e o seu Mundo*. Rio de Janeiro: LTC Editora, 1982.

WINNICOTT, D.W. (1989). *Os bebês e as suas mães*. Tradução Jefferson Luis Camargo. São Paulo, Martins Fontes, 2006.

ZIMERMAN, D. E. *Fundamentos psicanalíticos: teoria, técnica e clínica - uma abordagem didática*. Porto Alegre: Artmed, 1999.

ZUGAIB, M.; TEDESCO, J. J. A.; QUAYLE, J. (Ed.). *Obstetrícia psicossomática*. São Paulo: Atheneu, 1998.

ANEXOS