UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FFCLRP - DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA E EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

*“Estudo dos aspectos psicológicos e sua influência no
desenvolvimento da hipertensão gestacional”*

Erika Tiemi Kato Okino

Dissertação apresentada à Faculdade de Filosofia,
Ciências e Letras de Ribeirão Preto da USP, como
parte das exigências para a obtenção do título de
Mestre em Ciências, Área: Psicologia.

Ribeirão Preto

2002

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FFCLRP - DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA E EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

***“Estudo dos aspectos psicológicos e sua influência no
desenvolvimento da hipertensão gestacional”***

Erika Tiemi Kato Okino

Orientadora: Prof^a Dr^a Eucia Beatriz Lopes Petean

Dissertação apresentada à Faculdade de Filosofia,
Ciências e Letras de Ribeirão Preto da USP, como
parte das exigências para a obtenção do título de
Mestre em Ciências, Área: Psicologia.

Ribeirão Preto

2002

FICHA CATALOGRÁFICA

Okino, Erika Tiemi Kato

Estudo dos aspectos psicológicos e sua influência no desenvolvimento da hipertensão gestacional. Ribeirão Preto, 2002.

126p. : il. ; 30 cm.

Dissertação, apresentada à Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto / USP – Dep. de Psicologia e Educação.

Orientadora: Petean, Eucia Beatriz Lopes

1. Hipertensão na gravidez
2. Avaliação psicológica
3. Gestação de alto-risco

***Dedico este trabalho a
minha filha, Tiemi, meu
grande amor, a maior
bênção de minha vida.***

Meus agradecimentos

Aos meus pais, *Tayde e Shinae*, pelo carinho, amor e segurança com os quais me receberam nesse mundo e por isso tenho sido tão feliz nos meus caminhos!

A minha orientadora e amiga *Bia*, por instigar minha curiosidade científica, desde os meus tempos de Graduação, pelo engajamento na orientação deste trabalho e pelo carinho e confiança com os quais sempre me recebeu;

Ao meu querido professor e amigo *André Jacquemin*, pelos ensinamentos, pela confiança e pelo apoio incondicional a minha pessoa e ao meu trabalho;

Ao meu marido, *Sergio*, por seu amor, por compreender meus períodos de ausência e continuar me incentivando tanto;

A minha filhinha *Tiemi*, presente maior de Deus. Com você eu me tornei uma pessoa muito mais feliz;

Ao meu irmão *Eduardo*, que, mesmo estando tão distante fisicamente, esteve sempre tão pertinho de mim;

Aos meus irmãos *Ricardo e Ernesto*, simplesmente por vocês existirem;

Aos meus amigos *Charles e Gina*, pela energia positiva, pela torcida com que sempre me acompanharam;

À *Sonia Regina Pasian*, pelos ensinamentos e votos de incentivo no percurso deste trabalho e que foram tão importantes para que eu conseguisse finalizá-lo;

A minha querida amiga de infância, *Cris*, sempre com uma mão amiga, obrigada!

À *Denise Cremonesi*, pelo seu apoio, pelo seu carinho e sensibilidade como amiga e pela eficiência como profissional;

À *Anália Almeida da Silva*, pelo abraço gostoso e pela proteção em momentos delicados;

Aos queridos *Josette e Michel Jacquemin*, pelo exemplo de força e superação;

À *Fabiane Barboni*, amiga sensível e apaixonada por seu trabalho, a quem devo a inspiração desta pesquisa.

À *Lúcia Uchôa Figueiredo e Renata Panico Gorayeb* pelo incentivo conjunto e apoio em nosso amadurecimento científico;

À *Maria Luisa Jardim*, pela dedicação na análise dos dados;

À *Mariana Noce e Renata Assoni*, pelo apoio amigo.

Ao *Dr. Geraldo Duarte*, pela sua disponibilidade em ajudar-me e pela confiança depositada nesta pesquisa;

Ao Dr. Rafael Yano, pela ajuda e compreensão sobre a “especificidade” daquilo que eu estava procurando;

À Dra. Cleuza Cascaes Dias, por sua receptividade e apoio durante a minha coleta de dados;

À D. Máise, pela sua dedicação e seriedade na leitura de meu trabalho e pela forma com que me acolheu;

Às funcionárias do Ambulatórios de Ginecologia e Obstetrícia e de Gestação de Alto-Risco do HC-FMRP/USP, pela solicitude em auxiliar-me neste trabalho;

As minhas queridas “mamães”, que tão gentilmente se dispuseram a colaborar comigo nesta pesquisa;

A Deus, pela Sua presença em todos os momentos de minha vida, Iluminando-me, Abrindo-me caminhos e oportunidades, Mostrando-me o quão simples é amar e viver.

1. INTRODUÇÃO.....	14
Psicologia Pré-Natal.....	14
Psicodinâmica da Gravidez.....	21
Caracterização dos Aspectos Psicológicos da Gravidez.....	30
1.3.1. Primeiro Trimestre.....	32
1.3.2. Segundo Trimestre.....	39
1.3.3. Terceiro trimestre.....	44
Hipertensão e Gravidez.....	46
Gestação de Alto-Risco.....	52
2 – OBJETIVO	57
3 – MÉTODO	58
3.1. Participantes	58
3.2. Material	58
3.3. Procedimento de Coleta de Dados.....	59
3.3.1. Comitê de Ética.....	61
3.3.2. Seleção e Contato com as Participantes do Trabalho.....	61
3.3.3. Aplicação do Roteiro de Entrevista.....	62
3.3.4. Aplicação dos Instrumentos de Avaliação.....	63
3.4. Procedimento de Análise de Dados.....	66
4 – CARACTERIZAÇÃO DAS PARTICIPANTES	67
5 – RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	70
5.1. Análise das entrevistas.....	70
5.2. Psicodiagnóstico de Rorschach.....	101
5.2.1. Mulheres com Gestação Normal.....	103
5.2.2. Mulheres com Hipertensão Arterial Crônica.....	107
5.2.3. Mulheres com Doença Hipertensiva Específica da Gestação.....	111

5.3. Desenho da Figura Humana.....	117
5.3.1.Aspectos gerais dos desenhos – adaptativos.....	118
5.3.1.1. Posição do desenho da folha.....	119
5.3.1.2. Localização do desenho na folha.....	119
5.3.1.3. Tamanho do desenho.....	120
5.3.1.4. Qualidades do grafismo.....	122
5.3.2. Aspectos Formais – Expressivos.....	123
5.3.2.1.Tema.....	124
5.3.2.2.Transparência	125
5.3.2.3. Indicadores de conflito.....	126
5.3.2.4. Ordem das figuras.....	126
6 – SÍNTESE	128
7 – CONCLUSÃO.....	131
8 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	134
9 – ANEXOS	
1 - Carta de autorização do Comitê de Ética em Pesquisa do HC-FMRP/USP	
2 - Termo de Consentimento Pós-Informação	
3 - Roteiro de Entrevistas	
4 – DFH - primeira figura de uma participante do grupo 1 (normal)	
5 - DFH – primeira figura de uma participante do grupo B1 (HAC)	
6 - DFH – primeira figura de uma participante do grupo B2 (DHEG)	

RESUMO

OKINO, Erika Tiemi Kato. *Estudo dos aspectos psicológicos e sua influência no desenvolvimento da hipertensão gestacional.* Ribeirão Preto, 2002, 126f. Dissertação (Mestrado). Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

A gestação pode ser considerada, dentro das etapas de desenvolvimento, para o homem, mas principalmente para a mulher, como um dos momentos de crise dentro desse processo contínuo e dinâmico. É um momento transitório existencial que envolve necessidade de reestruturações e reajustamentos em várias dimensões, verificando-se necessidade de mudança de identidade e redefinição de papéis. Nesse período, existem alguns estados emocionais que são peculiares, com uma variedade de mudanças e nuances cuja etiologia ainda é bastante discutida, pois envolvem complexas inter-relações entre fatores hormonais e psicológicos. Encontra-se na literatura estreita vinculação entre intercorrências clínico-obstétricas e estados emocionais específicos, o que nos levou, neste trabalho, à investigar o porquê de algumas mulheres desenvolverem o quadro hipertensivo durante a gravidez e outras não. Haveria alguma coisa em seu perfil psicológico que as diferenciava das grávidas normais? A gravidez acompanhada de hipertensão é uma das principais causas de morte materna em todo o mundo e por constituir-se numa gravidez de alto risco, todas as características peculiares a uma gravidez normal mostram-se exacerbadas. Dentro desse contexto, ainda existe o agravante do risco real de morte para a gestante e/ou o bebê e muitas vezes, a mulher responsabiliza-se por tal situação. Considerando-se todos estes aspectos, investigou-se neste trabalho o contexto social das gestantes, ou seja, sua estrutura familiar, condição sócio-econômica, relação com pai da criança, se houve ou não planejamento da gravidez e o perfil psicológico das gestantes hipertensas, comparando-as com as mulheres com gestação normal. Participaram deste estudo 20 gestantes primíparas, com idade gestacional a partir de 10 semanas, divididas em 2 grupos: 10 gestantes normais (grupo A) e 10 hipertensas (grupo B), sendo 5 hipertensas crônicas (B1) e 5 portadoras da Doença Hipertensiva Específica da Gravidez (DHEG)- B2. Utilizou-se um roteiro de entrevista semi-estruturado, o Desenho da Figura Humana (DFH), o DFH com tema e o Psicodiagnóstico de Rorschach. Todas as gestantes foram atendidas nos Ambulatórios de Gestação de Alto Risco (AGAR) e de Ginecologia e Obstetrícia do HC-FMRP/USP. A análise dos dados foi quantitativa e qualitativa e posteriormente, foi feita uma validação cruzada dos índices significativos das técnicas projetivas. Quanto ao tratamento dos dados: as entrevistas foram transcritas e elaboradas categorias de respostas; os protocolos dos desenhos analisados por 2 juízes e os protocolos do Rorschach codificados dentro da nomenclatura francesa, seguindo normas regionais. A análise das entrevistas demonstra que há características comuns aos dois grupos, relacionados ao fato da gravidez não ter sido planejada porém desejada e à não utilização, por parte da maioria, de métodos contraceptivos. Entretanto, observou-se diferenças entre os grupos em relação à: estabilidade na relação com o companheiro - no grupo A predominaram relações estáveis enquanto que no grupo B predominaram as relações instáveis; reação do companheiro e familiares em relação à gravidez - predominaram reações positivas no grupo A e negativas no grupo B; sentimentos da grávida em relação ao seu filho - as mães do grupo A referem sentimentos positivos, enquanto que no grupo B, os sentimentos são mais negativos; e aos medos - as gestantes do grupo A relatam

medos referentes ao parto, enquanto que as do grupo B, referem-se à possibilidade de perda fetal. Em relação às técnicas projetivas, foi possível observar os seguintes resultados: há nos três grupos uma característica de coartação, ou seja, a existência de recursos adaptativos internos que, no momento, apresentam-se recolhidos, frente à forte tentativa de manter o controle racional sobre as vivências afetivas. Esse recolhimento pode ser decorrente da inabilidade em lidar com os seus afetos de forma mais equilibrada e satisfatória. Frente ao temor de perder o controle sobre esses impulsos, que se mostram neste momento em intensidade elevada, recorrem ao fechamento como forma de autoproteção. Todas as gestantes (grupo A e B) apresentaram uma forma mais introversiva na vivência de seus afetos, o que denota tendência em utilizar os recursos de forma mais voltada à reflexão. No grupo das gestantes normais, este esforço mostra-se eficiente na utilização de seus recursos, entretanto, apresentaram sentimentos de insegurança, egocentrismo, angústia e comportamentos regressivos, sentimentos esses esperados e considerados normais durante o período da gravidez. O grupo B1 (HAC), apresentou apego minucioso da realidade, ou seja, o ambiente é visto e vivenciado através de um estreitamento perceptivo, dificultando a comunicação com a realidade, num esforço de abarcá-la através da minuciosidade, gerando sentimentos de insatisfação pessoal e elevando os níveis de ansiedade. O grupo B2 (DHEG), apresenta uma tendência à ampliação do campo de atuação, tentando controlar a situação de forma ampla, deixando-as sobrecarregadas. Frente à imensidão de seus afetos, mostra-se insuficiente no controle dos mesmos, gerando sentimentos de insatisfação interna e conseqüente elevação dos níveis de ansiedade. Portanto, podemos afirmar que os perfis de personalidade apresentados no grupo de hipertensas, aliados aos aspectos sociais, sugerem diferenças importantes que podem estar atuando no desenvolvimento do quadro hipertensivo na gravidez. Seria adequado que, no atendimento prestado a essas gestantes, houvesse uma diferenciação na forma de abordagem de cada grupo atendido, respeitando-se as respectivas qualidades e as dificuldades, com o objetivo de favorecer a adesão ao tratamento e manter os quadros estabilizados, aproximando-os o mais que possível da gestação normal.

Palavras-chave: Hipertensão na gravidez, Avaliação psicológica, Gestação de alto-risco

ABSTRACT

OKINO, Erika Tiemi Kato. *Study of psychological aspects and its implications for the occurrence of hypertension during pregnancy.* Ribeirão Preto, 2002, 130f. Dissertação (Mestrado). Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

The pregnancy is one of the most critical stages of the human development not only for women but also men. That's a transient moment of the existency that requires a personal adjustments in various aspects of life. This, showing the necessity of a change of identity as well as reevaluation of roles. During pregnancy, there are peculiar emocional status and a variety of changes which at the etiology is still very debated due to the fact those changes involve complexes such as hormonal and psychological factors. Previous works, have shown a very tight relation between clinical and obstetric occurrences and specific emocional status. This lead us, in this work, to investigate why some women had presented hypertension during their pregnancy while others did not. A question can be raised, is there anything in their psychological profile making them different from the normal pregnancy? The hypertension during pregnancy is one of the major causes of maternal mortality worldwide, besides the fact of being considered a highers risk pregnancy showing an exacerbation of all features of a normal pregnancy. In this context, there is still another agravating factor, the real risk of death of both mother and baby (son). This, sometimes evokes a guilty feeling by the mother. Taking all the aspects decribed so far into account, we have tried in this work to investigate the social context of the mother (pregnant women), such as family structure, social-economic status , relationship with the babie's fathers, if the pregnancy was planned or not, as well as the psychological profile of normal and hypertensive pregnant women. Took part in this study 20 *primiparous* women with at least 10 weeks of pregnancy or olders divided into two groups. Group A, 10 normal women and 10 hypertense (group B). In the group B, 5 women were cronic hypertense (B1) while the remainder were Gestational Hypertension, group B2. A semi-structured interview, Draw a Person Test, and Rorschach Test were applied. All women were followed, in the clinic of higher risk preganncy (AGAR) in the department of ginecology and obstetrics of the HC-FMRP/USP (General Hospital). The data analysis was quanlitative and quantitative including a cross-validation of the signification index of projective techniques. Also, regarding, the data of all interviews were transcribed and categorized, drawing protocols are analyzed by two judges and the Rorschach's protocols were encoded following the French nomenclature and local rules. These analyses showed that are common aspects in the two groups, like the fact of unexpected but accepted pregnancy as well as the neglected use of contraceptive methods in the majority of the pregnancies. However, we observed differences between the groups when the rob stability of the relationship is concerned. In the group A, the majority of the relationship could be considered stable, while the opposite was observed in the group B. Also, in the group A positive reaction to the pregnancy was dominant for both father and family. Once again, the opposite was observed in B. Regarding mother's feeling, in group A, again, positive feeling are dominant while negative ones are shown by the majority of B. Group A shows fear mostly robted to the birth, while in B, a fear of fetus death is clear. Regarding projective techniques, it was possible to observe the following: all groups have shown the existence of self-adaptative resources, hidden at the moment due to the necessity of

keeping a rational control over the affective experiences. This can be an effect of inability of managing affectiveness in a balanced way. Other fact that contributes for that is the fear of losing control of these feelings now much stronger, leading to an introspection as self-protection. This introspection was observed in all women regarding their affective feelings, denoting a resource towards reflection. The women in group A this effort had shown efficient when using the resources, however, they showed insecurity egocentrism, anguish, and regressive behaviours. All these feelings are expected and considered normal during pregnancy. In the group B1 shows a meticulous attachment to reality thus, the environment is seen and experienced through a perception narrowing. This feeling disturbs the connection to reality and generates dissatisfaction which in turn increases the anxiety. The B2 group shows tendency of widening their acting field what makes them overwhelmed. Also, this group shows an insufficient control of their affectivity what causes dissatisfaction and increased anxiety. Thus, we can state that the personality profiles presented in hypertension women as well as the social aspects suggest important differences that play a role in the occurrence of hypertension during pregnancy. It would be adequate to develop a differential approach during the following of the pregnancy for these two groups trying qualities and difficulties in order to facilitate adhesion to the treatment and maintenance of a stable condition towards a more normal pregnancy.

Key-words: Hypertension in Pregnancy, Psychological assessment, High-risk pregnancy

1. INTRODUÇÃO

1.1. Psicologia Pré-Natal

O estudo adequado e bem fundamentado de um assunto específico nos remete à investigação de várias vertentes que o norteiam. Isso implica, muitas vezes, na necessidade de pesquisar conhecimentos de áreas diversas para uma boa compreensão da dinâmica de funcionamento do objeto de estudo. Essa necessidade pode ser claramente sentida no cotidiano clínico do profissional e é favorecida na prática acadêmica, justamente pelo fato da Universidade englobar várias Ciências, a princípio bastante distintas em termos de formação, mas que na atuação profissional acabam produzindo resultados altamente positivos quando desenvolvem um trabalho conjunto. A observação desses resultados tem reforçado a premissa da importância de integração das diversas áreas do conhecimento, principalmente na área da Saúde, na expansão das pesquisas, em termos de diagnóstico, etiologia, contextualização e tratamento.

Este trabalho integrado vem-se desenvolvendo entre a Medicina e a Psicologia há algumas décadas, com bons resultados, suscitando necessidades e interesses de ampliação dos campos de investigação a respeito do objeto de estudo em comum: o ser humano envolto em toda a sua complexidade biopsicossocial.

Quando pensamos em ciclo vital, processos ou fases de desenvolvimento humano e desenvolvimento da personalidade, surgem várias fontes de elevada influência, como as de Erickson, Bowlby, Freud, Klein, Piaget e Winnicott. Cada um desses pensadores elaborou uma teoria sobre desenvolvimento infantil e desenvolvimento da personalidade, considerando o momento do nascimento como ponto de partida. Sendo assim, grande parte

das pesquisas em desenvolvimento infantil e na área materno infantil concentram-se a partir deste marco estabelecido.

Alguns estudos, porém, têm destacado a importância do período pré-natal, elegendo o momento da concepção como início de vida e início do desenvolvimento físico e psicológico do ser humano. Segundo Verny & Kelly (1989), os trabalhos de Hipócrates e algumas passagens da Bíblia sugerem que o feto sofre influências da experiência materna. As próprias idéias em que se embasa o folclore popular de que as mulheres grávidas deveriam ser poupadas de situações de estresse, ou a preocupação dos familiares em atender os “desejos” da grávida por algum alimento específico, onde a não-satisfação desse desejo poderia acarretar conseqüências ao feto, sugerem a influência do estado emocional materno no desenvolvimento fetal.

Mesmo para Freud (1972), para quem a história psicológica do indivíduo tinha início após o nascimento, mencionou a

“...possibilidade de existirem predisposições constitucionais ou mesmo memórias arcaicas de natureza filogenética que influenciavam o desenvolvimento da personalidade. Com isso deduz-se que, em termos de fatores biográficos, devemos começar a entender o homem desde os acontecimentos intra-uterinos.”

Outra contribuição da teoria psicanalítica à Psicologia Pré-Natal é o estudo das doenças psicossomáticas, onde emoções e sentimentos negativos seriam capazes de produzir alterações e perturbações na saúde física da pessoa. Segundo Golfeto et al (1993), a psicologia junguiana mostra a importância de muitas experiências perinatais,

especialmente aquelas relativas às imagens mitológicas e estruturas simbólicas a elas relacionadas. Estudiosos da psicologia analítica propõem o desenvolvimento da personalidade a partir da concepção da criança e esse desenvolvimento se faz através de padrões de comportamento inato.

De acordo com Verny & Kelly (1989), ainda nas décadas de 40 e 50, vários pesquisadores como Caruso e Schindler, da Universidade de Salzburg, Áustria; Sontag e Fodor, nos Estados Unidos e Kruse, na Alemanha, tinham adquirido a certeza de que as emoções maternas repercutiam sobre o feto, mas não existiam meios considerados científicos para comprovação. Com o avanço da tecnologia médica, em meados dos anos 60, a partir de instrumentos diagnósticos, como a ecografia e a cardiotocografia, foi possível obter provas fisiológicas da capacidade do feto em apresentar reações auditivas, sensoriais e afetivas.

A partir desses novos recursos, o homem tem investido em estudos que visam a investigação da própria origem, incluindo a história familiar da criança anterior ao momento da concepção. Conhecimentos de diversas áreas científicas (Verny & Kelly, 1989, citam Purpura, da Faculdade de Medicina Albert Einstein de Nova Iorque; Salam e Adams, de Harvard – neurologistas; Wedenbert, do Instituto de Investigação Mental em Palo Alto, e Liley, da Universidade de Aukland – audiologistas) têm sido reunidos para se obter uma melhor compreensão dos processos envolvidos na concepção, gestação e desenvolvimento de uma nova vida humana.

Dentro da Psicologia, esse é um novo campo de atuação e investigação, a Psicologia Pré-Natal, que Wilhelm (1997) definiu como sendo “o estudo do comportamento e do desenvolvimento tanto evolutivo como psico-afetivo-emocional do indivíduo, no período anterior ao seu nascimento.” Paralelamente, teve início um processo

da valorização tanto do período perinatal como também do puerpério (Szejer, 1999), considerando-se as possíveis influências que podem exercer na vida futura do novo ser.

Atualmente, sabe-se que o feto não é um ser puramente passivo e reflexivo, que se encontra completamente isolado e protegido no útero. Ele se mostra capaz de reagir a estímulos intra ou extra-uterinos e perturbações físicas e emocionais da mãe podem afetá-lo de modo positivo ou negativo. Os instrumentos mais modernos de diagnóstico intra-útero, como a ecografia (normal e 3D), microfilmagem, fotografia intra-uterina, dopplerdensimetria, permitem a ampliação e a verificação desses conhecimentos. Novas descobertas nessa área, aliadas à técnicas de investigação psicológica, que possibilitam uma ampliação do campo de consciência, técnicas de observação de bebês e observação clínica, têm favorecido uma melhor compreensão dos mistérios ligados ao princípio da vida, em termos de formação e funcionamento do psiquismo humano.

De acordo com Piontelli (1987), o desenvolvimento de funções senso-perceptivas começa na vida intra-uterina, verificando-se que:

“...o feto pode ouvir, responder à pressão e tato, engolir e sentir gosto, reagir à dor, escolher suas posições preferenciais e também ter formas primitivas de sonhar e manifestar algumas formas rudimentares de aprendizado.”

Segundo esta autora, a antiga visão de que o feto era tido como sendo totalmente passivo e dependente e o útero como um local silencioso e imóvel tem sido radicalmente modificada. De acordo com ela, muitas pesquisas mostram a sofisticação do aparato fetal, em termos perceptivo e motor, assim como a complexidade da constituição mental e a

participação fetal ativa na manutenção da gravidez e na determinação do parto. Desta forma, a voz e seus batimentos cardíacos maternos e os sons produzidos pelo sistema circulatório do útero e da placenta, podem ser ouvidos e/ou percebidos pelo feto.

Sabe-se que a placenta não funciona como barreira que possa proteger o feto contra as substâncias tóxicas ou nocivas, como se acreditava no passado, mas que quaisquer substâncias ingeridas pela mãe são passadas ao feto. Desta forma, a ingestão do fumo, álcool e drogas afetam nociva e agressivamente o bebê, afirmando que “as perturbações emocionais maternas que nela provocam alterações neuro-hormonais, ou em sua pressão arterial, também irão repercutir sobre o estado neurofisiológico do feto, ou seja, seu estado emocional” (Piontelli, 1987). Todo e qualquer estado de perturbação emocional da mãe – como o de qualquer pessoa – é acompanhado por alterações bioquímicas, onde as células nervosas passam a secretar quantidades maiores de substâncias neuro-hormonais, também chamadas de catecolaminas. Os neuro-hormônios produzidos pelo organismo materno são passados diretamente ao feto através do cordão umbilical. Essas catecolaminas, uma vez lançadas na corrente sangüínea, produzem sensações psicológicas associadas ao temor e angústia. Uma vez que estas substâncias atingem o compartimento fetal, ele passa a sentir a mesma perturbação emocional sentida pela mãe, ou seja, de temor e angústia. Portanto, esses sentimentos transmitidos ao feto, pela mãe, têm em sua origem, um caráter eminentemente fisiológico.

Segundo Wilhelm (1997), outros estados emocionais, bons ou ruins, também causam alterações neuro-hormonais que acabam afetando o bebê, como por exemplo, os estados de depressão profunda e melancolia. Esses estados provocam várias alterações bioquímicas, dentre elas, a elevação do nível de cortisol que, lançado na corrente circulatória, pode afetar fisiologicamente o feto ou provocar nele uma reação do “fechar-

se” em uma espécie de escudo protetor, tentando proteger-se do efeito doloroso provocado por tais substâncias.

Para tentar superar esses momentos de vulnerabilidade, permitindo que ocorra um bom desenvolvimento psicoafetivo do indivíduo desde a concepção até a maturidade pós-nascimento, a disponibilidade afetiva da mãe para com o seu filho é de fundamental importância.

Em 1997, Wilheim afirmou em seu livro que:

“...tudo leva a crer que ele necessita da ajuda da mãe para processar as impurezas e toxinas presentes, das quais o feto sente a necessidade de se livrar mediante uma desintoxicação realizada para ele, pela mãe. Mas, se o estado emocional dela não favorece tal disponibilidade, se ela retira sua libido do contato com este hóspede passageiro que ela se dispôs a albergar, ela o deixa abandonado a uma situação de injusta sobrecarga e desamparo, com a qual ele sozinho não tem condições de lidar.”

Reforça-se assim, a importância da disponibilidade afetiva da mãe para que o desenvolvimento psicoafetivo fetal ocorra de forma adequada e tranqüila. Acredita-se que os problemas ocorridos na comunicação entre a mãe e o seu filho, inclusive a sua ausência, durante o período pré-natal, provocam lesões na estrutura emocional deste novo ser. Elas acabam por constituírem-se em “*imprints*” traumáticos, cujos efeitos propagam-se por toda a vida, pois desenvolvem-se núcleos geradores de pessimismo e desesperança na estrutura de personalidade do indivíduo.

No cotidiano de qualquer gestante, são inevitáveis os momentos de perturbações emocionais, como o são na vida de qualquer pessoa, mas é possível usar alguns recursos de contato afetivo deliberado com o bebê. A gestante pode, em meio a todo e qualquer momento de instabilidade emocional, dedicar ao seu filho alguns momentos de atenção dirigida, conversando baixinho com ele, explicando-lhe o que está acontecendo, falando sobre suas atividades cotidianas, sobre os preparativos para sua recepção, cantarolando cantigas de ninar ou simplesmente acariciando-o através do ventre. Esses momentos são fundamentais para que o bebê não vivencie de forma tão sofrida e negativa os momentos de maior tensão. Desta forma, estaria tentando restituir-lhe a sensação de segurança e reforçando a formação do vínculo entre os dois.

É evidente a importância do período inicial de existência e de acordo com Wilhelm (1997), a todo trauma biológico corresponde um correlato psíquico, enfatizando assim, a necessidade de que a gestante tenha estabilidade emocional e possa dedicar afeto e atenção ao seu filho.

Frente a importância do período gestacional da mulher enquanto determinante na qualidade de vida do feto, os atuais modelos de assistência à maternidade ainda deixam muito a desejar. Em sua grande maioria, restringem-se aos cuidados com o corpo grávido da mulher, com o objetivo de garantir, sobretudo, a vitalidade orgânica fetal. Em situações normais de gestação, ou seja, situações onde a mulher não apresenta patologias que possam acarretar riscos a sua saúde ou à saúde do conceito, o que prevalece é a assistência médica, dando-se pouca importância à assistência psicológica da gestante.

1.2. Psicodinâmica da Gravidez

Para Barboni (1998), a gravidez e o parto são acontecimentos universais, freqüentes e importantes para o bem-estar biopsicossocial da mulher e de seu filho, merecendo assim, uma atenção especial. Mais do que acontecimentos e embora com durações temporais diferentes, gravidez e maternidade são processos (Canavarro, 2001). Do ponto de vista psicológico são processos dinâmicos, de construção e desenvolvimento.

A qualidade da relação mãe-feto é determinante na qualidade da relação e laços que se estabelecerão entre eles após o nascimento, considerando o ambiente externo e tudo que ele representa.

Segundo Canavarro (2001), ser pai/mãe é ser agente de continuidade entre gerações, mas é também ser simultaneamente capaz de assegurar a descontinuidade, os limites e a diferença entre essas mesmas gerações. Ter filhos é transmitir heranças diversas, desde a genética aos costumes, valores e significados, mas é igualmente, num contexto de intimidade, aceitar as diferenças da individualidade.

Segundo Szejer & Stewart (1997):

“...não há gravidez sem história (...) a história enquanto portadora de um sentido e que dá um lugar a uma criança singular, única, que traz consigo esse sentido no instante em que vem ao mundo. É exatamente porque toda a gravidez tem uma história, que não existe gravidez ideal. Cada uma delas é mais ou menos fácil de viver. Algumas mulheres vivem um sentimento de plenitude, outras vivem estados de angústia. Essa diversidade de estados e de sentimentos também pode ser observada numa mesma mulher ao curso de diferentes gestações e, até numa mesma gravidez, em determinadas situações”.

A condição de estar grávida, segundo Maldonado (1997), é um momento transitório existencial dentro do ciclo vital do casal, mas principalmente da mulher. O período da gravidez envolve necessidade de reestruturação e reajustamento em várias dimensões, onde se verifica uma mudança de identidade e redefinição de papéis. A mulher passa a ser mãe e toda a rede familiar sofre alteração.

Para Szejer & Stewart (1997), não há dúvidas a respeito de que a gravidez seja um momento privilegiado na vida de uma mulher, porém, “este privilégio em questão nem sempre é pintado em cores suaves como uma imagem de Épinal, mas às vezes tem cores cruas, desarmônicas e a fragilidade raramente encontra-se ausente”. Esse privilégio que é o de dar a vida, acompanhar a sua evolução e de levá-la a seu termo, é acompanhada de sentidos múltiplos e contraditórios que teceram a história da família e chegam, finalmente, ao nascimento dessa criança.

Segundo Canavarro (2001), quando existe um projeto adaptativo de maternidade, a gravidez é uma época que, psicologicamente, permite a preparação para ser mãe – ensaiar cognitivamente papéis e tarefas maternas, ligar-se afetivamente à criança, iniciar o processo de reestruturação de relações para incluir um novo elemento, incorporar a existência do filho na sua identidade, simultaneamente, aprender a aceitá-lo como pessoa única, com vida própria. Estes nove meses de ensaios, ligações, ansiedade, fantasias e reflexões, permitem que o projeto de maternidade continue a construir e consolidar-se de forma progressiva.

A noção de maternidade como sendo natural e instintiva, não ajuda as mulheres a conceitualizarem a maternidade como um processo de decisão que, independentemente da opção tomada, deve implicar em desenvolvimento pessoal e autoconhecimento. Sobretudo, para as mulheres que não sentem a maternidade como um apelo especial, esta

concepção sugere-lhes apenas que a sua forma de sentir-se é “antinatural” e que algo de errado se passa com elas.

O fato de considerar o desejo e a capacidade de maternidade como critério de definição de mulher normal só conduz a situações equivocadas. Segundo Canavarro (2001):

“...seria confundir normalidade e convencionalidade. “Normal” não tem que necessariamente refletir uma norma estatística. Ser casado e ter filhos é convencional, mas a tentativa de conformação com esta norma não faz com que algumas pessoas sintam-se normais. Pelo contrário, essas pessoas podem mesmo chegar a representar sintomatologia depressiva e/ou ansiosa devido a esse fato. O sentido de normalidade deve ser aquilo que o faz sentir-se melhor consigo, usufruindo com mais qualidade dos diversos momentos do seu ciclo de vida, dentro de determinados limites morais e éticos.”

Para Maldonado (1997), verifica-se também no homem o processo de mudança de identidade e de papel, sendo a paternidade considerada como uma fase de transição no seu desenvolvimento emocional. Para complementar este ponto de vista, Souza (1997) afirma que a adaptação ou a falta de adaptação do homem à experiência com a paternidade, será reflexo do processo de desenvolvimento pessoal correlacionado ao relacionamento familiar e o mesmo se processa com a mulher. Focalizando a relação da gestante com o pai da criança, Canavarro (2001) afirma que esta relação constitui-se numa notória fonte de apoio social, onde é construída a possibilidade de novos modelos relacionais e/ou sua

consolidação, sendo que a percepção dessa possibilidade de apoio certamente afetará as representações sobre a gravidez e a maternidade.

Torna-se importante enfatizar que o nascimento de um filho constitui-se numa das mais marcantes experiências familiares. Assim, em termos de uma assistência pré-natal mais adequada, é preciso considerar que as alterações intra e interpessoais se processam em toda a família, tornando-a também, “psicologicamente grávida”.

A gravidez constitui-se um marco significativo do desenvolvimento da mulher, do homem e na vida do casal, seja ela a primeira ou não, é um fato importante da vida que reaviva muitas lembranças ou experiências, tanto presentes quanto esquecidas (Klaus *et al.*, 2000). Isso ressalta a importância de que, ao se receber uma família em atendimento, torna-se importante não perder de vista que o relacionamento que está sendo construído com o bebê que vai nascer, cresce em um ambiente físico e emocional diferente daquele de outra família qualquer, pois estamos lidando com histórias pessoais e familiares particulares.

O nascimento de uma criança pode adquirir um significado de unificação familiar e geracional, implicando também na irreversibilidade da ligação entre duas famílias biológicas e o aparecimento de uma série de laços de parentesco, também irreversíveis (avós, tios, primos, sobrinhos...) independentemente do percurso dos pais, mesmo quando este inclui a separação, o divórcio e até a morte (Canavarro, 2001).

Com a vinda de um bebê, sobretudo no caso do primeiro filho/neto/bisneto, cada geração dá um passo em frente, ou seja, os filhos passam a ser também pais, os pais passam também a ser avós. Este salto geracional, embora habitualmente seja sob perspectiva de continuidade e esperança, sobretudo em relação aos mais velhos, pode também significar o início do processo de envelhecimento de cada um deles.

Para Barboni (1998), a redefinição de papéis, algumas vezes, traz à tona antigos conflitos de relacionamento do casal grávido com seus respectivos núcleos familiares. A mulher e o homem podem tentar ou quererem ser para o filho, que está por vir, aquela mãe ou aquele pai que gostariam de ter tido. Buscando serem melhores, podem, no entanto, incorrer numa nova forma de rigidez, por sentirem a necessidade de serem diferentes. Em outros casos, sentem-se incapazes de competir com seus pais, chegando em alguns casos, a deixar o recém-nascido aos cuidados dos avós, sem que houvesse necessidade real para isso. A mulher e o homem podem também identificar o bebê como um irmão mais novo rivalizando pelo afeto do pai ou da mãe, sendo que isso ocorre em relação ao amor ou atenção do marido ou da esposa. Por outro lado, é possível observar a repetição de padrões de relacionamentos estabelecidos com seus próprios pais. Segundo Klaus *et al.* (2000), as experiências transmitidas pelos pais são as maiores determinantes na modelação dos papéis cuidadores.

Szejer & Stewart (1997) afirmam que, ao se abrir espaço para uma nova pessoa na família, o lugar de cada um será levemente modificado e, conforme a história pessoal de uns e de outros, cada um se sentirá mais ou menos tocado e recolocado em questão, reagindo conseqüentemente.

Geralmente, os membros do casal, sendo oriundos de famílias diferentes, ou seja, com modelos familiares distintos, deparam-se com a tarefa de criar um filho dentro de um modelo de educação diferente do que receberam de seus pais, apesar de envolver muita repetição, que se processa na maioria das vezes em nível inconsciente. Segundo Barboni (1998), além das mudanças na vida emocional da mulher e do homem com a gravidez, quando se trata da primeira gestação, a relação não se dará mais somente entre duas

peessoas, mas haverá a formação do vínculo com uma terceira pessoa, e a espera desse filho pode abalar os padrões de relacionamento do casal.

A complexidade das modificações provocadas pela chegada do bebê não se restringe apenas às variações psicológicas e bioquímicas, envolve também os aspectos socioeconômicos. A grande maioria das mulheres exerce uma profissão fora de casa, contribuindo com o orçamento familiar, além de cultivar interesses profissionais e sociais. Em relação a isso, Tedesco (1999) preconiza que não há motivos para interrupções profissionais, desde que as limitações individuais de cada gestante e cuidados gerais sejam respeitados, pois o trabalho doméstico muitas vezes é mais árduo e desgastante do que aquele exercido profissionalmente. Diante dessa estrutura, a gravidez carrega consigo modificações e conseqüências significativas que podem ou não ser bem recebidas, independentemente de ter sido planejada ou não.

A gestação pode ser considerada, dentro das etapas de desenvolvimento humano, para o homem e principalmente para a mulher, como um dos momentos de crise dentro do processo contínuo de desenvolvimento psicológico. Esse desenvolvimento é dinâmico, considerando que o crescimento psicológico da pessoa é incessante (Maldonado, 1997).

Os momentos denominados de crise constituem-se pontos decisivos no crescimento emocional e em parte, determinam o estado de saúde ou de doença mental. Isso depende das possibilidades de reestruturações, modificações e integrações da personalidade, que variam de acordo com a estrutura e recursos de cada indivíduo. Maldonado (1997) ressalta que a pessoa em crise, por estar em estado de equilíbrio instável e em busca de novas soluções, sente-se por um lado mais vulnerável, mas por outro, mais acessível à ajuda, o que favorece um melhor aproveitamento de um processo de intervenção, principalmente se ele for rápido e eficiente.

A noção de crise está diretamente associada à mudança e ao estresse. Segundo Canavarro (2001):

“...este estresse não implica necessariamente em sofrimento ou níveis de funcionamento mais baixos, mas sim em necessidade de reorganização. E se for ultrapassado, pode permitir o acesso a níveis de funcionamento superiores, no sentido da resolução de problemas desenvolvimentais anteriores e organizações psíquicas e relacionais mais complexas e gratificantes.”

Segundo estudos de Benedek & Rubinstein (1942) *apud* MALDONADO (1997) e Piontelli (1987), há evidências de que as mudanças dos níveis de estrogênio e progesterona podem influir enormemente na dinâmica psicológica da gravidez. Estes autores afirmam que ainda é impossível discriminar separadamente as complexas inter-relações entre fatores hormonais e psicológicos.

Segundo Cury (1997), deve-se destacar a importância do conhecimento detalhado das características psicológicas da gestante no auxílio a todos os profissionais envolvidos no acompanhamento de cada gestação, tanto no diagnóstico como no tratamento. Em trabalho de revisão de literatura, este autor encontrou diversos estudos que admitem a estreita vinculação entre intercorrências clínico-obstétricas e estados emocionais particulares. Dentre estas, têm sido apontadas o abortamento habitual (Grimm, 1962), a doença hipertensiva da gravidez (Mc Donald, 1965), a hiperêmese gravídica (Uddenberg *et al.*, 1971), a prematuridade (Omer e cols., 1986) e a restrição do crescimento intra-uterino (Cliver e cols., 1992). Ele ressalta ainda a importância da avaliação psicológica da

gestante como fonte de elementos valiosos aos profissionais a ela vinculados e aponta diversos autores que têm defendido a importância do desenvolvimento técnico e humanístico do obstetra na abordagem dos conflitos emocionais da gestante, como Bribing & Valestein, 1976; Beck e cols., 1980; Langer, 1981; Maldonado, 1986 e Homans, 1994.

Alguns autores objetivaram traçar o perfil psicodinâmico da grávida a partir de alguns instrumentos de avaliação psicológica, tais como entrevistas psicológicas, questionários, escalas e testes psicológicos. No trabalho de Cury (1997), ele objetivou estudar a psicodinâmica de primigestas através do Teste de Wartegg e apontou alguns trabalhos que se utilizaram de técnicas de investigação da personalidade durante o período da gestação, como o de Bertelli (1987), que comparou o perfil psicológico de grávidas submetidas a parto normal e parto com cesariana através do Teste de Rorschach.

No trabalho de Davids & De Vault (1960), eles propuseram-se em estudar a relação entre o estado emocional e a gestação utilizando o TAT (Teste de Apercepção Temática) e o DFH (Desenho da Figura Humana), porém o objetivo do trabalho consistia apenas em verificar a validade da utilização destas técnicas, obtendo um resultado positivo.

Em 1993, Herzberg, em seu trabalho de doutoramento, realizou um estudo comparativo de mulheres primíparas e mulheres não-grávidas, quanto ao seu desempenho no T.A.T. e no DFH. Os dados obtidos com o TAT não revelaram diferença significativa entre os dois grupos, porém, no DFH, foi possível observar diferenças qualitativas nos desenhos que poderiam ser consideradas nos cuidados com estes grupos.

Em 1998, Araújo et al. investigaram o nível de compreensão de gestantes de alto-risco em relação à doença hipertensiva, bem como avaliaram sua adesão ao tratamento médico. Nesta pesquisa, foram utilizados dados de prontuário médico, entrevista e o teste

Q.S.G. (Questionário de Saúde Geral de Goldberg), sendo que os resultados apontaram um desconhecimento significativo sobre a doença e os motivos de não-adesão ao tratamento eram multifatoriais, implicando em desinformação e contexto socioeconômicos das grávidas.

A maioria desses estudos aponta algumas características psicoafetivas comuns e particulares ao período gestacional normal como: grau de infantilismo, egocentrismo, impulsividade, medo, depressão, ansiedade, introversão, passividade, ambivalência afetiva, aumento da sensibilidade, oscilações de humor, presença de conflitos e a angústia. Porém, o perfil obtido mostra que a gravidez é um período de normalidade psíquica, de caráter adaptativo, onde ocorrem, segundo Tedesco (1997), uma série de aquisições de condições necessárias para completar tarefas ou estágios emocionais específicos.

1.3. Caracterização dos Aspectos Psicológicos da Gravidez

A partir do momento em que a mulher constata a sua gravidez, ainda que inconscientemente a princípio, seja ela planejada ou não, desejada ou não, mudanças bastante significativas passam a ocorrer em diversos níveis e são necessárias para o desenvolvimento da gestação.

Os estudos referidos anteriormente mostram que os intercâmbios que passam a ocorrer entre mãe e bebê são contínuos e diretos, onde, emoções e reações físicas que acometem a mãe interferem quase que imediatamente no bebê intra-útero, podendo alterar todo o seu padrão de comportamento. Segundo Maldonado (1997), muitas são as mudanças e experiências emocionais vivenciadas pela mulher nesse período especial. São experiências que repercutem dentro de sua própria existência e podem modificar todo o percurso de sua vida.

Desta forma, é essencial que aspectos psicológicos ligados à gravidez e ao parto sejam abordados, durante o atendimento pré-natal, para que essas transformações possam ser melhor compreendidas e recebidas com o cuidado adequado e necessário, tanto pela mãe como pelo obstetra responsável (Tedesco, 1997).

Para Maldonado (1997), a divisão do período gestacional em três trimestres, mesmo considerando-a como arbitrária e artificial, tem o objetivo de facilitar a apresentação e compreensão mais sistemática desse período. Essa divisão não deve ser generalizada, pois nem todos os aspectos são vivenciados por todas as mulheres ou casais, variando também de frequência e intensidade, dependendo da estrutura de cada gestante e de cada casal. De acordo com a autora, para melhor compreensão das vivências do ciclo grávido-puerperal, é importante considerar os seguintes fatores: história pessoal da

grávida; o contexto existencial dessa gravidez (planejamento, idade da mãe, dentro ou não de um vínculo estável, abortos anteriores); as características de evolução dessa gravidez (normal ou de risco); contexto socioeconômico e o contexto assistencial.

1.3.1. Primeiro Trimestre

Estar grávida. O momento da descoberta, seja ela consciente ou não, define as bases de formação da relação mãe-filho, marcando o início das mudanças em toda a rede de intercomunicação familiar, sendo muitas vezes acompanhado de sentimentos de ambivalência afetiva.

A primeira tarefa a cumprir, segundo Canavarro (2001), seria a aceitação da realidade da gravidez, que em princípio pode parecer uma tarefa que estaria implícita no próprio processo, mas não o está. Independentemente do seu desejo e/ou planejamento, o reconhecimento de que a concepção ocorreu, faz com que, numa fase inicial, a mulher sintase ambivalente entre o desejo e o receio da gravidez, ambivalência em relação a acreditar na sua viabilidade; ambivalência em relação à aceitação do feto; ambivalência em relação às mudanças que o novo estado implica e em relação à própria maternidade.

Para ultrapassar a ambivalência, a confirmação definitiva do estado de gravidez contribui muito (confirmação médica ou teste de gravidez) e também a aceitação e apoio por parte dos familiares mais próximos. Nesse momento, inicia-se também o processo de identificação materna, onde a grávida procura referências nos modelos conhecidos, especialmente na sua própria mãe. Este processo de aceitação e integração da gravidez é visto como fundamental para que a mulher possa progredir nas tarefas subseqüentes. A mãe, enquanto principal figura de vinculação, a forma como com ela lida com sua filha ainda bebê e depois criança, constitui-se numa base, que seria a base para a criação de expectativas sobre o comportamento dos outros, para a construção do conceito de si própria e para a sua própria auto-regulação emocional (Soares, 2001).

De acordo com Szejer & Stewart (1997):

“(...) esse período de incerteza é breve, porém, intenso. Para algumas pode ser um período de angústia, seja porque para determinadas estruturas psíquicas toda incerteza é uma fonte de angústia, seja porque essa incerteza específica - estou grávida ou não - com tudo o que ela implica, é difícil de viver. Para outras, em contrapartida, trata-se de um período eufórico em que a incerteza lhe permite brincar imaginariamente com este desejo e com esta possibilidade, até porque estar, talvez, grávida, é bem diferente de estar de fato grávida. O ‘talvez’ introduz uma dimensão de liberdade ilusória, um sentimento que faz pensar nessa felicidade experimentada pelas crianças quando elas brincam de ser uma coisa que não são, ainda que permaneçam sendo elas mesmas. Além disso, para cúmulo de ambivalência, ‘estar talvez grávida’, é como se fosse possível, do ponto de vista do imaginário, estar e não estar grávida ao mesmo tempo.”

Isso ocorre, segundo esses autores, porque a ambivalência não desapareceu. Ela é constitutiva do desejo e ressurgue aqui. Mesmo a mulher que deseje muito estar grávida pode ser tomada por um súbito desejo de não estar, de voltar atrás. Essas hesitações significam simplesmente, que somos seres humanos ou seres de linguagem, capazes de desejar o que significa ser capaz, também, de não desejar. Os dois movimentos são simultâneos.

Segundo Maldonado (1997), não existe uma gravidez totalmente aceita ou totalmente rejeitada, mesmo quando há clara predominância de aceitação ou rejeição, o sentimento oposto jamais está inteiramente ausente. Esse fenômeno é visto como algo natural e característico de todo e qualquer relacionamento que seja significativo. O fato da gravidez implicar em mudanças em vários níveis, gera situações onde há perdas e ganhos, o que justificaria a existência de sentimentos opostos entre si.

Após a própria vivência com a notícia, ainda existe o momento da comunicação da gravidez ao parceiro, familiares e amigos. A recepção da notícia e suas repercussões

podem ser bastante variadas, dependendo do contexto em que essa gravidez ocorre e influenciarão a grávida de forma direta, inclusive no desenvolvimento da gestação.

No primeiro trimestre são ainda pequenas as alterações físicas na grávida e a percepção do feto não é concretamente sentida, apenas imaginado ou idealizado, portanto, o sentimento de dúvida sobre o estar ou não grávida são freqüentes, mesmo com a confirmação dos exames laboratoriais da gravidez, que normalmente são repetidos.

Essas oscilações de sentimentos, desencadeadas a partir do início da gestação, de acordo com Maldonado (1997), mostra um outro aspecto, que é o fato da reação inicial diante da gravidez não se cristalizar para sempre. Assim, uma atitude inicial de rejeição pode dar lugar a uma atitude predominante de aceitação e vice-versa.

Essa fase é comumente acompanhada por uma necessidade maior de sono ou hipersonia (Maldonado, 1997; Szejer & Stewart, 1997), entendida como uma forma do organismo se preparar para tensões fisiológicas que enfrentará, necessitando de mais repouso. A Psicanálise compreende este fato em termos de regressão e identificação da mulher com o feto, mostrando-se mais retraída aos contatos externos. Em contrapartida, a insônia, segundo Soifer (1986), pode significar um estado de elevada ansiedade em relação à gravidez.

Também são comuns as náuseas e os vômitos, que em parte podem ser causados por mudanças hormonais e metabólicas no início da gestação.

A importância etiológica dos fatores psicológicos é aceita quando estes sintomas apresentam-se intensificados, como a hiperêmese gravídica, onde muitos casos requerem hospitalização, pois podem ocasionar desidratação e desnutrição. Para Soifer (1986), esses sintomas coincidem com a ansiedade determinada pela incerteza da existência ou não da gravidez, pois freqüentemente, ocorre uma remissão dos sintomas uma vez que o

diagnóstico é estabelecido. Outras vezes persistem em forma branda até a aparição evidente das modificações corporais ou a percepção dos movimentos fetais. Segundo Tedesco (1986), náuseas e vômitos durante a gravidez só ocorrem na espécie humana e mesmo assim, não há relato de sua ocorrência em todas as culturas, tendo o seu primeiro registro há mais de 1000 anos a.C.

Alguns estudos apontam correlações entre tais sintomas e a rejeição da gravidez, o grau de tensão emocional, a ansiedade decorrente da incerteza de estar grávida ou a ambivalência ligada à aceitação ou não da gravidez.

Outra manifestação peculiar à gravidez são os desejos e as aversões a determinados tipos de alimentos. Em 1972, Threthovam & Dickens *apud* MALDONADO (1997), dividiram as teorias existentes a esse respeito em quatro categorias: a) teorias baseadas em superstições e folclore; b) teorias “físicas”, que tendem a atribuir a pica, em particular, a uma necessidade de recompensar uma determinada carência nutritiva; c) teorias psicológicas ou psicodinâmicas, que tendem a explicar esses fenômenos em termos de insegurança, sugestão, ambivalência, necessidade de atenção e regressão; d) teorias que sugerem a maioria das perversões de apetite na gravidez serem devidas em parte às alterações do paladar e do olfato, que ficam mais embotados, e daí a preferência por substâncias de sabor e cheiro mais ativos e picantes.

Outra manifestação comum é o aumento do apetite na gestação, implicando, em alguns casos, conseqüente ganho de peso, que pode ocasionar diversas complicações obstétricas. Há vários fatores psicodinâmicos associados a este quadro. Acredita-se que o ganho de peso esteja associado à necessidade da mãe em obter uma confirmação do seu estado de gravidez, pela associação entre o seu ganho de peso e o crescimento fetal.

Segundo Maldonado (1997), suas observações clínicas indicam que, em alguns casos, o feto pode ser sentido como um parasita, que se desenvolve “sugando” as reservas da mãe, que necessita comer em demasia para “reposição das perdas”. Em outros, a restrição alimentar e a necessidade de manter uma dieta menos calórica e mais protéica são sentidas como mais uma privação ou sacrifício imposto pela maternidade. A voracidade pode também indicar a presença de sentimentos de hostilidade e desejos de destruir o feto, encobertos por uma formação reativa de preocupação excessiva com o bom desenvolvimento fetal. Também como manifestação de sentimentos de ambivalência, podem surgir sentimentos de culpa associados à impressão de não estar alimentando-se de modo adequado e, a partir daí, o medo de estar fazendo mal ao feto.

Para essa autora, todos esses fatores estariam intimamente vinculados ao medo de ter um filho com alguma deficiência. Em níveis simbólicos mais profundos, isso pode expressar o medo de que os próprios sentimentos de hostilidade e rejeição, que fazem parte da ambivalência e são vivenciados como maus e destruidores, possam ter prejudicado irremediavelmente o feto gerado dentro de si.

O medo de ter um filho malformado está presente desde o início da gestação, causando ansiedades às vezes não correspondentes ao risco real. Este temor parece estar associado a conflitos e sentimentos de culpa, conscientes e inconscientes, por ter desejado ou feito algo errado durante a vida, ou ter, por exemplo, provocado abortos anteriores ou rejeitado o feto no início da gravidez e assim, em sua fantasia, ter um filho malformado seria uma espécie de punição. O temor à dismorfia fetal parece ser intenso também nos casos de abortos espontâneos, malformações ou mortes fetais anteriores, ou em casos de gravidez após longo período de infertilidade. Uma educação sexual distorcida sobre o corpo feminino também pode ocasionar este temor. Uma vez que tenha sido passado a

noção de que o sexo é algo sujo, ruim e repugnante e os conteúdos internos de seu corpo (urina, fezes, sangue menstrual, etc.) também, então, dedutivamente, o bebê contido em seu útero passa a ser vivenciado como repugnante (Videla, 1974 *apud* MALDONADO, 1997).

Segundo Caplan (1961) *apud* MALDONADO (1997), a maneira como a gestante imagina seu filho pode ser um sinalizador prognóstico da futura relação materno-filial que virá a estabelecer-se. A impossibilidade de ver o feto aumenta a ansiedade referente ao seu desenvolvimento, originando desejos de “transparência do ventre” que permitiria a visibilização do feto. Equipamentos diagnósticos mais modernos possibilitam o alívio momentâneo e parcial dessa ansiedade, na medida em que oferecem recursos para a desejada visualização, porém, o médico é imediatamente solicitado a responder se o feto é saudável ou não.

As oscilações de humor também são frequentes durante a gravidez. Para Caplan (1960) *apud* MALDONADO (1997), estas oscilações estão relacionadas com alterações metabólicas que podem ser intensas e bastante variáveis, sendo comum a gestante passar da depressão à euforia sem motivo aparente, independente da forma como a gravidez foi recebida pela mulher ou pelo casal. Trata-se de um período onde a mulher sente-se mais vulnerável ao ambiente. Isso sugere que as oscilações de humor devem-se, em grande parte, ao próprio esforço de adaptação a uma nova realidade de vida, que envolve novas tarefas, responsabilidades, aprendizagem e descobertas. O aumento da sensibilidade está intimamente ligado a essas oscilações de humor, além do fato de haver maior sensibilidade nas áreas de olfato, paladar e audição. Segundo esses autores, tais oscilações são secundárias às variações orgânicas, enquanto Colman (1969) *apud* MALDONADO (1997) atribui essas modificações à ampliação do campo da consciência na gravidez, o que

acarretaria também a presença de sintomas psiquiátricos transitórios, tais como compulsões, ruminações obsessivas e fobias.

1.3.2. Segundo Trimestre

Do ponto de vista emocional, o segundo trimestre é considerado o mais estável e tranquilo para a gestante. Em relação às fantasias, para Canavarro (2001) a mãe percebe o feto como parte de si e a sua atenção encontra-se sobretudo centrada nas transformações de seu corpo. Neste período é possível perceber os movimentos fetais de forma mais concreta. Maldonado (1997) salienta que essa percepção possibilita a personificação do feto, quando a mulher passa a atribuir a ele certas características pessoais, segundo sua interpretação dos movimentos: ele pode ser sentido como carinhoso ou delicado, caso os movimentos sejam percebidos como suaves; ou pode ser sentido como agressivo, caso os movimentos sejam percebidos como bruscos e violentos.

Esse comportamento também foi observado por Piontelli (1987), que acreditava na individualidade dos movimentos de cada feto, como as suas posturas preferenciais, atitudes e reações. Cada um deles aparentava, segundo ela, diferentes personalidades. Este trabalho foi desenvolvido através do acompanhamento de mulheres grávidas durante suas consultas, exames de ultra-sonografia e desenvolvimento do parto, quando se observou que a mãe e os acompanhantes expressavam suas impressões sobre a personalidade do feto através dos movimentos por ele executados durante o exame. Essas observações normalmente eram constantes durante todo o pré-natal e também após o nascimento.

As interpretações dos movimentos fetais podem ser colocadas dentro de um contínuo geral de despersonificação-personificação. Algumas mulheres jamais conseguem sentir o feto diferencialmente, vivenciam-no como uma massa mais ou menos disforme que se desenvolve dentro do abdômen; outras conseguem diferenciar com nitidez a posição dos membros e tronco, à medida que a gravidez avança. O embotamento da

percepção materna, segundo Soifer (1986), pode estar atuando neste momento como mecanismo de negação.

A interpretação dos movimentos fetais constitui mais uma etapa da formação da relação materno-filial em que, na fantasia da mãe, o feto já começa a adquirir características peculiares e a se comunicar com ela através da variedade dos seus movimentos.

Além da percepção materna, ocorre um fato importante para o casal parental, uma vez que os movimentos fetais podem ser percebidos também pelo parceiro. O impacto desta percepção é intenso, há a mobilização de inveja no homem, pela impossibilidade de sentir o feto desenvolvendo-se dentro de si (Maldonado,1997). A partir desse sentimento básico de inveja, poderiam ocorrer: a formação de uma situação triangular adulta em que o homem é convidado e aceita participar dos movimentos fetais, sentindo-os através do ventre da mulher e comunicando-se com o feto por um processo semelhante de personificação feito pela mulher. Assim, o feto ainda intra-útero, é incluído na dinâmica do relacionamento familiar. Em outros casos, observa-se no homem a revivência de antigos sentimentos de rivalidade fraterna, experimentados em relação à própria mãe quando grávida dos irmãos. Nesses casos, o homem tende a sentir o feto como um intruso que vai roubar sua posição privilegiada diante da mulher, relegando-o a segundo plano. Trata-se de uma vivência marcadamente regressiva.

No segundo trimestre podem ocorrer as alterações do desejo e da atividade sexual, verificando, com predominância, redução das manifestações da sexualidade. Isso pode ocorrer em ambos os parceiros, podendo chegar a situações de frigidez e desinteresse total. Esta diminuição, segundo Caplan (1960) *apud* MALDONADO (1997), pode estar vinculada a uma dissociação entre maternidade e sexualidade, o que é observado também

durante o período de amamentação. A diminuição da atividade sexual também pode ser decorrente de fantasias cultivadas pelo casal de que poderiam machucar ou prejudicar o feto; ou de sentimentos da gestante ou de seu parceiro em relação às mudanças no corpo feminino; das alterações na auto-imagem da mulher e dos sintomas que ele apresenta.

Ocorrem também neste período, as alterações do esquema corporal, as quais Maldonado (1997) aponta que estão intimamente relacionadas com três pontos importantes: as alterações da sexualidade, a atitude do homem em relação às modificações corporais da mulher e o modo como ela própria se situa diante da gravidez. Podem ocorrer diferentes tipos de reação: sensação de estar fecunda, trazendo orgulho pelo corpo grávido, sobretudo quando esse aspecto estético é compartilhado pelo companheiro. Em outros casos, a sensação é oposta e as alterações do esquema corporal são vividas como deformações, onde a mulher sente-se feia, um “monstro”, sexualmente incapaz de atrair alguém. Quando essa vivência é muito intensa, nem mesmo a atitude de admiração do homem pode ser aceita e a mulher suspeita que existe apenas a intenção de consolá-la. Esses casos são acompanhados de retração sexual, o que tende a produzir sentimentos de ciúmes na relação conjugal. Pelo lado masculino, quando o homem tende a dissociar maternidade e sexualidade, é comum a ocorrência de ligações extraconjugais durante esse período.

Outra característica que a autora afirma estar associada às alterações no esquema corporal é o medo da irreversibilidade corporal, ou seja, receio de não recuperar a forma anterior à gravidez, após o parto. Existe a fantasia de que a barriga permanecerá alargada, flácida e com estrias. Por trás disso, pode estar o medo de não restabelecer sua identidade antiga e de transformar-se numa outra pessoa, onde as perdas sejam maiores do que os ganhos, dependendo da concepção de cada uma.

A introversão e a passividade, segundo Caplan (1960) *apud* MALDONADO (1997), são as características emocionais que surgem no final do primeiro trimestre e aumentam durante a gravidez.

“A mulher grávida tende a apresentar um ritmo orgânico mais lento, ficando mais concentrada em si mesma ou mais retraída, apresentando-se às vezes com menor disposição para cumprir tarefas que lhe eram cotidianas antes da gravidez. Outras mulheres, podem apresentar um aumento de atividade, de energia e disposição. O aumento exagerado de atividades pode ser a expressão de uma descarga de ansiedade.”

Esta mesma autora atribui o aumento da introversão e passividade a mudanças metabólicas do organismo, etapa necessária na preparação do papel materno nos primeiros meses pós-parto.

Nesse período a mulher apresenta maior necessidade de afeto, cuidados e proteção. Segundo Maldonado (1997), a mulher exige mais do ambiente em relação ao que ela mostra-se disposta a dar e aparentemente, a qualidade da relação afetiva com o bebê, pós-parto, é proporcional à quantidade e qualidade do afeto que ela recebeu enquanto gestante.

Essa necessidade, intensificada, algumas vezes pode causar impactos na relação conjugal. O homem, pode, por um lado, ao sentir-se excessivamente solicitado e exigido, mas por outro, gostar da situação por estar participando ativamente na evolução da gravidez, ou então, sentir-se explorado e irritado com as intensas e variadas mudanças que estão ocorrendo na dinâmica familiar, ao mesmo tempo que está sendo privado de atenção e cuidados.

A importância de “maternalizar” a mãe durante a gravidez e no puerpério é fundamental para o processo de amamentação, como ressalta Maldonado (1997). Toda a dinâmica envolvida no processo de “estar grávida” é crucial na formação do vínculo mãe-bebê e o desejo de amamentá-lo após o nascimento está diretamente ligado à qualidade deste processo. A forma como a mãe é instruída, a qualidade e o grau de ajuda que a nova mãe recebe após a alta hospitalar também são importantes no fortalecimento desse vínculo, de forma que ela se sinta segura para estabelecer com o seu filho o ritmo individual da amamentação.

1.3.3. Terceiro trimestre

O último período da gravidez, segundo Canavarro (2001), é considerado como o período de preparação para a separação, que se concretizaria com o nascimento da criança. É um período caracterizado por um aumento da ansiedade pela aproximação do parto, que é um acontecimento desconhecido, no caso das primíparas, ou percebido como não totalmente controlado, no caso das múltiparas, fisicamente desconfortável e o momento em que ocorre o encontro com o verdadeiro bebê, não apenas com o que foi idealizado.

Para Maldonado (1997), neste período, a característica predominante também é relacionada à elevação dos níveis de ansiedade, devido à aproximação do parto e as conseqüentes mudanças que acompanham o nascimento do filho. Essa ansiedade eleva-se ainda mais quando a data prevista é ultrapassada. Há sentimentos de ambivalência em relação ao nascimento da criança. Por um lado, o desejo de que a gravidez termine logo, ao mesmo tempo em que existe a vontade de prolongá-la, de forma a adiar a necessidade de novas adaptações advindas com a adição de um novo membro à família.

Nessa fase são comuns sentimentos de medo, temores comuns na gravidez que indicam um caráter autopunitivo, como o medo de morrer no parto, de alargamento vaginal irreversível, de que os órgãos genitais fiquem dilacerados pelo parto, de não haver leite suficiente ou de que ele seja “fraco”, ou de ficar “presa” devido à alteração de rotina.

No terceiro trimestre, a ambivalência pode ser expressa pelo desejo de reter ou não o feto, de continuar ou interromper a gestação. Segundo Motta et al. (1987) *apud* BARBONI (1998), “enquanto a parte amadurecida da mulher deseja que a gestação chegue a termo, pelo anseio de contemplar finalmente o filho esperado e terminar o

período de crise, a parte imatura da personalidade pode desejar prolongar de forma indefinida uma relação narcisista”.

São freqüentes também os sintomas de constipação intestinal, como tentativa de reter o bebê e defender-se contra fantasias de esvaziamento da fase anal, que podem ser revividas. São comuns as associações das gestantes entre aborto e diarreia, entre parto e evacuação (Trotto, 1989, *apud* BARBONI, 1998).

O terceiro trimestre da gestação é um momento em que a mulher encontra-se cheia de indagações a respeito de múltiplos aspectos: saúde do feto, cuidados dos outros filhos (se houver), o marido, cuidados do bebê pós-natal, adicionados ao cotidiano doméstico anterior, recursos financeiros, licença maternidade, amamentação, insegurança na própria capacidade de cuidar e de maternar, cuidados pessoais, medos estéticos, assistência ao filho ao término da licença gestante, e finalmente, o parto. Como foi dito anteriormente, a forma de lidar com o parto pode ser bastante variado entre as gestantes, mas não deixa de ser o ápice da gestação, onde vários sentimentos vêm à tona, enfatizando a importância de acolhimento adequado à grávida, para que ela possa enfrentar o momento da maternidade de forma o mais saudável possível para si e para o seu filho.

1.4. Hipertensão e Gravidez

A Organização Mundial de Saúde (OMS) e a Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO) definem mortalidade materna como o “óbito de uma mulher durante a gestação ou até 42 dias após o seu término, independentemente da duração ou local da implantação do ovo, por qualquer causa relacionada ou agravada pela gestação ou decorrente do seu tratamento excluindo-se as causas acidentais ou incidentais” (CNDM, 1989; Costa et al., 1995; Laurenti, et al., 2000).

Segundo dados da WHO/UNICEF (1999), aproximadamente 600.000 mulheres com idades entre 15 e 46 anos morrem todos os anos em consequência de complicações ligadas à gestação e ao parto. Acredita-se que a maioria dessas mortes poderia ser evitada através de medidas preventivas de cuidado e atenção adequados a essas gestantes. A Organização Mundial de Saúde e a United Nations International Childrens’ Emergency Foundation (UNICEF), afirmam que a mortalidade materna representa um indicador do *status* da mulher, seu acesso à assistência à saúde e a adequação deste sistema em responder as suas necessidades.

De acordo com Rezende et al. (2000), nos países em desenvolvimento as mortes maternas caracterizam uma “epidemia silenciosa”, onde a existência de serviços de saúde inadequados para as gestantes, falta de planejamento familiar e efeito da pobreza refletindo desigualdades sociais tornam a mortalidade materna inaceitável, dada a disponibilidade de recursos científicos e tecnológicos para evitá-la.

A taxa ou coeficiente de mortalidade materna, segundo Laurenti et al. (2000), é calculada pela relação entre o número de mortes de mulheres por causas ligadas à gravidez, parto e puerpério e o número de nascidos vivos. Nos países ou regiões

desenvolvidos socio-economicamente, essa taxa varia entre quatro e dez e, no máximo, 12 a 15 por 100.000 nascidos vivos. Nas áreas subdesenvolvidas, esses números atingem níveis de 80 a 100, no mínimo, por 100.000 nascidos vivos. No Brasil, nas décadas de 80 e 90, o valor médio estimado situou-se acima de 100 e, segundo alguns, entre 150 e 200 por 100.000 nascidos vivos, embora os dados dos sistemas oficiais de informação – sem correção – sejam de 54,8 por 100.000 nascidos vivos, em 1996 (Ministério da Saúde, 1998).

Segundo estudos realizados no Brasil, o índice de mortalidade de mulheres em idade fértil (considerada pelo Ministério da Saúde entre 15 a 49 anos), representou 15,9% do total de mortes femininas, sendo que a hipertensão arterial esteve presente em 21,2% dessas mortes. A mortalidade por complicações da Gravidez, do Parto e do Puerpério, ou seja, causa materna, representam em torno de 5,9% desse universo. (CNDM, 1989; Tanaka & Mitsuiki, 1999).

Dentre as causas de mortalidade materna, a hipertensão mostra-se como a principal responsável afetando de 7 a 10% das gestações no Estados Unidos, associando-se a isso a ocorrência de partos pré-termo e crianças com baixo peso ao nascimento (Garovic, 2000; Amorin, et al. 2001; Buchbinder, et al. 2002). Em níveis mundiais, a WHO/UNICEF (1999) divulga que particularmente a eclâmpsia é a causa de aproximadamente 12% de todas as mortes maternas. No Brasil, até o ano de 1999, representou 21,7% dos óbitos maternos (Tanaka & Mitsuiki, 1999). Segundo Neme & Neme (1996), as síndromes hipertensivas foram as principais causas de morte materna, durante a gestação, ocorrida nos hospitais conveniados pelo SUS – MS, no ano de 1994.

Em 1996, Araújo et al. realizaram estudo retrospectivo em um serviço de Obstetrícia de um hospital universitário no Brasil entre 1993 e 1995 e observaram que as

principais doenças responsáveis pelo acompanhamento pré-natal de alto-risco foram a hipertensão arterial crônica (28%) e a (DHEG) Doença Hipertensiva Específica da Gestação (13,33%), além do fato da hipertensão poder agravar cerca de 5 a 10% de todas as gestações (Correa, 1996 in ARAÚJO et al., 1996). Em 2001, Amorin et al. apresentaram índices mais elevados, afirmando que as síndromes hipertensivas são responsáveis por 35% das mortes maternas no Brasil.

Em 2000, Rezende et al. investigaram as possíveis causas de morte materna ocorridas durante o ano de 1997 e observaram que a toxemia ou Doença Hipertensiva Específica da Gravidez (DHEG) foi a principal causa de morte materna obstétrica direta.

A hipertensão na gravidez é definida, de um modo geral, por uma medida da pressão arterial maior que 140/90 mm Hg (Garovic, 2000) ou então estar mais elevada que no início da gestação, sem a presença da proteinúria, entendida como a concentração de proteína na urina ≥ 300 mg em 24 horas ou persistência de 30 mg/dL em amostras de urina randomizadas (Cunningham et al., 2001).

Na maioria dos casos, considera-se como hipertensão uma elevação da pressão arterial de 30/15 mm Hg, ou mais, em relação aos valores pré-gravídicos. Para um diagnóstico preciso, é importante comparar a leitura da pressão arterial ou a sua elevação com os dados basais colhidos previamente (Helewa et al., 1997).

Segundo Alvarez (1980) in BENSON (1980), o diagnóstico de hipertensão somente pode ser concluído após vários registros separados pois, principalmente na gravidez, fatores como atividade física, tensão psicológica e influências endócrinas freqüentemente produzem alterações circulatórias que levam a elevações transitórias da

pressão arterial sangüínea. A hipertensão arterial pode manifestar-se pela elevação apenas da pressão sistólica, da diastólica ou de ambas.

Segundo Helewa et al. (1997) e Cunningham et al. (2001), as desordens hipertensivas na gravidez podem ser classificadas em:

- **Doença Hipertensiva Específica da Gestação (DHEG):** Apresenta-se como um quadro hipertensivo após a ocorrência da gravidez, podendo desenvolver-se para condições mais graves:
 - **Pré-eclâmpsia:** a hipertensão é acompanhada de proteinúria e/ou edema e/ou trombocitopenia, desenvolvendo-se após a 20ª semana de gravidez e, mais freqüentemente, próximo ao término da gravidez.
 - **Eclâmpsia:** quadro hipertensivo, onde a pressão diastólica é bastante elevada (> 110 mm Hg), podendo ser acompanhada de convulsões, trombocitopenia, edema pulmonar, náusea severa, vômitos, dores de cabeça na região frontal, distúrbios visuais, dor abdominal persistente, dor no peito, respiração curta e Síndrome HELLP.
- **Hipertensão Crônica:** a hipertensão normalmente é diagnosticada em período anterior à gestação ou antes da 20ª semana gestacional, podendo ou não estar

acompanhada de proteinúria. A maioria das pacientes pode ter hipertensão essencial, não diagnosticada no período anterior à gravidez e que geralmente é mascarada pela queda usual da pressão no primeiro trimestre da gestação.

- **Hipertensão Crônica com DHEG Sobreposta:** hipertensão préexistente associada com o agravamento posterior dos níveis de pressão sanguínea e proteinúria, após a 20ª semana de gestação.
- **Hipertensão Transitória :** a hipertensão diastólica desenvolve-se após a 20ª semana gestacional. É transitória se o quadro não se desenvolveu para uma pré-eclâmpsia e, normalmente, a pressão arterial volta aos níveis normais em menos de 42 dias pós-parto.

A pré-eclâmpsia representa a maior causa de morbidade e mortalidade materna, fetal e neonatal em diversos lugares do mundo, independentemente do nível de desenvolvimento (Helewa et al., 1997; Garovic, 2000). São quadros patológicos que podem ser, em sua grande maioria, evitados através de acompanhamento pré-natal adequado (Cunningham et al., 2001).

Quanto à etiologia da DHEG, ainda não há dados conclusivos, mas vários fatores estão associados, destacando-se: primiparidade, extremos da vida reprodutiva, raça negra, má nutrição materna, tipo constitucional, estado psicológico e obesidade (Amaral et al. 1995).

O tratamento depende de cada quadro patológico apresentado, de acordo com diversos protocolos de conduta. A maioria prescreve dieta hipossódica, drogas

hipotensoras quando necessário, e a resolução da gravidez (Cunha et al., 1998), muitas vezes determinada por indicação fetal e, em algumas ocasiões, por agravamento da doença materna (Cabral et al., 1988).

Aproximadamente 80 a 90% dos neonatos dessas gestantes apresentam restrição de crescimento intra-uterino (Amaral et al., 1995), sendo que nos casos mais graves de hipertensão crônica, ela é responsável por taxas de mortalidade perinatal superiores a 50% (Cabral et al., 1988). Esses índices apontam a necessidade urgente de maiores investimentos para os cuidados com a saúde materna, melhorando a qualidade da assistência pré-natal que, até o momento, é o que mostra resultados mais efetivos nos cuidados da pré-eclâmpsia.

Apesar do desconhecimento da etiologia da DHEG, é consenso que há vários fatores envolvidos, dentre eles os emocionais. Segundo Brown (1997), a pré-eclâmpsia é uma doença observada apenas no ser humano, o que mostra a inadequação da utilização de modelos animais na compreensão da mesma. Além disso, existe o fator causal sobre a má adaptação placentária (pois somente a sua remoção cura a doença), e seu estudo durante o desenvolvimento da gestação é ainda impossível. Existe ainda uma terceira característica que é a sua variabilidade em termos de formas de manifestação em diferentes tipos de mulheres.

Acredita-se que a investigação deve ser aprofundada em níveis globais do ser humano, onde são consideradas todas as variáveis bio-psico-socio-culturais de cada paciente.

1.5. Gestação de Alto-Risco

Em 1973, Caldeyro-Barcia *apud* TEDESCO (1997), denominou a gestação de alto risco como sendo “aquela na qual a vida ou a saúde da mãe e do feto têm maiores chances de serem atingidas que as da média de dada população”.

Estudando a psicodinâmica da gravidez, é possível observar com as pesquisas alguns sentimentos já mencionados anteriormente, que visam a adaptação da gestante à nova fase, no sentido construtivo. Na gravidez de alto risco, emoções como censura, culpa e sentimentos de falha surgem com frequência e podem complicar a sua evolução.

Em 1997, Tedesco afirmou que a negação pode ser usada como mecanismo para identificação com o estresse, ou como defesa contra a ligação afetiva com o feto que, em alguns casos, corre riscos de não conseguir sobreviver. Da mesma forma, pode ocorrer da gestante responsabilizar-se pela situação de risco, surgindo assim, sentimento de menor valia e falência como mulher. Ainda segundo esse autor, alguns fatores devem ser considerados na compreensão dos aspectos emocionais envolvidos no atendimento à gestação de risco elevado: o(s) fator(es) de risco como agente(s) estressor(es); o(s) efeito(s) da hospitalização; a família e equipe de saúde.

Tendo em vista a gravidez de risco como fator estressor, duas situações devem ser consideradas: aquela paciente com condições médicas ou psicossociais preexistentes e aquelas que posteriormente à instalação da gravidez desenvolvem condições (médicas ou psicológicas) geradoras de risco. Para cada tipo de paciente surgem mecanismos emocionais diferentes.

Para o primeiro tipo de paciente, emoções sobrevivem a respeito da gestação. Para algumas, a gestação representa nova chance de vida, a derrota da doença. Nessas

circunstâncias, a gestação às vezes é percebida como sendo de grande valor, pois era esperada há bastante tempo. Para outras, a frequência maior de consultas, a aplicação de métodos diagnósticos maternos e/ou fetais, reacendem ansiedade, desconfiança ou raiva, pois confrontam suas condições clínicas atualmente estáveis com o risco que representam para o feto.

Para o segundo tipo de paciente, ou melhor, aquelas que desenvolvem condições geradoras de risco após a instalação da gravidez, o processo exhibe os sinais clássicos da reação de luto, que é dividido em quatro estágios: impacto e descrença; busca e sensibilização; desorganização e desapego; resolução e reorganização. Para a grávida de alto risco, estes sentimentos são decorrentes da perda ou “morte” da gravidez idealizada, livre de intercorrências que a mãe não esperava ter. O casal passa por momento de real sofrimento, que pode manifestar-se de diferentes formas, desde sentimentos de insegurança até a não-aderência ao tratamento. Torna-se fundamental que a equipe responsável por esta gestante, principalmente o obstetra, compreenda esse processo para que não receba as reações como afronta pessoal, o que poderia vir a comprometer todo o relacionamento terapêutico e o agravamento da situação e do processo emocional.

Quanto à hospitalização, ela é tomada pelos obstetras como o principal cuidado dispensado à gestante de alto risco. Por seu caráter intrinsecamente estressante, representa verdadeiro desafio adaptativo para a grávida e sua família. Quando a internação é prolongada, faz surgir ou intensifica certas alterações emocionais, gerando medo em relação a si mesma e em relação ao filho. Além disso, manifesta-se o conflito entre a dependência imposta pela perda da autonomia, mantida pela rigidez do ambiente hospitalar, e a autonomia anteriormente encorajada, no caso de doença preexistente. Conseqüentemente, ocorre a perda do autocontrole, acompanhado por sentimentos de

desamparo e desalento, aumentando a vulnerabilidade da paciente, cuja explicitação mais freqüente é a depressão. A dinâmica de vida da paciente, incluindo a familiar, é toda alterada, o que pode gerar situações de ansiedade. Com a internação, existe o cessar das atividades diárias, onde a mulher passa de uma posição ativa para a passiva, intensificado pelo provimento de cuidados médicos diários, o que acaba acentuando o caráter regressivo da gravidez. Essa situação é agravada quando a paciente já possui outros filhos, pois aparecem sentimentos de culpa pelo abandono ao qual esses filhos são submetidos.

Segundo Tedesco (1997), no decorrer desse processo, essa mãe pode vir a desenvolver sentimentos de raiva em relação ao feto, uma vez que a ligação afetiva com os outros filhos encontra-se mais consolidada. Essas são reações negativas que podem comprometer a adesão ao tratamento.

A qualidade da relação da paciente com o marido ou o pai da criança tem um papel fundamental nesse processo, pois a ele são transferidas todas ou grande parte das tarefas que antes cabiam à mulher. O companheiro passa a ser o “termômetro” da dinâmica do mundo externo ao hospital, sendo assim, a forma como ele vivencia o novo contexto, definirá, em grande parte, a segurança da mãe. Essa tranquilidade é importante para que ela sinta a internação como uma necessidade para maior segurança e melhores perspectivas de sucesso ao desenvolvimento da gestação e saúde para o filho.

Segundo Canavarro (2001), papéis e identidades não se formam num processo somatório, em que os novos são acrescentados aos já existentes. A chegada de novos papéis e funções implica a sua integração num todo preexistente, com a conseqüente reestruturação dos mais antigos. Nesse sentido, o relacionamento conjugal passa por um desafio. Desta forma, as mudanças conjugais necessárias à entrada de uma criança na família dependem da forma de organização prévia de um casal. É importante que esses

conceitos sejam considerados para uma melhor qualidade no atendimento de cada paciente.

A equipe responsável pelo atendimento à gestante também desempenha um papel fundamental para o sucesso do processo. Normalmente, o cotidiano de trabalho acaba fazendo com que os profissionais envolvidos lidem com as diversas situações e pacientes de uma forma uniformizada e menos individualizada. É importante que esses profissionais, principalmente o obstetra, aprendam a trabalhar em equipe, o que implica em superar a onipotência cultivada desde os tempos de graduação. A relação mantida entre equipe e pacientes normalmente mostra-se impessoal e fria, onde os pacientes são identificados pelos números de seus quartos ou então pelos respectivos diagnósticos de cada caso.

Esse distanciamento pode consistir em apenas um dos mecanismos de defesa dos quais os profissionais dispõem, para evitarem o sofrimento ou para que ele tenha menores proporções, o que pode decorrer caso o envolvimento seja maior em cada paciente atendido.

O papel do psicólogo na equipe é importante para identificar as diversas vertentes envolvidas num mesmo processo, levando em consideração o contexto da paciente e o contexto dos profissionais que atuam na equipe.

A necessidade de investigação do universo biopsicossocial dessas gestantes é fundamental na busca pela compreensão do processo, adequando assim o atendimento dispensado à situação especial em que se encontram. Esta adequação proporcionaria às mulheres condições para que possam vivenciar o momento de gravidez como algo positivo e, desta forma, fortalecendo o vínculo com seus filhos.

Essa investigação pressupõe compartilhar e integrar conhecimentos entre profissionais de diversas áreas ligadas ao atendimento dessa mulher durante todo o período pré, peri e pós-natal.

2 – OBJETIVO

Geral

- ❖ Investigar quais características de personalidade e quais fatores de vida da gestante seriam favorecedores ao desenvolvimento do quadro hipertensivo na gravidez.

Específico

- ❖ Identificar os mecanismos de defesa presentes na dinâmica de personalidade dessas grávidas;
- ❖ Conhecer a estrutura familiar das gestantes e os sentimentos inerentes à gravidez em curso.
- ❖ Tendo como base os objetivos anteriores, definir condutas eficientes no atendimento a essas grávidas.

3 – MÉTODO

3.1. Participantes

Este trabalho foi realizado com vinte gestantes atendidas nos Ambulatórios de Ginecologia e Obstetrícia e Gestação de Alto Risco (AGAR), do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

Participaram deste estudo dois grupos de mulheres (A e B), primíparas, não necessariamente primigestas, com 18 anos de idade ou mais, a partir da 10ª semana de gestação. Este critério foi adotado por ser este período apontado pela literatura como o mais estável do ponto de vista emocional, e também o momento em que são percebidos os primeiros movimentos fetais, onde a mulher sente o feto como uma realidade concreta dentro de si.

O grupo A foi composto por dez gestantes com gestação normal, ou seja aquelas que não apresentavam nenhuma alteração clínica ou laboratorial e o grupo B foi composto por dez gestantes hipertensas, subdivididas em B1: cinco hipertensas crônicas (que já eram hipertensas no período anterior à gravidez) e B2: cinco portadoras da Doença Hipertensiva Específica da Gravidez (DHEG).

3.2 Material

Foram utilizados neste estudo: roteiro de entrevista semi-estruturado (Anexo 3), Desenho da Figura Humana (DFH), Psicodiagnóstico de Rorschach, gravador, fitas K7, lápis preto nº 2, caneta, folhas de papel sulfite A4 e cronômetro.

3.3 Procedimento de Coleta de Dados

Todos os instrumentos foram aplicados individualmente, em sessões que se realizavam nos mesmos dias em que a paciente tinha retorno médico agendado. Isso foi necessário para evitar as faltas às sessões, quando estas eram somente para a presente pesquisa. Devido às dificuldades financeiras ou de locomoção, decorrentes de fatores relacionados à gestação de alto risco, eram freqüentes as pacientes que manifestaram desejo de que as suas participações nesta pesquisa, ou seja, que a avaliação psicológica ocorresse no mesmo dia do retorno médico, para facilitar-lhes a locomoção. Frente a isso, foi necessário que a pesquisadora estivesse presente em todos os Ambulatórios, de forma que a seleção e procura de pastas eram feitas no mesmo dia e em horário prévio ao início dos atendimentos.

No início da coleta, a aplicação dos instrumentos era realizada em duas sessões, com intervalo médio de uma semana entre elas, respeitando os retornos médicos. Ocorreram, nesse período, várias perdas de participantes em virtude do nascimento pré-termo de algumas crianças, fato comum na gestação com hipertensão. Ao final, totalizaram-se oito casos onde o processo de avaliação foi interrompido.

É importante ressaltar que, normalmente, as gestantes hipertensas chegavam ao Ambulatório de Gestação de Alto Risco (AGAR) do HC-FMRP/USP, com encaminhamentos oriundos de Centros de Saúde ou hospitais de cidades vizinhas da região de Ribeirão Preto, com tempo gestacional em torno de 28 semanas. Dependendo do desenvolvimento da gravidez, o nascimento ocorre em torno de 36 semanas. Desta forma, o tempo para conhecimento e seleção do caso, contato com a paciente e aplicação dos instrumentos resumia-se a 8 semanas aproximadamente. Esses detalhes inviabilizaram

o fechamento dos casos acima citados e acabaram determinando o número de participantes no presente trabalho, devido ao prazo estabelecido para conclusão do mesmo.

A procura por mulheres que se adequavam aos critérios previamente estabelecidos baseou-se em consulta quinzenal aos prontuários do AGAR, com poucos resultados positivos. A medida que se mostrou mais eficiente foi a consulta prévia a todas as pastas as quais eram separadas e disponibilizadas para os retornos agendados a cada ambulatório, que se realiza duas vezes por semana. Outro problema cotidiano existente no hospital é a dificuldade em se encontrar salas que pudessem ser disponibilizadas para a presente pesquisa, pois há prioridade para atendimento médico.

Em função da dificuldade em se detectar previamente as gestantes que atendessem aos critérios do estudo, não foi possível agendamento prévio das sessões de avaliação, pois as gestantes eram convidadas a participarem desta pesquisa enquanto aguardavam consulta médica.

A maioria das avaliações foi realizada em salas dos Ambulatórios anteriormente citados, e algumas na sala de curativos ou em sala reservada no Departamento de Psiquiatria, Neurologia e Psicologia Médica do HC-FMRP/USP. Em apenas um caso (HAC 1), o primeiro contato para a realização da entrevista foi realizada na Enfermaria, em decorrência de sua internação. A aplicação dos outros instrumentos ocorreu em momento posterior, em retornos ambulatoriais posteriores.

3.3.1. Comitê de Ética

Seguindo determinação do CONEP (1998), o projeto foi primeiramente submetido à avaliação do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da FMRP – USP e do responsável pelo Ambulatório de Gestação de Alto Risco (AGAR), para que fosse obtida autorização para a realização da pesquisa no Setor. Uma vez aprovado, foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos, do Hospital das Clínicas da FMRP/USP, para avaliação, sendo aprovado. (Anexo 1)

3.3.2. Seleção e Contato com as Participantes do Trabalho

Foram realizados contatos iniciais com o docente, médico contratado e residentes responsáveis pelos Ambulatórios de Ginecologia e Obstetrícia e de Gestação de Alto Risco do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia, do HC-FMRP/USP (AGAR), para apresentação e esclarecimento dos objetivos da presente pesquisa. Solicitou-se aos mesmos a colaboração, no sentido de indicarem as pacientes que se enquadrassem dentro dos critérios estabelecidos, para que fosse possível convidá-las a participarem do estudo.

Este procedimento não foi efetivo, pois a rotatividade dos residentes que atendem no Ambulatório é muito alta, sendo necessário, a cada dia, esclarecer aqueles que ainda não tinham conhecimento do estudo.

Assim, tornou-se necessário que, em cada início de ambulatorios, a pesquisadora fizesse o convite às gestantes presentes para participarem deste trabalho. Uma vez aceito, era solicitado àquelas que aceitaram participar deste estudo, que assinassem o Termo de Consentimento Pós-Informação (Anexo 2).

3.3.3. Aplicação do Roteiro de Entrevista

O roteiro de entrevistas foi elaborado segundo normas e princípios apontados pela literatura (Mucchielli, 1994; Triviños, 1987; Bogdan & Biklen, 1994; Cunha, et al., 1993), sobre elaboração de questões quando do planejamento de pesquisa e também utilizou-se como base, o roteiro elaborado por Barboni (1998).

Seguindo os objetivos definidos nesta pesquisa, o roteiro foi elaborado tendo em vista abranger questões pertinentes ao tema. Desta forma, os seguintes tópicos compuseram o roteiro: dados pessoais, condições de moradia, condições financeiras e de trabalho, sentimentos e reações iniciais ao fato de estar grávida, sentimentos ou sensações físicas e emocionais, mudanças corporais e outras, relacionamento com o companheiro, ambiente familiar, estar grávida e ser mãe, desejos, gestação de risco (somente para as gestantes hipertensas), medos/temores, eventos estressantes, necessidades, equipe médica, dúvidas, algo a acrescentar.

Estes tópicos foram selecionados pelos critérios estabelecidos pela pesquisadora em conhecer o universo em que estas gestantes estão inseridas, por considerar que esta compreensão global seja primordial para uma avaliação correta.

As entrevistas tiveram duração média aproximada de 30 minutos. A disponibilidade dos sujeitos, em termos de colaboração e horários, definiu o agendamento das sessões, onde foram respeitadas as restrições e cuidados médicos envolvidos em cada caso.

3.3.4. Aplicação dos Instrumentos de Avaliação

3.3.4.1. Desenho da Figura Humana (DFH)

“As produções gráficas podem ser consideradas instrumentos da linguagem simbólica que traduz conteúdos do mundo interno na página em branco (Hammer, 1991 *apud* CUNHA et al., 1993), isto é, expressam “sentimentos, atitudes, reações inconscientes através do uso da representação simbólica” e permitem um “melhor entendimento de como a pessoa interage com aspectos específicos de sua vida” (Groth-Marnat, 1984 *apud* CUNHA, et al., 1993).

No desenho da figura humana, o sujeito projeta a sua imagem ou esquema corporal, seus impulsos, suas ansiedades e defesas, seus conflitos, enfim, sua personalidade e sua interação com o ambiente. Segundo Groth-Marnat (1984) *apud* CUNHA et al. (1993), “a figura humana é a representação do “*self*”, isto é, “a pessoa revela como percebe a si mesma e como se apresenta aos outros”.

O desenho da figura humana torna-se particularmente útil não para a obtenção de uma síntese integrada sobre a personalidade do sujeito, mas para a exploração de aspectos de sua personalidade que, eventualmente, o sujeito pode procurar controlar ou que ficaram pouco manifestos pela utilização de defesas em alguns outros instrumentos (Raymundo, 1993).

Com base nesses pressupostos teóricos, optou-se pelo uso do DFH neste trabalho, por três motivos: tempo reduzido de aplicação, baixo nível de complexidade para a participante e a possibilidade de verificar a manifestação de aspectos inconscientes da personalidade (impulsos, ansiedades, mecanismos de defesa e zonas de conflito).

Quanto à execução dos desenhos, foi realizada em tempo médio aproximado de cinco minutos para cada, totalizando em média dez minutos para a aplicação de toda a técnica.

Na maioria dos casos, observou-se uma boa receptividade das participantes para a execução desta técnica.

3.3.4.2. Psicodiagnóstico de Rorschach, de Hermann Rorschach, 1921.

O Psicodiagnóstico de Rorschach é uma técnica projetiva, o que significa que as respostas fornecidas a cada cartão são consideradas como uma projeção, isto é, como uma atribuição das características de personalidade do sujeito, de seus sentimentos, necessidades e tendências a sujeitos ou objetos do mundo exterior que, neste caso, são representados pelos cartões. A projeção não deve ser entendida somente como mecanismo de defesa do ego contra influências negativas, no sentido psicanalítico, mas inclui também elementos positivos de adaptação, expressão e realização.

O fato de que as respostas fornecidas revelam, freqüentemente, importantes componentes da personalidade, explica-se por uma comprovada tendência psicológica, na qual todo sujeito tende a interpretar uma situação humana ambígua, tendo como pontos de referência suas próprias experiências passadas e suas necessidades do momento, expressando através delas seus sentimentos e suas necessidades conscientes e inconscientes.

Neste estudo, esta técnica foi aplicada com o objetivo de se conhecer a dinâmica psicológica destas gestantes e, principalmente, seus recursos de adaptação, expressão e realização. O fato do Psicodiagnóstico de Rorschach ser um dos instrumentos de avaliação de personalidade mais utilizados em todos os continentes (Pasian, 1998), vem a favorecer

o intercâmbio entre pesquisadores utilizando a mesma técnica avaliativa. Outro fator importante para a escolha desta técnica foi o tempo aproximado de execução que, neste trabalho, foi, em média, de 20 minutos. Frente às dificuldades encontradas para o contato e avaliação das participantes, este foi um fator de primordial importância.

3.4. Procedimento de Análise dos Dados

As entrevistas foram gravadas e transcritas integralmente, com a utilização do “*transcriber*”, preservando todas as características originais da fala, tais como: gírias, hesitações, erros gramaticais, risos, pausas ou outros acontecimentos, para posterior análise de seus conteúdos. As fitas foram divididas e as transcrições realizadas por duas pessoas: a própria pesquisadora e um serviço contratado.

Foi realizada uma análise quantitativa frequencial do material obtido, sendo estabelecidas categorias através da separação das falas por seus conteúdos temáticos.

Elaboraram-se então, categorias de respostas para cada tema, verificando a frequência de respostas para cada uma delas, por grupo de gestantes.

Quanto ao material gráfico, os desenhos foram avaliados, segundo Van Kolck (1984), por dois juízes de maneira independente. A análise foi feita “às cegas”, sem que os juízes tivessem conhecimento a qual grupo pertenciam os protocolos. Feito isso, verificou-se o índice de acordo entre os juízes, o qual foi considerado, buscando um consenso quanto às diferenças encontradas para cada caso.

No Psicodiagnóstico de Rorschach, os protocolos foram codificados pela pesquisadora, dentro da nomenclatura francesa, seguindo normas regionais de Pasian (2000).

4 – CARACTERIZAÇÃO DAS PARTICIPANTES

Tabela 1: Caracterização das participantes

	Diagnóstico	Idade	Nº gest.	Paridade	Aborto	Escolaridade	Est. Civil		IG	Profissão	Interações
							Antes da gravidez	Depois da gravidez			
GRUPO A	Normal 1 (N1)	30	1	0	0	4ª série	Casada	Casada	37	Babá	0
	Normal 2 (N2)	21	1	0	0	2º grau	Solteira	Amasiada	34	Aux. gráf.	0
	Normal 3 (N3)	20	1	0	0	2º grau	Casada	Casada	38	Do lar	0
	Normal 4 (N4)	28	1	0	0	2º grau	Casada	Casada	32	Do lar	0
	Normal 5 (N5)	26	1	0	0	4ª série	Casada	Casada	40	Do lar	0
	Normal 6 (N6)	19	1	0	0	8ª série	Casada	Casada	38	Do lar	0
	Normal 7 (N7)	18	1	0	0	8ª série	Amasiada	Amasiada	36	Do lar	0
	Normal 8 (N8)	18	1	0	0	2º col.	Solteira	Casada	38	Do lar	0
	Normal 9 (N9)	24	1	0	0	2º grau	Casada	Casada	36	Serv. Gerais	0
	Normal 10 (N10)	18	1	0	0	2º grau	Casada	Separada	33	Aux. adm.	0
GRUPO B1	HAC 1	25	1	0	0	5ª série	Solteira	Solteira	23	Serv. Gerais	0
	HAC 2	28	2	0	1	Superior Incomp.	Casada	Casada	10	Secretária	1
	HAC 3	28	1	0	0	8ª série	Casada	Casada	28	Lavoura	0
	HAC 4	22	1	0	0	2º col.	Amasiada	Amasiada	27	Do lar	0
	HAC 5	27	2	0	1	6ª série	Solteira	Solteira	30	Doméstica	0
GRUPO B2	DHEG 1	38	2	0	1	2º grau	Solteira	Solteira	34	Comerc.	0
	DHEG 2	24	2	0	1	4ª série	Amasiada	Amasiada	36	Doméstica	0
	DHEG 3	30	1	0	0	8ª série	Solteira	Casada	25	Frentista	0
	DHEG 4	21	1	0	0	2º grau	Amasiada	Amasiada	38	Caixa	0
	DHEG 5	23	1	0	0	2º grau	Casada	Casada	33	Comerc.	0

No grupo A, composto por mulheres com gestação normal, elas encontravam-se na faixa etária de 18 a 30 anos, sendo todas primigestas e primíparas, ou seja, primeira gestação e primeiro filho. No grupo B, a faixa etária variou entre 21 e 38 anos de idade, sendo que em 4 casos (HAC2/ HAC5 e DHEG1/DHEG2) as mulheres eram secundigestas e primíparas, ou melhor, segunda gestação e primeiro filho, tendo história anterior de aborto (espontâneo em 3 casos e provocado em 1 deles).

Quanto à idade das gestantes, observou-se no grupo A, um maior número de gestantes menores de 21 anos (6), enquanto que no grupo B, apenas uma encontrava-se na faixa etária entre 18 e 21 anos.

Quanto ao estado civil, observou-se no grupo A uma prevalência de relações estáveis (entendendo-se por “estáveis”, mulheres casadas ou amasiadas em momento anterior à gravidez) por ocasião da gravidez, sendo que em 2 casos (N2 e N8) ocorreu a oficialização dos compromissos. Porém, em um dos casos (N10) a gravidez ocorreu no momento em que o casal estava em processo de dissolução da união.

No grupo B, observa-se um número maior de relações instáveis, onde 4 mulheres eram solteiras e permaneceram assim mesmo com a ocorrência da gravidez. Em apenas 1 caso (DHEG3), o casal oficializou a união.

Quanto ao tempo gestacional, para que as condições de equiparação dos dois grupos fosse favorecida, procurou-se trabalhar com gestantes que se encontrassem em idades gestacionais semelhantes, a partir de 32 semanas, aproximadamente. Esse período foi adotado observando-se a idade gestacional das mulheres hipertensas atendidas no AGAR.

Quanto à escolaridade das participantes, no grupo A, duas cursaram até a 4ª série e outras duas até a 8ª série do Ensino Fundamental, uma até a 2ª série do Ensino Médio e

cinco concluíram o Ensino Médio. No grupo B, três participantes não concluíram o Ensino Fundamental (4ª, 5ª, 6ª séries), outras duas concluíram-no e cinco concluíram o Ensino Médio, sendo que uma delas chegou a cursar 1 ano do Ensino Superior (curso de Direito).

No grupo A, a maioria delas (6), cuidam do lar, não exercendo atividade remunerada. As outras quatro participantes exercem funções remuneradas como: babá, auxiliar em gráfica, serviços gerais e auxiliar administrativo. No grupo B, apenas uma participante não exerce atividade remunerada, permanecendo com os cuidados de sua casa. Todas as outras nove participantes têm trabalho remunerado em profissões diversas: duas comerciantes, três empregadas domésticas, uma frentista, uma caixa, uma secretária em escritório e uma trabalha em zona rural, na lavoura.

Quanto às condições financeiras em que se desenvolvem a gravidez nos dois grupos são parecidas, mas com diferenciação nos tipos de relação estabelecida com o companheiro e também em relação ao fato da gravidez ter sido ou não desejada pela mulher, independentemente da vontade do homem ou de sua família.

5 – RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1. Análise das entrevistas

Serão apresentados a seguir os dados obtidos através das entrevistas realizadas, as quais foram organizadas de acordo com cada tópico investigado. A partir das respostas, foram estabelecidas categorias e verificada a frequência de cada uma para as gestantes de cada grupo. Dependendo do tema abordado, ocorreu o fato de uma mesma gestante ter fornecido respostas que foram classificadas em mais de uma categoria.

Com o objetivo de viabilizar uma melhor análise com os dados já obtidos e através das técnicas projetivas, optou-se pela seleção dos seguintes tópicos do roteiro utilizado: 1. Planejamento e desejo de engravidar; 2. Sentimentos e reações iniciais ao fato de estar grávida; 3. Reação do companheiro; 4. Reação da família; 5. Gestação de risco (somente para as hipertensas); 6. Estar grávida e ser mãe; 7. Sentimentos ou sensações físicas e emocionais; 8. Medos e temores.

Desta forma, analisar-se-á o primeiro tópico selecionado:

Tabela 2: Planejamento e desejo de engravidar em função do método anticoncepcional: frequência.

		Normal (grupo A)	Hipertensão (Grupo B)		Fazia uso de algum método anticoncepcional?	Normal (Grupo A)	Hipertensão (Grupo B)	
			HAC	DHEG			HAC	DHEG
Gravidez planejada	Sim	3	1	2	Sim	-	-	-
					Não	3	1	2
	Não	7	4	3	Sim	-	-	-
					Não	7	4	3
Gravidez desejada	Sim	7	3	2	Sim	-	-	-
					Não	7	3	2
	Não	3	2	3	Sim	-	-	-
					Não	3	2	3

É possível observar que apenas uma parte minoritária de cada grupo verbalizou ter havido planejamento da gravidez e todas as outras disseram não a terem planejado, porém, nenhuma delas estava fazendo uso de métodos anticoncepcionais na época. A grande maioria nos dois grupos estudados, apesar do não-planejamento da gestação, manifestou desejo pela mesma, porém, para um momento posterior àquele. Esse comportamento pode estar denotando a ambivalência pelo desejo da gravidez, permeado pelos mais diversos contextos possíveis.

“Era prá ser prá depois sabe, mas aconteceu né, mas eu fiquei contente, ele também...” (N2)

“Às vezes eu usava camisinha entendeu, às vezes não...” (N3)

“...planejada exatamente não. Eu queria ter um filho , assim, a uma certa altura da vida...” (DHEG 2)

“...eu queria mas num acreditava que ia ficá...” (DHEG 1)

Esses comportamentos, intimamente relacionados com os sentimentos de ambivalência, apresentam-se também nos momentos anteriores à gravidez. Quando uma mulher ou um casal resolvem engravidar, há muitos sentimentos embutidos nessa decisão, os quais estão intimamente relacionados com a história de vida deles. Quando há um “projeto de gravidez”, o casal passa por um período adaptativo para a maternidade/paternidade que, segundo Canavarro (2001), deve ser destinado à preparação para tal função. Seriam nove meses de ensaios, ligações e reflexões que permitiriam a continuidade desse projeto de forma sólida e progressiva.

No decorrer desse processo podem surgir sentimentos, muitas vezes, ambivalentes e segundo Maldonado (1997), não existe uma gravidez totalmente aceita ou totalmente rejeitada, mesmo quando há aparente predominância de aceitação ou rejeição, e esse processo é visto como algo natural e característico de todo relacionamento que seja significativo para a pessoa.

Além disso, por implicar em mudanças de vida, as quais muitas vezes requerem respostas (cognitivas, emocionais e comportamentais) que habitualmente não integram o repertório comportamental da mãe, a gravidez exige uma adaptação específica, para melhor ou para pior, e isto justificaria a existência de sentimentos opostos entre si (Canavarro, 2001)

Na tabela 2 observa-se também que, nos dois grupos, o uso de métodos contraceptivos não incorpora o cotidiano dessas mulheres. Segundo relato das participantes, quando o fazem, utilizam-se de métodos considerados pouco confiáveis, como: tabela, ejacular fora da vagina, ou então, ingerir a pílula anticoncepcional somente no dia em que houve ou haveria a relação sexual. Quanto ao preservativo, as participantes relatam que os respectivos companheiros não aderem ao uso por motivos de desconforto e redução do prazer sexual, decisão prontamente aceita por elas. Esse comportamento revela subordinação das participantes às vontades de seus companheiros, os quais delegam a elas a responsabilidade pelo uso de contraceptivos, constituindo-se assim, através do relato das participantes, uma tarefa ou um cuidado exclusivamente feminino.

Essas verbalizações revelam que essa “tarefa” não tem sido cumprida de forma adequada, visto os procedimentos adotados. Observa-se que as mulheres ainda mantêm o “pensamento mágico” de que não engravidarão, comportamento muito observado em

adolescentes. Apesar das campanhas de esclarecimento dos métodos contraceptivos, ainda não foi possível observar resultados positivos.

Segundo Dadoorian (2002), é necessário que o tema da gravidez seja abordado juntamente com as implicações subjetivas e culturais adjacentes. A contextualização histórica mostra a influência da cultura na percepção dessa questão através dos tempos. A sociedade do século XIX, por exemplo, estabelecia uma ligação entre a puberdade e o casamento, sendo que nessa época a mulher era valorizada pela possibilidade de tornar-se mãe. Apesar das modificações sociais que ocorreram até o presente momento, culturalmente, a função social feminina ainda se encontra relacionada à maternidade: seria preciso ser mãe para ser uma mulher, deixando de ser menina. Desta forma, segundo a mesma autora, no atendimento a essas mulheres, o problema evidenciado não é a falta de informação, mas sim de formação.

Fornecer o conhecimento sobre as práticas contraceptivas passa a ser uma política insuficiente para evitar a gravidez, fazendo-se necessário que os profissionais, da área médica, psicológica ou socioeducativa priorizem, igualmente o significado da gravidez e suas implicações subjetivas e culturais, para que se obtenham resultados mais eficazes.

As mulheres entrevistadas, em sua maioria, relatam que não conseguem abordar o médico ginecologista de forma direta e objetiva, para esclarecerem suas dúvidas a respeito de sexualidade e, quando o fazem, simplesmente ouvem as instruções, sem que as dúvidas decorrentes sejam esclarecidas. Muitas vezes essas dúvidas são expostas em casa, com o próprio marido, ou então com alguma amiga ou vizinha de sua confiança.

Essa dificuldade na expressão de sentimentos e no contato com o profissional, mostra-se comum no sistema público de assistência à saúde. Este fato pode ser devido à rotatividade dos profissionais que atendem a mesma mulher, grávida ou não, durante um

processo de tratamento ou no pré-natal, além do tempo reduzido dedicado a cada consulta. Desta forma, torna-se difícil a formação do vínculo e estabelecimento de uma relação de confiança, condições necessárias para que assuntos dessa natureza sejam abordados.

Por outro lado, nos consultórios particulares esta conduta também é observada, denotando assim, que o assunto sexualidade constitui-se um tema que ainda não se pode tratar desvinculado de valores morais, sendo preciso uma compreensão global da paciente para que as informações sejam transmitidas de forma adequada.

Torna-se necessário que o profissional de saúde mental seja auxiliar neste processo, pois essas questões ultrapassam o papel. É preciso também que aconteçam mudanças em âmbito político e social para que as famílias encontrem condições de desenvolverem-se de forma mais estável, e assim, gerando filhos em condições favorecedoras ao desenvolvimento físico e emocional saudável.

Tabela 3: Sentimentos iniciais manifestados pelo fato de estar grávida: frequência

Sentimentos			Normal (Grupo A)	Hipertensas (Grupo B)	
				H.A.	DHEG
Reação positiva	Alegria	“Fiquei surpresa.... e feliz”	4	1	1
		“Fiquei muito feliz”	3	1	1
Reação negativa	Incredulidade/ Rejeição	“Não acreditei”	1	2	2
		“Não queria”	-	2	2
		“Não era hora...”	2	2	1
		“Pensei em tirar...”	-	1	-
		“Fiquei triste”	-	1	-
	Ansiedade, situação nova	“Fiquei ansiosa...”	1	3	2
		“Fiquei com medo...”	1	3	-
		“Fiquei assustada..”	1	1	1
	Resignação	“Acabei aceitando”	-	2	2

* A mesma gestante pode ter fornecido respostas que foram classificadas em mais de uma categoria.

Observa-se, através dos relatos, um predomínio de verbalizações consideradas por nós como negativas, no grupo B, em relação ao grupo A. No grupo A, há uma maior receptividade à notícia da gravidez, onde sentimentos de surpresa e felicidade predominam, apesar de ocorrerem verbalizações reveladoras de medo e ansiedade, conseqüentes da nova situação vivenciada e sem ter havido planejamento prévio. Segundo Araújo et al. (1998), para muitas mulheres, experiências novas e desconhecidas podem causar “temores e sustos”, gerando assim conflitos, provocando insegurança e ansiedade. Cury (1997) complementa esta idéia, afirmando em seu trabalho:

“...a gravidez é um período de normalidade psíquica, de caráter adaptativo. A gestação é também momento crítico vital, de caráter regressivo, com presença de angústia, com conflitos ligados à sexualidade e identidade sexual, narcisismo e utilização intensificada dos recursos do pensamento, imaginação e fantasia”. Pag. 81.

No grupo B, a notícia da gravidez foi recebida ou acompanhada por preocupações e sentimentos conflitivos, geralmente de conotação negativa. Levando-se em conta o fato de constituírem-se gestações de alto risco, Araújo et al. (1998) perceberam em sua pesquisa que essas mulheres convivem com vários sentimentos provocadores de preocupações, tais como medo, ressentimentos, culpa, inferioridade, pressão constante e estresse conjugal. Assim podem-se considerar justificáveis os sentimentos aqui manifestados.

A gravidez normal é descrita como crise psicológica ou crise de vida, implicando em mudanças que atingem a mulher em vários aspectos (fisiológico, psicológico e social).

Esse desequilíbrio, segundo Tedesco (1997), é de tal ordem que a primeira gravidez é sentida como estresse nunca antes vivido.

Nesse contexto, adaptação gravídica às mudanças psicológicas pode ser conceituada como a aquisição de condições necessárias para completar tarefas ou estágios emocionais específicos. Se a gravidez normal já é vista como sendo um grande desafio adaptativo, a gestação diagnosticada de alto risco representa problema emocional e social maior ainda, tanto para a grávida como para o profissional de saúde que a assiste.

Através dos relatos das participantes do grupo B, constatou-se também que ocorrem situações de instabilidade na relação com o companheiro. A situação de não-regularização da relação através do casamento mostrou-se um fator de incômodo, por parte das mulheres que se encontravam nesta condição, e que permaneceu na maioria dos casos, mesmo com a ocorrência da gravidez.

“...acho que casá, casá de verdade, acho que ele num qué não, mas é tudo igual mesmo né, num muda nada...” (HAC 4)

“...agora a gente tá morando junto, mesmo sem casá mesmo...” (DHEG 2)

Assim, além do próprio quadro clínico ser um fator estressante, fatores sociais, como os demonstrados, estão contribuindo para que as gestantes apresentem medos e receios em relação à atual gravidez.

Na tabela 1, podemos observar que em um dos casos houve a ideação de abortamento, que não chegou a ser realizado por reflexão posterior e reestruturação da

vida pessoal. Em outros dois casos, houve atitude de resignação frente à situação, fato que pode interferir negativamente na formação do vínculo entre a mãe e o filho.

Esses dados sugerem que, no grupo A, apesar de sentimentos inicialmente ambíguos, houve maior receptividade com a gestação do que em relação ao grupo B, pois é possível observar, no grupo A, que a surpresa inicial foi acompanhada de uma necessidade de adaptação ao fato, gerando sentimentos conflitivos, porém, sem rejeição. Observa-se aqui a dinâmica que permeia a adaptação gravídica, à qual Tedesco (1997) havia-se referido. O mesmo não foi observado no grupo B, onde a surpresa inicial é substituída por sentimentos de resignação ou medo e ansiedade, sentimentos esses que não encontram, segundo relato das participantes, suporte psíquico interno e familiar para que possam ser elaborados de forma mais adequada.

“...se aquilo é depressão eu tava entrando, porque eu chorava tanto (...) mas eu chorava, e eu num podia falar pra ele, se eu falasse pra ele, ele ia achar que eu num quero, só que eu queria e num queria, eu num entendia nada e ele também não, cê entendeu?” (DHEG 2)

A mulher na qual foi identificado um fator de risco, tem intensificadas as dificuldades para as adaptações emocionais necessárias, acrescentando-se aí, outras emoções que podem agravar ainda mais o processo. Frente ao fator de risco existente, surge o medo real, em relação a si própria e principalmente a seu filho, pois isso lhe é informado pelo médico. Ocorrem dúvidas em relação ao que acontece com seu corpo, além do temor de ter a criança com anormalidades. Como resultante desta situação, sobrevém a perda de

controle em relação à gravidez e a si mesma. Esta dinâmica cria sentimentos de insegurança, elevando ainda mais os níveis de ansiedade, influenciando a aceitação de sua gravidez e de seu quadro clínico, o que dificulta sua adesão ao tratamento, como foi observado neste estudo.

Tabela 4: Reação do companheiro à gestação, segundo relato das participantes: frequência

		Normais (Grupo A)	Hipertensas (Grupo B)	
			HÁ	DHEG
Reação positiva	Surpresa inicial com posterior aceitação e/ou resignação	5	2	1
	Ficou feliz com a notícia	4	-	1
	Desejava a gravidez mais que a esposa	1	1	2
Reação negativa	Surpresa, susto, sem aceitação	-	1	-
	Dúvida sobre a paternidade	-	1	0
	Não assumiu a criança	-	-	

Observa-se, no grupo A, predomínio de reações positivas dos respectivos companheiros frente à gravidez, onde a maioria, segundo as participantes, manifesta desejo por ela, sendo que em um dos casos a gravidez era mais desejada pelo homem do que pela mulher. Tal situação sugere a existência de condições favoráveis ao desenvolvimento de um ambiente mais tranquilo e acolhedor para estas gestantes.

A situação do grupo B mostra-se diferente, onde a ocorrência de reações negativas frente à gravidez é maior, quando comparada com a do grupo A, porém, em três casos, era mais desejada pelo homem do que pela mulher. Há evidências, através de dados da entrevista, de uma postura de resignação ou submissão da mulher frente ao desejo do marido, ou seja, a gravidez não era desejada por ela, mas por ele, o que fez com que engravidasse.

Quayle (1997), fez a seguinte observação a este respeito:

“A história da humanidade mostra forte repressão às manifestações da sexualidade, cujos conceitos foram cuidadosamente preservados ao longo dos tempos. Um aspecto cultural que tem muita importância nas características sociais da sexualidade é o machismo. Em consequência ao machismo, as regras sociais visam a soberania do homem. Para tal, controlam o comportamento sexual da mulher dando-lhe como única alternativa a submissão ao homem. Essas regras compõem a moral sexual, que na nossa sociedade é dupla, isto é, direitos e deveres diferentes para homens e mulheres. (...) Como para a mulher o prazer sexual foi atrelado ao pecado e à imoralidade, a sociedade lhe oferece, como fonte de prazer e realização social, a maternidade.”

Essas condições mostram-se desfavoráveis ao desenvolvimento tranquilo dessas gestações, podendo acarretar-lhes situações de elevada angústia e ansiedade nesse período, decorrentes de uma relação que, segundo relato das participantes, não mantinha condições estáveis de permanência.

“...eu tomava anticoncepcional, né, aí ele me cobrava muito, faz oito anos que a gente tá junto...” (DHEG 4)

“...ele adorou, contrário de mim né...” (DHEG3)

“...quando o médico falou você tá grávida, aí eu falei, e agora, eu num queria... e num podia falar isso pro meu marido.” (DHEG 2)

Quando questionadas a este respeito, elas revelam não terem subsídios emocionais suficientemente fortes para defenderem suas posições e desejos frente ao companheiro. Observa-se novamente a submissão no comportamento dessas mulheres em relação ao desejo do companheiro, assim como foi demonstrado pelos dados da tabela 2, onde os

parceiros rejeitam o uso do preservativo por desconforto pessoal. Observa-se nesses relatos que ocorrem cobranças sociais sobre o “engravidar”, seja por tempo de união ou idade da mulher; e no caso de ter havido aborto anterior, há a cobrança de que outra tentativa seja efetivada em tempo “hábil”.

Sobre este assunto, Relvas & Lourenço (2001) levantam a seguinte questão: Por que um casal decide ter um filho? Primeiramente seria preciso analisar se é realmente uma decisão do casal. A resposta para isso está diretamente envolvida com a qualidade da relação da díade e também com contextos históricos e socioculturais nos quais ela está desenvolvendo-se, ou seja, como Canavarro (2001) também observou, o significado da maternidade para a mulher ainda se mostra bastante arraigado em conceitos antigos, onde a mulher se completaria ou sentir-se-ia completa após tornar-se mãe, cumprindo então, o papel feminino que lhe foi designado socialmente. Mas, voltando à questão do porquê de um casal resolver ter um filho, pensando-se em especial no primeiro filho, Relvas & Lourenço (2001) afirmam o seguinte:

“(...) não é possível dar uma resposta simples a uma questão tão complexa, mas sabe-se que por vezes, esta decisão está ligada à necessidade de preenchimento de um espaço vazio no seio do casal, um vazio que pode ser tão grande que, o não filho poderá ser equivalente ao não casal, ou seja, culminando na dissolução do casal, ou mesmo na necessidade de assumir que o casal nunca existiu. Se a falta de intimidade conjugal é um dos contextos possíveis em que nasce uma criança, é com certeza, um contexto que envolve riscos de mau funcionamento, que ultrapassam o sistema conjugal.”

Observa-se nos dois grupos que o desejo do homem pela gravidez, ou seja, de ter um filho, foi evidenciado, demonstrando também a necessidade masculina de cumprir seu

papel social. Quanto às mulheres, constatou-se que elas não desejavam a gravidez para aquele momento. Podem-se elaborar hipóteses interpretativas para isso. Sabe-se que, atualmente, a situação da mulher no mercado de trabalho é muito mais expressiva, fato este historicamente constatado. Para a grande maioria dos casais em nosso contexto, a mulher contribui de forma significativa para a saúde financeira da família, além dos benefícios relacionados à auto-estima feminina, o que interfere na gestão das funções e do relacionamento do par conjugal.

Aliado a este fato, é importante observar que, para as gestantes com hipertensão crônica, já havia um conhecimento prévio sobre os riscos da gravidez e os cuidados que seriam necessários para o seu desenvolvimento, o que poderia incluir uma diminuição nas tarefas assumidas, inclusive abdicação do trabalho remunerado. Esse fator passa a ser analisado no processo de decisão da mulher que está pensando numa gravidez. Pelo que pôde ser observado, ela sente pressões sociais para gerar um filho, apesar dos riscos previstos a sua saúde e perdas de condições de vida que foram duramente conquistadas.

Analisando-se a situação do companheiro que deseja muito um filho, às vezes muito mais que a mulher, pode-se pensar em termos da família nuclear, e particularmente no caso do primeiro filho, que o nascimento de uma criança é representativo de um marco histórico.

Segundo Relvas & Lourenço (2001), trata-se de uma transição no ciclo evolutivo, sendo uma fonte de estresse esperado e normal. Neste momento, a família deixaria de ser díade, tornando-se um grupo (habitualmente) de três elementos, fato que a transforma num sistema permanente. Segundo essas autoras, a não-parentalidade não pode mais ser recuperada, pois, numa família nuclear, quando um dos cônjuges abandona o lar, aquele sistema familiar deixaria de existir. Porém, se um dos membros abandona o grupo que o

nascimento de um filho constituiu, o sistema sobrevive, organizado pelos laços de parentalidade.

Simbolicamente e na realidade, o nascimento de uma criança constitui uma transição-chave no ciclo de vida familiar. Portanto, não é sem razão que se pergunta ao casal se “já constituiu família”, querendo saber se já tem filhos. Nessa linha de pensamento, o sistema família, com caráter de permanência, só existe a partir do nascimento de um filho.

Pensar sobre todos estes aspectos que envolvem diretamente a qualidade da relação que essas mulheres mantêm com seus parceiros, produz tensão e ansiedade, podendo evoluir a estados de estresse emocional, favorecendo assim, a manutenção e/ou agravamento dos quadros hipertensivos.

Tabela 5: Reação da família à gestação: frequência.

		Normais (Grupo A)	Hipertensas (Grupo B)	
			HA	DHEG
Reação positiva	Surpresa inicial com posterior aceitação	4	4	2
	Ficaram felizes com a notícia	5	-	1
	A gravidez era muito esperada	-	1	2
Reação negativa	Surpresa, susto, decepção	-	1	1
	Rejeição por parte de tios e avós	-	1	-
	Rejeição com posterior aceitação da família (pais ou sogros)	2	1	-

* A mesma gestante pode ter fornecido respostas que foram classificadas em mais de uma categoria.

Quanto à reação familiar, observa-se que, de modo geral, houve boa receptividade por parte dos familiares nos dois grupos. A maioria relata que houve surpresa inicial entre os familiares, principalmente para os pais da grávida, mas com posterior acomodação e aceitação do fato novo de forma tranqüila.

No grupo B, observa-se que em três casos (1 HAC e 2 DHEG) a gravidez era muito esperada por todos. Nos casos de DHEG, havia história prévia de aborto espontâneo, fato que para a família poderia ser superado com a chegada de uma nova criança, mas para a gestante constituía-se num fator ansiógeno. São experiências e expectativas diferentes frente a um mesmo acontecimento que dificilmente, apesar do estreitamento nas relações, são compartilhadas, fato este que muito favoreceria a gestante.

Relvas & Lourenço (2001) observam um outro significado para o nascimento de um bebê e o desejo do homem e da família por uma criança. Este acontecimento exprime a concretização da ligação biológica entre as duas famílias de origem. O nascimento do bebê cria novos papéis, funções e laços de parentesco (avós, tios, primos) e a conjugação destes dois aspectos concretizaria o sentimento de continuidade na família. Esta continuidade estende-se de áreas prosaicas, como a transmissão do patrimônio, até o domínio do simbólico, como a perpetuação da tradição familiar, com as suas crenças e mitos, passando por valências mistas da realidade pragmática, como são a transmissão do nome de família ou ainda, o renovar do investimento do futuro familiar, em termos de expectativas.

O nascimento de uma criança assume ainda, para a família, um outro significado, segundo as mesmas autoras, que é o cumprimento de algumas e importantes expectativas, representações e exigências sociais e culturais, verificáveis nos dois sentidos: família-sociedade e vice-versa.

Isso é variável em função da sociedade, da cultura em que a família se insere e do tempo histórico em que se está vivendo. Na história das gestantes do grupo B, segundo dados fornecidos pela tabela 1, a maioria dos casais não mantinha uma relação estável (casados ou amasiados) em momento anterior à gravidez e, mesmo após a sua constatação, a união não foi possível, sendo que em um dos casos a relação incorreu em separação.

Esta situação mostrou-se mais delicada quando se observou a rejeição familiar pela condição civil das participantes, sendo que neste caso específico a gravidez foi inicialmente punida e criticada socialmente, com posterior acomodação familiar que se mostrou insatisfatória para a gestante.

Segundo Relvas & Lourenço (2001), um outro aspecto importante é o papel da religião nesse referencial de análise. Com efeito, as normas e restrições religiosas modelam, em muito, os valores familiares e os papéis e estatutos atribuídos a cada elemento familiar e, particularmente no que se refere à descendência. Em comunidades onde há forte influência cristã, o batizado ainda é um dos mais importantes rituais de apresentação do recém-nascido à família e à sociedade, coincidindo com a aceitação do bebê pela própria Igreja.

Para as mulheres cujas situações conjugais não parecem suficientemente resolvidas, todos esses fatores são contribuintes para a elevação dos níveis de ansiedade, que, aliados aos fatores discutidos na tabela 4, favorecem o agravamento do quadro hipertensivo.

Tabela 6: Conhecimento das gestantes dos subgrupos HAC e DHEG, sobre hipertensão: frequência

	HAC (B1)		DHEG (B2)	
	Sim	Não	Sim	Não
Sabem o que é	2	3	2	3
Possível causa	-	5	4	1
Sabem o que fazer para ajudar o tratamento	5	-	5	-
Boa adesão ao tratamento	2	3	3	2

Este tópico foi abordado apenas no grupo B, em função de sua especificidade e também para que não fosse criado um novo fator ansiógeno nas grávidas com gestação normal.

Quando questionadas sobre o que conheciam do quadro de hipertensão, observou-se o mesmo resultado nos dois subgrupos: duas definem a hipertensão como sendo “*só pressão alta*” e outras três afirmaram não saber. O conhecimento geral que elas mostraram deter resume-se a uma “*gravidez onde a mãe ou bebê podem morrer*”, ou seja, a consequência do quadro.

Em relação à etiologia, no grupo HAC todas afirmaram não ter conhecimento a respeito, enquanto no grupo DHEG quatro gestantes forneceram relatos onde a etiologia poderia ser: genética/familiar, por haver hipertensos na família; pelo fato de serem mulheres muito ansiosas; pela inadequação da alimentação (comida salgada); ou em decorrência de problemas e tensões familiares.

É provável que o fato da hipertensão ser gestacional tenha levado essas gestantes a buscarem conhecimento sobre a etiologia, ou então, o fato dessa condição de saúde ser recente para elas. Para as hipertensas crônicas, nas quais a hipertensão manifesta-se há mais tempo, provavelmente o fator esquecimento, mantido sob mecanismos repressivos, fez-se presente, além de haver certa acomodação frente a uma condição de saúde que já se manifestava anteriormente e não apresenta sintomas que interfiram nas atividades cotidianas. É o que caracteriza a hipertensão como uma “doença silenciosa”.

Quanto ao tratamento, o conhecimento apresentado nos grupos a este respeito resumiu-se na necessidade de ingestão dos medicamentos indicados e na dieta hipossódica.

Em relação à adesão ao tratamento, no grupo HAC, apenas dois casos afirmaram seguir as orientações, sendo que em outros três, a dificuldade intensa em seguir as recomendações foram bastante enfatizadas. Isso pode ser devido ao fato de apresentarem hipertensão arterial anterior à gestação, fazendo-se necessária a adaptação a esta condição de saúde.

Para a gestante hipertensa crônica, o quadro pode parecer familiar, porém, é preciso que, com a ocorrência da gravidez, ela tenha consciência de que todo o seu funcionamento metabólico sofre alterações. Conscientiza-se destas alterações com uma situação de aflição concreta, como o pico de uma crise hipertensiva.

Em mulheres onde o processo de aceitação e conseqüentemente, o processo de adaptação à condição de gravidez não ocorreu de forma adequada, observa-se um comportamento desajustado em relação ao estado gravídico, dificultando assim o estabelecimento de vínculos com o feto (Tedesco, 1997). Esse comportamento pode representar também mecanismos defensivos, através dos quais a grávida mantém-se mais distante, como forma de não vincular-se ao feto, pelo temor de perda, que é apresentada como uma hipótese real.

No subgrupo DHEG, três gestantes afirmaram seguir fielmente as orientações, e o fazem por temerem a possibilidade de perda do feto, em virtude da não-adesão ao tratamento.

Quando questionadas sobre a dieta, todas do grupo B afirmam segui-las, porém, quando questionadas sobre o preparo da alimentação, houve unanimidade no relato de que a comida era preparada conjuntamente para toda a família, mas com redução do sal. “A comida lá em casa sempre foi fraca no sal mesmo...” (HAC 1).

O preparo da comida passa a ser um demonstrativo de como elas não impõem suas necessidades às do companheiro e família, ou seja, colocam-se numa postura submissa para que a condição de grávida interfira o menos possível na dinâmica familiar preestabelecida.

Para melhor adesão ao tratamento, torna-se necessário um trabalho conjunto com os outros membros familiares, para que haja uma maior conscientização sobre as condições em que aquela gravidez está desenvolvendo-se e também para que a responsabilidade seja assumida em grupo, por se tratar de um acontecimento familiar e não individual para a gestante. E primordialmente, é preciso que a própria gestante se conscientize da sua condição, para que ela possa atuar em defesa de sua saúde e da saúde do feto.

Tabela 7: Sentimentos manifestados pelas gestantes em relação a estar grávida e ser mãe: frequência.

		Normais (Grupo A)	Hipertensas (Grupo B)	
			HA (B1)	DHEG (B2)
Estar grávida é....	“Bom, muito bom”	4	1	1
	“normal...”	1	-	-
	“bonito estar grávida..”	1	-	-
	“diferente”	2	-	-
	“gostoso”	2	2	-
	“estar com um filho na barriga”	1	-	-
	“fazer planos...”	1	-	-
	“ter mais cuidado..”	2	-	-
	“interessante..”	-	-	1
	“ter coisa boa e coisa ruim..”	1	-	1
	“muita ansiedade, muita expectativa”	-	1	2
	“Não sei”	-	2	1
Ser mãe...	“ter muita responsabilidade”	2	1	-
	“dar boa educação”	2	1	1
	“amadurecer”	1	-	1
	“dar carinho...”	5	1	-
	“ter mais cuidado comigo e com o bebê..”	2	-	-
	“não sei..”	3	3	4
	“dar atenção..”	1	-	-
	“muito bom”	2	-	-
	“ser protetora”	-	-	1
	“a coisa mais linda do mundo”	-	-	1
	“conversar bastante”	1	-	-

* A mesma gestante pode ter fornecido respostas que foram classificadas em mais de uma categoria.

Quando questionadas sobre o que seria estar grávida, quatro participantes do grupo A relataram ser *“...bom, muito bom”*, enquanto que apenas uma do grupo HAC e uma do grupo DHEG expuseram a mesma opinião. Essa tendência repetiu-se nas falas restantes e, de forma geral, observou-se no grupo A uma afetividade mais positiva, por envolver maturidade e preocupação na readaptação e acomodação dentro de sua estrutura pessoal e familiar, para receber um filho.

“É muito bom. É só assim... a única coisa que eu faço é pedir a Deus, prá Deus ajudar que eu saiba educar ele num bom caminho (...) não é só pôr no mundo. A parte mais difícil é educar e a gente vai dar conta disso, a gente já tá se preparando e tá com medo se vão dá conta.” (N 1)

Essa tendência apareceu também no grupo B, mas existe neste grupo o predomínio de afetos negativos, onde as mudanças e adaptações na vida diária, em decorrência da gravidez, são vistas como algo irremediável e obrigatoriamente necessárias.

“Aí eu fiquei revoltada, porque eu não queria (...) agora aconteceu né, fazer o quê?” (DHEG 4)

Além dessa reação negativa, observou-se também, em dois casos do grupo HAC e um caso do grupo DHEG, uma resposta que revela ausência ou indefinição afetiva em relação ao filho, que resumiu-se em: “*não sei*”.

Esta mesma resposta foi observada para a questão que aborda a maternidade, onde foi perguntado: o que seria, para ela, ser mãe? Observou-se também, a frequência significativa da mesma resposta nos dois grupos (três no grupo A e sete no grupo B). Isso pode denotar uma situação de angústia, onde sentimentos contraditórios estão presentes, ocasionando confusão e indefinição de sentimentos. Este processo pode revelar mecanismos de defesa do ego, ou seja, de autoproteção, como a negação e o distanciamento, com o objetivo de evitar seu sofrimento frente à real possibilidade de que a gravidez não tenha uma resolução feliz. Este sentimento de insegurança permeia todo o processo, em se tratando de uma gestação de alto risco. Por outro lado, tendo em vista o nível sociocultural das gestantes avaliadas, a reflexão sobre este tema, ou seja, o

significado da própria maternidade para si, pode ainda não ter ocorrido, representando uma situação bastante nova para a qual nunca havia existido continência para sua elaboração.

Observa-se que as mulheres, nas quais se identificou o fator de risco, têm intensificadas as dificuldades para as adaptações emocionais necessárias ao momento, acrescendo os níveis de ansiedade.

Como consequência, segundo Tedesco (1997), ocorrem alterações no nível de satisfação e envolvimento com cuidados médicos, aflorando atitudes negativas e aumento exagerado do nível de ansiedade. Esta última, sem dúvida, é a grande favorecedora do aparecimento de problemas relacionados com a evolução da gravidez, com o parto e com o relacionamento posterior com o recém-nascido.

Segundo o mesmo autor, os cuidados médicos especializados dispensados à gestação de alto risco diminuíram a mortalidade materna e perinatal, porém, a morbidade para os aspectos psicológicos aumentou muito. Iatrogenicamente, muitos dos cuidados físicos que minimizam os riscos aumentam os distúrbios psicossociais. Temos, por exemplo, as internações sucessivas, o repouso no leito e outros cuidados físicos, cuidados esses que levam à melhoria do prognóstico clínico materno e fetal, mas podem alterar profundamente o equilíbrio pessoal e as relações interfamiliares da grávida.

Para a mulher cujo fator é preexistente à gravidez, como é o caso das gestantes portadoras da DHEG, a gestação em curso pode ser vista de maneiras diferentes. Para algumas, representa uma nova chance de vida, segundo Tedesco (1997), sendo a gravidez portanto, de grande valor. Para outras, os cuidados necessários representados pela frequência maior de consultas e aplicação de métodos diagnósticos maternos/fetais, reacendem sentimentos de desconfiança e raiva por confrontarem, a todo momento, suas condições clínicas com o

risco que representam para o feto. Isso afeta profunda e negativamente a auto-estima da gestante, tornando-se necessária a atuação de um trabalho visando a saúde mental, para que esses conflitos possam emergir e, a partir daí, serem trabalhados adequadamente.

Tabela 8: Percepção das gestantes sobre seu atual estado físico e emocional: frequência.

		Grupo A Normais	Grupo B Hipertensas	
			HÁ (B1)	DHEG (B2)
Físicas	“Estou bem”	9	4	2
	“muita preguiça”	-	-	2
	“Estou mal	-	1	1
	“Estou bem em algumas coisas e muito mal em outras”	-	2	2
	“sinto muito sono”	-	3	3
	“sinto muito enjôo”	-	1	1
	“não tenho posição prá dormir”	-	3	1
	“tenho muito cansaço e dor (costas, pernas ou cabeça)	2	3	4
	“engordei muito”	1	-	-
Emocionais	“mudo de humor muito fácil, sem explicação”	1	5	3
	“ando muito mal-humorada”	-	3	1
	“sinto muita tristeza”	-	1	1
	“choro muito”	-	1	2
	“estou bem”	7	1	3
	“às vezes sinto vontade de chorar”	5	2	1
	“preciso de mais atenção	4	4	3
	“ando muito nervosa”	1	4	1

* A mesma gestante pode ter fornecido respostas que foram classificadas em mais de uma categoria.

Quanto ao estado físico, considerando-se que o tempo gestacional dos dois grupos é aproximado (terceiro trimestre), observa-se no grupo A uma maior prevalência de respostas “*estou bem*”, referindo-se à sensação de bem estar ou então à ausência de sintomas que se sobrepusessem à sensação prazerosa de estar gerando uma criança. Isso denota uma boa relação com a própria maternidade e pode ser também sinalizador de um vínculo positivo já estabelecido com o bebê. As duas queixas verbalizadas pelo grupo A

(cansaço e dor), são bastante comuns no período gestacional em que se encontram, em decorrência do aumento de peso e conseqüentes alterações no sistema circulatório, como observou Maldonado (1997).

No grupo B é possível observar que estas mesmas queixas também ocorrem. Entretanto, talvez em virtude do quadro hipertensivo em si ou à representação que elas fazem dessa doença aliada à gravidez, ao verbalizarem-nas, fazem-no de forma acentuada, descrevendo sensações de profundo mal-estar em decorrência da gestação, manifestando desejo de que o processo tenha um final bastante próximo.

“Não vejo a hora do nenê nascê logo, num aguento mais, num consigo mais dormir...” (DHEG 5)

Quanto ao estado emocional, observa-se novamente, no grupo A, a resposta “*estou bem*”, em maior frequência em relação ao grupo B, embora existam relatos de instabilidade emocional e afetiva. Esta labilidade afetiva é bastante comum durante o processo gestacional, onde vários aspectos da vida são revistos, ocorrendo reestruturação em nível psíquico e também concreta, necessárias à recepção do filho.

No grupo B, é possível observar um maior número de referências emocionais de tristeza, insegurança, instabilidade, carência afetiva e irritabilidade, sentimentos esses observados também na gestação normal. Entre as hipertensas porém, tais referências se mostram mais valorizadas e prevalecem no momento das entrevistas. Ocorre também a resposta “*estou bem*”, mas a prevalência da instabilidade emocional torna-se bastante significativa.

Estes relatos confirmam o trabalho realizado por Cury (1997), em revisão de literatura. O autor observou então algumas características sobre o perfil psicológico de

mulheres grávidas: grau de infantilismo, egocentrismo, impulsividade, adaptação insegura ao ambiente (real e imaginário), além de sentimentos de medo, depressão e ansiedade, relacionados a conflitos internos, exacerbados pela gravidez.

Outras características freqüentemente citadas na composição do perfil psicológico da grávida são: a introversão e a passividade, em que os conteúdos internos ganham destaque sobre o mundo externo; a ambivalência afetiva (Maldonado, 1997; Canavarro, 2001), representada nas díades querer/não querer; poder/não poder; estar/não estar grávida; o aumento da sensibilidade, atestado nas oscilações de humor; a presença de conflitos e angústia, ligados aos conflitos inconscientes com as figuras parentais; a tendência ao uso das atividades mentais do devaneio e da fantasia, talvez como tentativa de equacionar as intensas vivências deste momento; as alterações na imagem corporal e sexualidade, representadas nas situações de preocupação com o próprio corpo e desinteresse sexual; narcisismo, como sinônimo do movimento regressivo e introspectivo que a gestante perpetua.

As gestantes do grupo B, ao serem classificadas como de alto risco pela equipe médica, passam a sentir-se diferentes das grávidas com gestação normal (baixo risco). Tedesco (1997) ressalta a importância deste detalhe, que é reforçado pela equipe de saúde na assistência dispensada a elas, tratando-as apenas como doentes, que necessitam de constante vigilância e cuidadosa intervenção. Diante desse quadro de apresentação, a esperada adequação emocional da grávida sofre grande impacto, maior ainda se já houver outros sinais prévios de desajustamento, psíquico ou familiar, que comprometam o seu equilíbrio emocional.

Na gravidez de alto risco, observa-se que emoções como censura, culpa e sentimentos de falha afloram com freqüência e podem complicar sua evolução. A negação

pode estar sendo usada como mecanismo para identificação com o estresse, como também observou Tedesco (1997), ou como mecanismo defensivo na ligação afetiva com o feto, que corre riscos de não sobreviver. Além disso, caso ela associe à possibilidade de perda do feto com a sua própria doença, ou seja, responsabilize-se pelos riscos aos quais o feto está exposto, há um agravamento que acaba repercutindo na auto estima feminina de modo extremamente negativo e podem emergir sentimentos de falência como mulher.

Torna-se importante que a equipe de saúde, física e mental, que se ocupa da assistência a essas mulheres, conheça essa dinâmica de funcionamento e possa aplicar esse conhecimento de forma efetiva, visando a melhoria da qualidade de vida das gestantes, inseridas e adaptadas em seus respectivos contextos socioculturais.

Esses dados apresentam-se diretamente ligados a aspectos já apresentados nas tabelas 7 e 8, ou seja, onde todas as condições em que a gravidez ocorreu são pensadas num contexto múltiplo, por serem constitutivas da pessoa e do momento, ou seja: vida familiar; receptividade do companheiro; hipertensão já instalada previamente ou não; presença ou não de aborto anterior e condições socioeconômicas da família.

Tabela 9: Medos e temores manifestados pelas gestantes: frequência.

			Normais (Grupo A)	Hipertensas (Grupo B)	
				HA (B1)	DHEG (B2)
Tem medo?	Sim		7	5	2
	Não	Afirmção segura	2	-	1
		Só no primeiro momento, depois mudam de idéia	1	-	2
Tipos de medo	Do parto		8	-	1
	Sentir dor		-	-	1
	Não sei		1	-	-
	De morrer		1	-	-
	Do tipo de parto		1	-	1
	Todos os tipos ou vários		1	-	1
	De perder o filho		-	4	3
	De “passar o dia de nascer”		-	-	1
	Do exame de paternidade		-	1	-

* A mesma gestante pode ter fornecido respostas que foram classificadas em mais de uma categoria.

Ao se perguntar às gestantes: “*Você tem algum medo?*”, a resposta era sempre precedida de um momento de hesitação, nos dois grupos. No grupo A, sete responderam diretamente de modo afirmativo, duas disseram que não, e uma respondeu que não inicialmente, mudando de idéia logo a seguir.

Quando perguntadas sobre o tipo de medo, quando a resposta era afirmativa, a manifestação predominante referiu-se ao parto e/ou variáveis que o acompanham, como possibilidade de morte da mãe e o tipo de parto.

“ Tenho medo do parto né (...)se vai doer, se vou dar trabalho (...) e se eu passar mal, o que vai acontecer?” (N2)

Levando-se em conta que as participantes do grupo A encontravam-se no terceiro trimestre de gestação, estas questões também foram observadas como típicas, por

Maldonado (1997), em gestantes cuja gravidez é normal. Este é um período onde o nível de ansiedade tende a elevar-se novamente com a proximidade do parto e as mudanças na rotina de vida da mulher, com a chegada do bebê. Segundo a mesma autora, os temores mais comuns na gravidez estão bastante associados às fantasias que surgem nesse período, e observa que todos têm um caráter autopunitivo: medo de morrer no parto; de ficar com a vagina alargada; de não ter leite suficiente ou ter leite fraco (simbolizando sentimentos de inadequação e desvalorização como mãe).

No presente trabalho, as preocupações manifestas pelas gestantes concentraram-se em questões diretamente ligadas ao momento do parto em si. Em relação às outras características observadas por Maldonado (1997), também foi possível observá-las nesta pesquisa, porém, dentro do formato de preocupação com o bem-estar do bebê, como por exemplo: *“será que ele vai conseguir passar por lá na hora de nascer...”* ou então, *“o que significa o leite descê? Eu vô tê leite se ele nascê antes do tempo?”* Essas verbalizações revelam temores e fantasias suscitados durante grande parte da gestação e, segundo elas, *“não dá prá perguntá essas coisas pro médico...eu tenho vergonha”*, demonstrando assim, a dificuldade que as pacientes têm em conversarem sobre seus anseios e angústias com o profissional que as atende.

Em relação ao tipo de parto possível, as participantes revelam seus temores em relação à probabilidade de sentirem dor, muita dor.

Historicamente, relembram Sjezer & Stewart (1997), *“parirás com dor”*, palavras conhecidas numa cultura milenar, mesmo naquelas que não são cristãs. Para muitas mulheres, a dor é, por excelência, a prova que simboliza o parto e ser capaz de suportá-la é quase sinônimo de dar à luz. Na avaliação do tipo de parto provável, é comum ouvir das gestantes: *“eu quero parto normal, mas eu tenho medo de doer muito (...) eu quero tentar*

sem anestesia, se eu não agüentar, então eu vou querer a anestesia”. Esse tipo de medo pode revelar, segundo os mesmos autores, uma necessidade de submeterem-se a um teste, talvez por verem no uso da anestesia uma forma de fracasso ou sucesso parcial de sua parte.

Nos dias atuais, sofrer ou suportar o sofrimento não é, necessariamente atributo de todas as mulheres, dado que, em muitos momentos, existe a possibilidade de escolha, principalmente no atendimento particular de saúde, onde essa possibilidade é encorajada. Esta situação coloca-as num dilema entre obedecer à tradição, cumprindo todo o roteiro atribuído à mulher grávida, ou ceder à possibilidade que o médico oferece. Segundo Sjezer & Stewart (1997), ceder ao oferecimento médico fazendo um parto sem sofrimento é expor-se à culpa (consciente ou inconsciente) e, implicitamente, deixar de ser solidária com a sua mãe ou com o que ela lhe passou. É também arriscar-se a ouvir palavras como: *“ah, mas você não sabe o que é um parto de verdade”* ou *“você não conhece a verdadeira dor do parto”*. O significado dessas palavras passa do cumprimento para a crítica, enfatizando que ela não é uma boa mãe (ou digna de sua própria mãe). Com efeito, a boa mãe, no imaginário tradicional, é aquela que sofreu dando à luz seus filhos, pois como lembram as palavras seculares, para atingir o *status* de mãe, *“é preciso passar por isso”*.

Voltando à tabela 9, no grupo B, sete participantes responderam que sim, ou seja, que têm medo, três responderam que não, sendo que duas delas responderam não, inicialmente, mas modificaram suas opiniões em seguida.

Entretanto, ao analisarmos os subgrupos HAC e DHEG, observa-se diferença entre os dados, pois todas as hipertensas crônicas afirmaram ter medo e quando perguntadas sobre o tipo de medo, elas referiram ao medo de perder o filho, com exceção de uma delas,

que tinha dúvida sobre a paternidade do bebê e para ela, isso era mais ansiógeno naquele momento.

No grupo DHEG, somente duas manifestaram ter medo, uma delas disse categoricamente que não tem medo e duas afirmaram, inicialmente, não ter medo, mas modificaram a opinião em seguida. Quando perguntadas sobre o tipo de medo, elas também responderam que é principalmente, em relação à possibilidade de perda fetal. Essa preocupação mostra-se predominante nas mães com hipertensão, uma vez que isto lhes é apresentado pela equipe médica como consequência forte do quadro hipertensivo.

O medo de perda fetal é real, considerando-se a fonte da informação, que faz uso dessa possibilidade como meio de garantir maior adesão ao tratamento. A possibilidade de perda do feto é lembrada a cada retorno médico, momento em que o estado emocional favorece a concentração das atenções dessas gestantes naquilo que lhes é mais marcante e essa informação, com certeza, fica retida de modo muito significativo, tornando-as suscetíveis às elaborações de fantasias e medos.

Esses processos são comuns em qualquer gestação, porém, para as grávidas hipertensas, eles apresentam-se mais ameaçadores que a realidade, quando esta lhes é bem apresentada.

“tenho medo de escuro, e medo de perder o meu bebê (...) medo de chegar no final e não poder ter ele...” (HAC 3)

Nas gestantes normais, observa-se que o medo maior refere-se à possibilidade de ocorrência de algum problema relacionado ao parto, onde a mãe pode ir a óbito ou pode

ocorrer algum agravante perinatal ao bebê, preocupações estas, muito presentes no terceiro trimestre de gravidez, segundo Maldonado (1997).

Nas gestantes hipertensas, o medo é relacionado, predominantemente, ao risco de perda do bebê ou a problemas para a mãe ainda no período em que ela está gestando. Parece que ainda não houve tempo suficiente para elaboração do momento do parto, não havendo espaço, talvez por processos defensivos, para emergirem outras preocupações relacionadas a ele.

Um outro fator a ser observado nos relatos das gestantes hipertensas, em especial as portadoras de DHEG, é a associação da hipertensão com a eclâmpsia ou pré-eclâmpsia como sendo sinônimos, ou o pensamento de que o encadeamento para este quadro mais grave seria natural e progressivo. No relato sobre suposta gravidade do quadro não foi observado, em nenhum deles, o temor pelo óbito da mãe, apenas o medo frente à possibilidade de perda do feto.

Uma hipótese interpretativa seria a de que todas as atenções da gestante e sua energia vital apresentam-se canalizadas ao feto, em seu desenvolvimento saudável. Segundo Maldonado (1997), neste período gestacional, o feto passa a ser visto pelas gestantes como alguém separado de si. Canavarro (2001) considera este período como sendo preparatório para a separação mãe-feto, o que vem concretizar-se com o parto.

Outra possibilidade interpretativa é a de que ainda não houve desvinculação com o feto, e ele ainda é percebido pela grávida como uma extensão de si, ao contrário do que preconiza Maldonado (1997). Neste caso, a possibilidade de morte fetal representa também a morte materna, e em termos simbólicos, sem o filho não existe a mãe, passando a existir apenas a mulher, uma mulher que não conseguiu levar uma gestação a termo. Para as gestantes, essa imagem passa a ser terrorífica, imersa em uma angústia tão intensa que mecanismos

defensivos, como a negação, encarregam-se de representar esta possibilidade como inexistente, impedindo-as de verbalizarem o medo da própria morte.

5.2. Psicodiagnóstico de Rorschach

De acordo com os objetivos deste trabalho, os resultados foram estudados a partir das variáveis principais que diferenciaram os grupos.

Para cada grupo serão apresentadas sínteses sobre o funcionamento lógico e o funcionamento afetivo predominante nas grávidas estudadas.

No Psicodiagnóstico de Rorschach, foram selecionadas as seguintes variáveis na análise do funcionamento lógico: Tipo de Apreensão (T.A.), F%, F+%, A%, e Ban. Quanto ao funcionamento afetivo, foram selecionadas as variáveis: Tipo de Ressonância Íntima (T.R.I.), Tendências Latentes (T.L.), Fórmula de Angústia (F.A.) e as fórmulas dos controles afetivos (FC: CF + C; FE: EF + E; K: Σk). A seleção destas variáveis foi realizada seguindo critérios estabelecidos por Traubenberg (1998).

Serão apresentados na Tabela 10, os dados obtidos após o trabalho de análise e codificação das respostas no Psicodiagnóstico de Rorschach, segundo Pasian (2000).

Tabela 10. Resultados obtidos através do Psicodiagnóstico de Rorschach

Diag	R	Ra	G%	D%	Dd	Dbl	Do	F%	F+%	A%	H%	Ban%	T.R.I.	T.L.	3ª f.	F.A.%
Normal																
1	13	-	62 ↑↑	15 ↓↓	23 ↑	-	-	54 ↑↑	43 ↓↓	38 ↓↓	8 ↓↓	23 ↓	E.D.	I.P.	Amb.	54 ↑
2	11 ↓	1	81 ↑↑	18 ↓↓	0 ↓↓	-	-	73 ↑↑	75 ↑	55	9 ↓	27	Coartado	Coartativo	Amb.	27 ↑
3	12	-	42	42 ↑	17	-	-	58 ↑↑	57 ↓	75 ↑	8 ↓↓	33 ↑	E.D.	I.P.	Extra	0
4	6 ↓↓	-	33 ↓	50 ↑	17	-	-	83 ↑↑	80 ↑↑	67 ↑	17	33 ↑	Coartado	Coartado	Amb.	17 ↑●
5	9 ↓	-	56	33	33 ↑↑	-	-	89 ↑↑	0 ↓↓	0 ↓↓	33 ↑↑	0 ↓↓	Coartado	Coartado	Intro	89
6	8 ↓	1	50	13 ↓↓	13	13 ↑	-	25 ↓	0 ↓↓	50	25 ↑	50 ↑	Coartativo	I.P.	Amb.	0
7	9 ↓	-	44	55 ↑↑	0 ↓↓	-	-	78 ↑↑	86 ↑	89 ↑↑	11	33 ↑●	Coartativo	Coartativo	Extra	0
8	12	1	75 ↑↑	25 ↓	0 ↓↓	-	-	33	50 ↓	92 ↑↑	8 ↓	25	Coartado	I.P.	Amb.	0
9	25 ↑	-	16 ↓↓	46 ↑	36 ↑↑	4 ↑	-	60 ↑↑	40 ↓↓	48 ↓●	16	8 ↓↓	Coartativo	I.P.	Amb.	32 ↑↑
10	13	-	31 ↓	54 ↑↑	15	-	-	85 ↑↑	8 ↓↓	31 ↓	23 ↑	31	coartado	I.P.	Amb.	61 ↑↑
Med			47 ↓●	37.5 ↑	16			66.5 ↑↑	46.5 ↓↓	52.5		29				22
HAC																
1	10 ↓	-	100 ↑↑	- ↓↓	- ↓↓	-	-	40 ↑	25 ↓↓	70 ↑↑	20 ↑	20 ↓	Coartado	I.P.	Intro	0
2	13	-	23 ↓↓	46 ↑	31 ↑↑	-	-	69 ↑↑	44 ↓	46 ↓●	0 ↓↓	23 ↓	Coartado	I.D.	Amb.	46 ↑
3	18 ↑	2 ↑	44	33	22 ↑	-	-	55 ↑↑	45 ↓↓	40 ↓	11 ↓	11 ↓↓	I.D.	I.D.	Extra	5,6 ↓
4	9 ↓	-	11 ↓↓	66 ↑↑	22 ↑	-	-	78 ↑↑	0 ↓↓↓	22 ↓↓	33 ↑↑	11 ↓↓	Coartado	Coartativo	Extra	77 ↑↑↑
5	8 ↓	-	37	37	25 ↑	-	-	50 ↑↑	25 ↓↓	63 ↑	0 ↓↓	25 ↓●	Coartado	I.P.	Intro	38 ↑↑
Med			37 ↓	37 ↑	22 ↑↑			55 ↑↑	25 ↓↓↓	46 ↓		20 ↓↓				38 ↑↑
DHEG																
1	13	-	69 ↑	31	- ↓↓	-	-	38	60	54	0 ↓↓	15 ↓	E.P.	I.D.	Extra	0
2	9 ↓↓	-	89 ↑↑	11 ↓↓	- ↓↓	-	-	67 ↑↑	33 ↓↓	33 ↓	22 ↑	22 ↓●	Coartativo	Coartativo	Intro	55 ↑↑
3	7 ↓↓	-	71 ↑↑	29	- ↓↓	-	-	43 ↑	100 ↑↑	71 ↑↑	14	0 ↓↓	E.P.	Coartativo	Intro	0
4	14	-	50	21 ↓	29 ↑	-	-	43 ↑	33 ↓↓	71 ↑↑	7 ↓↓	7 ↓↓	E.P.	I.P.	Intro	0
5	16 ↑●	-	63 ↑	37	- ↓↓	-	-	69 ↑↑	36 ↓↓	75 ↑↑	13	31 ↑●	Coartativo	I.P.	Amb.	19 ↑●
Med			69 ↑↑	29 ↓	0 ↓↓			43 ↑↑	36 ↓↓	71 ↑↑		15 ↓↓				

Sinal (●): Indica Tendência

5.2.1. Caracterização do Grupo A – Mulheres com Gestação Normal

Observamos, neste grupo, uma maior variabilidade na forma de interpretação da realidade e na seleção das partes interpretadas (G, D e Dd). Frente a isso, não é possível afirmar que haja uma característica típica nesse grupo, quanto à forma de contato e apreensão do real, podendo variar da forma mais generalista à minuciosa.

Isso denota que as participantes deste grupo apresentam capacidade de contato com a realidade (respostas G), ou seja, capacidade de interação com as pessoas, com os acontecimentos e em seus respectivos contextos, porém, quando o fazem, este contato é estabelecido de forma a abranger o todo da situação, sem muita objetividade e precisão. Ao tentarem exercer o controle sobre o ambiente em sua totalidade, a superficialidade nos contatos se faz presente, sendo que não apresentam recursos para maiores elaborações (todas G primárias), ou seja, a capacidade de síntese fica prejudicada, tendendo então, à abstração.

Este funcionamento, segundo Anzieu (1986), poderia constituir-se num sinal de inteligência, denotando capacidade de visualização das situações de maneira global, ou então, de debilidade mental (sincretismo, confusão entre o todo e parte), ou ainda de repressão, refugiando-se em generalidades para não entrar nos detalhes significativos, em termos da problemática.

Nas gestantes estudadas, os resultados indicam uma inteligência normal com sinais indicativos da presença de mecanismos repressivos em atuação. Estes mecanismos parecem estar sendo efetivos, pois observa-se um bom nível funcional nas mulheres estudadas.

Observa-se ainda, no mesmo grupo, algumas mulheres que apresentaram um outro tipo de funcionamento em seus contatos com a realidade, caracterizado pelo pensamento prático e detalhamento (respostas D), indicando um bom senso de realidade e capacidade de enfrentar os problemas cotidianos de forma mais direta e objetiva.

Segundo Traubenberg (1998), “esse tipo de resposta caracteriza uma capacidade de diferenciação perceptiva que tem, por corolário, mais ou menos aparente, uma melhor diferenciação afetiva, uma discriminação mais precisa do conceito de si, de sua posição em relação a outrem”.

Notamos também, neste grupo, que algumas mulheres elevam o número de respostas convencionais enquanto há outras que diminuem esse número, porém, calculando-se mediana do grupo, observamos se que ela se encontra dentro da média esperada. Esta característica é referente ao número de respostas “Ban”, que são indicadores do entrosamento ou adequação social do indivíduo. Desta forma, este grupo caracteriza-se por sua adequação dentro do ambiente em que estão inseridas, respeitadas as nuances individuais dentro do estado gravídico em que se encontram.

Quanto ao funcionamento afetivo, observa-se uma predominante elevação do F%, revelando um esforço de controle racional sobre as vivências afetivas. Este movimento é mantido às custas de mecanismos defensivos, como a repressão e sublimação, de forma que o comportamento expresso é mantido dentro da superficialidade e da convencionalidade estabelecida pelo ambiente. Entende-se como sublimação, o conceito de Freud (1990), que afirmava ser o deslocamento da finalidade instintiva, em conformidade com valores sociais mais elevados, pressupondo a aceitação, ou pelo menos, o conhecimento de tais valores, denotando aí, a existência e atuação do superego.

Observamos ainda a existência de recursos afetivos que, no momento, apresentam-se mais voltados à reflexão e à elaboração interna de necessidades que se mostram mais relevantes no momento, denotando assim, um nível elevado de sensibilidade ao meio.

Desta forma, verificamos a tendência ao recolhimento como forma de autoproteção, frente ao alto grau de sensibilidade presente. Sendo assim, os recursos internos encontram-se canalizados no controle desses afetos. Este movimento parece estar sendo eficiente, pois é possível observar um baixo nível de conflito e ansiedade nas mulheres com gestação normal, possibilitando assim, os contatos humanos positivos.

Assim como foi constatado por Cury (1997) e discutido na tabela 8 deste trabalho, observamos nas mulheres deste grupo, ou seja, mulheres com gestação normal, características de egocentrismo, infantilismo, impulsividade e conseqüente adaptação insegura ao ambiente, combinadas com sentimentos de medo e tristeza, alternados com momentos de alegria e também, ansiedade, muitas vezes relacionados a conflitos internos que se mostram exacerbados pela gravidez.

No contato com essas grávidas, é importante que tais características, apresentadas como sendo normais no período em que se encontram, sejam, primeiramente, compreendidas e a partir de então, norteadoras da qualidade do atendimento que se faz necessário a elas.

Através destas características, podemos afirmar que as grávidas com gestação normal mostram uma acessibilidade seletiva, normalmente abertas ao contato, desde que saibam que se encontram em território seguro, o que aponta uma característica inata de proteção ao seu filho. Dentro desse contato positivo que são capazes de estabelecer com o ambiente, mostram-se altamente sensíveis, emocionando-se facilmente com fatos que

aparentemente mostram-se banais ao restante do mundo, acarretando-lhes, muitas vezes, comportamentos de incompreensão.

Dentro deste contexto, é preciso que, no contato do profissional de saúde, as informações sejam passadas às gestantes de forma clara, dentro de um vocabulário acessível a elas. É importante ceder-lhes um espaço, no momento da consulta, para que seus pensamentos possam ser expressos e as dúvidas esclarecidas, não dando margem às fantasias que são facilmente suscitadas quando algo importante não é resolvido, resultando assim, em sentimentos de medo e ansiedade.

Mostra-se necessário, então, que a equipe de saúde esteja atenta a essas características, para que a gestação possa desenvolver-se de forma tranqüila, sem intercorrências que possam vir a colocar o feto e/ou a gestante em condição de perigo.

5.2.2. Caracterização do Grupo B1 – Mulheres com Hipertensão Arterial Crônica

Segundo Sjezer & Stewart (1997), a hipertensão arterial é uma doença cujos mecanismos se conhecem parcialmente, não obstante tenha causas fisiológicas evidentes e também pode ser compreendida, dentro da visão psicanalítica, como um sintoma mental. Os medicamentos passariam a ser somente um tratamento sintomático obrigatório, porém, a hipertensão arterial, para um número considerável de casos, pode ser entendida como um sintoma de conflitos e tensões psíquicas não-resolvidas.

As consultas freqüentes, a vigilância sobre medicação e as internações hospitalares, são cuidados que comumente se fazem necessários, frente aos picos de hipertensão que podem ocorrer neste quadro, como relatou Tedesco (1997). No caso da hipertensão arterial preexistente à gravidez, Sjezer & Stewart (1997) afirmam que ela pode ser considerada como ligada ao contexto geral da história da mulher, supondo-se que conflitos anteriores podem ter sido despertados ou acentuados com a sua ocorrência, a ponto de ameaçarem a possibilidade de que ela chegue a termo.

São processos inconscientes que podem ou não estar envolvidos, dependendo muito das características de cada caso. Ressaltamos, todavia, a importância de se considerarem, no contato com estas pacientes, os aspectos psicológicos presentes, porém, nem sempre aparentes, que podem estar envolvidos no processo da doença.

Procuramos observar, através do Psicodiagnóstico de Rorschach, algumas características estruturais destas gestantes, as quais podem estar relacionadas com o sintoma apresentado.

Segundo os índices obtidos no Psicodiagnóstico de Rorschach, este grupo caracteriza-se pela minuciosidade na forma de interpretação da realidade (D e Dd elevados), sugerindo um apego minucioso à realidade.

Isso caracteriza um funcionamento onde a percepção real do ambiente é minimizada, denotando um fechamento perceptual sobre o mesmo. O ambiente passa a ser observado, analisado e introjetado, dentro dos limites perceptuais observados nas gestantes deste grupo, ou seja, dentro de um prisma parcial, que nem sempre retrata a realidade, pois houve dificuldade em avaliá-la dentro do contexto mais amplo em que se encontra. Não se trata de criar uma visão distanciada do real, mas sim, uma visão particularizada, dentro dos limites perceptivos presentes.

Essa limitação perceptiva é sintomática, frente aos mecanismos repressivos existentes, determinados pela elevação do F%, denotando esforço na obtenção do controle racional sobre suas vivências afetivas.

Notamos, neste grupo, um rebaixamento no número de respostas convencionais (Ban), indicadoras do nível de entrosamento ou adequação social das gestantes estudadas. Desta forma, este grupo caracteriza-se por sua despreocupação em adequarem-se ao ambiente em que estão inseridas, respeitadas as nuances individuais dentro do estado gravídico em que se encontram.

Entretanto, observamos o desejo em controlar o ambiente, que ocorre através da minuciosidade em todos os movimentos exercidos sobre ele. Essa dinâmica acaba resultando em sentimentos de frustração, frente à impossibilidade de controle sobre os próprios impulsos, devido ao pouco ajuste perceptivo observado.

Observamos a existência de recursos adaptativos, porém estes se encontram predominantemente voltados para si mesmos, revelando pouca receptividade aos estímulos externos, por serem percebidos dentro do limite perceptivo presente.

As gestantes hipertensas crônicas, que participaram deste estudo, mostram-se restritas nos contatos com o ambiente e quando o fazem, eles ocorrem imbuídos de minuciosidade e elevado nível de exigência, muitas vezes, fora dos padrões considerados normais. Apresentam-se como pessoas extremamente racionais e lógicas, porém com pouco ajuste perceptivo (F+% rebaixado), que se mostra insuficiente para concluir as tarefas cotidianas em nível satisfatório para si.

Os recursos afetivos dessas gestantes são mantidos sob fortes mecanismos, como a repressão e a negação pois, caso seus impulsos venham à tona, ocorre uma inabilidade em lidar com esses conteúdos. Freud (1990) conceitua a repressão como sendo a manutenção fora do ego consciente ou na expulsão do mesmo de qualquer idéia ou afeto. Dentro desse funcionamento, a formação de sintomas pode representar um alívio temporário na tarefa de dominar ou simplesmente entrar em contato com seus conflitos. Isso vem a dificultar os contatos humanos, que são mantidos a uma distância considerada segura para si.

Essa dinâmica de controle insuficiente sobre seus afetos acentua os sentimentos de frustração, frente à incapacidade de controle sobre fatores externos. Isso eleva ainda mais os níveis de ansiedade, acionando assim, os mecanismos de defesa, que, segundo Freud (1990), surgem em plena força, sempre que um acesso súbito de energia instintiva ameaça perturbar o equilíbrio das instituições psíquicas, como é normalmente nos casos dos quadros onde há mudanças fisiológicas, como ocorre na gravidez, na puberdade ou no climatério.

Por outro lado, Soifer (1986), afirma que, além da negação e projeção, a gestante recorre também aos mecanismos maníacos, que em alguns casos podem manifestar-se de forma exagerada e exemplifica com o caso da hipertensão na gravidez, onde a grávida desenvolve uma dinâmica em que todos que a rodeiam, desde os familiares até a equipe de saúde que a assiste, ficam pendentes de seus cuidados. Essa dinâmica passa a ser, portanto, uma forma concreta de controle sobre o ambiente.

Essas são hipóteses de funcionamento que apontam alguns cuidados que podem ser considerados no atendimento dispensado às gestantes hipertensas crônicas.

Por serem extremamente ansiosas, seria adequado que, as informações e condutas passadas a elas sejam pontuais e sintéticas, numa linguagem acessível a sua compreensão. Além disso, que essas “tarefas” possam ser efetuadas num curto espaço de tempo, por exemplo, até o próximo retorno. Ceder-lhes espaço para colocarem suas opiniões e dúvidas, passa a ser fundamental pois, possibilita que elas sintam-se atuantes e fundamentais no processo de ajuda ao estabelecimento de sua saúde e da saúde de seu filho. Desta forma, são conciliados os cuidados profissionais às necessidades de dominação e controle sobre o ambiente, característica essa bastante observada nesse grupo.

5.2.3. Caracterização do Grupo B2 – Mulheres com Doença Hipertensiva Específica da Gestação (DHEG)

Segundo vários autores (Amaral et al.,1995; Gaio et al., 2001; Cunningham et al., 2001), a etiologia da DHEG ainda é desconhecida, não havendo ainda dados conclusivos a respeito. Alguns fatores podem estar associados: a primiparidade, extremos da vida reprodutiva, raça negra, má nutrição materna, tipo constitucional, estado psicológico e obesidade, porém, ainda não há dados definitivos nesse tema.

Para compreensão da dinâmica psicológica dessas gestantes, é importante considerar todos os aspectos discutidos a respeito de gravidez de alto risco. Especial atenção deve ser dada ao grupo de gestações onde o fator condicionante do quadro surgiu após o início da gravidez, que, segundo Tedesco (1997) e Szejer & Stewart (1997), tem aspectos e significados totalmente diferentes, tanto da gestação normal como daquelas onde o fator de risco era preexistente.

Segundo Tedesco (1997), estas grávidas podem exibir os sinais clássicos da reação de luto, descrevendo quatro estágios para este processo: impacto e descrença; busca e sensibilização; desorganização e desapego; resolução e reorganização. Para elas, o luto seria resultante da “morte” da gravidez idealizada, livre das intercorrências que não esperava ter. Isso foi também observado por Quayle (1997), em gestantes que recebiam diagnóstico de morte fetal ou anomalia fetal e, por isso, uma nova condição de relações e de vida teria que ser elaborada.

O processamento desses sentimentos não é tão simples, sendo que, muitas vezes, o impacto e a descrença apresentam-se como meios de defesa encontrados para autoproteção.

Para Tedesco (1997), o casal pode negar-se a acreditar nos riscos sobre os quais foi informado, sinalizando tal fato ao adotar o comportamento de negação da complicação, ou seja, do quadro hipertensivo. Essa negação também pode ser manifestada através do esquecimento das recomendações médicas ou pela solicitação de alta, como forma de evitar tomar contato com a problemática.

A segunda fase do mesmo processo envolve questionamentos sobre o porquê do acontecimento, suscitando sentimentos de culpa, punição e autocensura, na tentativa de encontrar explicações racionais para a doença. Dando prosseguimento ao processo, surge a fase de desapego, quando a grávida de alto risco tende a apresentar sentimentos de insegurança, confusão, apresentando uma conduta desorganizada com as informações recebidas e sobre as decisões a tomar. Tornam-se comuns, nesta fase, os sentimentos de infelicidade e isolamento, que levam à raiva, muitas vezes dirigida à equipe de saúde que as atende. Por último e, felizmente, a maioria alcança algum nível de resolução, de forma a tentar reorganizar suas vidas, dentro das novas condições estabelecida para a gravidez.

Levando em consideração toda essa dinâmica envolvida, procuramos, através da validação cruzada dos índices significativos do Psicodiagnóstico de Rorschach e do DFH, fazer uma leitura dinâmica do perfil encontrado nas grávidas com DHEG, participantes deste estudo.

Quanto à forma de apreensão da realidade, este grupo tende a mostrar maior superficialidade nesta interpretação e também uma forma generalista na seleção das partes interpretadas ao serem comparadas aos grupos A e B1, o que sugere um funcionamento onde a realidade é encarada de uma forma extremamente ampla. Observamos nestas gestantes uma tendência de englobar todos os estímulos presentes em sua totalidade,

porém, sem muita elaboração, ou seja, de forma superficial, por não existirem recursos internos para tal, característica que as assemelha às daquelas do grupo A.

Isso denota que as participantes deste grupo, assim como as do grupo A, apresentam capacidade de contato com a realidade, demonstrada pela possibilidade de interação interpessoal com os acontecimentos cotidianos e em seus respectivos contextos. Entretanto, quando o fazem, este contato é estabelecido na tentativa de obterem o controle sobre a totalidade da situação e tudo que lhe é inerente, sem muita objetividade e precisão.

Nesta tentativa, a superficialidade nos contatos se faz presente, sendo que não apresentam recursos suficientes para maiores elaborações, ou seja, a capacidade de síntese fica prejudicada, tendendo então, à abstração.

Este funcionamento, segundo Anzieu (1986), poderia estar sinalizando mecanismos repressivos, onde o pensamento é apresentado refugiando-se em generalidades, para não entrar nos detalhes significativos, em termos da problemática vivenciada.

Notamos também, neste grupo (B2 – DHEG), que o número de respostas convencionais (Ban) encontra-se bem rebaixado. Elas são indicativas do nível de entrosamento ou adequação social das gestantes estudadas. Desta forma caracterizam-se por sua despreocupação em adequarem-se ao ambiente em que estão inseridas, respeitadas as nuances individuais dentro do estado gravídico em que se encontram.

Observamos também neste grupo uma elevação do F%, revelando tendências ao controle racional sobre seus impulsos afetivos, os quais se mostram intensificados no momento, talvez por elas estarem vivenciando o estado gravídico, sendo que, para a maioria, trata-se da primeira gestação. Entretanto, pela obtenção do controle, este esforço

ocorre com pouco ajuste adaptativo, mostrando-se insuficiente e ineficiente, frente ao investimento emocional envolvido na situação vivenciada.

Quanto ao funcionamento afetivo, observamos nestas gestantes a existência de recursos internos para tal, porém, predominantemente voltados à reflexão, tendendo a vivenciarem seus afetos de forma mais contida, mantidos através de mecanismos repressivos. Esse funcionamento confirma os dados observados na gestação normal e também por Cury (1997), onde a introversão e narcisismo mostram-se presentes.

As gestantes sinalizam também a existência de conteúdos reveladores de expressividade afetiva, porém, apresentam-se contidas sob fortes mecanismos repressivos, talvez pela inabilidade demonstrada nos poucos momentos em que esses afetos vieram à tona.

Essa dinâmica de funcionamento revela que essas mulheres tendem a vivenciar as novas situações de uma forma bastante ampla e com uma impulsividade elevada. Isso ocorre de forma pouco contida e com pouco domínio sobre seus impulsos, dada à característica predominante de introversão. Essa dinâmica vem a dificultar os contatos humanos positivos, frente ao nível de sensibilidade elevado e quando ocorrem, é de maneira mais restrita.

Diante disso, surgem sentimentos de inadequação e insatisfação, elevando assim os níveis de ansiedade frente a uma nova situação vivenciada.

A partir destas características, podemos afirmar que as grávidas com DHEG mostram restrições no contato com o meio, principalmente quando se sentem ameaçadas por ele, apresentando aí mecanismos de projeção, denotando sua dificuldade em aceitar o quadro hipertensivo e os possíveis riscos que isso acarreta ao feto. Essa condição as coloca como responsáveis pela possibilidade real de óbito fetal, prejudicando, assim, as

adaptações necessárias durante a gravidez, fundamentais à formação de vínculo da mãe com o filho. Dentro desse contato restrito o qual são capazes de estabelecer com o ambiente, demonstram uma sensibilidade elevada, emocionando-se facilmente com fatos que aparentemente mostram-se banais ao restante do mundo, assim como ocorre nas gestações normais, acarretando-lhes, muitas vezes, comportamentos de incompreensão.

Dentro deste contexto, o profissional de saúde mental, teoricamente apto a lidar com essas vivências, poderia atuar na mediação entre os profissionais e as gestantes atendidas, adequando a abordagem nos atendimentos e também, nos casos que se fizerem necessários, trabalhar dentro de uma abordagem focalizada, em psicoterapia breve.

O cuidado na transmissão das informações é primordial, sendo necessário que elas sejam feitas de forma clara, dentro de um vocabulário acessível a elas. Segundo Quayle (1997), a atenção ao vocabulário utilizado é vital para que o conteúdo possa ser apreendido pela paciente.

A quantidade de informações a serem passadas deve ser analisada, tendo em vista a característica dessas gestantes de tentarem resolver todo e qualquer problema de uma só vez. Essa postura, normalmente, eleva a problemática a dimensões que nem sempre retratam a realidade. Portanto, devido ao fato dos retornos serem mais freqüentes em relação à gestação normal, é preciso que sejam passadas poucas informações em cada consulta, para que elas possam ser assimiladas e a realidade possa ser compreendida. Essas informações devem ser pontuais, estabelecendo-se metas a serem atingidas a cada retorno médico. Desta forma, a gestante é poupada de tarefas que lhe parecem grandiosas, o que poderia levá-las a uma maior elevação dos níveis de ansiedade.

Seria importante, também, para essas gestantes, ceder-lhes um espaço no momento da consulta, para que seus pensamentos possam ser externalizados e as dúvidas

esclarecidas. Isso dificulta a possibilidade de problemas existentes adquirirem uma dimensão muito maior e mais grave do que o são na realidade ou serem vivenciados nessa dimensão.

Esses seriam alguns cuidados, aparentemente simples, que podem ser incorporados no atendimento integrado a essas gestantes.

5.3. Desenho da Figura Humana

Para Van Kolck (1984), a análise de uma produção gráfica deve ser feita através dos três processos de interpretação: o adaptativo, o expressivo e o projetivo.

O processo adaptativo consistiria na verificação da adaptação ao tema (se o desenho está de acordo com o solicitado) e a adaptação gráfica (se o desenho está de acordo com a evolução geral do grafismo, com a realização própria do sexo e do nível sócio-econômico-cultural e eventualmente, com a de determinados grupos patológicos).

Os aspectos expressivos constituem os “*aspectos gerais do desenho*”, que neste trabalho, serão avaliados através dos aspectos estruturais/formais, os quais constituem traços gráficos que podem ser analisados de maneira geral, mas exigindo uma adaptação própria ao tema executado.

Herzberg (1986 e 1993), em seu trabalho de doutoramento, constatou-se que os aspectos estruturais/formais dos desenhos revelam-se como sendo os mais ricos para fins de análise, comprovando dados observados inclusive pela autora da técnica.

Assim, serão apresentados neste trabalho, os resultados obtidos na avaliação da primeira figura, por considerarmos que as diferenças observadas foram mais representativas nela. Para esta análise, selecionamos somente alguns índices dos aspectos gerais (posição da folha, localização da figura na folha, tamanho em relação à folha e qualidades no grafismo) e alguns índices dos aspectos formais (tema, postura da figura, transparência, indicadores de conflito e ordem das figuras) dos desenhos, seguindo critérios de Van Kolck (1984). Os anexos 4, 5 e 6 exemplificam as produções obtidas em cada grupo.

5.3.1. Aspectos gerais dos desenhos – adaptativos

Tabela 11 – Aspectos Gerais da primeira figura desenhada

Índices		Normal (Grupo A)	Hipertensão (Grupo B)	
			HAC	DHEG
1. Posição na folha	Vertical	10	3	4
	Horizontal	-	2	1
2. Loc. na página	Centro	-		3
	1º quadrante			
	2º quadrante			
	3º quadrante	1		
	4º quadrante		3	
	Metade superior	2		
	Metade inferior	1	1	
	Metade direita			
	Metade esquerda	6	1	2
3. Tamanho em relação à folha	Grande		1	2
	Médio	4	1	3
	Pequeno	5	2	
	Muito pequeno	1	1	
4. Qualidades do grafismo	Linha média	8	1	2
	Linha fina	2	2	3
	Linha grossa		2	
	Traço contínuo *	6	2	
	Avanço-recuo *	2	3	3
	Trêmulo *	1		
	Sombreado *		1	
	Interrompido *	1		1

* Os traços dos desenhos podem ser caracterizados por mais de uma variável.

5.3.1.1. Posição da folha

Num sentido geral, as interpretações neste item se voltam para a forma como o sujeito se posiciona no ambiente e a sua interação com ele.

Através da Tab. 11, observamos na primeira figura, uma diferença importante entre os grupos estudados neste trabalho. No grupo A (gestação normal), todas as gestantes executaram seus desenhos na posição vertical da folha, indicando que a tendência dessas participantes é a aceitação da situação que lhes foi apresentada. Já nos grupos B1 (HAC) e B2 (DHEG), observamos um comportamento diferente, pois duas do primeiro e uma no segundo grupo posicionaram suas folhas na horizontal, modificando, portanto, a posição nas quais elas haviam sido oferecidas o que é indicador de que o comportamento habitual dessas gestantes não é o de aceitação das situações que lhes são apresentadas, mas sim de contestação, o que pode estar relacionado com a dificuldade de contatos humanos positivos, como foi observado no Psicodiagnóstico de Rorschach. Na prática, essa característica interfere negativamente, por exemplo, na adesão dos tratamentos indicados, uma vez que eles não são bem aceitos. Receber bem ou não uma orientação, está diretamente ligada à forma como ela lhes foi passada.

5.3.1.2. Localização do desenho da folha

As interpretações neste item, de forma geral, se voltam para a orientação geral do sujeito no ambiente e consigo.

Observamos na Tabela 11, entre os grupos estudados, que a tendência do grupo A, foi desenhar na metade esquerda e no terceiro quadrante da folha, o que é indicativo da presença de conflitos, posturas egocêntricas e regressivas e fixação em estágios mais

primitivos, características comuns em gestações normais, segundo Cury (1997) e Tedesco (1997).

No grupo B1 (HAC), observamos que os desenhos localizaram-se, predominantemente, no quarto quadrante, na metade esquerda e metade inferior da folha, denotando sentimentos de introversão, egoísmo, orientação para o concreto, insegurança e inadequação, podendo ou não ser acompanhados por depressão. Esses resultados confirmam os obtidos através do Psicodiagnóstico de Rorschach, no qual este grupo caracterizou-se pela necessidade de controle do ambiente, através dos mínimos detalhes contidos nele, a qual mostra-se acompanhada por sentimentos de insegurança e inadequação frente ao meio.

No grupo B2 (DHEG), os desenhos localizaram-se no centro e metade esquerda da folha, denotando segurança, autovalorização, emotividade, centradas em si mesmas, podendo ser acompanhadas de momentos regressivos e de conflitos. Esse índice mostra uma melhor adequação dessas gestantes à condição que estão vivenciando, diferindo dos resultados observados até o momento. Entretanto estes dados podem estar relacionados ao esforço pelo controle racional sobre os impulsos afetivos, observado nos dados do Rorschach.

5.3.1.3. Tamanho do desenho

Para Hammer (1981), o tamanho do desenho refere-se à auto-estima e auto-expansividade. Assim, desenhos pequenos refletem sentimentos de inadequação ao ambiente, tendência ao retraimento, enquanto que os muito grandes seriam decorrentes de sentimentos de constrição emocional com fantasia compensatórias, agressividade ou descarga motora.

Observou-se que, no grupo A, cinco mulheres (metade das participantes) desenharam figuras pequenas, uma desenhou a figura muito pequena e quatro participantes desenharam figuras de tamanho médio, havendo prevalência de desenhos de tamanho mediano. Segundo Van Kolck (1984), as figuras medianas são esperadas na população adulta, nada havendo a interpretar sobre elas, enquanto que as pequenas e muito pequenas são indicativas de sentimentos de inferioridade, inibição, comportamento emocionalmente dependente, ansiedade presente. Observamos nas participantes que estas características estão acompanhadas de sentimentos de inadequação, com tendência ao isolamento, talvez como forma de auto-proteção. Esse movimento é coerente com o caráter regressivo da gravidez, apontado por Soifer (1986).

No grupo B1 (HAC), as gestantes produziram um desenho de tamanho médio, um grande, um muito pequeno e dois pequenos, respectivamente, prevalecendo portanto, desenhos de tamanho pequeno, denotando também, sentimentos de inferioridade, inibição e ansiedade.

No grupo B2 (DHEG), observamos a ocorrência de dois desenhos de tamanho grande, indicadores de sentimentos de expansão e agressão, falta de controle, narcisismo e idéias de grandeza que poderiam estar encobrindo sentimentos de inadequação. Esses resultados foram observados nos dados de entrevista e no Psicodiagnóstico de Rorschach para o grupo como um todo. As características acima citadas podem ser compreendidas como uma tendência do grupo, uma vez que os outros três desenhos foram de tamanho médio, nada havendo a interpretar.

5.3.1.4. Qualidades do grafismo

De forma geral, o tipo de linha e a consistência do traçado, indicam a manifestação de energia do sujeito no ambiente em que ele se encontra. Observou-se que no grupo A, seis participantes definiram sua produção gráfica apresentando linha média e traço contínuo, indicando capacidade de decisão, energia e esforço dirigido. Outras duas apresentaram linha média acompanhadas por avanço-recuo, denotando sinais de emotividade, ansiedade presente, insegurança e hesitação ao depararem-se com novas situações, características essas esperadas na gestação normal.

No grupo B (HAC), uma das gestantes produziu um desenho com linha média e traçado contínuo, o que mostra adequação e estabilidade do sujeito, outros duas produziram desenhos com linha grossa, denotando energia, agressão para com o ambiente e esforço racional para manter o equilíbrio, sendo um deles com traço contínuo, sugerindo um pouco mais de estabilidade e outro com traço avanço-recuo, denotando sinais de insegurança e ansiedade acompanhando o quadro. Outras duas participantes apresentaram desenhos com linha fina e traço avanço-recuo, denotando também insegurança, timidez, falta de energia, elevação da sensibilidade, e sentimentos de ansiedade frente a novas situações. Observamos neste grupo, um funcionamento psíquico com o predomínio da lógica sobre a afetividade. Este esforço mostra-se eficiente porém, às custas de mecanismos repressivos que tendem a manter os impulsos sob controle. Assim como foi possível observar nos dados de entrevista e no Psicodiagnóstico de Rorschach, este grupo caracteriza-se pela postura rígida e exigente consigo e com os outros, denotando uma profunda insatisfação pessoal, que tende a ser projetada no ambiente que a cerca.

No grupo B2 (DHEG), observamos três desenhos com linha fina acompanhadas por traçado de avanço-recuo, denotando também, emotividade, insegurança, indicando ansiedade presente. Os outros dois desenhos apresentaram linha fina com traçado de avanço-recuo, indicativos de insegurança, timidez, alta sensibilidade e falta de confiança em si. Observamos neste grupo, portanto, o predomínio de funcionamentos psíquicos, onde sentimentos apresentados tendem a elevar os graus de ansiedade das gestantes, assim como foi constatado pelos dados de entrevista e pelo Psicodiagnóstico de Rorschach.

5.3.2. Aspectos Formais - Expressivos

Tabela 12 – Aspectos Formais da primeira figura desenhada

Índices		Normal (Grupo A)	Hipertensão (Grupo B)	
			HAC	DHEG
1. Tema	Figura mais jovem	5	5	1
	Figura mais velha	-	-	2
	Fig. idade aproximada	5	-	2
2. Transparência	Ausente	7	1	1
	Presente	3	4	4
3. Indicadores de conflito	Retoque *	1	1	1
	Correção e retoque *	2	-	2
	Borradura *	-	2	-
	Sombreamento *	-	4	3
4. Ordem das figuras	1ª figura feminina	6	1	2
	1ª figura masculina	4	4	3

* Os traços dos desenhos podem ser caracterizados por mais de uma variável.

5.3.2.1. Tema

Como objetivo geral, este índice pretende avaliar a adequação do sujeito ao tema proposto. A partir desta adequação ou não, ou do desenho produzido, é que hipóteses interpretativas podem ser elaboradas.

No grupo A, cinco gestantes (metade das participantes) desenharam figuras mais jovens em relação à idade real delas, resultado que também foi encontrado por Herzberg (1986). Isso poderia estar indicando um sinal mais regressivo, com dependência emocional ou de pensamentos voltados para situações anteriores de vida. As outras cinco participantes desenharam uma figura com idade aproximada à delas, demonstrando maior adequação quanto à forma como pretendem lidar com o momento presente. Esses dados sugerem os sentimentos de ambivalência, apresentados e discutidos por Maldonado (1997) e Canavarro (2001), onde afirmam que, independentemente do planejamento ou não, de quererem ou não, as gestantes sempre apresentarão sentimentos ambivalentes quanto à aceitação da gravidez, em decorrência das inúmeras modificações na rotina de vida da mulher.

No grupo B1 (HAC), duas gestantes desenharam figuras aparentando idade aproximada à delas, outras duas desenharam figuras aparentando mais idade, e uma outra gestante, desenhou uma figura mais jovem em relação à idade dela. As figuras de idade aproximada demonstrariam sentimentos de adequação à realidade, enquanto que as figuras representando menos idade, denotariam características regressivas. As figuras mais velhas podem simbolizar uma identificação com a figura materna, assim como foi estudado por Canavarro (2001) a respeito dos sentimentos suscitados no período da gravidez, em relação às experiências da gestante com a sua própria mãe. Se as experiências com a figura

materna foram positivas, a gestante apresenta condições favorecedoras ao estabelecimento de um vínculo positivo com o feto, caso contrário, a recíproca também ocorreria.

No grupo B2 (DHEG), todas as participantes desenharam uma figura mais jovem em relação à idade delas, fortalecendo assim a característica de imaturidade, que mostra-se dominante nesse grupo, apresentando comportamentos regressivos e insegurança emocional. Desenhar uma figura mais jovem pode estar denotando desejos inconscientes dessas grávidas, de retornarem em nível simbólico, à momentos anteriores de vida, ainda regidos pelo princípio do prazer.

5.3.2.2. Transparência

Segundo Souza (2000), no desenho da figura humana, de Machover, o significado específico da transparência será obtido pela interpretação do papel que a parte envolvida desempenha na economia funcional do corpo. Por este motivo, torna-se um índice que deve ser analisado com cautela.

No grupo A, observou-se a presença de transparência nos desenhos de três participantes, as quais concentraram-se basicamente na região da cabeça/cabelos. Isso poderia indicar sinais de conflito na evolução do desenvolvimento, ou então, analisando-se o tempo de escolarização dessas participantes, considerar o treino que elas possuem com o papel e lápis, como ressalta Herzberg (1993), seria fundamental para que as interpretações errôneas não sejam realizadas.

No grupo B (B1 e B2), de modo geral, a transparência esteve presente em quase todos os desenhos, normalmente na região abdominal e na cabeça, o que pode estar denotando conflitos relacionados a própria aceitação da gravidez e conseqüente prejuízo no estabelecimento do vínculo com o feto.

5.3.2.3. Indicadores de conflito

No grupo A, pode-se dizer que o principal indicador de conflito encontrado foi a correção e retoque, presente em apenas três produções, sinalizando que esta minoria do grupo pode estar apresentando sinais de insegurança em relação ao momento que estão vivenciando. A maioria do grupo (70%), não apresentou indicadores de conflito em seus desenhos, o que indica melhor estabilidade emocional para estas gestantes.

O grupo B (B1 e B2), de modo geral, apresentou indicadores de conflito em quase todas as suas produções, estando ausente em apenas uma das gestantes, sendo que os principais indicadores encontrados referem-se a correções e retoques, borraduras e sombreamento. Esses sinais são indicadores de sentimentos de insegurança, insatisfação, acompanhados ou não de agressividade, e sensibilidade elevada. Esse índice as difere do grupo A, sugerindo que, no grupo das gestantes hipertensas, sejam crônicas ou gestacionais, a presença de conteúdos que geram conflito se mostram mais presentes e atuantes, elevando os níveis de ansiedade. Esse funcionamento conflitivo também pôde ser observado no Psicodiagnóstico de Rorschach, através da forma como atuam no ambiente, com a intenção de controlá-lo. As hipertensas crônicas tentam fazê-lo pela minuciosidade e as portadoras de DHEG, tentam pelo englobamento do todo, resultado assim, em sobrecarga emocional e conseqüentemente, na elevação dos níveis de ansiedade, aumentando assim, os níveis pressóricos.

5.3.2.4. Ordem das figuras

Segundo Machover (1949), a escolha do sexo da primeira figura humana desenhada tem relação com a identificação sexual da pessoa e observa ainda que, mulheres

adultas são mais inclinadas que homens a expressarem ambivalência quanto ao papel sexual preferido.

No presente trabalho, observou-se no grupo A que seis gestantes (60%) desenharam a figura do próprio sexo em primeiro lugar e quatro (40%) desenharam a figura do sexo oposto em primeiro lugar, confirmando os resultados obtidos por Herzberg (1993), que fez um estudo comparativo de grávidas e não grávidas e Souza (2000), que trabalhou com homens e mulheres adultos, provenientes da cidade de São Paulo e região. Ambos os autores observaram em seus estudos, a prevalência da primeira figura desenhada ser do mesmo sexo da pessoa avaliada, denotando assim, identificação do papel sexual.

Entretanto, essa tendência não foi observada entre as grávidas hipertensas. No grupo B1 (HAC) e no grupo B2 (DHEG), apenas uma e duas gestante, respectivamente, desenharam uma figura do próprio sexo em primeiro lugar, ou seja, 80% das gestantes do grupo B desenharam a figura oposta. Esses dados sugerem que, neste grupo como um todo, a figura de identificação sexual não é a materna, o que pode sugerir a existência de aspectos conflitivos nesse processo de identificação das gestantes com suas mães ou com a figura materna introjetada.

6 - SÍNTESE

Através dos índices selecionados para esta análise, foi possível observar algumas características relevantes neste estudo.

Observamos, nos três grupos, uma característica de coartação, ou seja, a existência de recursos adaptativos internos que, no momento, apresentam-se recolhidos, frente à forte tentativa de manter o controle racional sobre as vivências afetivas.

Esse recolhimento pode ser decorrente da inabilidade em lidar com os seus afetos de forma mais equilibrada e satisfatória. Frente ao temor de perder o controle sobre esses impulsos, que se mostram neste momento em intensidade elevada, recorrem ao fechamento como forma de autoproteção.

Todas as gestantes estudadas apresentaram uma forma mais introversiva na vivência de seus afetos, o que denota tendência em utilizar os recursos de forma mais voltada à reflexão. Essa característica as diferencia do padrão geral encontrado na população, segundo normas regionais de Pasian (1998).

Observamos, porém, algumas características diferenciam os grupos estudados, em relação ao significado do F+% e dos indicadores de conflito na produção gráfica. Nos três grupos de gestantes, observamos a elevação de F%, denotando esforço de controle racional sobre seus impulsos.

No grupo das gestantes normais, observamos que este esforço apresenta-se mais adaptativo, ou seja, suficiente na utilização de seus recursos e também a presença de sentimentos de insegurança, egocentrismo, angústia, podendo ou não ser acompanhados

por momentos regressivos no decorrer da gestação. Esses sentimentos são esperados e considerados normais durante o período da gravidez.

Entretanto no grupo B1 (HAC), observamos um apego minucioso da realidade, ou seja, o ambiente é visto e vivenciado através de um estreitamento perceptivo (parafraseando, “vasoconstricção perceptiva”) sobre o ambiente que as cerca, dificultando a comunicação com a realidade. Constatamos ainda a necessidade de controle racional sobre os impulsos afetivos, que, frente a essa tentativa de controle sobre cada detalhe do ambiente que as acolhe, mostra-se insuficiente, gerando, assim, sentimentos de insatisfação pessoal, elevando os níveis de ansiedade.

Neste grupo, porém, essa dinâmica já se apresenta estabelecida em momento anterior à gestação. A gravidez pode, no entanto, elevar os níveis de ansiedade, por configurar-se numa situação de pouco controle da mãe sobre as variáveis presentes. Para uma mulher que vivencia esta dinâmica afetiva, onde cada detalhe tem uma dimensão diferenciada, a condição de estar grávida carrega consigo uma série de momentos onde a dependência real de terceiros passa a ser percebida como uma condição muito ansiógena, favorecendo, assim, o quadro hipertensivo.

No grupo B2 (DHEG), notamos uma tendência na ampliação do campo de atuação, ou seja, uma tentativa de controlar a situação em toda a sua amplitude, o que acaba gerando frustração junto aos recursos internos. Frente à imensidão de seus afetos, mostra-se insuficiente no controle dos mesmos. Isso acaba gerando sentimentos de insatisfação interna, elevando assim, os níveis de ansiedade.

Essa dinâmica pode estar gerando, assim, um quadro hipertensivo durante a gestação, justamente por ser um período onde a mulher vivencia momentos e sentimentos bastante ambivalentes, agravados pela condição na qual ela exerce muito pouco controle

sobre o andamento da gravidez. Nesta situação, o sentimento de insegurança pode emergir de forma acentuada, pois é preciso confiar plenamente na ajuda de terceiros para que sua gestação tenha uma resolução satisfatória.

A compreensão dessa dinâmica é processual, mas ultrapassa o papel do médico ao qual essa tarefa muitas vezes é designada. Cabe ao profissional de saúde mental a mediação entre os diversos profissionais envolvidos no atendimento a estas mulheres.

Segundo Quayle, 1997:

“A atuação do psicólogo nas instituições médicas e hospitalares caracteriza-se por lidar com aspectos escamoteados e pouco evidentes da realidade. Os outros profissionais de saúde, em sua maioria, têm seus papéis mais claramente definidos, no mínimo em função de seu trabalho concreto, do que ele ‘produz’. Há aquele que faz exames, o que aplica injeções, o que prescreve... O que ‘sobra’ para o psicólogo, que quase só conversa e escuta? (...) A assistência em saúde faz-se em contexto de risco, real ou imaginado, e este é o recorte que delimita atuação do profissional. A obstetrícia não é exceção. Isto se contrapõe à imagem social da maternidade como local de nascimento e de vida, e desnuda o ‘outro lado’ dessa representação. As áreas da obstetrícia que mais de perto lidam com esse ‘lado escuro’ e escondido da representação tendem a ser vistas como desumanas, impessoais

Ao psicólogo que trabalha em obstetrícia cabe o resgate dessa representação, no nível simbólico e individual, em abordagem que permita aos profissionais, ao casal e à família, vivência mais integrada da maternidade e das intercorrências do ciclo gravídico-puerperal. Isso se obtém por meio de escuta diferenciada, na qual se atente para o sentido daquilo que é dito, tanto quanto para o conteúdo expresso, numa postura de continência e respeito.”

7 – CONCLUSÃO

Observamos que há características comuns aos dois grupos estudados, relacionados ao fato da gravidez não ter sido planejada, porém desejada e também a não utilização, por parte da maioria das participantes, de métodos contraceptivos. Entretanto, algumas diferenças entre os grupos em relação: a) à estabilidade na relação com o companheiro, sendo que no grupo A, predominaram relações estáveis enquanto que no grupo B predominaram as relações instáveis; b) à reação do companheiro e familiares em relação à gravidez – predominaram reações de aceitação no grupo A e de rejeição no grupo B; C) aos sentimentos da grávida em relação ao seu filho – as mães do grupo A referiram sentimentos positivos no quais a surpresa e alegria predominaram, enquanto que no grupo B, os sentimentos reveladores de medo e ansiedade foram mais verbalizados; d) aos medos – as gestantes do grupo A relataram medos referentes ao parto, enquanto que as do grupo B referiram-se à possibilidade da perda fetal.

Quanto às características de personalidade, foi possível observarmos os seguintes resultados: há nos três grupos uma característica de coartação, ou seja, as gestantes apresentam recursos adaptativos internos, porém, no momento, estavam recolhidos, frente à forte tentativa de manter o controle racional sobre suas vivências afetivas. Esse recolhimento pode ser decorrente da inabilidade em lidar com os seus afetos de forma mais equilibrada e satisfatória. Frente ao temor de perder o controle sobre esses impulsos, que se mostram neste momento em intensidade elevada, recorrem ao fechamento como forma de autoproteção.

Todas as gestantes (grupo A e B) apresentaram uma forma mais introversiva na vivência de seus afetos, o que denota tendência em utilizar os recursos de forma mais voltada à reflexão.

No grupo das gestantes normais, este esforço mostra-se eficiente na utilização de seus recursos, entretanto, apresentaram sentimentos de insegurança, imaturidade, passividade, egocentrismo, angústia, comportamentos regressivos, medo e ambivalência, sentimentos esses esperados e considerados normais durante o período da gravidez. Como mecanismo de defesa, utilizam-se principalmente dos mecanismos de repressão.

Entretanto, no grupo de gestantes hipertensas crônicas, a tentativa de controle racional sobre seus impulsos mostra-se insuficiente. Seu contato com a realidade ocorre através de um apego minucioso com a mesma, que é vista e vivenciada através de um estreitamento perceptivo. Observamos um esforço muito grande das gestantes, em tentar abarcar o que se passa nos seus ambientes através da minuciosidade, entretanto, sem sucesso. Isso acaba gerando sentimentos de insatisfação pessoal, elevando portanto, os níveis de ansiedade. Constatamos nesse grupo, sentimentos de insegurança, imaturidade, ambivalência, auto-estima rebaixada, culpa e medo. Para tentarem diminuir um pouco a ansiedade, utilizam-se da repressão, negação e sublimação.

As gestantes com hipertensão gestacional apresentam tendência à ampliação do campo de atuação, tentando controlar a situação de forma ampla, deixando-as sobrecarregadas. Frente à imensidão de seus afetos, mostram-se insuficientes no controle dos mesmo, gerando sentimentos de insatisfação interna e conseqüentemente elevação dos níveis de ansiedade. Nesse perfil, podemos observar características de egocentrismo, impulsividade, imaturidade, sentimentos de menos valia, ansiedade elevada e medo. Para

tentar conter essa ansiedade, utilizam-se também de mecanismos defensivos, como a repressão, a negação e a sublimação.

Portanto, podemos afirmar que os perfis de personalidade apresentados em cada grupo de gestantes neste trabalho, indicam que essas características são importantes na diferenciação dos grupos e que, associados aos respectivos aspectos sociais, podem estar atuando no desenvolvimento do quadro hipertensivo na gravidez.

Quanto aos questionamentos sobre a possibilidade do perfil psicológico constituir-se causa ou consequência do quadro hipertensivo na gestação, não nos foi possível obter uma resposta. Entretanto, podemos opinar a respeito de algumas modificações que podem ser efetuadas na conduta adotada para essas mulheres.

Assim, no atendimento prestado a essas gestantes, seria adequado que o profissional dedicasse a cada pessoa atendida, um olhar diferenciado, para que o diagnóstico de cada paciente seja compreendido dentro de seu contexto e não simplesmente, descoberto, pois quando isso ocorre, os protocolos de conduta são simplesmente reproduzidos, perdendo de vista o núcleo gerador de angústia e ansiedade. Acreditamos que a compreensão global das pacientes nos seus aspectos bio-psico-sociais, favorece a adesão ao tratamento e ajuda na estabilização dos quadros, aproximando-os o mais possível da gestação normal.

Temos consciência que o pequeno número de participantes neste trabalho não se constitui numa amostra estatisticamente significativa, porém, as análises qualitativas nos permitem indicar novas direções e possibilidades de pensamento a respeito das gestantes hipertensas. Assim, é necessário que outras pesquisas continuem sendo desenvolvidas para que os dados apresentados possam vir a ser verificados em maior amplitude, trazendo novas perspectivas para a compreensão do quadro de hipertensão gestacional.

8 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVAREZ, R.R. Pré-Eclâmpsia-Eclâmpsia e outras doenças hipertensivas na gravidez. In: BENSON, R.C. **Diagnóstico e Tratamento em Obstetrícia e Ginecologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1980.

AMARAL, L.F.P.; SILVA, L.G.P.; RODESKY, S.C.ROCCO, R. AMARAL, A.L.P. MONTENEGRO, C.A.B. Utilização do ácido acetilsalicílico na prevenção da toxemia gravídica – Projeto AAS. **J. Bras.Ginec.** v.4, p. 127-152, 1995

AMORIN, M.M.R.; SANTOS, L.C.; PORTO, A.M.F.; MARTINS, L.K.D. Risk factors for maternal death in patients with severe preeclampsia and eclampsia. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant**; Recife v.1, n.3, p. 237-247, 2001.

ANZIEU, D. **Os métodos projetivos**. Trad. Lucia E. Silva. 5ª ed. Rio de Janeiro: Campus, 1986. 296 p.

ARAÚJO, A.; QUAYLE, J.; KAHHALE, S.; SOUZA, M.C.; ZUGAIB, M. Um estudo sobre gestantes hipertensas e a adesão ao tratamento médico: abordagem descritiva. **Rev. Ginec. & Obstet.**, v. 9, n. 4, p. 191-98, 1998.

ARAÚJO, D.A.C.; ZIMMERMMANN, J.B.; OLIVEIRA, L.C.N. Gestação de alto-risco: prevalência de patologias e complicações materno-fetais. **J. Bras. Ginec.**, n. 106, v.8, p. 315-320, 1996.

BARBONI, F. **Gestantes primigestas: estudo das características psicológicas e da influência de um grupo sociodramático durante a gravidez**. 1998. 217p. Dissertação (Mestrado em Psicologia)- Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1998.

BOGDAN, R.; BIKLEN, S. **Investigação Qualitativa em Educação. Uma introdução à teoria e aos métodos.** Porto: Porto Editora, 1994. 336p.

BROWN, M.A. Pré-eclâmpsia: a case of nerves? **Lancet**, v.349, n.9048, p. 297-98, 1997.

BUCHBINDER, A.; SIBAI, B.M.; CARITIS, S.; MACPHERSON, C.; HAUTH, J.; LINDHEIMER, M.D.; KLEBANOFF, M.; VANDORSTEN, P.; LANDON, M.; PAUL, R.; MODOVNIK, M.; MEIS, P.; THURNAU, G. Adverse perinatal outcomes are significantly higher in severe gestational hypertension than in mild preeclampsia. **Am. J. Obstet. Gynecol.**, v.186, n.1, p. 66-71, 2002.

CABRAL, A.C.V.; VASCONCELLOS, A.C.; REZENDE, C.A.L.; LEITE, H.V. Gestação em mulheres portadoras de hipertensão arterial crônica. Avaliação prospectiva de um protocolo de conduta. **J. Bras. Ginec.** v.98, n.8, p. 439-41, 1988.

CANAVARRO, M.C. (org.). **Psicologia da gravidez e da maternidade.** Coimbra, Quarteto editora, 2001.407 p.

CNDM – MINISTÉRIO DA JUSTIÇA. **Relatório do Encontro Nacional de Saúde da Mulher: um direito a ser conquistado.** Brasília, 1989.

CONEP – Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. **Cadernos de Ética em Pesquisa.** v.I, n.1, 1998.

COSTA, E.T.; BRINGEL, A.M.; MARTINS, M.G. Mortalidade Materna no Serviço de Tocoginecologia do Hosp. Universitário. Setor de Clínica Obstétrica. **J. Bras. Ginec.**, n.105, v.10, p. 455-59, 1995.

CUNHA, J.A.; FREITAS, N.K.; RAYMUNDO, M.G.B. **Psicodiagnóstico-R.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1993. 533p.

CUNHA, S.P.; DUARTE, G.; MAUAD FILHO, F.; NOGUEIRA, A.A.; BEREZOWSKI, A.T.; RODRIGUES, R. **Protocolos de Condutas em Gestão de Risco**. Ribeirão Preto, SP: Scala, 1998. 184p.

CUNNINGHAM, F.G.; GANT, N.F.; LEVENO, K.J.; GILSTRAP III, L.C.; HAUTH, J.C.; WENSTROM, K.D. . **Willians Obstetrics**. 21st ed. Macgraw-Hill, 2001. 1580p.

CURY, A.F. Psicodinâmica da Gravidez. In: ZUGAIB, M.; TEDESCO, J.J.; QUAYLE, J. **Obstetrícia psicossomática**, São Paulo: Atheneu, 1997. Cap.8, p. 77-84.

DADOORIAN, D. A gravidez e o desejo na adolescência. **Femina**, v.30, n.2, 2002.

DAVIDS, A. & DE VAULT, S. Use of the TAT and Human Figure Drawings in Research on Personality, Pregnancy, and Perception. **J. Proj. Techniques**, v.24, n.4, 362-65, 1960.

FREUD, A. **Os ego e os mecanismos de defesa**. Trad. Álvaro Cabral. 9^a ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1990. 149p.

FREUD, S. **Três ensaios sobre a sexualidade** v. 8 (Obras completas). Rio de Janeiro, Imago, 1972.

GAIO, D.S.; SCHMIDT, M.I.; DUNCAN, B.B.; NUCCI, L.B., MATOS, M.C.; BRANCHTEIN, L. Hypertensive disorders in pregnancy: frequency and associated factors in a cohort of brazilian women. **Hipertension in Pregnancy**, v.20, n3, 269-81, 2001.

GAROVIC, V.D. Hypertension in Pregnancy: Diagnosis and Treatment. **Mayo Clin. Proc**, n.77, 1071-76, 2000.

GOLFETO, J.H.; BALIEIRO, J.H.; PELEGRINI, R.M.; MIAN, H. A importância de fatores pré e perinatais no desenvolvimento de distúrbios psiquiátricos infantis: um estudo piloto. **Medicina**, Ribeirão Preto, v.26, n.2, 189-99, 1993.

HAMMER, E.F. **Aplicações clínicas dos desenhos projetivos**. Trad. Eva Nick. São Paulo, Casa do Psicólogo, 1981. 500p.

HELEWA, M.E.; BURROWS, R.F.; SMITH, J; WILLIAMS, K; BRAIN, P; RABKIN, S.W. Report of the Canadian Hypertension Society Consensus. Conference: 1. Definitions, Evaluations and Classification of hypertensive disorders in pregnancy. **CMAJ**, 157: 715-25; 1997. Disponível em: Medline . Acesso em 23/07/2001.

HERZBERG, E. **Aspectos psicológicos da gravidez e suas relações com a assistência hospitalar**. 1986. 188f. Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, Universidade de São Paulo, São Paulo.

HERZBERG, E. **Estudos normativos do desenho da Figura Humana (DFH) e do Teste de Apercepção Temática (TAT) em mulheres: implicações para o atendimento a gestantes**. 1993. 224f. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica) - Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, Universidade de São Paulo, São Paulo.

KLAUS, M.H.; KENNEL, J.H; KLAUS, P.H. **Vínculo: construindo as bases para um apego seguro e para a independência**. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000. 187p.

LAURENTI, R.; MELLO-JORGE, M.H.P.; GOTLIEB, S.L.D. Reflexões sobre a mensuração da mortalidade materna. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.16, n.1, 23-30, 2000.

MACHOVER, K. **Proyeccion de la personalidad en el dibujo de figura humana: un metodo de investigacion de la personalidad**. Trad. José M. Gutierrez. Havana, Cuba: Cultura, 1949.

MALDONADO, M.T.P. **Psicologia da Gravidez: parto e puerpério**. 14^a ed. São Paulo: Saraiva, 1997. 229p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Estatística de mortalidade - Brasil 1995**. Brasília: Coordenação de Informações e Análise da Situação de Saúde, Centro Nacional de Epidemiologia, Fundação Nacional de Saúde, 1998.

MUCCHIELLI, R. **A entrevista não-diretiva**. 2^a ed. Trad. Sílvia Magaldi. São Paulo: Martins Fontes, 1994. 186p.

NEME, B.; NEME, R.M. Aspectos hospitalares da mortalidade materna no Brasil. **J. Bras. Ginec.**, v.106, n.8, 305-14, 1996.

PASIAN, S.R. **O Psicodiagnóstico de Rorschach: um estudo normativo em adultos na região de Ribeirão Preto (SP)**. 1998. 247p. Tese (Doutorado em Saúde Mental) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

PASIAN, S.R. **O Psicodiagnóstico de Rorschach em adultos: atlas, normas e reflexões**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000. 260p.

PIONTELLI, A. Infant observation from before birth. **Int. J. Psycho-Anal.**, v.68, n.4, 453-63, 1987.

QUAYLE, J. Óbito fetal e anomalias fetais: repercussões emocionais maternas. In ZUGAIB, M.; TEDESCO, J.J.; QUAYLE, J. **Obstetrícia Psicossomática**. São Paulo: Ed. Atheneu, 1997. cap. 21, p. 216-27.

RAYMUNDO, M.G.B. Desenho da Figura Humana. In: Cunha, J.A. e col. **Psicodiagnóstico-R**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993. Cap. 3, p. 377-98.

RELVAS, A.P.; LOURENÇO, M.C. Uma abordagem familiar da gravidez e da maternidade: perspectiva sistêmica. In: CANAVARRO, M.C. (org.). **Psicologia da gravidez e da maternidade**. Coimbra, Quarteto editora, 2001. Cap.4, p.105-132.

REZENDE C.H.A.; MORELI, D; REZENDE, I.M.A.A. **Rev. Saúde Pública** v.34, n.4, 323-28, 2000.

SOIFER, R. **Psicologia da gravidez, parto e puerpério**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1986.

SOARES, I. Vinculação e cuidados maternos: segurança, protecção e desenvolvimento da regulação emocional no contexto da relação mãe-bebé. In: CANAVARRO, M.C. (org.). **Psicologia da Gravidez e da Maternidade**. Coimbra, Quarteto editora, 2001. Cap.3, p.75-104.

SOUZA, A.M.D.R. **Implicação do fator cultura regional nos Desenhos da Figura Humana (DFH), produzidos por sujeitos adultos: análise da diferencial sexual e de aspectos projetivos**. 2000, 317f. Tese (Doutorado em Psicologia) - Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, Universidade de São Paulo, São Paulo.

SOUZA, S.L.D. O papel do pai. In: ZUGAIB, M.; TEDESCO, J.J.; QUAYLE, J. **Obstetrícia psicossomática**. São Paulo: Atheneu, 1997. Cap. 6, p.62-70.

SZEJER, M. **Palavras para nascer. A escuta psicanalítica na maternidade**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999. 80p.

SZEJER, M. & STEWART, R. **Nove meses na vida da mulher: uma abordagem psicanalítica da gravidez e do nascimento**. Trad. Cláudia Berliner e Maria Lúcia A Gutierrez. São Paulo: ABREP, Casa do Psicólogo, 1997. 322p.

TANAKA, A.C.D.; MITSUIKI, L. **Estudo da magnitude da mortalidade materna em 15 cidades brasileiras**. São Paulo: Unicef, Ministério da Saúde, 1999. 75p.

TEDESCO, J.J. Afecções do aparelho digestivo: Êmese – hiperêmese. In: PIATO, S. & TEDESCO, J.J. **Diagnóstico e terapêutica das patologias obstétricas**. Rio de Janeiro: Atheneu, 1986. Cap.29, p.275-281.

TEDESCO, J.J. Aspectos emocionais da Gravidez de Alto Risco. In: ZUGAIB, M.; TEDESCO, J.J.; QUAYLE, J. **Obstetrícia psicossomática**. São Paulo: Atheneu, 1997. Cap.10, p.99-108.

TEDESCO, J.J. **A grávida: suas indagações e as dúvidas do obstetra**. São Paulo: Ed. Atheneu, 1999. 463p.

TRAUBENBERG, N.R. **A Prática do Rorschach**. Trad. Álvaro J. Lelé. São Paulo: Vetor Editora Psicopedagógica, 1998. 276p.

TRIVIÑOS, A.N.S. **Introdução à pesquisa em Ciências Sociais. A pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987.

VAN KOLCK, O.L. **Testes projetivos gráficos no diagnóstico psicológico**. São Paulo: EPU, 1984. 101p.

VERNY, T.R.; KELLY, J. **A vida secreta da criança antes de nascer**. São Paulo: Cis José Salmi, 1989. 214p.

WHO/UNFPA/UNICEF/WORLD BANK STATEMENT. **Reduction of maternal mortality**. Geneva: World Health Organization, 1999. 39p.

WILHEIM, J. **O que é psicologia pré-natal**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997. 84p.

ZUGAIB, M.; TEDESCO, J.J.; QUAYLE, J. **Obstetrícia Psicossomática**. São Paulo: Ed. Atheneu, 1997. 323p.