ASPECTOS DA IMAGEM CORPORAL DA GESTANTE . . .

NOS TRÊS TRIMESTRES DA GRAVIDEZ ,

IMPLICAÇÕES NA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL.

Ps
Helena Savastano

Tese de Doutorado apresentada à Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, Departamento de Saúde Materno-Infantil, para obtenção do título de "Doutor em Saúde Pública".

Orientador: Dr. Pedro Augusto Marcondes de Almeida

São Paulo

1981

DEDICATÓRIA

DEDICATÓRIA

A minha mãe,
irmãos, parentes e amigos.
Aos meus ex-professores

Em memória de
meu pai e irmãos;
do Prof. Dr. Ciro Ciari Jr.,
primeiro orientador desta
tese

AGRADECIMENTOS

AGRADECIMENTOS

Aos *Professores Doutores Vicente Campos* e *José Fernandes Pontes* pelo nosso encaminhamento ao Grupo de Atendimento Psicossomático.

Em especial:

ao *Grupo de Atendimento Psicossomático (GAP)*, pelo carinho, estímulo e interesse dado ao presente estudo, pondo à nossa disposição recursos valiosos, materiais e humanos, para a realização deste trabalho.

ao *Doutor Aguinaldo Gonçalves*, Diretor Sanitarista do Centro de Saúde "Geraldo de Paula Souza" (GPS), da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; à *equipe* do Fichário Central e do Serviço de Saúde Materna do referido Centro, dando-nos orientação e livre acesso para completar nossas atividades.

às *gestantes* de ambas instituições (GAP e Centro de Saúde "GPS") pela dedicação e colaboração como pacientes da presente pesquisa.

ao *Projeto de Disseminação Seletiva da Informação da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior* pela bolsa obtida no decorrer de 1980 (Projeto DSI - CAPES)

a *todos* que nos facilitaram a pesquisa bibliográfica, em especial ao *Professor Doutor Álvaro Guimarães Filho*, nosso primeiro professor de Saúde Materna, amigo e incentivador do presente trabalho; à *Professora Feiga Grünspun*, ao dispor sua biblioteca especializada; à *equipe* da Biblioteca da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, pela orientação bibliográfica.

Um carinho especial:

ao *Doutor Pedro Augusto Marcondes de Almeida*, nosso orientador, pela dedicação e orientação que nos dispensou.

à *Professora Doutora Yvone Gonçalves Khouri*, amiga e colaboradora na análise dos desenhos.

à *Professora Doutora Sabina Léa D. Gotlieb* na discussão e orientação da apresentação das tabelas.

à *Educadora em Saúde Pública Joana Vilhena de Lima* pela dedicação e atenção dada à revisão datilográfica.

a *todos* aqueles que direta ou indiretamente deram sua contribuição a esse trabalho.

ÍNDICES

Í N D I C E

	Pág.
DEDICATÓRIA	i
AGRADECIMENTOS	ii
ILUSTRAÇÕES	vii
TABELAS	viii
RESUMO.	x
SUMMARY	xii
 1. INTRODUÇÃO.	 1
1.1 Justificativa do estudo	6
1.1.1 Fundamentos do teste da imagem corporal da gestante (ICG)	7
1.1.2 Objetivos	10
1.2 Revisão da literatura	11
1.2.1 Imagem corporal	11
1.2.2 Obesidade e imagem corporal	18
1.2.3 Gravidez e imagem corporal.	20
1.2.4 O desenho da figura humana.	24
1.2.5 O método psicoprofilático na assistência pré-natal	29
1.2.5.1 Procedência dos métodos psicopro filáticos	32
1.2.5.2 Tendências atuais	38
1.2.6 Aspectos psicológicos da gravidez	42
1.2.7 Síntese	49
1.3 Conceitos	55
1.3.1 Imagem corporal	55

1.3.2 Gravidez	55
1.3.3 Risco gravídico, situação de crise, <u>con</u> flito psicológico	56
1.3.4 Personalidade e imagem corporal.	57
1.3.5 Assistência psicoprofilática pré-natal (APPN)	60
2. METODOLOGIA	61
2.1 Planejamento da pesquisa	61
2.1.1 Da coleta do material.	62
2.1.2 Dos resultados	62
2.1.3 Da triagem na Clínica Particular "GAP" .	63
2.1.4 Da triagem no Centro de Saúde "GPS". . .	63
2.2 Variáveis independentes.	64
2.3 Variáveis dependentes, tratamento dos dados. .	64
2.4 Hipóteses de trabalho.	66
3. RESULTADOS E DISCUSSÃO	67
3.1 Limitações do estudo	67
3.2 Descrição da população	69
3.2.1 Variáveis independentes.	70
3.2.2 Dados adicionais	77
3.2.3 Atitude da mulher na gravidez atual. . .	85
3.2.3.1 Dados gerais	85
3.2.3.2 Percepção da imagem corporal . .	93
3.2.3.3 Perspectivas	97
3.2.4 Considerações.	100
3.3 Teste da imagem corporal da gestante (ICG) . .	104
3.3.1 Aspecto geral das figuras.	106

Pág.

3.3.2 Detalhes das figuras.	134
3.3.3 Caracterização da população estudada. .	201
3.3.4 Respostas específicas da população estu <u>d</u> dada	209
4. CONCLUSÕES E SUGESTÕES.	212
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.	217

A N E X O S

1. Questionário de Entrevistas para os três tri <u>m</u> estres da gestação.	A 1
2. Codificação dos itens do Teste da Imagem Corpo <u>r</u> al de Gestantes (ICG)	A 7
3. Crivo de avaliação para localização do dese <u>n</u> ho na folha	A21
4. Ilustrações	A22

ÍNDICE DAS ILUSTRAÇÕES

Pág.

1.	GESTANTE Nº 17, COM APPN	A 22
	1º trimestre	A 24
	2º trimestre	A 27
	3º trimestre	A 30
2.	GESTANTE Nº 18, SEM APPN	A 33
	1º trimestre	A 35
	2º trimestre	A 38
	3º trimestre	A 41

ÍNDICE DAS TABELAS

<i>Número</i>	<i>Pág.</i>	
DESCRIÇÃO DA POPULAÇÃO	com APPN	sem APPN
1. Semanas de comparecimento.	75	76
2. Número de gestações.	83	83
3. APPN nas gestações	84	-
4. APPN na atual gestação	87	-
5. Preocupações nos trimestres da gestação. .	91	92
6. "Como se sente olhando para o espelho" . .	95	95
7. Atitude do marido.	99	99
ASPECTO GERAL DO TESTE ICG		
8. Ordem do sexo na figura do par	108	109
9. Comparação do tamanho da figura masculina com as figuras femininas A e B	112	113
10. Comparação do tamanho da figura feminina A com a figura B	116	117
11. Tamanho das figuras femininas A e B em relação à folha	120	121
12. Localização na folha das figuras femininas	124	125
13. Estilo do desenho das figuras femininas. .	130	131
DETALHES DO TESTE ICG		
14. Desenho da cabeça.	136	137
15. Desenho do cabelo.	140	141
16. Desenho do rosto	144	144

Número	Pág.	
	com APPN	sem APPN
17. Desenho dos olhos.	147	148
18. Desenho do nariz	150	151
19. Desenho da boca.	154	155
20. Desenho das orelhas.	158	159
21. Desenho do pescoço	162	163
22. Desenho do tronco.	172	173
23. Desenho dos braços	177	178
24. Desenho das mãos	179	180
25. Desenho dos dedos.	185	186
26. Desenho das pernas	187	188
27. Desenho dos pés e das articulações . . .	194	195
28. Desenho da roupa ou acessórios e da <u>li</u> nha média.	202	203

R E S U M O

R E S U M O

Foi feita uma revisão da literatura sobre gravidez, relacionada com a imagem corporal, com a obesidade e com o desenho da figura humana e também uma revisão daquela que diz respeito à procedência do método psicoprofilático na assistência pré-natal e sua tendência atual. Em seguida, em um estudo prospectivo, através de um questionário específico, caracterizou-se uma população de vinte gestantes com assistência psicoprofilática (APPN) e outra de dezoito gestantes, sem esta assistência e que são de nível sócio-econômico médio e alto. Finalmente, analisou-se o desenho da figura humana que elas fizeram nos três trimestres da gestação. O instrumento utilizado foi o Teste da Imagem Corporal da gestante (ICG). O ICG consta da técnica do desenho da figura humana de Karen Machover (desenhe uma figura e agora a do sexo oposto), acrescida da técnica de Helena Savastano (agora desenhe a senhora). Este desenho da auto-imagem possibilita à pessoa projetar a sua própria configuração em um plano da realidade presente mais consciente - a gestação.

Uma das conclusões do questionário foi que, nas primigestas, o entusiasmo do casal e o apoio do marido são estímulos para que a mulher sinta-se "grávida bonita"

e aprecie a sua nova estética mais do que as com mais de uma gestação.

Destacam-se quatro das conclusões do teste ICG:

1º) A projeção inconsciente da figura feminina tende a se igualar, em percentual, com a projeção consciente, principalmente nos desenhos das gestantes que se submeteram ao atendimento psicoprofilático.

2º) Acrescentam-se às ansiedades das gestantes aquelas relacionadas com as modificações do esquema corporal.

3º) O segundo trimestre da gestação mostra ser o período em que se concretiza a situação de crise.

4º) O amadurecimento psicobiológico se processa no decorrer da gravidez. As gestantes com APPN vencem esta crise com menos conflitos do que as gestantes sem APPN.

Sugere-se ser necessário que os Serviços de Saúde Materna tenham recursos, a fim de manterem equipes profissionais especializadas em proporcionar atendimento psicológico às gestantes, como medida de prevenção primária. Sugere-se, também, a continuação do estudo com o ICG nos três trimestres da gestação com a finalidade de pesquisa e como complemento do diagnóstico da personalidade.

S U M M A R Y

S U M M A R Y

The literature on pregnancy related to corporal image, obesity and to the drawing of the human figure, as well as that referring to the provenance of the psychoprophylactic method in pre-natal care and its present trends, was reviewed.

After that, in a prospective study undertaken by means of a specific questionnaire, a population of twenty pregnant women submitted to psychoprophylactic care and another of eighteen who were not undergoing this method were characterized.

Finally, the drawing of the human figure performed by these two populations throughout the three trimesters of pregnancy was analysed. The instrument used was The Pregnant Woman's Corporal Image Test. This consists of Karen Machover's drawing of the human figure technique (draw a figure and now of the opposite sex) to which is added Helena Savastano's one (and now draw yourself). This self-image drawing allows the person to project her own configuration in the most conscious present reality - the pregnancy.

The populations thus studied were of the middle and upper socio-economic classes.

One of the conclusions drawn from the questionnaire was that, in those women expecting for the first time, the couples' enthusiasm and the husbands' backing

were most stimulating towards these women actually feeling pretty and enjoying their new aesthetics far more than those who had been through several pregnancies.

The following were the four main conclusions drawn from The Pregnant Woman's Corporal Image Test:

1st - The unconscious projection of the female figure tends to be equal, in percentage, to the conscious projection, especially in the drawings of those submitted to psychoprophylactic care.

2nd - Anxiety of the expectant mothers is added onto by further anxiety due to changes in the corporal scheme.

3rd - The second trimester proves to be the period in pregnancy where the crisis situation is established.

4th - Psychobiologic maturation is processed throughout pregnancy. The expecting mothers undergoing psychoprophylactic care overcome this crisis with less conflicts than those who are not.

It is suggested that Maternal Health Services should have resources in order to maintain specialized professional teams supplying psychological care to pregnant women, as a primary prevention step. It is also suggested that further studies be undertaken as regards The Pregnant Woman's Corporal Image Test in the three trimesters of pregnancy pursuing research and as a complement to personality diagnosis.

1. INTRODUÇÃO

*"A Obstetrícia reflete o grau de ci
vilização de um povo, pois revela o
zelo que se tributa à mãe e ao futu
ro cidadão, finalidade suprema da po
lítica social de todos os tempos."*

(Briquet, 1939)

1. INTRODUÇÃO

A história da obstetrícia, através dos séculos, tão bem sintetizada por grandes expoentes da obstetrícia brasileira, estudos psicológicos e questões de feminilidade e masculinidade, apresentadas em trabalhos antropológicos, sociológicos, ideológicos, nos mostram que a evolução técnica-científica trouxe um conhecimento médico especializado, abrindo margens para novas polêmicas e pesquisas em todas essas áreas, inclusive na da arte obstrétrica (Beauvoir⁵, 1960; Briquet¹⁵, 1939; Deutsch³⁷, 1949; Langer⁶⁹, 1978; Mead⁸³, 1954; Mead⁸⁴, 1971; Read¹⁰⁰, 1953; Rezende¹⁰², 1974; Saffioti¹⁰⁹, 1979; Schilder¹¹⁵, 1942 ; Stavenhagen¹²⁷, 1980; Tiffany¹³², 1980; Videla¹⁴⁸, 1974).

Briquet¹⁵ (1939) divide a História da Obstetrícia em três períodos: Antigo, Médio e Moderno. A primeira fase do Período Antigo caracteriza-se pelo fato do parto ser considerado como um processo que provoca medo e admiração no homem não letrado, atribuindo-se a ele poderes mágicos; a parturiente, nesta fase, submete-se a seu

trabalho, isoladamente. Na segunda fase desse Período, o socorro obstétrico é entregue às mulheres mais velhas e experientes; na fase seguinte, época de Hipócrates, confiam-se à obstetriz os cuidados com a parturiente; o médico só é chamado em casos de distócias. No Período Médio, o aprimoramento das técnicas científicas não dá relevo à Obstetrícia, não obstante apoiar-se nos conhecimentos de Hipócrates. Explica-se o fato pela religião que impõe a separação das mulheres e o restrito convívio delas com os homens. Somente no Período Moderno (de 1513 a 1800), caracterizado por fases de aperfeiçoamentos contínuos de estudos anatômicos, de cirurgia e da inauguração do ensino obstétrico universitário, é que coube aos cirurgiões, além das obstetrites, a prática do parto. Mas o marido ainda era excluído de qualquer atividade e, inclusive, mantido longe da sala de parto.

A obstetrícia brasileira, no Período Contemporâneo, reflete a evolução clínica, principalmente nos grupos do Rio de Janeiro, da Bahia e de São Paulo. Encontramos, nessa época, nomes insígnies de Professores e Obstetras, lecionando em Escolas Médico-Cirúrgicas, em Cursos de Obstetrícia e criando Maternidades (*Briquet*¹⁵, 1939). É nesse período que o Curso de Enfermagem e Obstetrícia foi criado e reconhecido em São Paulo (*Carvalho*²¹, 1980).

O sucessivo progresso médico-científico determina a necessidade de se implantarem novas práticas e técnicas assistenciais no campo da Medicina em geral e da Obstetrícia, em particular. Esta recebeu as novas influên

cias, deixando de ser simplesmente uma arte para converter-se em uma ciência ante uma série de demandas materno-fetais como a intoxicação gravídica, a incompatibilidade de RH, a mortalidade perinatal, as enfermidades congênitas e a patologia pré-natal. A preconização dos métodos preventivos dos "riscos gravídicos" e a Teoria da Crise vieram contribuir para o auge da segurança da gestante, da parturiente, da puérpera, do feto e do naciúto (*Bruns & Cooper*¹⁶, 1961; *Caplan*¹⁸, 1957; *Caplan*¹⁹, 1964; *Ciari & Almeida*²⁴, 1972; *Delascio & Almeida*³⁶, 1974; *Maier*⁷⁵, 1969; *Osuna*⁹³, 1979).

Mas, com o início da socialização da medicina, passa a relação médico-paciente a um nível objetal, refletindo no atendimento obstétrico e repercutindo no futuro par mãe-filho.

Muitos profissionais, visando a suprir as necessidades afetivas da gestante e a dor da parturição, introduziram o método psicoprofilático. Baseado no conhecimento da fisiopatologia da contração uterina e do poder da palavra, segundo a teoria do reflexo condicionado de Pavlov, este método mostra a importância da ação educativa da equipe médica na assistência pré-natal (*Gavensky*⁴⁸, 1971; *Lamaze*⁶⁸, 1955; *Read*¹⁰⁰, 1953; *Velvovski et al*¹⁴⁶, 1963).

Nos últimos anos, os aspectos psicossociais começaram a receber a devida atenção por parte de equipes multiprofissionais, reforçando o campo da ação educativa

pré-natal e incluindo a relação interpessoal do grupo familiar. Desta maneira, a atenção atingiu não somente a gestante e a criança, mas também o núcleo familiar. Haja vista os temas abordados atualmente: "Nós estamos grávidos" de *Maldonado et al*⁷⁷ (1979), "Que fazer quando a mulher fica grávida e o marido também"⁹⁸, e clínicas obstétricas com especialistas para "casais grávidos". Este enfoque visa a uma preparação conjunta de casais sobre os aspectos financeiros, clínicos e educacionais de quem pretende ser pai e mãe. Visa, também, a integrar o marido na técnica do método psicoprofilático e em certas manifestações emocionais da gestante a fim de que possa participar, na hora do parto, apoiando a mulher a dar à luz.

As recomendações para o casal visitar o pediatra, trimestralmente, durante a gestação, vem consolidar a relação mãe-filho-pai logo após o nascimento e estruturar uma relação familiar mais compreensiva e tranqüila (*Araújo*², 1980; *Irianni*⁶³, 1980).

O enfoque antropológico necessário aos programas de especialização obstétrica tem sido insistido por *Kelly* (citado por *Cosminsky*³¹, 1978) ao referir-se, fundamentalmente, às crenças e práticas locais relacionadas com a atenção dada à gravidez, parto e puerpério (*Cosminsky*³¹, 1978; *Sich*¹²², 1981).

Com esse evoluir, a Saúde Materno-Infantil passou a ser um problema universal importante. É um campo de contínua pesquisa e a Organização Mundial de Saúde tem da

do prioridade a programas de saúde para este grupo específico⁴⁵ (1979). Entre nós, os Programas de Assistência à Gestante da Coordenadoria de Saúde do Estado procuram dar esta assistência nos Centros de Saúde como atividade de prevenção primária¹²⁰ (1980).

A Medicina está em condições de desenvolver plenamente a proteção à Saúde Materno-Infantil, mas torna-se bastante complexa nas comunidades menos desenvolvidas e desprovidas de recursos. Ao lado dos aspectos sanitários, demográficos e econômicos, próprios dos países em desenvolvimento, surgem os de ordem sócio-cultural. Estes, como diz *Ciari Jr.*²³ (1973), *Ciari Jr. & Almeida*²⁴ (1972) irão influir sobre o comportamento do paciente, repercutindo na matrícula tardia da mulher em serviços de pré-natal disponíveis. Este fato podemos observar, também, nos trabalhos de *Alvarenga*¹ (1978), *Benathar*⁸ (1979) e *Candeias*¹⁷ (1980).

Um serviço de saúde ideal na área de Saúde Materno-Infantil seria aquele que considerasse o indivíduo através do ciclo evolutivo nascimento, adolescência, maternidade e novamente o nascimento. Neste ciclo está compreendido o conceito de gravidez do Departamento de Saúde Materno-Infantil da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (*Ciari & Siqueira*²⁵, 1976). Um serviço de saúde com este conceito dinâmico tem implicações interdisciplinares e necessita, para sua complementação, de equipe multiprofissional.

Dr. Ciro Ciari Jr., saudoso Professor desse Departamento, interessado nos problemas psicológicos de gestantes, solicitou-nos um estudo sobre o assunto.

1.1 *Justificativa do estudo*

Não sendo possível investigar as manifestações emocionais da gestante no seu ciclo vital total, nascimento-nascimento, restringimo-nos ao período gestacional. Neste, houve também, limitações.

Inspirou-nos os trabalhos de *Vicentini*¹⁴⁷ (1976) e de *Soifer*¹²⁴ (1976). O primeiro refere-se a uma pesquisa sobre a auto-percepção de universitários, elaborada através de questionário. Interessou-nos o aspecto auto-percepção. Como a mulher grávida se percebe? Mas a metodologia dessa auto-percepção foi influenciada pelos estudos de *Soifer*¹²⁴ (1976) com o teste de Projeção corpórea (TPC) de Aniceto Figueiras, aplicado em grávidas, o que nos fez elaborar o teste da imagem corporal da gestante (ICG).

Segundo *Caplan*¹⁸ (1957), as manifestações emocionais da mulher grávida são as mais estranhas,mas pouco estudadas. Há inúmeras investigações, o desconhecimento, porém, persiste devido à falta de uma equipe multiprofissional e de técnicas apropriadas para se pesquisarem de maneira global todas as variáveis que afetam o desenvolvimento da gravidez. Na verdade, *McConnell & Daston*⁸⁰ (1961) afirmam que a relação entre as mudan

ças psicológicas e somáticas na gravidez tem sido relativamente inexplorada. Estes autores aplicaram o teste de Rorschach e o diferencial semântico de Osgood em grávidas de 8º e 9º mês de gestação. Acharam que as atitudes através da gravidez parecem estar significativamente relacionadas com a avaliação que a gestante faz de seu próprio corpo.

Das "inúmeras manifestações emocionais" da gravidez optamos, assim, para investigar aquelas relacionadas com o esquema corporal.

O uso de um inventário forçaria respostas objetivas, porém mais controladas; uma técnica projetiva nos daria respostas dificilmente controladas. O inventário permitiria uma análise operacional mais objetiva; a técnica projetiva iria pecar pela transformação dos dados subjetivos em operacionais. Os prós e contras de uma e de outra fizeram-nos optar pela técnica projetiva, utilizando o teste ICG. Procuramos sanar a subjetividade da análise, recorrendo a um juiz.

1.1.1 *Fundamentos do teste da imagem corporal da gestante (ICG)*

Considerando que uma das manifestações emocionais na gestação é o resultado de um conflito entre forças conscientes e inconscientes, procuramos elaborar um instrumento que detectasse, espontaneamente, essas forças através da projeção da ima

gem corporal.

O teste da imagem corporal da gestante (ICG) está baseado no conceito do esquema corporal de *Schilder*¹¹⁴ (1934), elaborado por este autor à luz da neurologia e da psicanálise, no conceito de Rojas-Bermudes que inclui a estrutura social (*Rojas-Bermudes*¹⁰⁶, 1978; *Savastano & Novo*¹¹³, 1981) e na técnica do desenho da figura humana de *Machover*⁷⁴ (1949) e de *Figueira* (in *Soifer*¹²⁴, 1976).

Desenhos estão incluídos nas denominadas técnicas expressivas (*Kerlinger*⁶⁷, 1973; *Machover*⁷⁴, 1949; *Van Kolck*¹³⁴, 1966) e são interpretados como elementos projetivos, pois exprimem as emoções, sentimentos e desejos do indivíduo. Em *Van Kolck*¹³⁴ (1966) vemos que "os desenhos permitem projeção mais diretamente expressiva dos desejos profundos ou inconscientes do que a linguagem escrita ou falada, porque não são um meio usual de comunicação e têm um conteúdo simbólico que é menos reconhecido pelo sujeito".

Utilizamos os desenhos que estão categorizados dentro da técnica expressiva de desenho temático sem modelo e com automodelo. A este teste denominamos imagem corporal da gestante (ICG). O desenho sem modelo é a realização gráfica de um tema proposto. *Machover*⁷⁴, em 1949, elaborou um teste de

personalidade que se enquadra nesta categoria. Consiste em solicitar ao sujeito que desenhe uma pessoa (Draw a person - DAP) e, em seguida, desenhe o sexo oposto. Esta técnica tem sido muito utilizada em clínicas e em hospitais, no exterior e em nosso país. O seu uso, em massa, destaca-se não só pela simplicidade de aplicação, pela economia de tempo e de material (lápis e papel) como também pela sua validade como meio auxiliar de diagnóstico (*Fleming*⁴⁴, 1979; *Haworth & Normington*⁶⁰, 1961; *Money & Wang*⁸⁵, 1966; *Swensen*¹²⁸, 1968; *Van Kolck*^{134/142}, 1966-1975; *Van Kolck & Van Kolck*^{143/146}, 1971/1972).

A técnica expressiva do desenho temático com o automodelo é a que introduzimos no presente estudo, acrescentando, após a aplicação do DAP, "agora desenhe a senhora".

Supuzemos que a figura feminina do par seria a projeção da própria pessoa que desenha, mas em um plano mais inconsciente, resultante da soma de todas as imagens conhecidas e da própria experiência. Com a figura do auto-desenho, a gestante nos dará a configuração voltada mais para si, portanto em um plano da realidade presente mais consciente - a gestação. Os conflitos existentes serão, naturalmente, projetados nessa figura. Os desenhos por nós utilizados tenham, como finalidade única, a presente pesquisa a nível exploratório.

Esperamos que nossos dados possibilitem uma validação de conteúdo, uma contribuição às pesquisas futuras nesse setor, e que sejam de proveito na psicoterapia.

Os objetivos do presente estudo ficaram estabelecidos como seguem.

1.1.2 *Objetivos*

1.1.2.1 *Imediatos*

a) Descrever as características de duas populações, uma *com* e outra *sem* a assistência psicoprofilática pré-natal (APPN) nos três trimestres da gestação, segundo dados de um questionário de entrevista.

b) Estudar aspectos da personalidade dessas duas populações nos três trimestres da gestação, segundo a projeção da imagem corporal, utilizando a técnica do desenho da figura humana com o teste da imagem corporal da gestante (ICG).

c) Verificar se os resultados dos desenhos projetados, em nível inconsciente e consciente, apresentam sinais de maturidade no decorrer dos trimestres.

d) Verificar as respostas que possam ser comuns à população estudada.

1.1.2.2 *Mediatos*

a) Divulgar os dados obtidos, a fim de permitir novos campos de pesquisa.

b) Simplificar um instrumento para a aplicação em massa.

c) Proporcionar mais um complemento à assistência psicológica pré-natal com orientação mais objetiva à vista do desenho da auto-imagem.

1.2 *Revisão da literatura*

Este capítulo versará sobre a revisão bibliográfica de assuntos que coadunam com o presente estudo.

1.2.1 *Imagem corporal*

*Schilder*¹¹⁴ (1934), *Schilder*¹¹⁵ (1942), *Schilder*¹¹⁶ (1950), psiquiatra, foi quem primeiro se preocupou com a imagem do corpo, observando, em sua clínica, clientes com lesões cerebrais e dificuldades na diferenciação da esquerda e direita. Assim, surgiu sua primeira publicação sobre "O esquema do corpo", em 1923. Ao estudar os mecanismos do sistema nervoso central, importantes na formação da imagem espacial, achou que se devia basear não somente na fisiologia e neurologia, mas também na psicologia. Esta percepção foi-lhe dada tanto pela psicanálise como pela psicologia da Gestalt. Para Schilder, os problemas de comportamento do indivi

duo e os do mundo exterior se correlacionam. Quando percebemos ou imaginamos um objeto, não agimos meramente com o aparelho perceptivo; há, sempre, uma personalidade que experimenta a percepção. "Nós somos, em outras palavras, seres emocionais". Assim, *Schilder*¹¹⁶, focalizando a imagem do corpo, trata-a como um problema psicológico central resultante das impressões de nosso sentido e de nossos movimentos: "A imagem do corpo humano significa o desenho de nosso próprio corpo que formamos em nossa mente; é a maneira que nosso corpo se nos apresenta, mas não é formada só das sensações, impressões táteis e enervações, é o esquema de uma experiência que vai além de uma simples percepção".

Head (citado por *Schilder*¹¹⁶, 1950, pp 11) considera o esquema corporal como o conhecimento da posição do corpo, a imagem tri-dimensional que cada um tem de seu corpo. *Schilder* acha que podemos falar de imagem do corpo ou esquema corporal, pois o termo indica não estarmos tratando com meras sensações ou imaginações, mas com um problema psicológico central de relações entre impressões de nossos sentidos e a mobilidade em geral; sugere que nossa imagem corporal deve ser estudada, se desejarmos ganhar uma compreensão mais profunda da psicologia social.

O desenvolvimento da imagem do corpo, segundo diferentes autores, processa-se devido a um dos se

guintes fatores: ao papel da dor, às várias sensações interiores sentidas, à motilidade e controle motor e/ou à estrutura libidinosa. Assim, quanto ao desenvolvimento, *Luquet* (citado por *Schilder*¹¹⁶, 1950, pp 105), estudando desenhos de crianças, descreve a incapacidade de síntese da criança ao desenhar a figura humana, demonstrando que, provavelmente, o desenvolvimento corporal é paralelo ao desenvolvimento sensório-motor. As crianças colocam os braços ou as pernas em lugares não adequados. Segundo *Mucchielli & Bourcier*⁸⁷ (1966), só aos 11-12 anos de idade o indivíduo tem uma imagem bem formada de seu corpo. Quanto à estrutura libidinosa, a teoria psicanalítica é bastante clara e podemos relacionar o desenvolvimento da libido com a estrutura da imagem do corpo. O eu corporal está presente desde o nascimento. O núcleo da imagem do corpo inicia-se na zona oral; cabeça, braços, mãos, troncos, pernas e pés desenvolvem segundo este núcleo (*Freud* citado por *Cormillot et al*²⁹, 1977; *Rojas-Bermudes*¹⁰⁶, 1978; *Bernfed* citado por *Schilder*¹¹⁶, 1950). *Schilder*¹¹⁶ (1950) reconhece, também, ser a maturação que leva ao desenvolvimento da imagem do corpo e que não devemos negligenciar a experiência individual, pois a imagem corporal, positiva ou negativa, depende da experiência da vida, das atividades, e das emoções. Este autor refere-se ainda ao caráter construtivo

de forças psíquicas; com a maturação há uma evolução construtiva que conduz a uma criação de novas unidades e configurações. Esta evolução, que *Schilder* inclina-se a denominar princípios da evolução emergente, nos parece básica para a compreensão da Teoria da Crise de *Caplan*¹⁹ (1964) e a Teoria de Desenvolvimento de *Erickson* (citado por *Maier*⁷⁵, 1969).

Flügel (citado por *Schilder*¹¹⁶, 1950 pp203), *Fenichel* (citado por *Cormillot et al*²⁹, 1977) e *Machover*⁷⁴ (1949) referem-se às roupas como tendo muitas funções. Têm a função de proteção e de decoração; tomam parte na imagem do corpo e preenchem a libido narcisista. Esta é especialmente vista na atitude da mulher através do seu traje. Quando mudamos de roupa, mudamos nossa atitude.

Desde que as roupas tomem parte no esquema corporal, elas se identificam com o corpo e podem ter o mesmo significado simbólico de suas partes. As roupas podem, assim, significar mudanças da imagem corporal. Vemos, pois, que a imagem corporal não é isolada e a sua comunicação é a base de toda a função social.

Segundo *Sheldon*¹²¹ (1940) o comportamento humano está em função da estrutura do corpo e forças ambientais influem nesta estrutura.

Segundo *Fischer & Cleveland*⁴³ (1958), o conceito de imagem corporal não teve especial destaque nos textos dos livros de Psicologia Geral. Em um exame desta literatura, os autores citam inúmeras pesquisas que tratam do tema, relacionando-o com sintomatologias específicas de problemas neurológicos, psiquiátricos, hipnóticos, psicossomáticos, sob efeitos de drogas e/ou resultados de psicoterapias de comportamento em grupos, de padrões culturais e de respostas fisiológicas. O objetivo de *Fischer & Cleveland*⁴³ (1958) é enfatizar a importância do conceito que o indivíduo faz de seu corpo que irá refletir em seu comportamento, pois a imagem corporal tem um papel importante no desempenho da personalidade.

Fischer, Fischer et al. (citados por *Van Kolk*¹³⁴, 1966), fazendo estudos sobre a relação entre imagem corporal e o padrão de reatividade fisiológica chegaram à conclusão de que as atitudes do indivíduo para com os vários setores do seu corpo podem influenciar na reatividade fisiológica desses setores. A medida para esta dimensão da imagem corporal recebeu de *Fischer & Cleveland*⁴³ (1958) o nome de "barrier score".

Uma abordagem dos princípios psicofisiológicos medidos da periferia do corpo humano, relacionados com as respostas do corpo e com as emoções, é apresentada por *Grings & Dawson*⁵⁴ (1978).

Entre nós, o primeiro a dar ênfase ao desenvolvimento da imagem corporal foi *Grünspun*⁵⁵ (1966). Este autor escreve que "em conjunto com os achados sobre as lesões psiconeurológicas, os conhecimentos recentemente adquiridos sobre o esquema corporal ou a imagem do corpo esclarecem o campo etiológico para alguns distúrbios de conduta". Segundo *Kolb* (citado por *Grünspun*⁵⁵, 1966) "somente quando há perturbações neurológicas ou regressão psicológica é que reaparecem as reatualizações de imagens anteriormente gravadas no sistema nervoso".

Ainda em nosso meio, mas na área de estudo da personalidade, através de técnicas projetivas, realçamos *Van Kolck*¹³⁴ (1966) com a excelente tese de doutoramento sobre o desenho da figura humana e a imagem corporal de adolescentes. Trabalhos seguidos de sua autoria e/ou em colaboração com *Van Kolck* atualizam a bibliografia sobre o assunto nas áreas infantil e adolescência (*Van Kolck*^{134/142}, 1966/1975; *Van Kolck & Van Kolck*^{143/145}, 1971/1972).

Destacamos também a tese de doutoramento de *Bonilha*¹³ (1974) sobre a projeção gráfica onde dedica um capítulo à imagem corporal, mostrando os diversos estudos sobre o assunto.

Essa diversificação persiste não só no âmbito do desenvolvimento da personalidade como tam

bem no da psicologia social. Assim temos Bem⁷ (1972), *Hastorf et al*⁵⁹ (1973) que descrevem os fatores que influem na maneira de vermos os ou tros e apresentam pesquisas de diferentes autores nesse campo. Afirmam que, para nós, nada é mais importante, com exceção de nós mesmos, do que o mundo de outras pessoas e como este mundo influen cia a nossa percepção.

*Biggs*¹² (1980) conclui de suas experiências que a visão de imagens projetadas em slides é mais "real" do que o nosso acesso normal ao "self" porque é imediata no senso perceptual. Esta visão torna-se particularmente útil, quando a imagem do corpo é problema central para o sujeito. O "self" é definido por *Theodorson & Theodorson*¹³⁰ (1969) como sendo "os aspectos da personalidade que con siste no conceito do indivíduo, de si mesmo."

Simplificando, *Radford & Kirby*⁹⁹ (1976) es crevem que a auto-imagem pode estar relacionada com o conceito de "modelo": "nós operamos com mo delos não só dos outros, mas também, do nosso pró prio eu. Um importante componente e talvez o mais fácil de apreender é a imagem corporal..." Um as pecto da maturidade parece consistir no desenvol vimento de uma auto-imagem estável e realista. Es ses autores distinguem a pessoa como tendo uma au to-imagem total que incorpora características fí sicas e psicológicas. Quanto a estas últimas, pre

sume-se que as interações mais importantes são com outras pessoas. É como se aprendêssemos as nossas próprias dimensões através das reações dos outros.

1.2.2 *Obesidade e imagem corporal*

Considerando que a mulher grávida "engorda", achamos que um estudo sobre obesidade ajudaria a compreender melhor a problemática de comportamento, vinculado ao esquema corporal daquela que "se sente gorda".

Segundo *Cormillot et al*²⁹, 1977 a obesidade é uma enfermidade; não há cura, senão recuperação. Estes autores trabalham com obesos e pedem a eles que realizem o desenho da figura humana expressando como se vêem e como gostariam de se ver. Depois de algum tempo de tratamento, repetem o pedido e observam-se as diferenças. *Cormillot et al* acham que é útil o paciente ver o que fez anterior e atualmente.

Entre as condutas patológicas que pode ter o obeso é específica a distorção da imagem corporal. Esta distorção depende da idade em que começou a obesidade. *Cormillot et al*²⁹ 1977, assinalam que 41,8% de pacientes obesos de sua clínica começaram com a obesidade na infância. As pesquisas indicam que as consequências da obesidade, iniciada na vida adulta são menos severas do que

aquelas iniciadas na infância e na adolescência; *Cormillot et al.*²⁹ (1977), *Mullins* (citado por *Wineman*¹⁵⁰, 1980) e *Stunkard & Mendelson* (citados por *Wineman*¹⁵⁰, 1980) acharam baixa a incidência de distorção severa da imagem corporal, quando a obesidade foi acometida em indivíduos adultos de ambos os sexos.

O fato de vários autores não acharem diferenças de problemas psicológicos em mulheres de peso normal e obesas, quando a classe social foi controlada, fez com que diversos autores considerassem a obesidade como sendo mais relacionada com fatores sociais do que com fatores psicológicos (*Wineman*¹⁵⁰, 1980).

*Cormillot et al.*²⁹ (1977) agrupam as dificuldades da integração da imagem corporal em três tipos:

a) Visão de si mesmo: objetivada na incapacidade de se ver no espelho.

b) Visão de si mesmo frente aos outros: idéias equívocas acerca de como se é visto.

c) Visão de si mesmo frente ao sexo oposto: como uma visão especial de (b) acompanhada de inibição e hostilidade para com o sexo oposto. Provavelmente, os transtornos do tipo (a) seriam originados na primeira infância; os do tipo (b) se

riam mais característicos da segunda infância, da etapa que, psicologicamente, denomina-se latência e que corresponde ao período evolutivo, vinculado à socialização da criança (escolaridade, etc); os do tipo (c) desencadeiam-se, logicamente, na puberdade e na adolescência. Esta é a evolução da obesidade cujos transtornos se evidenciam claramente em plena adolescência.

A gestação pode atuar como desencadeante da obesidade ou como agravante desta, quando for pré-existente. Este assunto, no tocante ao aspecto orgânico, foi recentemente tratado por *Tanaka*¹²⁹ (1980) que encontrou a prevalência de 38,6% de obesos em gestantes. Este valor está entre os relatados por outros autores que é da ordem de 20% a 45% (citado por *Cormillot et al*²⁹, 1977).

A associação magreza maternal e obesidade aumenta a incidência de complicações maternas, levando mãe e filho a alto risco (*Schneider*¹¹⁷, 1979).

Se a grávida, na realidade, não é obesa mas, sente-se "gorda", "feia", nossa hipótese é de que ela poderá entrar em "alto risco psíquico" o que refletirá no sucesso da gravidez e, consequentemente, no relacionamento familiar.

1.2.3 Gravidez e imagem corporal

*Davids & DeVaults*³⁴ (1960) estudaram a in

fluência de variáveis psicológicas através de técnicas projetivas com o Teste de Apercepção Temática (TAT) e o desenho da figura humana na percepção do corpo durante a gravidez. Esses autores apresentaram um relatório preliminar de um programa de pesquisa que está sendo levado a efeito nos EEUU sobre os fatores emocionais na gravidez. Concluíram nesta apresentação prévia que mulheres de parto normal obtiveram maior porcentagem na percepção da mulher grávida do TAT e ao desenhar a figura humana feminina do Teste de Machover.

Em 1961, *McConnell & Daston*⁸⁰ acharam que as atitudes através da gravidez parecem estar, significativamente, relacionadas com a avaliação que a gestante faz de seu próprio corpo mas, raríssimos são os trabalhos sobre este tema. Há várias técnicas utilizadas nestes estudos: desenho da figura humana, testes de Rorschach, TAT, questionários gerais e específicos. Esses autores concluíram que "atitudes para com a gravidez parecem estar significativamente relacionadas com a maneira pela qual a mulher aprecia seu próprio corpo e ao grau de invulnerabilidade dos limites da imagem corporal".

Fisher & Cleveland em 1956 (citado por *Van Kolk*¹³⁴, 1966) concluem que "os indivíduos diferem em grau no que concerne aos limites do corpo como barreiras defensivas. Os pacientes psicossomá

ticos são mais propensos a conceber os limites corporais, como barreiras impermeáveis, do que os pacientes cujos sintomas envolvem o interior do corpo."

A catexe corporal significa o grau de sentimento de satisfação com as várias partes e processos do corpo. Todos os estudos sobre a imagem corporal, como vemos em *Van Kolk*¹³⁴ (1966), focalizam a influência da imagem, que o indivíduo tem de si mesmo, sobre o seu comportamento. Ainda, esta autora, em 1966, escreve "A necessidade de estabelecer limites bem definidos da imagem corporal tem sido considerada prelúdio para uma reorganização total do ego. Muitos programas de tratamento, incluindo fisioterapia, hidroterapia e cosméticos têm buscado implicitamente reforçar a periferia do corpo do paciente através da máxima estimulação dessa área." Acrescentamos os exercícios de Ioga, ou relaxamento, a expressão corporal, que também, favorecem oportunidades aos indivíduos para a reorganização do ego (*Bertherat & Bernstein*¹⁰, 1979; *Devi*³⁸, 1964; *Guérios*⁵⁶, 1974; *Schultz*¹¹⁹, 1979).

*Guérios*⁵⁶ (1974), em seu livro sobre "Ginástica", apresenta o sistema gímico contemporâneo, visando ao auxílio na formação integral do ser, desde a infância até a idade adulta. O sistema está relacionado com a época, com ambiente, com a vida econômica e social do indivíduo, com o es

tudo atual da civilização, com as aptidões e especialmente com o sexo, oferecendo oportunidades para a auto expressão criadora.

*Soifer*¹²⁴ (1976) aplicou o Teste de Projeção Corpórea (TPC) de Figueiras em gestantes, alunas dos Cursos de Psicoprofilaxia, com finalidade de obter um melhor diagnóstico da personalidade da grávida. Os resultados confirmavam ou ampliavam aqueles obtidos no decorrer dos cursos. Os objetivos de *Soifer* foram os de interpretar o TPC segundo a gravidez e o prognóstico do parto, tais como: percepção e aceitação da gravidez, posição do bebê, gravidez prolongada, parto prematuro, gemelar e feto disforme; prognóstico de sexo e disposição maternal. *Soifer* pode inferir das zonas corporais correspondentes os diversos sintomas da gravidez padecidos pelas gestantes examinadas. Assim, do desenho da boca (vômitos); das pernas tensas (cãimbras); omissão do pescoço (dificuldade respiratória). Esta autora aconselha aplicar o TPC a partir do 6º mês da gestação.

*Ruggieri et al*¹⁰⁷ (1979) estudaram um grupo de mulheres de classe média no terceiro trimestre de gravidez. Pesquisaram as modificações de seu esquema corporal, segundo a percepção de estímulos, usando dois questionários que mediam o "barrier score". Os autores concluíram que a

gravidez conduz à modificação da sensibilidade táctil especialmente em relação ao lado direito do corpo.

*Harris*⁵⁸ (1979) estudou as diferenças culturais quanto à percepção do corpo durante a gravidez. Este autor fez um estudo longitudinal de mudança da imagem do corpo durante a gravidez de 30 mulheres brancas e 55 de cor preta, primíparas, que foram entrevistadas no primeiro, no terceiro trimestre da gravidez e seis semanas após o parto. Das respostas a questionário específico, concluiu que fatores não só culturais mas também psicológicos e fisiológicos influem na maneira em que o corpo é percebido e sentido durante a gravidez.

Uddenberg & Hakanson (citados por *Harris*⁵⁸ em 1979) acharam que mulheres com conflitos as sociados com a gravidez percebem menos a sua região pélvica e os autores interpretaram como não aceitação dessa área do corpo.

1.2.4 *O desenho da figura humana*

Sabe-se que o desenho é uma das formas mais antigas de comunicação do ser humano. O homem sempre exprimiu pela expressão gráfica as suas emoções, sentimentos e desejos. Para a criança o lápis e o papel assumem grande importância não

são como exercício motor mas, também, como um meio de comunicação.

A Psicologia tem se utilizado da técnica gráfica; a princípio para fins de avaliação do desenvolvimento motor e mental incluindo-a, mais tarde, em estudos de personalidade. A experiência clínica psicológica tem demonstrado que a análise pictórica se apresenta como um valioso método complementar para o diagnóstico psicológico. *Van Kolck*¹³⁴ (1966) assinala que a partir de 1885 é que surgiram os primeiros trabalhos sobre o assunto. Hoje em dia, reconhece-se amplamente o valor do desenho, seja no aspecto do desenvolvimento geral e intelectual, seja na problemática da personalidade humana, focalizando a patologia, o diagnóstico e a terapêutica (*Frank*⁴⁶, 1979; *Gravitz*⁵¹, 1966; *Gravitz*⁵², 1969; *Machover*⁷⁴, 1979; *Van Kolck*^{134/142}, 1966/1975).

A prova gráfica, caracterizada dentro da técnica expressiva do desenho temático sem modelo, expresso no desenho da figura humana, foi elaborada por *Machover*⁷⁴ (1949) em técnica própria, denominada DAP (Draw a Person), já descrita anteriormente (item 1.1.1).

Van Kolck^{134/142} 1966/1975 tem sido, entre nós, a autora que mais se aprofundou na técnica do DAP, investigando casos normais ou espe

ciais de crianças e adolescentes. Apresenta, também, intensa bibliografia de autores nacionais e estrangeiros que estudaram o desenho da figura humana, como projeção gráfica, em diferentes contextos para o exame psicológico. Inclusive, mostra que a posição de Machover é de cautela, alertando a precariedade da técnica ao diferenciar quadros nosológicos. Da mesma maneira, *Handler*⁵⁷ (1967) observou que uma das dificuldades de pesquisar com a técnica do DAP é a falta de critérios; o autor procurou sanar esta falha, apresentando um critério de avaliação de ansiedade.

Reconhece-se que se fazem necessárias maiores investigações sobre o assunto. Não obstante ser a técnica de Machover bem aceita, sofre restrições que se aplicam a outros procedimentos de avaliação da personalidade.

Na verdade, essa restrição aplica-se não só às técnicas projetivas em geral, mas também ao uso de um único teste para um diagnóstico psicológico. Como se sabe, os testes para exame psicológico devem ser usados como elementos de uma bateria. Quando a finalidade é pesquisa, os objetivos ficam restritos a ela.

Deve-se também observar, como os diferentes autores, que o significado psicológico da figura humana, como veículo de projeção, tem suas

bases no conceito da imagem corporal. O indivíduo ao atender a solicitação "desenhe uma pessoa" ou "desenhe você" lança sobre o papel a imagem corporal que possui e que se torna veículo da expressão de sua personalidade.

Machover (citado por *Van Kolk*¹³⁴, 1966) explicou como a imagem corporal se projeta no desenho da figura humana "Quando alguém se dispõe a desenhar uma pessoa deve necessariamente referir-se a todas as imagens de si própria e de outras pessoas que povoam sua mente"... segue-se, naturalmente, que a imagem composta que constitui a figura desenhada está ligada intimamente ao eu em todas as suas ramificações. Constitui uma legião o número de pessoas individualmente conhecidas por nós e, no processo da criação da figura humana, alguns determinantes conscientes e outros subconscientes estão trabalhando para nos levar a uma representação do corpo fluentemente unida. Determinantes morfológicos de idade e sexo constituem as fontes mais gerais das quais obtemos aspectos pertinentes a nós mesmos. Imagens de estereótipos culturais e sociais contribuem, também, para a nossa concepção de pessoa..." "E, combinando com elas, as imagens decorrentes de nossa própria e privada experiência, única para nós. Todas essas imagens se entremeiam ou se incorporam para produzir a complexa e sutil pro

jeção do eu. Em nível mais inconsciente são adicionados os símbolos que têm significado universal."

Pesquisas têm sido orientadas no sentido de testar esta suposição básica do desenho da figura humana. Vários autores apoiam a hipótese de que os desenhos da figura humana representam a percepção de si mesmo por parte do desenhista (*Bodwin & Bruch*, 1960, *Korman*, 1960 e *Duche & Horson*, 1960, citados por *Van Kolk*¹³⁴ 1966).

Com gestantes, vimos que *Soifer*¹²⁴ (1976) fez um estudo com o teste de projeção corpórea de Figueiras. Este autor elaborou o seu teste (TPC) mediante a composição de cinco provas num total de 9 figuras, respectivamente como seguem:

1) de Karen Machover (2 desenhos: de uma pessoa e a de outro sexo). Permite conhecer a identificação sexual predominante.

2) de Pichon Rivièrre (2 desenhos: homem e mulher nus). Permite conhecer os conflitos sexuais.

3) de Brown e Goiten (3 desenhos: desenhar de olhos fechados o próprio corpo no espaço, visto de costas, de perfil e deitado). Segundo *Fisher & Cleveland*⁴³ (1958) esta técnica foi para diminuir a habilidade artística de desenhar.

4) de Tait e Ascher (1 desenho: o interior do corpo). Esclarece as ansiedades hipocondríacas.

5) de Figueiras (1 desenho: uma pessoa em um ambiente). Examina o eu geográfico e espacial.

Os estudos de *Soifer* foram publicados na "Revista de Obstetrícia y Ginecologia Latinoamericana" em fevereiro de 1963. Em 1970, vários autores baseados no teste, apresentaram um trabalho sobre "Considerações acerca de los aspectos psicológicos de las primíparas tardias" na Sociedade Argentina de Psicoprofilaxia Obstétrica (Gavensky⁴⁸, 1971; *Soifer*¹²⁴, 1976).

Na presente pesquisa, como dissemos anteriormente (item 1.1.1), utilizamos a técnica de *Machover*⁷⁴, 1949 "desenhe uma pessoa" e a seguir "desenhe a do sexo oposto" e introduzimos: "agora desenhe a senhora". Pretendemos, com isto, investigar a projeção da imagem corporal da gestante (ICG) não só em nível inconsciente, mas também em nível consciente.

1.2.5 O método psicoprofilático na assistência pré-natal

A assistência pré-natal, com ênfase na atenção dos fatores emocionais e na analgesia do

parto, deu aos obstetras um comportamento mais compreensivo e humano para com as gestantes (*Cerrutti*²², 1974; *Gavensky*⁴⁸, 1971; *Lamaze et al.*⁶⁸, 1955; *Nicholaiev* (citado por *Lamaze*⁶⁸, 1955; *Passos*⁹⁴, 1961; *Read*¹⁰⁰, 1953; *Schultz*¹¹⁹, 1979; *Velvovski et al.*¹⁴⁶, 1963).

A assistência pré-natal, por meio do método psicoprofilático de preparação para o parto sem dor, tem por finalidade não somente reduzir a dor do parto e de facilitar a sua evolução mas também, como diz *Cerrutti*²², 1974 "influir indelevelmente na educação sanitária da população, integrando-se na Medicina Preventiva".

Surgiram inúmeros métodos psicoprofiláticos com diferentes denominações, como vemos em *Cerrutti*²² (1974): "Parto natural e Parto sem Medo" (*Read*); "Preparação psicoprofilática" (*Velvovski e Nikolaiev*); "Parto sem dor pelo método psicoprofilático" (*Lamaze*); "Parto humanizado" (*Passos*); "Preparo gimnicopsíquico" (*Salles & Barros*); "Método psicoeducacional da analgesia do parto" (*Souza*); "Parto suportável" (*Notter*); "Psicoprofilaxia com parto dirigido" (*Pigeau*); "Parto condicionado" (*Schwarcz*); "Preparação psicológica para o parto" (*Rimbach*) e por fim "Preparação psicofísica para o parto", adotada entre outros por *Pigeau*, *Carcner* e *Bacialli*. *Cerrutti* considera esta denominação a mais adequada..." *Cerrutti*²²

(1974) define a preparação psicofísica "é método de educação psíquica e física que visa a manter ou reconduzir a gestante a normal equilíbrio emocional, atenuando ou por vezes suprimindo as dores, disciplinando o comportamento da parturiente com manifestas vantagens sobre a parturição." Ainda, este autor relata que a assistência psicofísica é universalmente conhecida sob a denominação de método psicoprofilático. Acrescentamos outras denominações: "Preparação integral da gravidez, parto e puerpério", *Grünspun* em nosso meio e *Videla* na Argentina; "Intervenção psicológica educacional", *Maldonado* no Rio de Janeiro (*Maldonado*⁷⁶, 1976).

Na verdade, *Read*¹⁰⁰ (1953) no Congresso Mundial de Obstetrícia e Ginecologia de Montreal em 1958, propôs falar simplesmente em Método Psicoprofilático a todo o programa de educação para o parto. *Lamaze* discorda, dizendo "que o método pavloviano de parto sem dor, pela psicoprofilaxia, afasta-se dos outros métodos psíquicos de parto, conhecidos e propalados sob o nome de parto sem medo ou de parto natural. O método psicoprofilático do parto sem dor obedece a regras determinadas... é uma entidade perfeitamente definida; é um sistema de medidas preventivas contra a aparição e desenvolvimento das dores, conseguidos por meio da ação sobre os setores superiores

do sistema nervoso central". Por isso *Lamaze* não aceitou a sugestão de *Read, Velvovski et al.*¹⁴⁶ (1963) afirmam que "a psicoprofilaxia das dores do parto deve estruturar-se como um sistema de medidas que muda radicalmente a atitude de toda a sociedade em relação ao parto e não só como método de anestesia individual, calmante das dores do parto. Neste sistema se incluem medidas de instrução de caráter geral e de caráter sanitário... e o parto é dirigido".

Passemos, sucintamente, a considerar a procedência dos métodos psicoprofiláticos em diferentes países.

1.2.5.1 *Procedências dos métodos psicoprofiláticos*

a) *Inglaterra*

*Read*¹⁰⁰ (1953), obstetra inglês, profundo conhecedor dos fenômenos da natureza, centrou seu interesse na dor pelo temor do parto. Teve oportunidade durante a guerra de 1914 de observar vários partos de mulheres aldeãs que eram calmas, e não sentiam dor. Em 1917, em um hospital militar na França, um sub-oficial hindu ensinou-lhe o relaxamento e a respiração profunda como meio de combater a tensão nervosa. Em 1933, *Read* publicou o "Parto natural", sendo talvez o primei

ro livro que enfatiza a influência emocional so
bre o parto. Em 1944, propôs a existência do ci
clo medo-tensão-dor para explicar a origem da
dor do parto e republica o livro com o nome de
"Parto sem medo". Seu método consiste em desfa
zer este ciclo, reduzindo o medo que a mulher
tem da gravidez e do parto devido a ignorar o
processo. Através de cursos sobre informações cor
retas da evolução da gravidez e do parto, da di
minuição da tensão muscular por meio do relaxa
mento e respiração adequada, *Read* conseguiu que
as mulheres não sofressem tanto durante o parto.

b) *Estados Unidos da América do*
Norte

Quando visitou os Estados Uni
dos em 1947 *Read* (*Read*¹⁰⁰, 1953) ministrou aulas
na Universidade de Yale e seu método de prepara
ção para o parto foi rapidamente aceito. Em 1948,
aparece o primeiro trabalho publicado de *H.Thoms*
e *Goodrich* (*Cerrutti*²², 1974), sendo que a pri
meira publicação foi de *Black Well Sawyer* de New
Jersey, em 1946. Mas foi o trabalho de *Thoms* que
ficou mais conhecido com sua nova publicação em
1950, em colaboração com a fisioterapeuta ingle
sa *Helen Heardman* sobre "Treinamento para o par
to. Um programa de parto natural com rooming-in".
Apresentam aspectos práticos do programa de trei

namento para o parto sob as influências das idéias de *Read*. Defendem, também, as vantagens do rooming-in, isto é, da mãe e criança permanecem juntas após o parto e refazem o esquema rígido da amamentação por um tempo mais prolongado, segundo as necessidades da criança. Na equipe de ensino de *Thoms*, participavam um obstetra, um pediatra, um psiquiatra para discutirem com o grupo de grávidas os aspectos emocionais e uma enfermeira especializada, para ginástica.

*Thoms & Wiedenbach*¹³¹ (1954) enfatizam o apoio eficiente que se deve dar à gestante e ao programa, pela importância na realização de um trabalho de parto normal.

Enfim, o método de *Read* espalhou-se nos Estados Unidos, em Montreal e países da Europa, dando ênfase ao preparo físico da mulher e ao preparo pedagógico com o propósito de fornecer o conhecimento básico sobre a concepção, parto e puerpério.

c) Rússia

O método psicoprofilático, propriamente dito, com finalidade de analgesia da dor da parturição, foi criado na Rússia, em 1949, por *Plótichek, Velvovski, Platonov, Chūgon e Nikolaiev* (*Lamaze*⁶⁸, 1955; *Velvoski et al*¹⁴⁶, 1963), tendo

como base a teoria dos reflexos condicionados de Pavlov. Podemos dizer, de antemão, que sua origem encerra um precursor, a hipnose, na tentativa de analgesia do parto (*Passos*⁹⁴, 1961; *Velvovski et al*¹⁴⁶, 1963).

O Método Psicoprofilático é baseado no poder da palavra, segundo a teoria de Pavlov e mostra a importância da ação educadora da equipe médica. Consiste de nove aulas, a fim de informar a paciente sobre a anatomia e fisiologia da gravidez, do parto e ensinar exercícios específicos respiratórios para o alívio da dor.

Em 1951, depois do Congresso de Leningrado, sobre Analgesia Obstétrica, organizado pela Academia de Medicina e o Ministério de Saúde Pública da Rússia, este Ministério promulga o decreto de generalização em todo o país da utilização do Método. Foi, depois, admitido na China Popular (*Cerrutti*²², 1974; *Lamaze*⁶⁸, 1955).

d) *França*

Lamaze, em 1951, visitando os serviços da Rússia, ficou impressionado com a tranquilidade com que as mulheres davam à luz. Assim, introduziu o método na França, em 1956, na Maternidade da Policlínica dos Metalúrgicos

"Pierre Rouquis" (*Cerrutti*²², 1974; *Lamaze*⁶⁸, 1955).

Lamaze fez algumas modificações no método e impôs o pensamento de Pavlov em países da Europa e América Latina, pois em 1956 foi convidado a dar um curso em Buenos Aires.

e) *Argentina*

Vários obstetras preocuparam-se com a evolução da gravidez e do parto. Mas os primeiros cuidados do ponto de vista metodológico surgiram em 1951, com o trabalho de *Gavensky* no VII Congresso Argentino de Obstetrícia e Ginecologia (*Gavensky*⁴⁸, 1971). Em 1959, constituiu-se a Sociedade Argentina de Psicoprofilaxia Obstétrica cujo objetivo "é o estudo, a promoção e difusão dos métodos psicoprofiláticos destinados à profilaxia da dor da parturição e de todas as conseqüências que possam ocorrer, durante o estado gravídico-puerperal, especialmente à parturiente e ao recém-nascido".

f) *Brasil*

A atenção materna nos Centros de Saúde de São Paulo foi instituída com o Decreto 3.876 de 11 de julho de 1925 que reorganizou o Serviço Sanitário do Estado (*Cortez*³⁰, 1926; *Souza e Vieira*¹²⁵, 1944). Desde essa época, há nos

Serviços de Saúde Materna dos Centros de Saúde do Estado educadores especializados na orientação das gestantes. No entanto, foi o Serviço Social da Indústria que primeiro fez uma publicação sobre "Cursos de Educação para o Casamento" ministrados nesta Instituição desde 1951. Nestes cursos, estava incluída a orientação pré-natal com ênfase no problema sanitário-social (*Lima et al*⁷³, 1958; *Novais Filha et al*⁹¹, 1965).

Foi *Briquet*¹⁵ (1939) o primeiro obstetra brasileiro a chamar a atenção para os problemas psicológicos da mulher grávida e para a necessidade da relação mãe-filho imediatamente após o nascimento (rooming-in de *Thoms & Heardman*, citado por *Thoms & Wiedenbach*¹³¹, 1954). Mas, só em 1953 é que o método psicoprofilático foi introduzido no Brasil pelo psiquiatra *Samuel Verbe* e o obstetra *Hirsh Schor* do Hospital das Clínicas de São Paulo que trouxeram de Paris o método de *Lamaze*. Estes clínicos treinaram obstetizes e médicos para a divulgação dos seus ensinamentos. Estas pessoas treinadas iniciaram cursos em serviços estatais e particulares. Por motivo de recursos humanos e materiais, esses cursos não têm tido continuidade nos serviços estatais. Clínicas particulares têm desenvolvido o serviço com diferentes denominações e técnicas. *Schor*¹¹⁸ publicou, em 1956, o primeiro

livro sobre o assunto "O que é o parto sem dor".

1.2.5.2 *Tendências atuais*

O método psicoprofilático para o parto sem dor espalhou-se por todo o mundo, graças a sua finalidade. *Cerrutti*²² (1974) apresentou as seguintes porcentagens de partos bons segundo os diferentes métodos utilizados: "de *Read*, 78,0%; de *Lamaze*, 78,0%; de *Nikolaiev*, 85,0%; na casuística de *Cerrutti* 68,0% de partos ótimos e bons; *Salles & Barros* alcançaram 48,5%; mas, se esses casos fossem verificados só em pacientes com equilíbrio emocional, esta percentagem subiria para 80,0%. Em vista desta discrepância, consequência da grande oscilação emocional de cada indivíduo chamados gestantes-difíceis, aconselha-se recorrer ao auxílio de psicólogo ou de psicoterapeuta."

Segundo *Cogan*²⁶ (1980) a estimativa de mulheres que recebem a preparação para o parto é, em algumas comunidades dos Estados Unidos, de 30% a 50%.

Nos Estados Unidos, e em alguns países sul-americanos, como o Brasil, a Argentina, as técnicas de preparo da mulher gestante têm sido modificadas no seu conteúdo e objetivos. O Brasil, na década de 70, sofreu a influência da Escola

Norte Americana cujas técnicas emprega até hoje.

As modificações das técnicas têm ocorrido, em primeiro lugar, devido às alterações dos conceitos frente à situação da mulher na sociedade atual; a propaganda e o estilo de vida configuraram uma nova mulher através da ascensão em atividades fora do lar. Em segundo lugar, devido à aplicação de conceitos psicodinâmicos emanados da psicanálise, principalmente a partir dos estudos de *Langer* (*Fiorini*⁴², 1979 ; *Langer*⁶⁹, 1978; *Small*¹²³, 1974). Mais recentemente, recebe as influências de diversas escolas psicológicas. A teoria da crise divulgada por *Caplan* deu, também, margem ao surgimento de novas perspectivas de atendimento psicológico às gestantes (*Caplan*¹⁸, 1957; *Caplan*¹⁹, 1964 ; *Erickson* citado por *Maier*⁷⁵, 1979; *Noronha*⁸⁹ , 1978; *Nuckolls et al*⁹², 1972).

*Langer*⁶⁹ (1978), fazendo tratamento psicanalítico de pacientes que engravidavam, obteve uma compreensão mais profunda de variáveis psicológicos da maternidade. Esta autora apresenta, em seu livro, diversos relatos de casos que se submeteram à psicanálise.

Das Escolas Psicológicas temos: a Escola Psicodramática cujas técnicas de trabalhar com papéis (roleplaying) adaptam-se à gestação e ao

puerpério. A mulher tem que se ajustar a "papéis" maternos, que, nos dias de hoje, se fazem com certa dificuldade, uma vez que este aprendizado não se realiza mais nas famílias. As Escolas de Psicoterapias Breves, Psicoterapia de Grupo trabalham em relação às fantasias, temores e ansiedades da gestante e do casal e, nestas circunstâncias, adapta-os ao contexto do momento gestacional em termos do que se denomina "momento regressivo da gestante", segundo o conceito de regressão, utilizado pelos autores psicanalíticos (Noronha⁹⁰, 1981; Rojas-Bermudes¹⁰⁶, 1978; Savastano & Novo¹¹³, 1981). Finalmente, o preparo físico com a técnica da "expressão corporal" que visa a equacionar a mulher em seu esquema corporal, pois seu corpo é profundamente modificado durante a gravidez e puerpério. Esta abordagem tem sido "um prelúdio para a reorganização do ego" (Bertherat & Bernstein¹⁰, 1979; Grings & Dawson⁵⁴, 1978; Guérios⁵⁶, 1974; McConnel & Daston⁸⁰, 1961; Reich citado por Van Kolk¹⁴², 1975; Schultz¹¹⁹, 1979; Van Kolk¹⁴², 1975. Entre nós, o Grupo de Atendimento Psicossomático (GAP) de São Paulo também faz o trabalho com o corpo da gestante através da técnica de expressão corporal a fim de conseguir um modo mais prático para a integração corpo/mente e proporcionar melhor possibilidade de lidar com o seu corpo em transformação (Noronha⁹⁰, 1981).

Na verdade, desenvolver e reforçar sentimentos positivos em relação ao próprio corpo já está, também, sendo objeto de interesse de profissionais de Saúde Pública. Como dizem *Williams et al.*¹⁴⁹ (1980), "o objetivo da educação em saúde é motivar a sociedade a adotar comportamentos que reduzam a morbidade e mortalidade prematuras." Segundo esses autores, essa motivação será mais eficiente, quando programas de saúde escolar atingirem um alto grau de envolvimento pessoal; sugerem um programa de educação em saúde para 1º e 2º ciclo que denominam "Conheça o seu corpo" (KYB- Know your body). É um exemplo de uma nova abordagem de educação em saúde da qual destacamos uma de suas características: a promoção preventiva primária com ênfase em uma auto-imagem positiva.

Com o desenvolvimento da teoria da crise e dos programas de prevenção primária, o atendimento psicológico da grávida foi considerado um trabalho de prevenção primária, definido como tentativa de reduzir a incidência de novos casos de distúrbios psicológicos numa comunidade por meio da modificação ambiental, combatendo os fatores etiológicos nocivos e do fortalecimento do indivíduo para enfrentar situações novas (*Caplan*¹⁸, 1957; *Caplan*¹⁹, 1964).

*Katona*⁶⁶ (1981) descreve a história da

obstetrícia e examina a literatura que envolve a educação pré-natal; mostra a necessidade de uma pesquisa formal sobre a importância educacional da mulher grávida. Entre outros, cita o estudo de *Breen* que usa uma combinação de testes psicológicos e entrevistas. *Breen* seguiu um grupo de primigestas, focalizando a auto-percepção dessas mulheres quanto às mudanças de sua própria feminilidade. O trabalho de *Breen* tenta capturar a essência do que a gravidez significa para os seus sujeitos. *Katona* propõe que a educação pré-natal deve envolver as necessidades específicas de cada gestante.

1.2.6. Aspectos psicológicos da gravidez

Os aspectos psicológicos da mulher grávida têm despertado interesse de pesquisadores notadamente na literatura médico-psicológica. As investigações, no entanto, são diversificadas em seus problemas específicos e finalidades. Na verdade, o campo é por demais complexo e é impossível estudar exaustivamente um determinado tema.

*Bibring*¹¹ (1959) verificou que havia maior frequência de problemas psicológicos em pacientes da Clínica Pré-natal de um Hospital nos Estados Unidos do que na média da população de pa

cientes desse Hospital. Concluiu que podia ser devido à condição de gravidez. Essa autora considera a gravidez, assim como a puberdade e menopausa, um período de crise, envolvendo profundas mudanças psíquicas e somáticas.

Davids & Rosengren³⁵ (1962) investigaram a relação da estabilidade social e o ajustamento psicológico durante a gravidez e concluíram que as mulheres socialmente instáveis, quando grávidas, são menos felizes, mais ansiosas e emocionalmente mal ajustadas.

McDonald & Christakos⁸² (1963) apresentaram vários estudos relacionados com problemas emocionais durante a gravidez e complicações obstrtétricas. A esperança dos diferentes autores era de se conseguir um instrumento psicológico que detectasse a relação entre a personalidade da grávida e complicações durante a gravidez. Só assim seria possível usarem medidas terapêuticas mais adequadas. Em geral, estas investigações abordavam diferentes aspectos psicossomáticos da gravidez tais como o aborto habitual, a hiperemesis gravídica e demonstraram que essas anormalidades clínicas são devido a desajustamentos psicológicos. Segundo *Stott* (citado por *McDonald & Christakos⁸², 1963*) em um estudo em 102 crianças, revelou que a maioria, deficientes mentais, provinha de gravidez com severos

distúrbios emocionais, *McDonald & Christakos*⁸² (1963) concluíram de seus estudos que pacientes que apresentam uma variedade de complicações obstétricas são caracterizadas por um alto grau de ansiedade.

Em 1968, *McDonald*⁸¹ apresentou uma revisão de quinze anos de literatura e mostrou que as mulheres com complicações tais como pseudocieses, hiperemesis gravídica, aborto habitual, parto difícil, prematuridade e toxemia, são as que têm mais alto nível de ansiedade.

Devido às necessidades da mulher grávida serem tanto fisiológicas, somáticas, como psicológicas, o obstetra deve ser, na verdade, um indivíduo decisivo, assim como o pessoal da maternidade. *Light et al.*⁷² (1976) estudaram a satisfação da gestante em relação à atenção dispensada, durante a gravidez e parto, pelo pessoal técnico administrativo do hospital.

Os estudos de *Barclay & Barclay*³ (1976) demonstraram que sentimentos e atitudes de primigestas de 3º trimestre de gestação e nuligestas são quase idênticos. Há, entretanto, três exceções: as nuligestas expressam maior medo para com o feto e percebem a gravidez mais depressivamente do que as primigestas. Estas possuem um maior conhecimento sobre gravidez. Os dados

questionam, também, se a falta de conhecimento sobre gravidez contribui para a ansiedade da grávida.

*Maspfuhl & Müller*⁷⁹ (1979) investigaram as atitudes de mulheres nos três trimestres da gravidez. Os resultados sugerem uma óbvia necessidade de um ajustamento normal. As atitudes negativas dependiam mais da gravidez não desejada. Diferenças entre as atitudes durante a gravidez foram associadas a fatores educacionais e profissionais.

*Laukaran*⁷⁰ (1980) estudou, na gravidez desejada e não desejada, o impacto da atitude materna para com a gestação e conseqüente complicação obstétrica. A gravidez em mulheres com atitudes negativas resultaram na morte perinatal ou em uma criança viva com anomalias severas.

As dificuldades sócio-econômicas são associadas a problemas emocionais durante a gravidez, tais são os estudos de *Nuckolls et al*⁹² (1972); *Wolkind & Zajicek*¹⁵¹ (1978). *Gordon & Gordon*⁴⁹ (1959) e *Gordon et al.*⁵⁰ (1965) mostraram a preocupação dos cientistas sociais com os fatores sociais e ambientais em relação às desordens emocionais, indicando que aqueles têm importância nos transtornos emocionais da gravi

dez e parto. A história social pode ajudar o mê
dico a reconhecer pacientes emocionais em potencial. *Engstrom et al*⁴¹ (1964) fizeram um estudo prospectivo da relação entre fatores psico-sociais e o desenrolar da gravidez e parto. A distribuição de fatores psicossociais que consideram negativos influem na atitude negativa durante a gravidez e parto. Concluíram pela necessidade de se dar assistência psicossocial aos cuidados antinatais.

*Perestrello*⁹⁵ (1974) mostrou que o médi
co deve ter uma atitude "compreensiva" e não
"mecanicista" para com o doente. Assim, a atenção
dada à grávida, a sua biografia e a seus própósitos muito ajudarão o médico a compreendê-la.
Todos os seus sintomas devem ser tratados dentro
de um conceito "psicogênico" sem "que com
isto exclua as medidas a serem tomadas decorrentes
de sua eventual organicidade".

*Morishima et al*⁸⁶ (1978) observaram a influência da tensão emocional sobre o feto de macacas rhesus, grávidas, e demonstraram os efeitos
benéficos do sedativo maternal sobre o feto.

*Newton et al*⁸⁸ (1979) estudaram o impacto
psicossocial e sua relação com o parto prema
turo. Seus resultados mostram que houve partos
premattiros de mulheres que tiveram confliti

tos psicossociais mais intensos durante a gravidez.

*Standley et al*¹²⁶ (1979) determinaram que a ansiedade não é um constructo unitário, mas, que é útil considerá-la na gravidez. Identificaram três dimensões de ansiedades em mulheres grávidas: 1º) Ansiedade sobre a gravidez e o nascimento. 2º) Ansiedade antecipada dos cuidados que devem dispensar ao filho. 3º) Sintomatologia psiquiátrica. Os seus achados evidenciam que os estados emocionais da vida pregressa da mulher podem causar um impacto nos resultados perinatais. *Barclay & Barclay*⁴ (1980), comentam estes autores.

*Jennings & Edmudson*⁶⁴ (1980) descrevem que a gravidez requer 12 meses e não 9, acrescentam, assim, um "4º trimestre". Asseveram que a volta para casa pode ser mais extenuante devido às circunstâncias de uma cesária ou complicação obstétrica e à adaptação da família ao novo ser. Sugerem aos cursos, que preparam para o parto, prepararem, também, para o puerpério.

*Crandon*³² (1979), estudando a ansiedade materna e complicações obstétricas, concluiu que hemorragias e pré-eclampsia são duas das maiores causas de mortalidade e morbidade materna; sua incidência foi de 3 a 4 vezes mais alta entre mulheres com alto nível de ansiedade no 3º

trimestre.

Investigando as relações de fatores psicológicos durante gravidez de 3º trimestre e o trabalho de parto, *Lederman et al*⁷¹ (1979) concluíram que fatores psicológicos específicos na gravidez são prognósticos da duração do trabalho de parto.

*Soifer*¹²⁴ (1976), além de apresentar as ansiedades específicas dos três trimestres da gestação, expôs uma modalidade de trabalho em um centro materno infantil; incluiu em seus estudos os resultados do Teste de projeção corpórea (TPC), aplicado em gestantes.

Entre nós, *Maldonado*⁷⁶ (1976) também caracterizou os aspectos psicológicos dos três trimestres da gravidez e afirmou que, embora a existência de estados emocionais peculiares à gravidez seja reconhecida pela maioria dos autores, a origem destes estados ainda é muito discutida. Mostrou, também, a importância da intervenção psicológica-educacional (IPE) na preparação para a maternidade e paternidade. *Benathar*⁸ (1979) estudou um grupo de gestantes, segundo o mês da gestação, na época da matrícula, no serviço pré-natal, relacionando a idade da gestante, número de filhos e escolaridade. De suas conclusões destacamos que as primigestas de ní

vel de escolaridade mais baixo matriculam-se mais tardiamente no serviço. *Candeias*¹⁷ (1980), estudando a atitude de gestantes frente à assistência pré-natal, verificou que, no 1º e 2º trimestre, a proporção de mulheres casadas, com atitudes positivas (72,9%) é significativamente maior do que a do grupo de mulheres cujo pré-natal teve início no 3º trimestre e sem assistência pré-natal (57,5%). *Tsu*¹³³ (1980), em sua dissertação de Mestrado, sobre "Análise de sonho de gestante", mostrou um conteúdo regressivo que persiste como fundamental nesse grupo de estudo. *Leonardo Angelini*, do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo em colaboração com *Charles D. Spielberger* do "Center for Research in Community Psychology - Florida USA - criador do "Inventário de ansiedade traço-estado" iniciaram uma pesquisa, em São Paulo, sobre "ansiedade-traço e ansiedade-estado em mulheres grávidas durante o período de gestação."*

1.2.7 Síntese

Como vimos, tem havido não só grande de

*Informação obtida através de: USP Informações (99) mar. 1981, e pessoal do Prof. *Leonardo Angelini* do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

envolvimento e difusão de técnicas de profilaxia obstétrica, como também inúmeras pesquisas para detectar as vantagens trazidas às mulheres que se beneficiam dessas técnicas (*Bown & Miller*¹⁴, 1980; *Cerrutti*²², 1974; *Cogan*²⁶, 1980; *Dooher*³⁹, 1980; *Hibrard et al*⁶¹, 1979; *Lamaze et al*⁶⁸, 1955; *Reid et al*¹⁰¹, 1980; *Ryan Jr. et al*¹⁰⁸, 1980).

Das pesquisas sobre método psicoprofilático para o parto sem dor podemos concluir, resumindo, que os benefícios proporcionados às mulheres que se submeteram ao método são:

- 1º) maior porcentagens de partos bons.
- 2º) uma atitude mais positiva através da experiência do trabalho de parto.
- 3º) redução de medicação durante o parto.
- 4º) redução da dor da parturição.
- 5º) menor frequência do uso de fórcepe.

Dos autores que abordaram a orientação pré-natal, sem ser especificamente o "método psicoprofilático do parto sem dor" (*Bowen & Miller*¹⁴, 1980; *Carter et al*²⁰, 1980; *Cooper & Cento*²⁸, 1977; *Hirst & Strousse*⁶², 1938; *Light et al*⁷², 1976; *Perkins*⁹⁶, 1980; *Read*¹⁰⁰, 1953) concluímos que:

- 1º) a educação pré-natal é eficiente em termos de aquisição de conhecimento, diminuição

da ansiedade existente, formação de ligação ma
terno-filial mais saudável.

2º) pais, que presenciam o parto, demonstr
am maior interação entre esposa e filho do
que aqueles que não o fazem.

3º) mulheres com cuidados pré-natais ina
dequados apresentam maior ansiedade e mais alta
mortalidade perinatal.

4º) o cuidado pré-natal focaliza a qualida
de dos serviços prestados à gestante, parturi
ente e puérpera.

Além de investigarem os benefícios obtido
s pelas mulheres através das diferentes técnic
as, os pesquisadores têm interesse no estudo
da atitude da mãe e sua repercussão em complicaç
ões obstétricas e fetais, nos fatores emociona
is que envolvem patologias tais como infertili
dade, aborto habitual, hiperemese gravídica,
nas fortes tensões que acarretam dificuldades
no trabalho do parto e nos diferentes tipos de
ansiedade que se manifestam na mulher grávida.

Mas, sabemos que há, ainda, muitas mulhere
s que não têm conhecimento sequer de serviç
os de assistência pré-natal. Temos os resultado
s de *Furstenau*⁴⁷ (1979), obtidos em uma matern
idade que atende pessoas economicamente desfaça

vorecidas. Esta autora pesquisa as causas que levaram as puérperas a procurar ou não o serviço de assistência pré-natal e chegaram à seguinte conclusão: controle da gravidez 37,4%; não achavam necessário, 43,3%; não conheciam pré-natal gratuito 17,0%. Os resultados das que não achavam necessário concordam com os de Reid¹⁰¹ (1980); 42% de mulheres por ele inquiridas disseram não pretender frequentar cursos de relaxamento.

Entre as gestantes que assistem a "Cursos para gestantes" lembramos os "casos difíceis" que necessitam de atenção especial e que não devem ser descuidados.

Em muitos "Cursos", como já assinalavam *Velvovski et al*¹⁴⁶, em 1963, há, ainda hoje, uma falta de relação entre a observação médica e a parte "didática" da preparação, pois cursos são ministrados em forma de conferências. O ensino, assim, tem um caráter abstrato e o médico e/ou psicólogo vê-se privado de estudar, individualmente, as características pessoais e as queixas da gestante.

Serviços de obstetrícia que atendem às reais carentes da população estão no plano de prioridade. Onde falta o mínimo para a assistência de vida quer da mulher e do filho, como

instalar um atendimento psicológico?

O aspecto crítico de todas as metodologias de abordagem psicológica na assistência pré-natal está no fato de serem dispendiosas (médico, obstetra, psicólogo, enfermeira, assistente social), quando introduzidas em centros de saúde ou em instituições de atendimento à mulher gestante pobre.

*Bellford*⁶ (1974) procurou solucionar, em parte, o problema, quando escreveu: "seria desejável que nossa legislação fosse mais incisiva e tornasse compulsória a assistência pré-natal; que os ambulatórios fossem verdadeiros centros-escolas onde os estudantes, assessorados por professores, pudessem dedicar tempo suficiente a cada gestante de acordo com as necessidades da mulher". Acrescentamos que a Educação para a Saúde deveria promover a educação pública a fim de que a comunidade se conscientizasse da necessidade de se submeter a grávida a uma assistência pré-natal psicossomática adequada. Os profissionais devem vencer as dificuldades existentes, divulgar e implantar o uso corrente dessa assistência, mesmo nas instituições de atendimento à mulher pobre.

Os programas de Educação em Saúde, na área Materno-Infantil, podem usar várias estraté

gias para atingirem os diferentes tipos de comunidade, definindo os problemas específicos de comportamento ou barreiras existentes (*Green*⁵³, 1978; *Jimenez*⁶⁵, 1980) e devem utilizar meios necessários e adequados a fim de alertarem o casal para um tratamento conveniente⁹⁷ (1979).

Da mesma maneira que o impacto físico ou orgânico pode afetar a mãe e a criança (*Delascio & Almeida*³⁶, 1974; *Newton*⁸⁸, 1979; *Osuna*⁹³, 1979; *Rezende et al*¹⁰³, 1975) o bem estar da criança pode também ser afetado, quando a mãe está sujeita a conflitos psicossociais durante a gravidez (*Engstrom et al*⁴¹, 1964; *Gordon & Gordon*⁴⁹, 1959).

O atendimento psicológico à gestante é evidentemente importante uma vez que durante a gravidez é que se constroem os alicerces do futuro relacionamento entre pais e bebê e começam a surgir as tensões específicas deste momento de crise. Estas tensões, abordadas nesta fase, tendem a ser mais fáceis e rapidamente superadas, favorecendo o crescimento emocional e a formação de uma ligação materno-filial mais saudável para a criança e para a estrutura familiar.

1.3 *Conceitos*

Conceituamos neste trabalho, os termos específi
cos, da seguinte maneira:

1.3.1 *Imagem corporal*

Imagem corporal ou esquema corporal é a configuração dinâmica que temos de nós mesmos. É o resultado das representações psíquicas do cor
po e seus órgãos e compreende não só o corpo bio
lógico, senão também, tudo o que, de alguma ma
neira, o prolongue, como por exemplo, as vesti
mentas, os enfeites, o ambiente.

A imagem corporal está formada por elemen
tos inconscientes e conscientes uma vez que o
núcleo da imagem do corpo se inicia com o nasci
mento e se desenvolve segundo o crescimento e de
seenvolvimento do indivíduo no seu meio sócio-cul
tural. O desenvolvimento se processa segundo a
tonalidade afetiva desse universo e a representa
ção que o indivíduo faz de si mesmo e dos obje
tos deste mundo em relação a ele (*Cormillot et*
*al*²⁹, 1977; *Machover*⁷⁴, 1949; *Mucchielli & Bour*
*cier*⁸⁷, 1966; *Rojas Bermudes*¹⁰⁶, 1978; *Schilder*
¹¹⁶, 1950).

1.3.2 *Gravidez*

A gravidez não é um estado patológico, mas

a mulher sofre uma série de modificações de ordem orgânica, psíquica e social que a levam a um estado fisiológico especial característico do episódio gravídico, determinado pelo tempo de gestação (Briquet¹⁵, 1939; Ciari Jr. & Siqueira²⁵, 1976; Gavensky⁴⁸, 1971; Rezende¹⁰³, 1975).

A gravidez, como um evento ou episódio, limita a atenção ao período gestacional. Não obstante nosso estudo estar focalizado somente na imagem corporal da mulher durante o seu episódio gravídico, temos que pensar no aspecto dinâmico que a leva a aceitar ou rejeitar a sua presente configuração. Desta forma, destacamos o terceiro conceitual sobre Saúde Materna de Ciari Jr. & Siqueira²⁵ (1976), quando se referem à gestação como sendo o evento de um processo. Vista desta forma, a atenção deve ser dada a sucessivas fases: pré-gestacional, intragestacional e intergestacional. Como consequência, todos os fatos ocorridos durante a vida, desde a infância, têm sua repercussão na gravidez, na mesma forma que esta se projeta na vida intergestacional.

1.3.3 *Risco gravídico, situação de crise, conflito psicológico*

Toda gestante está exposta a um risco que no caso recebe a denominação de "risco gravídico"

definido como "a oportunidade a agravos físicos, psíquicos e sociais a que estão expostos a gestante e o feto" (Caplan¹⁸, 1957; Caplan¹⁹, 1964; Ciari Jr. & Almeida²⁴, 1972; Ciari Jr. & Siqueira²⁵, 1976; Cohen²⁷, 1979; Cuminsky & Ojeda³³, 1979; Delascio & Almeida³⁶, 1974; Erickson citado por Maier⁷⁵, 1969; Maldonado⁷⁷, 1979; Noronha⁸⁹, 1978; Osuna⁹³, 1979; Rezende et al¹⁰³, 1975; Rheingold¹⁰⁴, 1964).

O risco gravídico configura-se então pela presença de fatores que interferem no desenvolvimento da gestação e que são de três ordens: orgânicos, sociais e de comportamento. Os orgânicos representam os agravos biológicos; os sociais definem toda a influência que o meio social possa interferir no curso da gravidez. Os de comportamento são as maneiras da mulher enfrentar o fenômeno reprodutivo. Estes fatores refletem a disposição psíquica, positiva ou negativa que se traduz em conflitos e/ou em crise de desenvolvimento. Estes conflitos deveriam ser solucionados adequadamente ou parcialmente, segundo a interferência do meio sócio-cultural.

1.3.4 *Personalidade e imagem corporal*

Schilder¹¹⁶ (1950) enfatizou que o eu corporal se desenvolve de acordo com as necessidades da personalidade. Corpo e mundo são experiên

cias que se correlacionam.

*Endler & Magnusson*⁴⁰ (1976), englobando em quatro modelos básicos as teorias da personalidade (traços psicológicos, psicodinâmica, situacionismo e interacionismo) mostraram que, no interacionismo, a lei básica é S-R-S-R...; que as determinantes do comportamento tanto podem ser internas como externas ao indivíduo; que a unidade de análise é a interação indivíduo-situação.

Esta interação é representada graficamente por *Pichon Rivière* (citado por *Rojas Bermudes*¹⁰⁶, 1978; *Soifer*¹²⁴, 1976) em três círculos concêntricos que *Rojas Bermudes*¹⁰⁶ (1978) modificou, dando uma nova representação gráfica. Esta se resume em três raios que dividem proporcionalmente um círculo. Cada raio corresponde a um papel psicossomático (ingeridor, defecador e urinador); cada espaço delimitado corresponde a uma área (corpo, ambiente e mente). O eu é uma instância nova e diferente que resulta da integração destes seis elementos. Este esquema tem sido adaptado para orientação da personalidade da mulher grávida durante a assistência psicológica pré-natal (*Savastano & Novo*¹¹³, 1981).

A filosofia do pensamento científico moderno, principalmente a em que se baseia a Saúde Pública, coaduna-se com a desses autores. Não po

demos compreender o indivíduo normal ou patológico sem termos dele uma visão holística, sem situá-lo no meio em que vive e sem estudar este meio que o cerca (*Berliner & Salmon*⁹, 1980; *Masi*⁷⁸, 1978; *Savastano*¹¹⁰, 1980).

Personalidade é, portanto, a resultante da interação indivíduo-meio e a conceituamos através de três postulados (*Savastano*¹¹⁰, 1980):

1. A personalidade tem uma estrutura básica, física e psicológica (núcleo do eu).
2. A personalidade desenvolve padrões básicos de comportamento identificáveis em todos os níveis evolutivos do indivíduo (papéis, personagens). Estes padrões mudam e são modificados pelo crescimento, desenvolvimento, aprendizagem e meio ambiente. Levamos em consideração que a percepção de nosso próprio corpo sofre a influência dessas modificações.
3. Estrutura e padrões convergem energias específicas para cada indivíduo, tornando-o único na sua personalidade.

A personalidade fundamentada através desses três postulados não só permite ser vista como um todo, como também possibilita diferentes

estratégias de pesquisa para a análise parcelada desse todo.

1.3.5 *Assistência psicoprofilática pré-natal* (APPN)

Reservamos a expressão "método psicoprofilático das dores do parto" à técnica russa. Consideramos assistência psicoprofilática pré-natal (APPN) o conjunto de medidas psicoprofiláticas destinadas a assegurar a saúde mental da mulher durante a gestação, na parturição e no futuro relacionamento mãe-filho e familiares. Este conjunto de medidas pode abranger a técnica do método psicoprofilático do parto sem dor, ou outros tipos de atendimento psicoterápico e/ou psicofísicos, incluindo a orientação pedagógica.

2. METODOLOGIA

2. METODOLOGIA

2.1 *Planejamento da pesquisa*

A presente pesquisa constitui um estudo prospectivo que busca caracterizar a evolução da figura humana, projetada nos três trimestres da gestação, com o teste da imagem corporal da gestante (ICG), elaborado por nós, com a finalidade de simplificar um instrumento para aplicação em massa.

Determinados os objetivos (ítem 1.1.2) planejamos, em um estudo longitudinal, coletar o material nos três trimestres da gestação, no prazo de um ano.

Foram escolhidas, aleatoriamente, duas clínicas de assistência pré-natal: uma particular, denominada Grupo de Atendimento Psicossomático (GAP) e, a do Centro de Saúde Geraldo de Paula Souza (GPS), da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Na primeira, os clínicos e especialistas seguem orientação psicossomática. As pacientes, nessa clínica, podem usufruir de uma assistência psicoprofilática pré-natal (AP PN) em grupo, e, se necessário, individualmente. Na segunda clínica a ênfase tem sido dada à orientação organicista, pois, a assistência psicoprofilática é raramente oferecida, principalmente devido à falta de recursos humanos e material.

2.1.1 *Da coleta do material*

1º) Fazer entrevista com a gestante a fim de obter dados pessoais, utilizando um questionário (Anexo 1) que seria atualizado nos três trimestres.

2º) Aplicar o teste da imagem corporal da gestante após o preenchimento do questionário.

3º) Fornecer uma borracha, lápis número 2 apontados e uma folha de papel sulfite tamanho ofício, para cada desenho. Material coletado pela autora do presente trabalho.

2.1.2 *Dos resultados*

1º) Dividir a população em dois grupos: gestantes *com* assistência psicoprofilática pré-natal (APPN) e *sem* assistência psicoprofilática pré-natal.

2º) Descrever cada grupo da população segundo os resultados obtidos, através do questionário, nos três trimestres da gestação.

3º) Analisar cada grupo da população segundo as duas figuras femininas projetadas nos três trimestres da gestação: a figura do par a qual chamamos figura feminina A, e a da auto-imagem, a qual chamamos figura feminina B.

4º) Apresentar os resultados dos questionários e dos testes em tabelas sub-divididas em 1 e 2, respectivamente, população *com* e *sem* assistência psico

profilática pré-natal (APPN).

2.1.3 *Da triagem na Clínica Particular "GAP"*

1º) Retirar, uma vez por semana, dos fichários de diferentes obstetras a relação das gestantes que se submeteram à primeira consulta na semana anterior. Desta relação, as que preenchessem os requisitos necessários (mês de gestação e nível de escolaridade) seriam convidadas, por telefone, a participarem da pesquisa.

2º) Indagar da permanência em São Paulo no decorrer da gravidez e avisar sobre o tempo de duração de cada entrevista.

3º) Marcar, uma vez aceito o convite, o nome da gestante em nossa agenda segundo o dia, hora e local de sua preferência. O local das entrevistas seria ou na Clínica Particular ou na Faculdade de Saúde Pública devendo ser o mesmo, respeitado para os três trimestres.

2.1.4 *Da triagem no Centro de Saúde "GPS"*

1º) Examinar, uma vez por semana, a agenda do serviço pré-natal, obtendo a relação das gestantes marcadas na primeira consulta.

2º) Verificar, com esta relação, nas Fichas de Família, no Fichário Central, as que se enquadra

dravam nos requisitos necessários. No dia da consulta marcada, comparecíamos ao serviço pré-natal a fim de convidá-las a participarem da pesquisa. Aceito o convite, o nome seria anotado para as entrevistas.

2.2 Variáveis independentes

Vimos que fatores culturais, psicológicos e os responsáveis pela ocorrência de alto risco gravídico (idade inferior a 16 e superior a 40 anos, enfermidades psiquiátricas, unidade matrimonial desfeita, mulher solteira, ambiente desfavorável) influem na percepção da imagem corporal (*Harris*⁵⁸, 1979; *Machover*⁷⁴, 1979; *Nesbitt & Aubry* citado por *Rezende et al*¹⁰³, 1975; *Schil*der¹¹⁴, 1934; *Schilder*¹¹⁵, 1942; *Schilder*¹¹⁶, 1950 ; *Sich*¹²², 1981; *Van Kolk*¹³⁴, 1966). Assim, para obter um grupo de estudo o mais "normal" e homogêneo possível, a fim de servir de parâmetro para futuras pesquisas, controlamos as seguintes variáveis: status sócio-econômico, idade, cor e lateralidade, constituição familiar, gravidez "normal" e trimestre da gestação.

2.3 Variáveis dependentes, tratamento dos dados

A fim de estudarmos os aspectos da personalidade das gestantes, segundo a projeção da imagem corporal com o ICG, preparamos uma forma de registro dos dados semelhantes à de *Van Kolk* que ampliou e adaptou a de *Machover* (*Van Kolk*¹³⁴, 1966). Nosso trabalho com as

gestantes também nos fez modificar alguns itens e a acrescentar outros o que nos deu uma lista final de 332. Estes identificam as variáveis dependentes que foram es tudadas em função dos três trimestres da gestação. Os 332 itens foram codificados em XX aspectos, gerais e es pecíficos, essenciais a serem estudados em um desenho da figura humana. O Anexo 2 nos mostra a codificação des tes itens.

Para a análise do ICG seguimos as linhas ge rais de *Machover*⁷⁴ (1949), como diferentes autores o fi zeram (*Bonilha*¹³, 1974; *Fleming et al*⁴⁴, 1979; *Frank*⁴⁶, 1979; *Gravitz*⁵¹, 1966; *Gravitz*⁵², 1969; *Haworth & Nor* mington⁶⁰, 1961; *Money & Wang*⁸⁵, 1966; *Roback*¹⁰⁵, 1968; *Savastano & Domini*¹¹¹, 1973; *Savastano & Domini*¹¹², 1974; *Soifer*¹²⁴, 1976; *Swensen*¹²⁸, 1968; *Van Kolk*^{134/142}, 1966/ 1975.

Para garantirmos a objetividade dessa análise, planejamos, em relação a alguns itens, recursos de ava liação ou de verificação (*Van Kolk*¹³⁴, 1966; *Savastano & Domini*¹¹¹, 1973; *Savastano & Domini*¹¹², 1974) os quais podem ser vistos nos Anexos 2 e 3. Assim, os itens 14 a 22, quanto ao tamanho da figura em relação à folha, foram tomados em centímetros e distribuídos por classe, (Anexo 2). Os itens 23 a 32, quanto à localização da fi gura na folha, foram avaliados segundo o crivo de ava liação para a localização do desenho na folha (Anexo 3). Este crivo foi confeccionado em papel vegetal. O tama nho das figuras masculina e feminina foi tomado em

centímetros (itens 3 a 9). O tamanho dos diferentes detalhes das figuras foi tirado sempre em comparação relativa ao total da figura. Apelamos para um juiz a fim de obtermos uniformidade na análise dos desenhos.

2.4 *Hipóteses de trabalho*

1a.) A gravidez leva a modificações do esquema corporal no sentido de maior amadurecimento psicobiológico da mulher.

2a.) A figura feminina da auto-imagem, graficamente projetada (Figura B, de nível consciente) deve apresentar maior número de itens que caracterizam a gravidez do que a figura projetada em nível inconsciente (Figura A).

3a.) As figuras femininas A e B, das mulheres que se submetem à psicoprofilaxia, devem demonstrar, em maior número, características semelhantes.

3, RESULTADOS E DISCUSSÃO

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

O material da presente pesquisa foi coletado de 23 de agosto de 1978 a 14 de dezembro de 1979, obedecendo às diretrizes do planejamento.

A população estudada constou de 38 gestantes, sendo 7 do Centro de Saúde "GPS" e 31 da Clínica Particular "GAP". A população, homogênea de acordo com as variáveis controladas, foi sub-dividida em dois grupos: *com* e *sem* assistência psicoprofilática pré-natal (APPN) na atual gestação e ficou assim distribuída: 20 gestantes *com* APPN (1º grupo) e 18 *sem* APPN (2º grupo). Nossos estudos vão se basear nestes totais e as Tabelas apresentam-se sub-divididas em 1 e 2, respectivamente quanto aos resultados das gestantes *com* e *sem* APPN, na atual gestação. Apresentamos, em primeiro lugar, a descrição da população de acordo com o resultado do questionário de entrevistas (Anexo 1). Em segundo lugar, os resultados do teste da imagem corporal da gestante (ICG). Mas, antes, mencionaremos as limitações que se apresentaram para o presente trabalho.

3.1 Limitações do estudo

Causas das nossas limitações:

1º) naturais

a) quanto aos requisitos do estudo

Como o nosso estudo abrange duas popula

ções, uma de um Centro de Saúde e outra de uma Clínica Particular de status sócio-econômico alto, era de se esperar que a população do Centro de Saúde, que se enquadrasse em nossos requisitos, fosse bem menor do que a da Clínica Particular. No Centro de Saúde, há uma hipertrofia dos estratos mais baixos e médios da população e de famílias sem estabilidade conjugal (Alvarenga¹, 1978; Benathar⁸, 1979; Ciari Jr.²³, 1973; Reid et al¹⁰¹, 1980; Ryan et al¹⁰⁸, 1980).

b) quanto aos objetivos imediatos

O objetivo de nossa pesquisa foi focalizar a fase gestacional. Não planejamos seguir as gestantes durante o parto e puerpério. A maioria dos autores da literatura consultada fizeram seguimento dos casos estudados, observando as conseqüências perinatais (Barclay & Barclay³, 1976; Lederman et al⁷¹, 1979; Soifer¹²⁴, 1976; Standley et al¹²⁶, 1979).

Por motivos óbvios, não nos foi possível testar as gestantes no período pré-gestacional. Planejamos a aplicação do teste da imagem corporal (TIC) em um grupo de noivas a fim de analisarmos a projeção de sua auto-imagem. Mas, no momento da execução, por diversas razões não houve uma total cooperação.

29) previsíveis

Foram previstas as seguintes causas que poderiam interromper o seguimento de cada sujeito: abor

tos, mudança de endereço, não retorno por desinteresse ou outros motivos, dificuldade de comunicação, rejeição franca.

3º) não previsíveis

Situação ímpar durante a pesquisa, não inerente ao pesquisador nem à paciente.

Os resultados dessas limitações foram as seguintes: com algumas gestantes de primeira consulta obstétrica do GAP, tivemos dificuldade de comunicação por não haver telefone na residência. Das 38 gestantes que iniciaram as entrevistas, duas não compareceram no 2º trimestre por desinteresse, duas por terem viajado, duas por outros motivos e uma por doença na família. Permaneceram até o 3º trimestre, 31 gestantes.

Das 12 gestantes do Centro "GPS" que se comprometeram a colaborar, duas não compareceram depois do 1º trimestre e não pudemos nos comunicar porque mudaram sem deixar endereço; duas tiveram aborto espontâneo e uma desistiu por motivos particulares. Ficaram até o 3º trimestre, 7 gestantes.

3.2 Descrição da população

A descrição da população está baseada no questionário das entrevistas (Anexo 1), integra os itens das variáveis independentes, dos dados adicionais e da atitude da mulher na gravidez atual. Ele foi atua

lizado em cada trimestre da gestação por ocasião do re teste, momentos antes da aplicação do ICG. Esses dados são descritos em porcentagem e, quando possível, apre sentados em tabelas. As Tabelas de 1 a 7 são os resultados desta descrição e estão sub-divididas em 1 e 2 se gundo as gestantes *com* e *sem* APPN na atual gestação; a de número 3 não comporta estas sub-divisões e a de número 4 não comporta a sub-divisão 2.

3.2.1 *Variáveis independentes*

As variáveis independentes compreendem: status sócio-econômico, idade da gestante, cor e lateralidade, constituição familiar, gravidez normal e trimestre de gestação.

3.2.1.1 "*Status*" sócio-econômico

A determinação do status sócio-econômico foi baseada no formulário apresentado por *Alvarenga*¹ em 1978 que relacionou a escolaridade do marido e da mulher, a ocupação do marido, o nú mero de pessoas na família e a renda familiar. Se gundo sugestão de *Alvarenga*, a técnica para a delimi tação das amplitudes dos estratos foi alterada mais tarde. Desse modo, utilizou-se o que a autora denomina como critério teórico, ou seja, a divisão dos 5 estratos em amplitudes iguais que são: estra to baixo de 3,60 a 9,02; médio baixo de 9,03 a 14,45; médio de 14,46 a 19,88; médio alto de 19,89

a 25,31 e alto de 25,32 a 30,75.

A nossa pesquisa é descrita:

1º) Gestantes com APPN: 75% dos ma
ridos e 50% da população de gestantes com APPN têm
nível universitário completo; 25% dos maridos e
45,0% das mulheres têm nível colegial completo, ^{seu} ~~Des~~
^{que} ~~tes, 30,0% das~~ 30,0% mulheres e 15% dos maridos ^{São de} ~~não têm~~ ní
^{incompleto}vel universitário. A ocupação do marido relacio
na-se em geral com a formação universitária e a
renda mensal familiar é alta. Baseando-se na deter
minação de status sócio-econômico de *Alvarenga*¹
(1978), este grupo apresenta um índice que varia de
18,10 a 51,36. Estes números correspondem ao crité
rio teórico de estrato médio e alto para mais da
classificação corrigida. A moda dos status foi
32,93 (que consideramos alto para mais), com 20,0%;
nível médio (18,10) com 5,0% e médio alto (20,12 e
20,96) com 10,0% das gestantes.

2º) Gestantes sem APPN: ^{61,0%} ~~66,6%~~ dos ma
ridos e 44,4% das mulheres têm nível universitário
completo; ^{33,4%} ~~27,8%~~ dos maridos e 33,3% das mulheres têm
nível colegial completo, sendo que, 16,7% das mulhe
res e ^{11,1%} ~~5,0%~~ dos maridos ^{São de} ~~não têm~~ nível universitário
^{incompleto}incompleto; temos ainda 5,6% dos maridos e 22,2% das
mulheres com nível ginásial completo. A ocupação dos
maridos desta população também se relaciona com a
escolaridade, a renda familiar é alta. Esta população

apresenta um índice de status sócio-econômico que varia de 17,10 a 43,46, correspondendo, também, à categoria de estrato médio e alto para mais da classificação corrigida. A moda foi de 27,18% nível alto, com 27,8% das gestantes. O nível médio encontrado (17,10; 17,38 e 18,28) com 22,2% das gestantes e médio alto (20,89) com 5,6% das gestantes.

Vemos que este grupo sem APPN é de nível sócio-econômico mais baixo do que o anterrior.

3.2.1.2 *Idade das gestantes*

1º) Gestantes com APPN

A idade variou de 19 a 28 anos, sendo a moda de 27 anos com 6 gestantes (30,0%).

2º) Gestantes sem APPN

A idade variou de 23 a 34 anos, sendo a moda de 29 anos com 4 gestantes (22,2%).

Vemos, portanto, que o grupo com APPN é constituído por gestantes mais jovens que o segundo grupo.

3.2.1.3 *Cor e lateralidade*

Todas as 38 gestantes são de cor branca e destros.

3.2.1.4 *Constituição familiar*

Todas as 38 gestantes são casadas, de família bem constituída, com estabilidade conjugal.

3.2.1.5 *Gravidez "normal"*

A população estudada não apresenta complicações obstétricas, nem problemas psiquiátricos, segundo o laudo médico.

3.2.1.6 *Trimestre de gestação*

As Tabelas 1.1 e 1.2 mostram as semanas de gestação nas quais as gestantes compareceram em cada trimestre, para o estudo em questão.

1º) Gestantes com APPN

A Tabela 1.1 refere-se às gestantes com APPN. Vemos que, no 1º trimestre, o comparecimento das gestantes recaiu entre a 7a. e 12a. semanas de gestação, sendo a moda de 9 semanas com 30,0% das gestantes. No 2º trimestre, foi entre a 16a. e 24a. semanas e a moda de 21 semanas, também com 30,0% das gestantes. No 3º trimestre, entre a 28a. e 36a. foi o resultado bimodal de 20% na 32a. e 34a. semanas.

2º) Gestantes sem APPN

A Tabela 1.2 refere-se às gestantes

tes sem APPN. No 1º trimestre, elas compareceram entre a 8a. e 12a. semanas e o resultado bimodal na 8a. e 9a. semanas com 22,2% das gestantes. No 2º trimestre, foi entre a 17a. e 24a. semanas sendo a moda na 23a. semana com 27,8% das gestantes. No 3º trimestre, entre a 30a. e 36a. semanas, e a moda na 33a. com 33,3% das gestantes.

Vemos que a tendência de comparecimento foi mais precoce entre as gestantes com APPN. A precocidade no 1º trimestre indica que elas compareceram à consulta clínica mais cedo, uma vez que a triagem, para a aplicação do teste, dependia da primeira consulta na clínica obstétrica. Teria isto acontecido devido à ansiedade do grupo, preocupação com a gravidez, "consciência sanitária" ou por terem de fato um outro estilo de vida e, por conseguinte, mais tempo para atividades fora do lar? As gestantes sem APPN parecem encarar a gravidez com mais naturalidade.

Tabela 1.1 - Semanas de comparecimento das gestantes com APPN, segundo o trimestre da gestação. Centro de Saúde "GPS" e Clínica Particular "GAP", São Paulo, 1978/1979.

Nº de ordem	TRIMESTRE	1º	2º	3º
1		7a.	21a.	32a.
2		9a.	17a.	30a.
3		8a.	21a.	29a.
4		10a.	22a.	35a.
5		7a.	16a.	28a.
6		7a.	22a.	35a.
7		8a.	18a.	31a.
8		10a.	20a.	32a.
9		9a.	20a.	31a.
10		11a.	23a.	34a.
11		11a.	21a.	32a.
12		9a.	20a.	33a.
13		9a.	20a.	36a.
14		8a.	19a.	34a.
15		9a.	21a.	34a.
16		9a.	21a.	36a.
17		11a.	21a.	31a.
18		12a.	22a.	34a.
19		10a.	24a.	35a.
20		7a.	20a.	32a.

Tabela 1.2 - Semanas de comparecimento das gestantes sem APPN, segundo o trimestre da gestação. Centro de Saúde "GPS" e Clínica Particular "GAP", São Paulo, 1978/1979.

Nº de ordem	TRIMESTRE		
	1º	2º	3º
1	11a.	21a.	33a.
2	8a.	22a.	33a.
3	10a.	22a.	34a.
4	10a.	23a.	32a.
5	9a.	18a.	31a.
6	9a.	23a.	34a.
7	10a.	17a.	35a.
8	8a.	21a.	33a.
9	12a.	23a.	32a.
10	12a.	24a.	33a.
11	12a.	24a.	32a.
12	9a.	23a.	33a.
13	11a.	21a.	30a.
14	11a.	22a.	31a.
15	8a.	21a.	33a.
16	11a.	20a.	29a.
17	9a.	22a.	35a.
18	8a.	23a.	36a.

3.2.2 *Dados adicionais*

Em dados adicionais constam: nacionalidade, constituição familiar, idade dos maridos, trabalho fora do lar, aceitação da menarca, tempo de casa da, número de gestações e assistência psicoprofilática pré-natal.

3.2.2.1 *Nacionalidade*

Das 20 gestantes com APPN, 95,0% são brasileiras e 5,0% italianas, residindo em São Paulo há 24 anos.

Das 18 gestantes sem APPN, 94,4% são brasileiras e 5,6% uruguaias, residindo em São Paulo há 15 anos.

Predomina, portanto, a nacionalidade brasileira nas populações estudadas.

3.2.2.2 *Constituição familiar*

1º) Gestantes com APPN

Das gestantes com APPN, 20,% são de família estrangeira residindo em São Paulo, no mínimo, há 5 anos; 80,0% são de famílias brasileiras.

O número de irmãos variou de 1 a 7; das gestantes com APPN, 10,0% são filhas únicas.

cas, 40,0% são primogênit^{as} e as restantes são ou a 2a., 3a., 4a., ou a 8a., filha.

29) Gestantes sem APPN

Destas, 16,7% são de famílias estrangeiras, residindo em São Paulo, no mínimo, há 30 anos; 83,3% são de família brasileira.

O número de irmãos variou de 1 a 4; 22,2% das gestantes são filhas únicas; 27,8% são primogênit^{as} e as restantes são a 2a., 3a., ou 4a., filha.

Vemos, portanto, que ambos os grupos descendem, predominantemente, de famílias brasileiras. As gestantes com APPN são mais jovens e de famílias com maior número de filhos.

3.2.2.3 *Idade dos maridos*

19) Gestantes com APPN

A idade dos maridos das gestantes com APPN, variou de 25 a 38 anos, sendo a moda de 27 anos, correspondendo 20,0%; 90,0% são mais velhos que as esposas e 10,0% da mesma idade.

29) Gestantes sem APPN

A idade dos maridos das gestantes sem APPN variou de 27 a 40 anos; a moda de 32 anos, correspondendo 27,8%; 94,4% são mais velhos

que as esposas e 5,6%, mais jovens.

Os maridos, em geral, são mais velhos que as esposas em ambos os grupos; os das gestantes sem APPN são mais idosos.

3.2.2.4 *Trabalho fora do lar*

1º) Gestantes com APPN

Das gestantes com APPN, 60,0% trabalharam fora na atual gravidez; 35,0% nos três trimestres; 15,0% no 1º e 2º trimestres; 5,0% só no 1º trimestre; 5% no 2º e 3º trimestres.

Das 40,0% que não trabalharam , 15,0% são estudantes universitárias e 25,0% são só donas de casa.

2º) Gestantes sem APPN

Das gestantes sem APPN 50,0% trabalharam fora na atual gravidez; 38,9% nos três trimestres; 11,1% no 1º e 2º trimestres.

50,0% das que não trabalharam fora, 5,6% são estudantes universitárias e 44,4% são só donas de casa.

3.2.2.5 *Aceitação da menarca*

Classificamos a aceitação da menarca em boa, regular e má. Boa, quando normalmente aceita: na época da menarca, a entrevistada tinha sido instruída pela mãe, irmã ou amiga. Regular, quando tinha sido informada, mas não aceitou. Má, quando não tinha sido informada, não aceitou, assustou-se, ficou com medo ou traumatizada.

1º) Gestantes com APPN

60,0% tiveram boa aceitação da menarca; 15,0% regular e 20% má.

2º) Gestantes sem APPN

A aceitação boa incidiu em 50,0% das gestantes; regular em 11% e má em 38,9%, portanto este grupo ficou mais ansioso em relação à menarca.

O grupo com APPN apresenta maior número de gestantes que trabalham fora, talvez isso contribua para um status sócio-econômico maior. No entanto, parece existir neste grupo maior instabilidade. Esta instabilidade parece não advir da aceitação ou não da menarca. Talvez o fato deste grupo ter maior número de irmãos tenha contribuído para as devidas informações e melhor aceitação da menarca.

3.2.2.6 *Tempo de casada*

Há uma variação quanto aos anos de casamento das gestantes: para o primeiro grupo, de 4 meses a 8 anos, e o segundo grupo, de 9 meses a 8 anos.

3.2.2.7 *Número de gestações*

As Tabelas 2.1 e 2.2 nos mostram, respectivamente, as gestantes com e sem APPN segundo o número de gestações.

1º) Gestantes com APPN

A Tabela 2.1 nos permite ver que 15 gestantes ou 75,0% são primigestas; 2 ou 10,0% secundigestas, 1 ou 5,0% tercigestas e 2 ou 10,0% multigestas. Ambas as multigestas têm um filho vivo de cesária; uma teve dois abortos provocados e outra, dois abortos espontâneos. A tercigesta tem dois filhos vivos de partos normais. Ambas as secundigestas têm um filho vivo, um é de cesária e o outro de parto normal.

2º) Gestantes sem APPN

A Tabela 2.2. nos mostra que 4 gestantes ou 22,2% são primigestas; 6 ou 33,4%, secundigestas e 8 ou 44,4% são tercigestas. Destas, 1 ou 5,6% têm um filho vivo e um natimorto, ambos de cesária; 1 ou 5,0% tiveram dois abortos espontâ

neos; 6 ou 33,2% têm dois filhos vivos de partos normais. As secundigestas têm um filho vivo sendo 4 de partos normais e 2 de cesária.

A ansiedade, que estávamos notando no 1º grupo, parece estar esclarecida agora. Este grupo é constituído de maior número de primigestas do que o 2º grupo (1º e 2º grupos, respectivamente, 75,0% e 22,2%).

3.2.2.8 *Assistência psicoprofilática pré-natal*

A Tabela 3 nos mostra o número e a porcentagem das mulheres com mais de uma gravidez, segundo a APPN nas gestações anteriores e que estão se submetendo novamente a esta assistência.

Vemos que, das 19 gestantes com mais de uma gestação, 12 ou 63,2% submeteram-se a essa assistência nas gestações anteriores; destas 12, 4 ou 21,1% estão repetindo na atual gestação e 8 ou 42,1% não estão. Das 7 que não tiveram, 1 ou 5,3% estão se submetendo e 6 ou 31,5% não estão.

Tabela 2.1 - Número e porcentagem das gestantes com APPN, segundo o número de gestações. Centro de Saúde "GPS" e Clínica Particular "GAP", São Paulo, 1978/1979.

GESTAÇÕES	N	%
Primigesta	15	75,0
Secundigesta	2	10,0
Tercigesta	1	5,0
Multigesta	2	10,0
T o t a l	20	100,0

Tabela 2.2 - Número e porcentagem das gestantes sem APPN, segundo o número de gestações. Centro de Saúde "GPS" e Clínica Particular "GAP", São Paulo, 1978/1979.

GESTAÇÕES	N	%
Primigesta	4	22,2
Secundigesta	6	33,4
Tercigesta	8	44,4
T o t a l	18	100,0

Tabela 3 - Número e porcentagem das mulheres com mais de uma gravidez, segundo a APPN nas gestações anteriores e na atual. Centro de Saúde "GPS" e Clínica Particular "GAP", São Paulo, 1978/1979.

Assistên- cia atual \ Assistên- cia anterior	com		sem		Total	
	N	%	N	%	N	%
com	4	21,1	1	5,3	5	26,4
sem	8	42,1	6	31,5	14	73,6
T o t a l	12	63,2	7	36,8	19	100,0

A Tabela 4.1 nos mostra o número e porcentagens das gestantes, segundo o início e continuidade da assistência psicoprofilática pré-natal, na atual gestação: 5,0% submeteram-se a APPN nos 1º e 2º trimestres; 5,0%, nos 1º, 2º e 3º trimestres; 10,0%, só no 2º trimestre; 30,0%, nos 2º e 3º trimestres e 50,0% só no 3º trimestre.

As 18 gestantes, que ficaram sem APN na atual gestação, alegaram um dos seguintes motivos: submeteram-se em outra gestação; desconhecem tal assistência; não há necessidade porque seguem em livros; os maridos não as querem acompanhar; não se dão bem em grupo; não dispõem de tempo; é dispendioso.

3.2.3 *Atitude da mulher na gravidez atual*

No estudo da atitude e comportamento da mulher na gravidez atual, incluímos os itens sobre dados gerais, percepção da imagem corporal e perspectivas.

3.2.3.1 *Dados gerais*

Em dados gerais, apresentamos as respostas de seis perguntas que estão especificadas a seguir nos itens de a) a f).

a) A resposta à pergunta "o que significa a gravidez para a senhora?" foi classific

ficada em favorável e desfavorável. No primeiro caso, quando significa realização da mulher, do casal ou do casamento; desfavorável, quando não aceita a gravidez, está fora do plano ou é indiferente.

As respostas das gestantes de ambos os grupos (com e sem APPN) foram semelhantes ao considerarem a gravidez um evento favorável, em maior porcentagem no 1º e 2º trimestres, diminuindo no 3º trimestre. No entanto, no total o 1º grupo incidiu em maior porcentagem que o 2º respectivamente 95% e 72%.

b) "Quantos filhos deseja ter?"

No 1º grupo, o desejo variou de 2 a 6 filhos nos três trimestres, chegando uma gestante a desejar 10 filhos. O número de gestantes teve maior variação no 1º trimestre entre 2, 3 e 4 filhos; no 2º e 3º trimestres teve maior concentração (35%) entre 2 e 3 filhos.

A resposta de 94,4% das gestantes do 2º grupo foi constante nos três trimestres e variou de 1 a 5 filhos.

Em ambos os grupos, houve ligeira diminuição, no 3º trimestre, do número de filhos que desejavam ter.

Tabela 4.1 - Número e porcentagem das gestantes, segundo o início e continuidade da assistência psicoprofilática pré-natal (APPN) nos trimestres da atual gestação. Centro de Saúde "GPS" e Clínica Particular "GAP", São Paulo, 1978/1979.

APPN	N	%
1º e 2º trimestres	1	5
1º, 2º e 3º trimestres	1	5
2º trimestre	2	10
2º e 3º trimestres	6	30
3º trimestre	10	50
T o t a l	20	100

c) "O que mais a preocupa neste período?"

Vemos nas Tabelas 5.1 e 5.2 os seguintes resultados desta questão:

1º) Gestantes com APPN

A formação do bebê foi a resposta de maior preocupação das gestantes (50,0%,

30,0% e 20,0%, respectivamente, 1º, 2º e 3º trimestres). A preocupação em relação ao parto foi crescente do 1º para o 3º trimestre (10,0%; 10,0% e 40,0%, respectivamente). A preocupação com aborto foi decrescente do 1º para o 3º trimestre (20,0%, 15,0% e 10,0%); com o corpo, foi admitido somente por uma gestante (5,0%) no 2º trimestre. A situação econômica (com a profissão, com a casa, como manter a criança) incidiu mais no 2º trimestre (10,0%). Outras preocupações, tais como o despreparo para enfrentar vida nova, cuidar do bebê, incidiram mais no 1º e foi crescente do 1º para o 3º trimestre. As que disseram não ter preocupações, alcançaram maior porcentagem no 2º trimestre (20,0%).

2º) Gestantes sem APPN

A formação do bebê foi também a resposta de maior preocupação das gestantes (50,0%; 33,3%; 33,3%, respectivamente, 1º, 2º e 3º trimestres). A preocupação de abortar foi ao contrário do 1º grupo, crescente do 1º para o 3º trimestre (5,6%; 16,6%; 22,2%), sendo que no 1º trimestre foi mais baixa do que a do 1º grupo. É interessante observar que a diminuição dessa ansiedade ocorreu no grupo com assistência psicoprofilática.

A preocupação em relação ao parto, no decorrer dos trimestres, ocorreu em menor porcentagem no 2º grupo. Observe-se que este grupo é

constituído de maior número de mulheres com mais de uma gestação (Vide Tabela 2.2).

A preocupação com o corpo também se evidenciou em uma gestante (5,6%) mas, no 1º trimestre.

Quanto às preocupações com a formação do bebê e as gêneses dos vômitos, segundo *Garma* (citado por *Soifer*¹²⁴, 1976) "estão relacionadas com as fantasias inconscientes da mulher de que o embrião ou o feto carece de algum membro e é de algum modo, incompleto e monstruoso. Provém, tais fantasias, da projeção no embrião do complexo de castração dessa mulher. Ela, inconscientemente, considera que sua genitalidade é incompleta e parcialmente perversa...., o que também contribui a provocar reações de vômitos... Ela teme que a criança nasça disforme como, inconscientemente, considera a si mesma".

d) Medos

Estes estão relacionados com a perda do filho, do marido e familiares; de ficar só para o resto da vida ou ter filho anormal, o que predomina nos três trimestres, em ambos os grupos, sendo mais intensa no 1º grupo.

e) Relações sexuais

65,0% das mulheres do 1º grupo e

44,4% das do 2º grupo responderam que continuavam tendo relações sexuais até o 3º trimestre. As que deixaram de ter relações no 3º trimestre (35,0% e 55,6%, respectivamente do 1º e do 2º grupo) disseram que foi devido ao temor do marido ou de ambos de machucar a criança e/ou da mulher sentir-se menos à vontade.

Em algumas mulheres, o prazer sexual aumentou no período da gestação e várias afirmaram: "já que estou grávida me liberto mais". Poderíamos daí deduzir que a frigidez durante a gravidez equivale a uma atitude negativa da mulher.

f) Problemas de saúde

Apesar da incidência das categorias biológicas de alto risco gravídico de 10,6% das 38 gestantes (uma secundigesta nulípara de aborto espontâneo e três secundíparas, também, com abortos espontâneos) podemos dizer que a população em geral não apresenta problemas graves de saúde, pois todas as gestantes estão sob controle de rotina no serviço de Saúde Materna, tanto as do Centro de Saúde como as da Clínica Particular e no laudo médico nada consta digno de nota.

Tabela 5.1 - Número e porcentagem das gestantes com APPN, segundo suas preocupações nos trimestres da atual gestação. Centro de Saúde "GPS" e Clínica Particular "GAP", São Paulo, 1978/1979.

TRIMESTRE PREOCUPAÇÃO	1º		2º		3º	
	N	%	N	%	N	%
Formação do bebê	10	50,0	6	30,0	4	20,0
Aborto	4	20,0	3	15,0	2	10,0
Hora do parto	2	10,0	2	10,0	8	40,0
Orientação do irmão	1	5,0	1	5,0	-	-
Situação econômica	-	-	2	10,0	1	5,0
Com o corpo	-	-	1	5,0	-	-
Outras	1	5,0	1	5,0	3	15,0
Não tem	2	10,0	4	20,0	2	10,0
T o t a l	20	100,0	20	100,0	20	100,0

Tabela 5.2 - Número e porcentagem das gestantes sem APPN, segundo suas preocupações nos trimestres da atual gestação. Centro de Saúde "GPS" e Clínica Particular "GAP", São Paulo, 1978/1979.

TRIMESTRE PREOCUPAÇÃO	1º		2º		3º	
	N	%	N	%	N	%
Formação do bebê	9	50,0	6	33,3	6	33,3
Aborto	1	5,6	3	16,6	4	22,2
Hora do parto	-	-	4	22,2	5	27,8
Orientação do irmão	2	11,1	1	5,6	-	-
Situação econômica	2	11,1	1	5,6	-	-
Com o corpo	1	5,6	-	-	-	-
Outras	1	5,5	1	5,6	1	5,6
Não tem	2	11,1	2	11,1	2	11,1
T o t a l	18	100,0	18	100,0	18	100,0

Destacamos somente as manifestações mais comuns que foram vômitos ou náuseas e hipersonia. No primeiro trimestre, queixaram-se de vômitos 50,0% do 1º grupo e 35,0% do 2º grupo; 25,0% do segundo grupo no 2º trimestre; 10,0% do primeiro e segundo grupos no 3º trimestre.

A hipersonia foi decrescente do primeiro para o terceiro trimestre, tendo sido mais alta no primeiro grupo, no primeiro trimestre.

Do primeiro grupo 35,0% fumaram do 1º ao 3º trimestre. Do 2º grupo 61,0% fumaram no 1º e 50,0% no 2º e 3º trimestres.

3.2.3.2 *Percepção da imagem corporal*

Quanto à percepção da imagem corporal, estudamos as respostas das seguintes perguntas: a) Que modificações sente no corpo? b) Como se sente olhando para o espelho? Como se sente em relação ao aumento do peso? d) Qual a atitude do seu marido em relação às modificações ocorridas no seu corpo? Os resultados estão apresentados logo a seguir.

a) Modificações que sente no corpo

No primeiro trimestre, 10,0% do 1º grupo e 11,1% do 2º grupo não sentiram nenhuma

modificação no corpo; 55,0% do 1º grupo e 38,9% do 2º grupo sentiram aumento de busto; as restantes, queixaram-se da perda da cintura ou aumento de peso. No 2º e 3º trimestres, elas citaram as modificações normais do seio e/ou cintura e/ou barriga. No 3º trimestre, 15,0% do 1º grupo e 5,6% do 2º grupo queixaram-se da deformação do corpo, de estarem quadradas.

b) Como se sente olhando para o espelho

As Tabelas 6.1 e 6.2 nos mostram como os dois grupos se sentem olhando para o espelho.

Podemos ver que aquelas que se sentem bem (não percebem a gravidez, não sentem nada ou se acham bonitas) mudam de opinião do 1º para o 3º trimestre nos dois grupos. Mas, no 1º grupo, a porcentagem de sentir-se bem é bem maior, principalmente, no 1º trimestre (75,0% e 61,1%) ; neste grupo há predominância de primigestas as quais têm mais estímulo de seus maridos por ser o primeiro filho. O sentir-se "feia" e mesmo "horrível", como algumas se expressaram, incide em porcentagens crescentes do 1º para o 3º trimestre, em ambos os grupos, sendo a maior incidência no 2º grupo.

Tabela 6.1 - Número e porcentagem das gestantes com APPN, segundo a resposta "como se sente olhando para o espelho", nos três trimestres da gestação. Centro de Saúde "GPS" e Clínica Particular "GAP", São Paulo, 1978/1979.

TRIMESTRE RESPOSTA	1º		2º		3º	
	N	%	N	%	N	%
Bem	15	75,0	10	50,0	10	50,0
Preoc. c/o físico	2	10,0	5	25,0	5	25,0
Feia	3	15,0	5	25,0	5	25,0
T o t a l	20	100,0	20	100,0	20	100,0

Tabela 6.2 - Número e porcentagem das gestantes sem APPN, segundo a resposta "como se sente olhando para o espelho", nos três trimestres da gestação. Centro de Saúde "GPS" e Clínica Particular "GAP", 1978/1979.

TRIMESTRE RESPOSTA	1º		2º		3º	
	N	%	N	%	N	%
Bem	11	61,1	8	44,5	8	44,5
Preoc.c/o físico	2	11,1	2	11,1	1	5,6
Feia	5	27,8	6	33,3	7	38,8
Não se olha	-	-	2	11,1	2	11,1
T o t a l	18	100,0	18	100,0	18	100,0

c) Aumento de peso

As gestantes acham no primeiro trimestre que o aumento de peso é normal. Não obstante, em ambos os grupos, algumas dizem sentir-se angustiadas, deselegantes e irritam-se pelas limitações que a gravidez impõe; 50,0% do 1º grupo e 33,3% do 2º grupo expressaram medo de não voltar ao normal.

d) Atitude do marido

Quanto à atitude do marido, duas gestantes de cada grupo não responderam à questão.

Notamos na Tabela 7.1 e 7.2, com e sem APPN, que a atitude do marido é de atenção, de carinho e de cuidados. A porcentagem de respostas aumentou do 1º para o 3º trimestre. Os maridos demonstram maior preocupação com as esposas nos dois grupos; só no 2º grupo um deles deixou transparecer ciúmes do bebê.

Para os maridos que não comentam, não estimulam ou nada demonstram, a porcentagem diminui do 1º para o 3º trimestre.

A preocupação que eles têm em relação ao corpo da esposa - à gordura, medo que não volte ao normal - incide nos dois grupos mas é maior no primeiro grupo.

3.2.3.3 *Perspectivas*

Incluimos em perspectivas os itens gravidez planejada, criança desejada e sexo esperado.

a) Gravidez planejada

Duas gestantes, uma de cada grupo, deixaram de responder.

A gravidez foi planejada por 65,0% das gestantes do 1º grupo e 16,7% das do 2º grupo.

b) Criança desejada

No 1º grupo, a criança é desejada por 100% dos maridos, 85,0% das esposas e 95,0% dos familiares.

No 2º grupo, a criança é desejada por 83,0% dos maridos, 72,0% das esposas e 61,1% dos familiares.

A criança é, assim, mais desejada no 1º grupo onde houve maior porcentagem de gravidez planejada e de primíparas (Vide Tabela 2.1).

c) Sexo desejado

1º) Gestantes com APPN

No grupo de gestantes com

APPN, predomina nos maridos o desejo do sexo masculino para seus filhos, no 1º trimestre; e é indiferente o sexo da criança no 2º e 3º trimestres.

Para a mulher, neste 1º grupo, é indiferente o sexo da criança nos três trimestres; esta indiferença tende a aumentar predominantemente do 1º para o 3º trimestre, expressando que lhes é indiferente, desde que tudo corra bem. Isto parece demonstrar a conscientização de uma realidade à medida que a gravidez progride, provavelmente devido ao atendimento psicoprofilático recebido.

2º) Gestantes sem APPN

Nos dois primeiros trimestres, é indiferente o sexo da criança para os maridos das gestantes sem APPN; mas, no 3º trimestre eles desejam que a criança seja do sexo masculino.

A mulher, nesse grupo, sem APPN, está mais indecisa quanto ao desejo do sexo da criança: no 1º trimestre, predomina o "indiferente"; a preferência no 2º trimestre está igualmente distribuída entre o sexo masculino, feminino ou qualquer um dos dois. No 3º trimestre, elas se decidem pelo sexo masculino, concordando com seus maridos.

Tabela 7.1 - Número e porcentagem das gestantes com APPN, segundo demonstra a atitude do marido para com elas nos trimestres da gestação. Centro de Saúde "GPS" e Clínica Particular "GAP", São Paulo, 1978/1979.

<div> <div>TRIMESTRE</div> <div>ATTITUDE DO MARIDO</div> </div>	1º		2º		3º	
	N	%	N	%	N	%
Mais cuidadoso	10	50,0	10	50,0	12	60,0
Nada demonstra	8	40,0	4	20,0	3	15,0
Preocupado com o corpo da esposa	-	-	4	20,0	3	15,0
Sem respostas	2	10,0	2	10,0	2	10,0
T o t a l	20	100,0	20	100,0	20	100,0

Tabela 7.2 - Número e porcentagem das gestantes sem APPN, segundo demonstra a atitude do marido para com elas nos trimestres da gestação. Centro de Saúde "GPS" e Clínica Particular "GAP", São Paulo, 1978/1979.

<div> <div>TRIMESTRE</div> <div>ATTITUDE DO MARIDO</div> </div>	1º		2º		3º	
	N	%	N	%	N	%
Mais cuidadoso	8	44,5	11	61,2	11	61,1
Nada demonstra	7	38,9	3	16,6	2	11,1
Preocupado com o corpo da esposa	-	-	1	5,6	2	11,1
Ciúmes do bebê	1	5,6	1	5,6	1	5,6
Sem respostas	2	11,0	2	11,0	2	11,0
T o t a l	18	100,0	18	100,0	18	100,0

3.2.4 Considerações

Na descrição da população, vemos que ela pertence a sujeitos com manifestações normais e que predomina uma atitude semelhante quanto à gravidez. Isto é de suma importância, uma vez que buscamos estabelecer aspectos típicos do teste da imagem corporal em um grupo considerado normal servindo de parâmetro para futuras pesquisas.

Apesar das manifestações tidas como normais, encontramos algumas diferenças que parecem existir porque só o 1º grupo submeteu-se à psicoprofilaxia. Na verdade, embora o 1º seja constituído de mulheres de status sócio-econômico mais alto, ele é formado, também, por um maior número de mulheres que trabalham fora, são mais jovens e tem maior porcentagem de primigestas (75,0%) do que o 2º grupo. Neste, predominam as mulheres com mais de uma gestação (77,8%). Assim, o 1º grupo tem menor experiência de gravidez, de parto e de puericultura do que o 2º grupo. Neste, além de haver mais filhos, há maior número de partos normais.

*Langer*⁶⁹ (1978) afirmou que toda gravidez é vivida numa ambivalência de aceitação e não aceitação. Isto porque "toda gravidez produz uma situação de maior ou menor conflito entre uma tendência maternal e outra de rechaço. O rechaço maternal é devido à elaboração do conflito edípico cujo meca

nismo de defesa mais útil para resolvê-lo é a negação, considerada normal na gravidez." Os resultados de nossas entrevistas vão além. Encontramos a ambivalência nos dois grupos e, na verdade, com maior incidência no 1º trimestre do 1º grupo; deduzimos este fato por ser este grupo formado de primigestas. A ambivalência, no entanto, amenizou-se nos dois grupos, com o passar dos trimestres, mas o 1º grupo, nos dois últimos trimestres, apresenta porcentagens mais baixas do que o 2º grupo.

Deduzimos este fato em consequência da psicoprofilaxia.

A ambivalência é reforçada, também, por gravidez não planejada. De qualquer maneira, a mãe, com atitudes negativas em relação à gravidez, pode desencadear atitudes negativas para com o recém-nascido. "O planejamento familiar ajuda a dar aos filhos um bom começo: serão planejados, espaçados e principalmente desejados"⁹⁷, 1979.

Queremos, ainda, fazer alguns comentários de ordem geral.

Quanto ao problema sexual, acreditamos que os cônjuges necessitam de maiores esclarecimentos sobre o assunto, uma vez que as mulheres de ambos os grupos disseram não ter relações devido ao temor do marido ou de ambos de machucar a criança e/ou da mulher sentir-se menos à vontade.

Os dados obtidos através do questionário de monstram que o aspecto da aceitação do corpo é problemático, apesar das mulheres estarem vendo a gravidez como um evento favorável.

As preocupações com o ambiente foram crescentes no decorrer dos trimestres e incidiu mais no 1º grupo.

A preocupação com a estética é evidente em ambos os grupos à medida que a gravidez progride. Apesar da "feiura" aumentar do 1º para o 3º trimestre, as do 1º grupo (predomínio de primigestas) quando assim se expressam, nos dois últimos trimestres, foram em menor número que as do 2º grupo. Isso nos faz pensar que, para o 1º filho, o entusiasmo do casal e a expectativa do marido são estímulos para que a mulher se sinta bonita, quando grávida. Por isso, um dos pontos a ser discutido na assistência psicológica deveria ser a estética. Nesse diálogo, é também importante a presença do marido para a compreensão dos problemas da esposa, a fim de haver maior aproximação dos cônjuges. A atitude carinhosa do marido é natural e aumenta no decorrer dos trimestres, sendo a porcentagem maior no 1º grupo (Tabelas 7.1 e 7.2).

É interessante a escolha do sexo da criança. No terceiro trimestre, para o primeiro grupo, o sexo é indiferente desde que tudo corra bem na hora

do parto. Isto demonstra uma atitude mais realista por parte dos que se submetem à psicoprofilaxia.

Podemos dizer com *Stanley et al*¹²⁶ (1979) que a ansiedade da gestante não é um conceito unitário, é um composto de vários conceitos. Além daqueles que estes autores citam: "conceito de parto", "do papel antecipado de mãe" e "psiquiátricos", vemos outros, ou seja, aqueles abordados no Questionário de Entrevista.

*Soifer*¹²⁴ (1976), em sua observação clínica, assinala sete momentos específicos de aumento da ansiedade durante a gravidez, os quais transcrevemos: 1º) No começo da gestação; 2º) Durante a formação da placenta (2º e 3º mês); 3º) Perante a percepção dos movimentos fetais (3º e 4º mês); 4º) Instalação franca dos movimentos (5º mês); 5º) Pela inversão interna (6 1/2 mês em diante); 7º) Começo do 9º mês ou últimos dias antes do parto. Cada um desses momentos corresponde a ansiedades concomitantes que podem durar dias ou semanas e chegar a produzir sintomatologia física própria ou provocar aborto ou parto prematuro. Estas ansiedades caracterizam-se por fantasias bem determinadas e específicas cujo conhecimento permite ao profissional, que assiste a gestante, realizar a psicohigiene adequada, a fim de prevenir agravos maiores.

Em nosso estudo, assim como *Maldonado*⁷⁶ (1976), reunimos esses 7 momentos em três trimestres da gestação. *Maldonado* caracteriza os aspectos psicológicos desses trimestres, mostrando as complexas inter-relações entre os fatores hormonais e psicológicos. Nós, no presente estudo, detemo-nos naquelas ansiedades que dizem respeito à imagem corporal, que são a fonte central de nossa pesquisa e o que apresentamos a seguir.

3.3 *Teste da imagem corporal da gestante (ICG)*

De acordo com nossos objetivos e metodologia estabelecidos, o ICG foi aplicado nos três trimestres da gravidez. Em cada trimestre, obtivemos três figuras (as do par masculino e feminino A e a da auto-imagem feminina B), que foram solicitadas da seguinte maneira:

- 1º) Desenhe uma pessoa
- 2º) Desenhe o outro sexo
- 3º) Agora desenhe a senhora.

Os resultados das variáveis dependentes ou 332 itens, em número e porcentagens, que constam do presente estudo podem ser vistos nas Tabelas 8 a 28 em suas subdivisões 1 e 2 que correspondem às gestantes do 1º e 2º grupo, isto é, *com* e *sem* assistência psicoprofilática pré-natal (APPN). Para facilidade de tabulação agrupamos alguns aspectos na mesma tabela. Os pou

cos itens que nelas não constam não tiveram respostas ou são comentados no texto. Os riscos horizontais das tabelas nem sempre representam os totais, mas separam detalhes.

As Tabelas 8 a 13 mostram o aspecto geral dos desenhos e as de 14 a 28 os seus detalhes.

Como um dos nossos interesses é a verificação das diferenças de realização das duas figuras femininas, a do par e a da auto-imagem denominadas, respectivamente, A e B, as tabelas apresentam esses resultados, com exceção as de número 8.1, 8.2 e 10.1, 10.2 que não comportam esses dados. Os resultados apresentados, em número e porcentagens, são descritos, mostrando a sua tendência nos três trimestres da gestação. Eles foram analisados no total de cada grupo com e sem APPN.

Seguimos para a análise dos dados o esquema referencial psicanalítico na abordagem da figura humana em geral, segundo *Machover*⁷⁴ (1949) e *Van Kolck*¹³⁴ (1966). Em especial, quanto à gravidez, observamos as contribuições de *Soifer*¹²⁴ (1976) que por sua vez se apoia nos dados de Melanie Klein e de Marie Langer. Para o enfoque social e metodologia operativa institucional, seguimos a orientação da Clínica Particular do "Grupo de Atendimento Psicossomático" que se apoia também, no esquema referencial psicanalítico.

Devemos lembrar, como comentário para todas as tabelas, que a psicoprofilaxia teve início própria

mente no 2º trimestre (Vide Tabela 4.1); no 2º grupo, predominam as mulheres com mais de uma gestação, portanto, já definidas sexualmente pela maternidade (Vide Tabelas 2.1 e 2.2).

Em Anexo, apresentamos as figuras projetadas por uma gestante *com* APPN (Anexo 4.1) e ~~outras~~, por uma gestante *sem* APPN (Anexo 4.2), nos três trimestres da gestação. Estas figuras não obedecem à "localização na folha" dada pela gestante.

3.3.1 *Aspecto geral das figuras*

No aspecto geral, estudamos as seguintes características, importantes para a interpretação da prova: ordem do sexo nas figuras do par, comparação do tamanho da figura masculina com as femininas, figuras completas e posição na folha, comparação do tamanho das figuras A e B, tamanho das figuras femininas em relação à folha, localização na folha e estilo das figuras.

3.3.1.1 *Ordem do sexo na figura do par*

Quanto à ordem do sexo das figuras do par, os autores estão de acordo que tanto o homem como a mulher tendem a desenhar, em primeiro lugar, a figura do próprio sexo. Pesquisadores, que

conduzem seus estudos nessa área, (*Frank*⁴⁶, 1979; *Gravitz*⁵¹, 1966) afirmam que o desenho do sexo o posto é mais freqüente nas mulheres.

*Machover*⁷⁴ (1949) pressupõe que a figura de senhada (sexo e tamanho) é a identificação com o papel sexual característico do sexo a que pertence o indivíduo, é a expressão da imagem corporal da pessoa. A falha em desenhar o próprio sexo em primeiro lugar é indicador de um problema de identicação sexual. Numerosos estudiosos têm explorado este campo (*Fleming & Nathans*⁴⁴, 1979; *Frank*⁴⁶, 1979; *Gravitz*⁵¹, 1966; *Gravitz*⁵², 1969; *Haworth & Normington*⁶⁰, 1961; *Money & Wang*⁸⁵, 1966; *Robback*¹⁰⁵, 1968; *Swensen*¹²⁸, 1968; *Van Kolk*¹³⁴, 1966).

*Money & Wang*⁸⁵ (1966) afirmaram, também, que a maioria dos seres humanos mostra uma preferência espontânea para representar seu próprio sexo, quando se pede a eles, simplesmente, sem qualquer especificação, para desenharem uma pessoa. Acrescentam no entanto que, no decorrer do desenvolvimento, especialmente na infância, não há discriminação de idade e sexo do desenhista para desenhar seu próprio sexo em 1º lugar. Segundo esses autores, parece que em nenhuma idade a proporção cai abaixo de 50% e está usualmente acima de 70%, quando a amostra é selecionada. A proporção diferente seria de pessoas atípicas ou anormais.

Machover (citado por *Haworth & Normington*⁶⁰, 1961) tem dado ênfase às figuras femininas e masculinas de moças e rapazes respectivamente e acha que fatores culturais influem nessa identificação. Durante a puberdade, a moça encara mais problemas quanto à identificação, enquanto os rapazes têm maior possibilidade de canalizar suas energias e impulsos.

Os nossos resultados nas Tabelas 8.1 e 8.2 mostram a ordem do sexo desenhado nas figuras do par, nos trimestres da gestação das gestantes com e sem APPN. Confirmam os achados de *Money & Wang*⁸⁵ (1966), pois não tivemos porcentagem abaixo de 50% e, sim, numa proporção crescente de 65% para mais.

Tabela 8.1 - Número e porcentagem das gestantes com APPN, segundo a ordem do sexo desenhado, nas figuras do par, nos trimestres da gestação. Centro de Saúde "GPS" e Clínica Particular "GAP", São Paulo, 1978/1979.

ITEM* \ TRIMESTRE	1º		2º		3º	
	N	%	N	%	N	%
1	13	65,0	14	70,0	15	75,0
2	7	35,0	6	30,0	5	25,0
T o t a l	20	100,0	20	100,0	20	100,0

*Legenda: Ordem do sexo na figura do par

1. Próprio sexo em 1º lugar
2. Próprio sexo em 2º lugar

Tabela 8.2 - Número e porcentagem das gestantes sem APPN, segundo a ordem do sexo desenhado, nas figuras do par, nos trimestres da gestação. Centro de Saú de "GPS" e Clínica Particular "GAP", São Paulo, 1978/1979.

ITEM* \ TRIMESTRE	1º		2º		3º	
	N	%	N	%	N	%
1	13	72,2	14	77,8	16	88,9
2	5	27,8	4	22,2	2	11,1
T o t a l	18	100,0	18	100,0	18	100,0

* *Legenda:* Ordem do sexo na figura do par

1. Próprio sexo em 1º lugar

2. Próprio sexo em 2º lugar

A tendência dos dois grupos, com e sem APPN, foi a de desenhar a figura do próprio sexo em primeiro lugar, o que sucedeu em porcentagem crescente no decorrer dos trimestres. Assim obtivemos, respectivamente, para o 1º grupo: 65,0%; 70,0%; 75,0%; para o 2º grupo: 72,0%; 77,8%; 88,9%. O aumento contínuo do desenho do próprio sexo em primeiro lugar nos leva a interpretar que há maior aceitação do papel feminino à medida que a gravidez se desenvolve.

Na verdade, a identificação adequada no 1º

trimestre é menor porque a gestação é ainda um da do teórico, uma fantasia; no 2º trimestre já se concretiza a identidade de um indivíduo novo que vai levando a mulher a sentir-se mulher e não resta a menor dúvida de que no 3º trimestre ela vai se achar como mulher.

Nossos dados confirmam que toda grávida crece na sua identidade de mulher, mesmo que tenha dificuldade de se identificar.

Como vimos, no 1º grupo, houve uma sobreposição de primigestas e no 2º, de mulheres com mais de uma gestação. A maternidade prévia reforça a hipótese de que este evento leva à identificação de mulher, razão porque o 2º grupo se manteve com porcentagem superior ao 1º.

3.3.1.2 *Comparação do tamanho da figura masculina com as figuras femininas*

As Tabelas 9.1 e 9.2 nos mostram a comparação do tamanho da figura masculina com as femininas nos grupos com e sem APPN, nos três trimestres da gestação.

No 1º trimestre, inconscientemente, a projeção da figura feminina é semelhante nos dois grupos, em relação ao tamanho da masculina: respectivamente com e sem APPN, 55,0% e 61,1% (Fi

gura masculina menor que a feminina); e 35,0% e 38,9% (Figura masculina maior que a feminina).

No 2º trimestre, há maior diferença entre os dois grupos. No 1º grupo, tanto a nível consciente como inconsciente, o número de mulheres, que desenha a figura masculina menor que a feminina, aumenta do 1º para o 2º trimestre e são iguais no 2º e 3º trimestres. Assim obtivemos, respectivamente, a nível consciente e inconsciente, no 2º e 3º trimestres, 70,0% e 60,0%. Com o atendimento especial, conscientemente, ela sabe do papel importante que lhe é atribuído. Este atendimento lhe permite a conscientização de que é ela quem vai fazer o parto. São em menor número as mulheres que, sem atendimento, têm consciência de sua imagem. No 2º grupo, houve uma diferença a nível consciente e inconsciente nos dois últimos trimestres, em relação à figura masculina e à feminina.

Em resumo, como vimos no 1º trimestre para ambos os grupos, a gravidez hipertrofia a figura feminina. A mulher grávida sente-se o centro do universo; vê-se uma personagem importante. No 2º trimestre, o 1º grupo está recebendo um atendimento especial que reforça a condição da mulher e a leva a se projetar maior. As do segundo grupo, sem APPN, com o processo regressivo da

gravidez, minimizam sua imagem de mulher e tornam-se dependentes dos familiares, em especial, do marido.

Tabela 9.1 - Numero e porcentagem das gestantes com APPN, segundo a comparação do tamanho da figura masculina com as figuras femininas A e B. Centro de Saúde "GPS" e Clínica Particular "GAP", São Paulo, 1978/1979.

ITEM*	1º		2º		3º	
	A %	B %	A %	B %	A %	B %
3	2 10,0	- -	1 5,0	2 10,0	- -	4 20,0
4	7 35,0	10 50,0	5 25,0	6 30,0	6 30,0	4 20,0
5	11 55,0	10 50,0	14 70,0	12 60,0	14 70,0	12 60,0
T o t a l	20 100,0	20 100,0	20 100,0	20 100,0	20 100,0	20 100,0

* *Legenda:* Tamanho das figuras masculinas e femininas

A e B

3. Figura masculina e feminina de igual tamanho

4. Figura masculina maior que a feminina

5. Figura masculina menor que a feminina

Tabela 9.2 - Número e porcentagem das gestantes sem APPN segundo a comparação do tamanho da figura masculina com as figuras femininas A e B. Centro de Saúde "GPS" e Clínica Particular "GAP", São Paulo, 1978/1979.

TRIMESTRE ITEM*	1º		2º		3º	
	A	%	A	%	A	%
3	-	-	2	11,0	-	-
4	7	38,9	10	55,7	12	66,7
5	11	61,1	6	33,3	6	33,3
T o t a l	18	100,0	18	100,0	18	100,0

* Legenda: Tamanho das figuras masculinas e femininas
A e B

3. Figura masculina e feminina de igual tamanho
4. Figura masculina maior que a feminina
5. Figura masculina menor que a feminina

3.3.1.3 *Comparação do tamanho da figura feminina A com a figura B*

*Machover*⁷⁴ (1949) escreveu que, "ao estudar desenhos (dois ou mais) obtidos em um período de tempo, tem-se observado que os aspectos estruturais e formais de um desenho, tais como tamanho, linha e colocação estão menos sujeitos à variabilidade do que os detalhes corporais, roupa e acessórios"... "é provável que o tamanho e colocação de uma figura estejam menos sujeitos ao controle consciente e à variabilidade que outros aspectos estruturais do desenho".

Vemos nas Tabelas 10.1 e 10.2 o número e porcentagem das gestantes, com e sem APPN, segundo o tamanho das figuras femininas A e B.

No 1º trimestre do 1º grupo, há maior porcentagem de mulheres que conscientemente se sentem mais gordas que altas. É evidente porque, neste trimestre, a mulher está grávida teoricamente. Quando se instala de fato a gravidez corporal, o que ocorre no 2º trimestre, a mulher tende, daí para o fim, a perder a sua percepção corporal e sua tendência é voltar para o 1º trimestre. No decorrer dos trimestres, em termos de altura, houve pouca mudança, não sentem que crescem em comprimento. Inconscientemente, não se sentem "largas" e, conscientemente, percebem a gordura.

Em termos de altura e largura, no 1º trimestre, do 2º grupo, a figura A é menos alta e menos gorda que a figura B, portanto o aspecto cons_ciente tende a apresentar uma configuração maior; no decorrer dos trimestres, há maior número de mulheres que têm esta mesma percepção, mostrando haver neste aspecto pouca variabilidade.

Conscientemente, a mulher sem APPN é menos reprimida, domina mais o ambiente, reforçando o aspecto regressivo. Esta situação regressiva, demonstrada pela equipe da Clínica Particular "Grupo de Atendimento Psicossomático (Noronha⁹⁰, 1981; Savastano & Novo¹¹³, 1981), quando não contornada pelo atendimento psicoprofilático, pode redundar em sérios conflitos.

Se a gravidez exarceba a imagem feminina, o atendimento psicoprofilático ajuda a mulher a melhor se integrar no seu esquema corporal.

3.3.1.4 *Figuras completas e posição da folha*

Os desenhos, em geral, foram completos quanto às partes essenciais: cabeça, tronco e membros. A omissão dessas partes só ocorreu na figura B. O 1º grupo não desenhou troncos e membros em 10% dos desenhos, só no 1º trimestre. A omissão dos mesmos, no 2º grupo, ocorreu em 22,2% no primeiro trimestre e 5,6% no 2º e 3º trimestre (Vide

Tabela 10.1 - Número e porcentagem das gestantes com APPN, segundo a comparação da figura feminina A com a figura B nos trimestres da gestação. Centro de Saúde "GPS" e Clínica Particular "GAP", São Paulo, 1978/1979.

ITEM*	1º		2º		3º	
	N	%	N	%	N	%
6	8	40,0	9	45,0	8	40,0
7	12	60,0	10	50,0	12	60,0
7a	-	-	1	5,0	-	-
8	5	25,0	7	35,0	6	30,0
9	15	75,0	13	65,0	14	70,0
T o t a l	20	100,0	20	100,0	20	100,0

*Legenda: Tamanho das figuras femininas A e B

- 6. Figura A mais alta que B
- 7. Figura A menos alta que B
- 7a. Figura A e B de igual tamanho
- 8. Figura A mais gorda que B
- 9. Figura A menos gorda que B

Tabela 10.2 - Número e porcentagem das gestantes sem APPN, segundo a comparação da figura feminina A com a figura B nos trimestres da gestação. Centro de Saúde "GPS" e Clínica Particular "GAP", São Paulo, 1978/1979.

ITEM*	1º		2º		3º	
	N	%	N	%	N	%
6	6	33,3	3	16,7	3	16,7
7	12	66,7	15	83,3	13	72,2
7a	-	-	-	-	2	11,1
8	6	33,3	3	16,7	3	16,7
9	12	66,7	15	83,3	15	83,3
T o t a l	18	100,0	18	100,0	18	100,0

* *Legenda:* Tamanho das figuras femininas A e B

- 6. Figura A mais alta que B
- 7. Figura A menos alta que B
- 7a. Figura A e B de igual tamanho
- 8. Figura A mais gorda que B
- 9. Figura A menos gorda que B

Tabelas 13.1 e 13.2).

A omissão de detalhes está descrita adiante, nas respectivas tabelas de detalhes.

Quanto à posição da folha, podemos repetir as palavras de *Machover*⁷⁴ (1949): "a figura desenhada é a pessoa e o papel corresponde ao ambiente" ou *Machover* em 1956 (citado por *Van Kolk*¹³⁴, 1966) "em termos gerais, o desenho de uma pesoa representa a expressão do eu, ou o corpo, no ambiente".

Em nosso estudo, somente 5,0%, do 1º grupo, desenharam a figura A e B, no 1º trimestre, em folha horizontal, o que corresponde a uma atitude negativa para com o ambiente. Todas as outras gestantes usaram a folha na direção maior, perpendicular ao eixo do corpo.

A aceitação do papel feminino e da realidade exterior está confirmada pela diminuição das partes incompletas no decorrer da gravidez e da posição do desenho na folha. Esta aceitação ocorreu, principalmente no grupo com atendimento psicoprofilático.

3.3.1.5 *Tamanho das figuras femininas em relação à folha*

*Van kolk*¹³⁴ (1966) apresentou estu

dos de vários autores referentes ao tamanho dos de
senhos das figuras humanas e seu significado psi
cológico. Afirmou que "apesar da crítica que al
guns pesquisadores fazem a determinados as
pectos da interpretação, há certa concordância entre os
autores citados".

Como vimos, toda a bibliografia por
nós consultada, refere-se ao DAP aplicado em crian
ças, adolescentes e adultos em casos normais ou pa
tológicos. Em nosso estudo com gestantes, a inter
pretação pode adequar-se a esses trabalhos.

Destacamos a citação de *Levy* (*Van*
*Kolk*¹³⁴, 1966) "A relação entre o tamanho do dese
nho e o espaço disponível pode mostrar paralelo com
a relação dinâmica entre o sujeito e o seu ambien
te ou entre o sujeito e as figuras paternas. Se o
desenho é a projeção do auto conceito, então o ta
manho sugere a maneira pela qual o sujeito está
respondendo às pressões do ambiente. Se a figura é
pequena... sentimentos de inferioridade; se é gran
de... sentimentos de expansão e agressão... O de
senho médio de uma figura completa mede aproximada
mente 7 polegadas ou 2/3 do espaço disponível".

Nossos resultados podem ser vistos
nas Tabelas 11.1 e 11.2. O 1º grupo, no 1º trimes
tre, teve 15,0% de figuras grandes (folha toda) e
15,0% de figuras pequenas (1/6 da página, tamanho

de 5 a 8 centímetros), tendo estas porcentagens diminuído do 2º para o 3º trimestre, atingindo 5,0%.

Ao passo que, no grupo sem atendimento psicoprofilático, a porcentagem das figuras grandes e pequenas permaneceu a mesma no decorrer dos trimestres (5,6%).

A tendência dos dois grupos foi tomar metade (16 a 22 cm) 1/3 (12 a 16 cm) e 1/4 (8 a 12 cm) da página, no decorrer dos três trimestres.

Toda grávida tem necessidade de maior área e sente-se perdida no espaço. Os dois grupos apresentaram, de fato, discrepâncias entre os limites ocupados, tanto consciente como inconscientemente.

A maior porcentagem na maior área abrangida pelos dois grupos (metade da folha) foi a da figura B do 1º grupo, talvez devida à dependência do terapeuta.

3.3.1.6 *Localização, na folha, das figuras femininas*

Para a localização dos desenhos das figuras femininas na folha de papel, utilizamos o crivo semelhante ao de Van Kolk¹³⁴, 1966 (Anexo 3). A folha de papel é dividida em 4 quadrantes. O 1º é a partir do lado superior direito, segundo o mo

vimento dos ponteiros do relógio. Às vezes, o desenho não se enquadra perfeitamente nos quadrantes e apresenta-se com as seguintes possibilidades: centro, a figura na região central; à esquerda, localizada entre o 3º e 4º quadrantes; à direita, entre o 1º e 2º; na metade superior, entre o 4º e o 1º e metade inferior, entre o 2º e 3º quadrantes.

Os estudos, sobre a localização e os desenhos na folha, são numerosos e os autores são concordes quanto ao significado de cada zona (Van Kolck¹³⁴, 1966). Assim, figura colocada no centro significa segurança, pessoa centrada em si mesma, auto-dirigida, comportamento emocional e adaptativo; metade inferior é interpretada como insegurança, materialismo, inadaptação; metade superior, atividade, socialização, relação com o futuro, progresso; metade esquerda significa introversão, egoísmo, predominância de afetividade; direita, contato com a realidade; 1º quadrante, projetos para o futuro; 4º quadrante, passividade, inibição, atitude de expectativa diante da vida.

As Tabelas 12.1 e 12.2 mostram os resultados das gestantes com e sem APPN quanto à localização das figuras femininas na folha. A maior tendência, para ambos os grupos, no 1º trimestre, foi a localização das figuras à esquerda, 50,0% e 35,0% figuras A e B do 1º grupo; 33,4% e 44,3% figu

Tabela 12.1 - Número e porcentagem das gestantes com APPN, segundo a localização, na folha, das figuras femininas, nos trimestres da gestação. Centro de Saúde "GPS" e Clínica Particular "GAP", São Paulo, 1978/1979.

ITEM* TRIMESTRE	1º		2º		3º	
	A %	B %	A %	B %	A %	B %
23	3 15,0	4 20,0	8 40,0	10 50,0	2 10,0	5 25,0
24	10 50,0	7 35,0	7 35,0	5 25,0	11 55,0	7 35,0
26	3 15,0	3 15,0	2 10,0	2 10,0	4 20,0	4 20,0
27	1 5,0	1 5,0	- -	- -	- -	- -
28	- -	2 10,0	1 5,0	1 5,0	- -	1 5,0
31	3 15,0	3 15,0	2 10,0	2 10,0	3 15,0	3 15,0
T o t a l	20 100,0	20 100,0	20 100,0	20 100,0	20 100,0	20 100,0

* Legenda: Localização na folha das figuras femininas A e B.

23. Centro

24. Esquerda

26. Metade Superior

27. Metade inferior

28. 1º quadrante

31. 4º quadrante

Tabela 12.2 - Número e porcentagem das gestantes sem APPN, segundo a localização, na folha, das figuras, nos trimestres da gestação. Centro de Saúde "GPS" e Clínica Particular "GAP", São Paulo, 1978/1979.

TRIMESTRE ITEM*	1º		2º		3º	
	A %	B %	A %	B %	A %	B %
23	5 27,8	3 16,6	- -	- -	4 22,3	3 16,6
24	6 33,4	8 44,3	10 55,5	10 55,5	7 38,8	8 44,6
25	- -	1 5,5	- -	- -	- -	1 5,5
26	1 5,5	2 11,2	3 16,7	1 5,5	1 5,5	1 5,5
27	- -	- -	1 5,5	2 11,2	- -	- -
28	5 27,8	2 11,2	4 22,3	3 16,6	6 33,4	3 16,6
31	1 5,5	2 11,2	- -	2 11,2	- -	2 11,2
T o t a l	18 100,0	18 100,0	18 100,0	18 100,0	18 100,0	18 100,0

* *Legenda:* Localização na folha das figuras femininas A e B.

23. Centro

27. Metade inferior

24. Esquerda

28. 1º quadrante

25. Direita**

31. 4º quadrante

26. Metade Superior

** *Ausência deste item na Tabela 12.1*

ras A e B do 2º grupo. Esta predominância permaneceu em ambos os grupos no decorrer dos trimestres, com maior porcentagem para o 2º grupo. A colocação à esquerda é predominância da afetividade; tendência à introversão e refúgio na fantasia.

No grupo com APPN, praticamente, a partir do 2º trimestre, há maior centralização das figuras, significando que o atendimento psicoprofilático faz a mulher deslocar a atenção de si para o nenê, para a realidade presente. O 2º grupo é menos adequado, pois o referencial da mulher grávida, que tem filho, é fixado no filho que já existe, e não no que vai nascer. Apresenta, também, no 3º trimestre, maior expectativa de vida, é mais emotiva, principalmente no 2º trimestre.

Em geral, as gestantes revelam introversão mais acentuada no 3º trimestre da gestação, quando se perguntam "como vai ser meu filho" "como vai ser o parto"; essa introversão é mais predominante na figura A.

3.3.1.7 *Estilo dos desenhos das figuras femininas*

Consideramos estilo das figuras os itens de 33 a 73 (Anexo 2) que caracterizam o aspecto geral quanto à postura do desenho (item 33 a 58), a idade da figura (itens 59 a 62) e o traçado (itens

63 a 73). As Tabelas 13.1 e 13.2 nos mostram os resultados respectivamente da população com e sem AP PN. Incluímos nestas tabelas o item 11. figura im completa.

A postura da figura, ou perspectiva, segundo *Machover* (citado por *Van Kolk*¹³⁴, 1966) "indica o grau de auto-exposição, o lado que a pessoa se apresenta ao mundo. A apresentação de perfil, considerada como evasiva, é geralmente uma característica masculina. A de frente, com sua implicação de exibicionismo, ingenuidade e comunicabilidade social, é favorecida pelas mulheres ou pessoas socialmente dependentes como as crianças". *Van Kolk*¹³⁴ (1966) encontrou nos desenhos de adolescentes 37,0% de figuras de frente com pés de perfil; 26,3% apresentam a figura toda de frente, sendo que os rapazes desenhavam, em porcentagem um pouco mais elevada, a figura toda de frente; segundo essa autora, à medida que a idade aumenta, cresce um pouco a frequência da figura toda de perfil.

Nossos dados concordam com os de *Van Kolk*. Quanto à postura do desenho e à idade, nos dados que obtivemos, podemos dizer que a mulher amadurece na proporção em que a gestação se desenvolve.

Em nossos resultados, predominam (100,0%) as figuras em pé e estáticas; só uma gestante do 1º grupo desenhou no 1º trimestre a figura B, sentada.

Para *Soifer*¹²⁴ (1976) a figura sentada significa parto prolongado. A figura em pé, para a grávida, é importante, porque só se percebe, como grávida, em pé; é estática, porque também não sente um crescimento dinâmico.

As Tabelas 13.1 e 13.2 nos mostram, também, que predominam figuras de frente e pés de perfil em ambos os grupos, com tendência a aumentar no decorrer dos trimestres, persistindo no 2º grupo a porcentagem maior. Na verdade, os pés, de perfil, dão mais equilíbrio à gestante.

A figura toda de perfil predomina no 3º trimestre na figura B, do grupo com APPN.

A postura de perfil era de se esperar; uma vez que a mulher, de frente, não se sente grávida, não se projeta como grávida.

A mulher grávida não consegue acompanhar o desenvolvimento do corpo a nível racional, não sente o progressivo aumento corporal.

Quanto à idade (itens 59 a 62) *Van Kolck*¹³⁴ (1966) em seu estudo com adolescentes verificou que "com o aumentar da idade dos autores, cresce o número de figuras de idade aproximada, diminuindo o da mais velha. As moças em relação aos rapazes, acentuam, com frequência bem maior, a figura da idade aproximada..." *Machover* (citado por *Van Kolck*¹³⁴, 1966) afirmou "É raro que os adultos espontaneamen-

te desenhem a figura de uma criança em resposta a ordem Desenhe uma pessoa. Ao fazê-lo, o indivíduo simboliza a nostalgia da infância, a dependência, uma fuga das responsabilidades adultas ... a expressão motora espontaneamente liberada leva implicação projetiva de um desejo de identificação com a infância".

Pode-se dizer que este fato não é tão raro em nossas gestantes, pode-se até concluir que é típico, principalmente nas que permanecem em uma situação regressiva. Assim, as gestantes sem atendimento psicoprofilático desenharam crianças respectivamente, nos três trimestres: 16,7%, 16,7% e 5,6% . As do 1º grupo, só 5,0%, desenharam "criança" no 1º trimestre. Neste grupo, predominou, no 1º trimestre, a idade "mais jovem que o autor", passando, no decorrer da gravidez, para a "idade aproximada". No 2º grupo, predominou desde o 1º trimestre a "idade aproximada". Vemos, mais uma vez, que a gravidez acarreta amadurecimento para a mulher; a do 2º grupo, reforçada pela maternidade já existente e a do 1º grupo, reforçada pela assistência psicoprofilática. As figuras A e B tendem a se equilibrar no 1º grupo.

Quanto ao traçado na linha, seguimos, também, *Van Kolk*¹³⁴ (1966) que examinou quanto à espessura, consistência e pressão. A espessura (fina, média e grossa) é avaliada pelo traçado deixado pelo lápis nº 1, nº 2 e nº 3, quando usados com pres

Tabela 13.1 - Número e porcentagem das gestantes com APPN, segundo o estilo do desenho, nas figuras femininas A e B, nos trimestres da gestação. Centro de Saúde "GPS" e Clínica Particular "GAP", São Paulo, 1978/1979.

TRIMESTRE ITEM*	1º				2º				3º			
	A	%	B	%	A	%	B	%	A	%	B	%
11	-	-	2	10,0	-	-	-	-	-	-	-	-
33	20	100,0	17	85,0	20	100,0	20	100,0	20	100,0	20	100,0
34	-	-	1	5,0	-	-	-	-	-	-	-	-
37	19	95,0	17	85,0	19	95,0	19	95,0	18	90,0	19	95,0
38	1	5,0	1	5,0	1	5,0	1	5,0	2	10,0	1	5,0
39	-	-	1	5,0	1	5,0	8	40,0	1	5,0	8	40,0
40	1	5,0	-	-	1	5,0	1	5,0	1	5,0	1	5,0
41	-	-	-	-	-	-	1	5,0	-	-	-	-
42	11	55,0	10	50,0	14	70,0	7	35,0	13	65,0	9	45,0
43	-	-	1	5,0	-	-	1	5,0	-	-	-	-
44	-	-	2	10,0	-	-	-	-	1	5,0	1	5,0
45	8	40,0	8	40,0	4	20,0	2	10,0	5	25,0	2	10,0
49	1	5,0	-	-	-	-	-	-	1	5,0	1	5,0
51	1	5,0	2	10,0	1	5,0	4	20,0	2	10,0	3	15,0
52	1	5,0	-	-	1	5,0	-	-	4	20,0	3	15,0
56	1	5,0	1	5,0	4	20,0	5	25,0	2	10,0	3	15,0
59	1	5,0	1	5,0	-	-	-	-	-	-	-	-
60	10	50,0	8	40,0	8	40,0	5	25,0	9	45,0	7	35,0
61	9	45,0	11	55,0	12	60,0	15	75,0	11	55,0	13	65,0
63	8	40,0	5	25,0	9	45,0	9	45,0	10	50,0	12	60,0
64	12	60,0	14	70,0	11	55,0	11	55,0	9	45,0	6	30,0
65	-	-	1	5,0	-	-	-	-	1	5,0	2	10,0
66	9	45,0	7	35,0	6	30,0	8	40,0	-	-	7	35,0
68	3	15,0	3	15,0	3	15,0	3	15,0	3	15,0	3	15,0
69	4	20,0	5	25,0	4	20,0	4	20,0	1	5,0	2	10,0
70	13	65,0	12	60,0	13	65,0	13	65,0	16	80,0	15	75,0
71	8	40,0	5	25,0	11	55,0	8	40,0	8	40,0	10	50,0
72	10	50,0	12	60,0	9	45,0	10	50,0	11	55,0	6	30,0
73	2	10,0	3	15,0	-	-	2	10,0	1	5,0	4	20,0

Tabela 13.2 - Número e porcentagem das gestantes sem APPN, segundo o estilo do desenho, nas figuras femininas A e B, nos trimestres da gestação. Centro de Saúde "GPS" e Clínica Particular "GAP", São Paulo, 1978/1979.

ITEM* TRIMESTRE	1º				2º				3º			
	A	%	B	%	A	%	B	%	A	%	B	%
11	-	-	4	22,2	-	-	1	5,6	-	-	1	5,6
33	18	100,0	14	77,8	18	100,0	17	94,4	18	100,0	17	94,4
37	18	100,0	13	72,2	16	88,9	16	88,9	17	94,4	16	88,8
38	-	-	1	5,6	2	11,1	1	5,6	1	5,6	1	5,6
39	-	-	1	5,6	-	-	1	5,6	-	-	3	16,7
40	-	-	-	-	1	5,6	-	-	-	-	1	5,6
41	1	5,6	-	-	-	-	-	-	1	5,6	-	-
42	11	61,1	8	44,4	9	50,0	7	38,8	9	50,0	8	44,4
43	-	-	-	-	-	-	1	5,6	-	-	1	5,6
44	-	-	1	5,6	-	-	-	-	1	5,6	-	-
45	6	33,3	9	50,0	8	44,4	8	44,4	8	44,4	5	27,7
48	1	5,6	1	5,6	1	5,6	2	11,1	-	-	-	-
51	1	5,6	1	5,6	-	-	-	-	1	5,6	1	5,6
52	3	16,7	-	-	-	-	1	5,6	2	11,1	1	5,6
55	1	5,6	1	5,6	-	-	1	5,6	-	-	-	-
56	3	16,7	1	5,6	3	16,7	2	11,1	4	22,2	3	16,7
59	3	16,7	2	11,1	3	16,6	-	-	1	5,6	1	5,6
60	5	27,8	2	11,1	6	33,4	4	22,2	8	44,4	4	22,2
61	10	55,5	14	77,8	9	50,0	13	72,2	9	50,0	13	72,2
62	-	-	-	-	-	-	1	5,6	-	-	-	-
63	5	27,8	5	27,8	4	22,2	4	22,2	5	27,8	4	22,2
64	12	66,6	13	72,2	14	77,8	14	77,8	13	72,2	14	77,8
65	1	5,6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
66	6	33,3	9	50,0	4	22,2	6	33,3	-	-	2	11,1
67	1	5,6	2	11,1	-	-	-	-	-	-	-	-
68	2	11,1	2	11,1	1	5,6	1	5,6	1	5,6	2	11,1
69	4	22,2	6	33,3	3	16,7	4	22,2	5	27,7	4	22,2
70	11	61,1	8	44,5	14	77,7	13	72,2	12	66,7	12	66,7
71	5	27,8	6	33,3	8	44,4	5	27,8	7	38,9	3	16,7
72	11	61,1	10	55,6	9	50,0	12	66,6	9	50,0	13	72,2
73	2	11,1	2	11,1	1	5,6	1	5,6	2	11,1	2	11,1

** Legenda referente às Tabelas 13.1 e 13.2: Estilo do desenho*

- 11. Figura incompleta
- 33. Em pé
- 34. Sentada***
- 37. Estática
- 38. Em movimento
- 39. Toda de perfil
- 40. Cabeça de perfil, corpo de frente
- 41. Cabeça e pés de perfil
- 42. Só os pés de perfil
- 43. Corpo de perfil, cabeça de frente
- 44. Confusão de perfil
- 45. Figura toda de frente
- 48. Figura vazia**
- 49. Estereótipo***
- 51. Transparência
- 52. Linha de solo
- 55. Em cena**
- 56. Nua
- 59. Criança
- 60. Mais jovem que o autor
- 61. De idade aproximada
- 62. Mais velha que o autor**
- 63. Traçado: espessura: fino
- 64. médio
- 65. grosso
- 66. sombreado
- 67. consistência: trêmulo
- 68. avanços, recuos
- 69. descontínuo
- 70. contínuo
- 71. Pressão: leve
- 72. normal
- 73. forte

*** Estes itens apresentam-se somente na Tabela 13.2*

**** Estes itens apresentam-se somente na Tabela 13.1*

são normalmente exercida ao escrever..." Segundo *Van Kolk*¹³⁴ (1966) "os estudiosos do desenho projetivo freqüentemente se referem à força ou pressão com que a linha foi feita e ao tipo de traçado empregado, fornecendo, porém, poucas indicações sobre a forma de julgar esses aspectos".

A Tabela 13.1 mostra que o traçado médio do primeiro grupo foi mais alto no 1º trimestre e decaiu no 3º trimestre a favor do traçado fino, em ambas as figuras A e B.

A Tabela 13.2 mostra que, no segundo grupo, predominou o traçado médio em ambas as figuras, aumentando do 1º para o 3º trimestre.

O traçado contínuo foi de maior frequência em ambos os grupos, sendo que, no grupo com atendimento, teve maior porcentagem no decorrer dos trimestres.

O borrão ou sombreado tem um significado específico como denunciador de conflitos e é analisado à parte, em função da área sombreada. No estilo do desenho, o sombreado foi considerado o da figura toda. Com relação à figura A, nos dois grupos esses conflitos diminuem no decorrer dos trimestres; com relação à figura B, nos dois grupos, há tendência desses conflitos se manifestarem no 3º trimestre.

3.3.2 *Detalhes das figuras*

Os detalhes das figuras estão apresentados na alínea II a XX do Anexo 2 sob os itens 74 a 332 e constam de: cabeça, cabelo, rosto, olhos, nariz, boca, orelhas, pescoço, tronco, braços, mãos, dedos, pernas, pés, articulações, roupa ou acessórios e linha média; barba e bigode, incluídos, respectivamente, nos itens 141 e 142, não tendo sido encontrados, foram excluídos da análise. Como dissemos anteriormente, para simplificar o número de tabelas, incluimos mais de um detalhe na mesma tabela; os resultados são encontrados nas Tabelas 14 a 28.

Todos os detalhes, com exceção da linha média e articulações, foram analisados segundo vários itens que podem ser agrupados nos seguintes aspectos: omissão, tamanho, características específicas do detalhe e sombreado. Com respeito ao tamanho ou dimensões das partes da figura, queremos lembrar que representam, sempre, avaliações relativas.

3.3.2.1 *Desenho da cabeça*

O desenho da cabeça inclui os itens 75 a 83, Tabela 14.1 e 14.2, respectivamente, gestantes com e sem assistência psicoprofilática pré-natal (APPN).

Machover (citado por *Van Kolk*¹³⁴, 1966)

apresentou o tamanho normal para a cabeça entre $1/6$ e $1/7$ da figura. Em um adulto normal, segundo *Hurlock* (citado por *Van Kolk*¹³⁴, 1966), a cabeça está entre $1/8$ e $1/7$ do comprimento total da figura.

A cabeça, segundo *Machover*⁷⁴, 1949, "geralmente recebe ênfase, exceto em indivíduos neuróticos, deprimidos ou inadaptados; socialmente a cabeça é essencialmente o centro do poder intelectual, domínio social e controle dos impulsos corporais. É a única parte do corpo que se acha exposta à vista, estando, assim envolta na função das relações sociais". ... "no tratamento diferencial entre a figura masculina e feminina, o sexo no qual foi exagerado o tamanho da cabeça é o sexo ao qual se lhe concede maior autoridade social e intelectual".

Mogar (citado por *Van Kolk*¹³⁴, 1966), estudando os indícios de ansiedade no desenho da figura humana, verificou que somente o tamanho da cabeça em relação ao da figura pode ser considerado como expressão de ansiedade. As moças do estudo de *Van Kolk*¹³⁴ (1966) desenharam com maior frequência que os rapazes a cabeça igual a $1/4$ da figura.

O maior tamanho da cabeça (metade da figura), em nossos resultados, só foi encontrado no 2º grupo, gestantes sem APPN, em pequena porcentagem 5,6%. A maior porcentagem dos dois grupos incidu nos tamanhos que correspondem a $1/6$, $1/5$ e $1/4$,

Tabela 14.1 - Número e porcentagem das gestantes com APPN, segundo o desenho da cabeça, nas figuras femininas A e B, nos trimestres da gestação. Centro de Saúde "GPS" e Clínica Particular "GAP", São Paulo, 1978/1979.

ITEM* TRIMESTRE	1º				2º				3º			
	A	%	B	%	A	%	B	%	A	%	B	%
75	-	-	2	10,0	-	-	-	-	-	-	-	-
76	1	5,0	1	5,0	-	-	-	-	-	-	-	-
77	1	5,0	1	5,0	2	10,0	2	10,0	3	15,0	3	15,0
78	3	15,0	3	15,0	2	10,0	1	5,0	-	-	-	-
79	4	20,0	4	20,0	6	30,0	5	25,0	5	25,0	5	25,0
80	6	30,0	6	30,0	4	20,0	4	20,0	9	45,0	7	35,0
81	6	30,0	3	15,0	5	25,0	8	40,0	2	10,0	3	15,0
82	-	-	1	5,0	1	5,0	-	-	1	5,0	2	10,0

N = 20

* Legenda: desenho da cabeça

75. Só cabeça

76. Contorno impreciso

77. 1/8 da figura

78. 1/7 da figura

79. 1/6 da figura

80. 1/5 da figura

81. 1/4 da figura

82. 1/3 da figura

83. Metade da figura

Tabela 14.2 - Número e porcentagem das gestantes sem APPN, segundo o desenho da cabeça, nas figuras femininas A e B, nos trimestres da gestação. Centro de Saúde "GPS" e Clínica Particular "GAP", São Paulo, 1978/1979.

ITEM*	TRIMESTRE		1º				2º				3º			
			A	%	B	%	A	%	B	%	A	%	B	%
75			-	-	2	11,1	-	-	1	5,6	-	-	1	5,6
76			1	5,6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
77			2	11,1	2	11,1	2	11,1	1	5,6	2	11,1	1	5,6
78			2	11,1	1	5,6	1	5,6	3	16,6	1	5,6	-	-
79			4	22,2	5	27,7	2	11,1	2	11,1	4	22,2	7	38,8
80			5	27,8	3	16,7	7	38,8	3	16,6	5	27,7	4	22,2
81			4	22,2	2	11,1	3	16,7	5	5,6	3	16,7	2	11,1
82			1	5,6	3	16,7	2	11,1	2	11,1	2	11,1	3	16,7
83			-	-	-	-	1	5,6	1	5,6	1	5,6	-	-

N = 18

* *Legenda:* desenho da cabeça

75. Só cabeça

76. Contorno impreciso

77. 1/8 da figura

78. 1/7 da figura

79. 1/6 da figura

80. 1/5 da figura

81. 1/4 da figura

82. 1/3 da figura

83. Metade da figura**

** Ausência deste item na Tabela 14.1

variando no decorrer dos trimestres entre as figuras A e B. O valor 1/5 é que persistiu com maior porcentagem nos dois grupos, com maior variação entre a figura A e B no grupo sem APPN.

Nossos resultados se aproximam mais dos adolescentes de *Van Kolk* do que dos de *Machover*.

3.3.2.2 *Desenho do cabelo*

As Tabelas 15.1 e 15.2 nos mostram os resultados do desenho do cabelo feito pelas gestantes com e sem APPN.

Como *Van Kolk*¹³⁴ (1966), classificamos o tamanho ou comprimento do cabelo em: compridos, médios e curtos. O critério para o comprimento curto é aquele que chega até as orelhas; médios, pouco abaixo da orelha e compridos, atingem os ombros ou os ultrapassam.

Os cabelos ocupam sempre posição de destaque no desenho da figura humana; foi analisado em diferentes aspectos: comprimento, tratamento, quantidade e sombreado.

Vemos em nossos resultados que a omissão do cabelo foi rara; incidiu no 1º grupo, 1º trimestre na figura A com 10,0%, diminuindo essa porcentagem no 3º trimestre para 5,0% só na figura B.

Os dois grupos tiveram o comprimento

médio em maior porcentagem em ambas as figuras, A e B, nos três trimestres. O 2º grupo foi diminuindo a porcentagem da Figura A e B que apresentavam cabelo médio, aumentando para cabelos compridos no decorrer dos trimestres. O 1º grupo foi diminuindo a porcentagem da Figura A, que apresentava cabelo médio, a favor de cabelo comprido; aumentou a porcentagem da Figura B, tipo médio, no decorrer dos trimestres.

A tendência dos dois grupos é trazer os cabelos cuidados, sendo que no 2º grupo a figura inconsciente permanece constante nos três trimestres e a consciente melhora a aparência no decorrer dos trimestres.

No 1º grupo, o cuidado com os cabelos, inconscientemente, melhora no decorrer dos trimestres; conscientemente, decai no 2º trimestre para melhorar no 3º trimestre.

O 1º grupo traça cabelos abundantes no 1º trimestre e, no decorrer da gravidez, desenha quantidade normal, resultados que coincidem em ambas as figuras.

O 2º grupo descontrolou-se ao desenhá-lo; apresentou-os com maior fartura nos 1º e 3º trimestres.

A ansiedade, interpretada através do

Tabela 15.1 - Número e porcentagem das gestantes com APPN, segundo o desenho do cabelo, nas figuras femininas A e B, nos trimestres da gestação. Centro de Saúde "GPS" e Clínica Particular "GAP", São Paulo, 1978/1979.

ITEM* TRIMESTRE	1º				2º				3º			
	A	%	B	%	A	%	B	%	A	%	B	%
84	2	10,0	-	-	1	5,0	1	5,0	-	-	1	5,0
85	3	15,0	6	30,0	3	15,0	7	35,0	9	45,0	5	25,0
86	12	60,0	8	40,0	12	60,0	10	50,0	7	35,0	11	55,0
87	3	15,0	6	30,0	4	20,0	2	10,0	4	20,0	3	15,0
89	1	5,0	-	-	1	5,0	2	10,0	-	-	-	-
90	15	75,0	18	90,0	16	80,0	15	75,0	18	90,0	17	85,0
91	2	10,0	2	10,0	2	10,0	2	10,0	2	10,0	2	10,0
92	9	45,0	6	30,0	8	40,0	3	15,0	7	35,0	4	20,0
93	3	15,0	3	15,0	1	5,0	2	10,0	1	5,0	1	5,0
94	-	-	1	5,0	1	5,0	-	-	-	-	-	-
95	7	35,0	12	60,0	8	40,0	9	45,0	8	40,0	11	55,0

N = 20

* *Legenda:* Desenho do cabelo

84. Omissão

85. Comprido

86. Médio

87. Curto

89. Só contorno

90. Penteado: cuidado

91. desordenado

92. abundante

93. escasso

94. Destacado da cabeça

95. Sombreado

Tabela 15.2 - Número e porcentagem das gestantes sem APPN, segundo o desenho do cabelo, nas figuras femininas A e B, nos trimestres da gestação. Centro de Saúde "GPS" e Clínica Particular "GAP", São Paulo, 1978/1979.

ITEM*	TRIMESTRE		1º				2º				3º			
			A	%	B	%	A	%	B	%	A	%	B	%
84			-	-	-	-	1	5,6	1	5,6	-	-	-	-
85			4	22,2	5	27,8	5	27,8	6	33,3	6	33,3	9	50,0
86			12	66,7	11	61,1	10	55,5	9	50,0	7	38,9	8	44,4
87			2	11,1	2	11,1	2	11,1	2	11,1	5	27,8	1	5,6
88			1	5,6	-	-	-	-	-	-	1	5,6	1	5,6
89			-	-	1	5,6	1	5,6	1	5,6	-	-	-	-
90			15	83,3	14	77,7	15	83,3	15	83,3	15	83,3	16	88,8
91			2	11,1	3	16,7	1	5,6	1	5,6	2	11,1	1	5,6
92			5	27,8	3	16,7	1	5,6	4	22,2	6	33,3	5	27,8
93			2	11,1	3	16,7	2	11,1	2	11,1	1	5,6	1	5,6
94			1	5,6	1	5,6	1	5,6	1	5,6	1	5,6	1	5,6
95			6	33,3	9	50,0	9	50,0	11	61,1	4	22,2	10	55,6

N = 18

* *Legenda:* Desenho do cabelo

84. Omissão

85. Comprido

86. Médio

87. Curto

88. Contorno impreciso**

89. Só contorno

90. Penteado: cuidado

91. desordenado

92. abundante

93. escasso

94. Destacado da cabeça

95. Sombreado

** Este item se apresenta somente na Tabela 15.2

sombreado da figura toda, está mais acentuada na figura B de ambos os grupos, e mais marcante no 2º grupo, no 1º trimestre (Tabela 13.2).

A ênfase dada aos cabelos, em desenhos de adultos infantis ou em regressão, é expressão de preocupação sexual. *Van Kolck*¹³⁴ (1966) lembrou que se pode relacionar cabelo desordenado com desordem sexual e cabelo bem penteado, ondulado e muito cuidado com preocupação em deslumbrar e seduzir, frequentemente encontrado em adolescentes do sexo feminino.

A gravidez chama a atenção para a mulher mãe, portanto ela não perde o controle com os cabelos, e, em nível inconsciente, ela deseja, também, ser mais sedutora, dando-lhes maior cuidado.

3.3.2.3 *Desenho do rosto*

*Machover*⁷⁴ (1949) afirma que individuos que omitem traços faciais em uma projeção são indivíduos evasivos quanto às suas relações interpessois.

Em nossos resultados, Tabelas 16.1 e 16.2, o rosto, em geral, apresenta-se com acentuadas omissões de detalhes seja da pupila, seja das sombrancelhas ou do nariz. Estas particularidades podem ser vistas nas respectivas tabelas (Vide Tabel

las 17, 18, 19 em seus sub-itens).

Podemos dizer que, na mulher grávida, as falhas ao desenhar o rosto são resultantes da própria gravidez. O rosto disforme foi apresentado por 5,6% das gestantes nas figuras A e B, nos três trimestres. O grupo com APPN conseguiu controlar esta deformidade no 2º trimestre, assim como a ansiedade apresentada através do sombreado, que foi mais intenso no 1º trimestre, diminuindo no 3º trimestre.

Segundo *Soifer*¹²⁴ (1976), a ausência de traços faciais expressa a ansiedade do vazio, a perda da identidade. Na verdade, a mulher grávida sente-se perdida com sua nova imagem corporal.

3.3.2.4 *Desenho dos olhos*

Machover (citada por *Van Kolk*¹³⁴, 1966) escreveu: "os olhos são um órgão básico para o contato com o mundo exterior... Olhos grandes absorvem o mundo visualmente, enquanto olhos pequenos e fechados podem excluí-lo. O tratamento gráfico do olho varia, talvez, tanto como sua própria função... Olhos grandes e mais elaborados costumam ser desenhados com maior frequência por moças que por rapazes. Indicam curiosidade, dependência do ambiente e experiências sociais e possível libidinização da estimulação social. Pestanas podem ser 'sex-appeal' ao olho" ... "As sombrancelhas aparecem nos desenhos,

Tabela 16.1 - Número e porcentagem das gestantes com APPN, segundo o desenho do rosto, nas figuras femininas A e B, nos trimestres da gestação. Centro de Saúde "GPS" e Clínica Particular "GAP", São Paulo, 1978/1979.

TRIMESTRE ITEM*	1º				2º				3º			
	A	%	B	%	A	%	B	%	A	%	B	%
96	15	75,0	15	75,0	16	80,0	14	70,0	16	80,0	16	80,0
97	1	5,0	1	5,0	-	-	-	-	1	5,0	-	-
98	1	5,0	-	-	-	-	-	-	1	5,0	-	-
99	5	25,0	6	30,0	2	10,0	4	20,0	4	20,0	2	10,0
100	4	20,0	4	20,0	-	-	-	-	1	5,0	3	15,0

N = 20

Tabela 16.2 - Número e porcentagem das gestantes sem APPN, segundo o desenho do rosto, nas figuras femininas A e B, nos trimestres da gestação. Centro de Saúde "GPS" e Clínica Particular "GAP", São Paulo, 1978/1979.

TRIMESTRE ITEM*	1º				2º				3º			
	A	%	B	%	A	%	B	%	A	%	B	%
96	14	77,8	12	66,7	15	83,3	12	66,7	14	77,8	14	77,8
97	1	5,6	1	5,6	1	5,6	1	5,6	1	5,6	1	5,6
98	-	-	1	5,6	1	5,6	1	5,6	1	5,6	1	5,6
99	4	22,2	5	27,8	4	22,2	4	22,2	2	11,1	-	-
100	1	5,6	2	11,1	-	-	3	16,7	2	11,1	3	16,7

N = 18

* *Legenda:* Desenho do rosto

96. Omissão de detalhes faciais

97. Rosto disforme

98. Contorno impreciso

99. Pintado ou com linhas extras

100. Sombreado, borradura.

embora, segundo *Machover*⁷⁴ (1949), o seu significado não esteja bem esclarecido" ... "A omissão da pupila, como porção do olho que vê, se dá no desenho de indivíduos egocêntricos e histéricos". Este não é o caso de nossa população que teve alta porcentagem no desenho da pupila (Tabelas 17.1 e 17.2).

Podemos ver nessas tabelas que houve omissão do olho em 5,6% das gestantes sem APPN nos três trimestres (Tabela 17.2).

Foram desenhados olhos médios e grandes em porcentagem quase igual, no grupo sem APPN. No grupo com APPN, predominaram, também, os médios e grandes nos três trimestres, sendo que no 3º trimestre, a maior porcentagem é dos olhos de tamanho médio.

A pupila e sombrancelhas foram desenhadas em maior porcentagem do que as pestanas em ambos os grupos, tanto na figura A como na figura B.

O sombreado marcado pela ansiedade de se ver, ou de ver o mundo, tendeu a diminuir nas figuras do grupo com atendimento psicológico, com os seguintes resultados (Tabela 17.1) nas figuras A e B no decorrer dos trimestres: 15,0% e 20,0%; 10,0% e 30,0%; 10,0% e 20,0%; 2º grupo, figuras A e B no decorrer dos trimestres: 11,1% e 44,4%; 11,1% e 27,8%; 22,2% e 33,3% (Tabela 17.2).

3.3.2.5 *Desenho do nariz*

Os resultados do desenho do nariz, compreendendo os itens 114 a 122 são vistos nas Tabelas 18.1 e 18.2, das gestantes com e sem APPN. Nas gestantes sem APPN, a omissão do nariz aconteceu em 5,6% da figura A e 11,1% da figura B no 1º trimestre, persistindo no 2º e 3º trimestres com 5,6% das gestantes.

A omissão, no 1º grupo, ocorreu em 5,0% na figura A do 1º trimestre e 5,0% na figura B do 2º e 3º trimestres. Só houve contorno impreciso do nariz no grupo sem APPN.

A predominância, em ambos os grupos, foi o nariz de tamanho médio com maior porcentagem para o grupo sem APPN na figura A, e para o grupo com APPN na figura B. O nariz é, em geral, desenhado com narinas; é também desenhado de perfil, quando o rosto é de perfil.

Machover (citado por *Van Kolk*¹³⁴, 1966) afirma que "o nariz é menos importante que os olhos na organização estética da face e carrega o peso do simbolismo sexual. O tratamento do nariz que denuncia conflito pode envolver sombreamento". Nossas gestantes apresentam sombreado, mas em porcentagens baixas, sendo menos ansiosas, no caso, as do grupo com APPN. A organização estética também é vista em nossas gestantes no grupo com APPN, e o tamanho mé

Tabela 17.1 - Número e porcentagem das gestantes com APPN, segundo o desenho dos olhos nas figuras femininas A e B, nos trimestres da gestação. Centro de Saúde "GPS" e Clínica Particular "GAP", São Paulo, 1978/1979.

ITEM*	1º				2º				3º			
	A	%	B	%	A	%	B	%	A	%	B	%
103	6	30,0	7	35,0	9	45,0	6	30,0	2	10,0	8	40,0
104	9	45,0	8	40,0	8	40,0	10	50,0	12	60,0	9	45,0
105	2	10,0	2	10,0	-	-	2	10,0	3	15,0	-	-
106	16	80,0	15	75,0	17	85,0	14	70,0	14	70,0	16	80,0
107	7	35,0	8	40,0	11	55,0	9	45,0	6	30,0	8	40,0
108	13	65,0	14	70,0	15	75,0	12	60,0	16	80,0	12	60,0
109	-	-	-	-	-	-	1	5,0	-	-	1	5,0
110	-	-	-	-	-	-	1	5,0	-	-	1	5,0
111	1	5,0	1	5,0	2	10,0	10	50,0	2	10,0	9	45,0
113	3	15,0	4	20,0	2	10,0	6	30,0	2	10,0	4	20,0

N = 20

* *Legenda:* Desenho dos olhos

103. Grandes	108. Sombrancelhas
104. Médios	109. Óculos comum**
105. Pequenos	110. Óculos escuros**
106. Pupila	111. Um só olho em cabeça de perfil
107. Pestana	113. Sombreado ou borradura

** Ausência desses itens ou na Tabela 17.2

Tabela 17.2 - Número e porcentagem das gestantes sem APPN, segundo o desenho dos olhos nas figuras femininas A e B, nos trimestres da gestação. Centro de Saúde "GPS" e Clínica Particular "GAP", São Paulo, 1978/1979.

ITEM* TRIMESTRE	1º				2º				3º			
	A	%	B	%	A	%	B	%	A	%	B	%
101	1	5,6	1	5,6	1	5,6	1	5,6	-	-	1	5,6
103	8	44,4	9	50,0	7	38,9	9	50,0	6	33,3	7	38,9
104	7	38,9	8	44,4	8	44,4	5	27,8	10	55,6	7	38,9
105	-	-	-	-	1	5,6	1	5,6	-	-	-	-
106	15	83,3	16	88,9	15	83,3	14	77,8	15	83,3	16	88,9
107	6	33,3	8	44,4	6	33,3	6	33,3	8	44,4	7	38,9
108	12	66,7	14	77,8	12	66,7	16	88,9	14	77,8	11	61,1
111	1	5,6	1	5,6	1	5,6	1	5,6	1	5,6	3	16,7
113	2	11,1	8	44,4	2	11,1	5	27,8	4	22,2	6	33,3

N = 18

* *Legenda:* Desenho dos olhos

101. Omissão**

108. Sombrancelhas

103. Grandes

111. Um só olho em cabeça de perfil

104. Médios

113. Sombreado ou borradura

105. Pequenos

106. Pupila

107. Pestana

** Ausência desse item na Tabela 17.1

dio do nariz aumenta no decorrer do trimestre.

Segundo *Machover* (citado por *Van Kolk*¹³⁴, 1966) as narinas, quando desenhadas como única indicação do nariz, também podem sugerir infantilidade. Da mesma maneira é interpretado o nariz, desenhado de perfil em rosto de frente, frequentemente, aproveitando a linha de uma das sombrelhas. Neste caso, nossas gestantes apresentaram uma persistência de traços infantis pois algumas desenharam somente narinas como única indicação do nariz.

3.3.2.6 *Desenho da boca*

Os aspectos focalizados são a omissão ou desenho da boca; desta destacamos: tamanho, contorno, lábios, detalhes, sombreado que incluem os itens de 123 a 140. As Tabelas 19.1 e 19.2, resultantes deste estudo, nos permitem ver o seguinte:

A omissão da boca só aparece no grupo sem APPN no 1º e 2º trimestres com 5,6% tanto na figura A como na B. Da mesma forma, o contorno impreciso incidiu no grupo sem APPN, no 1º e 2º trimestres, na figura A respectivamente com 16,7% e 11,1% das gestantes. No grupo com APPN, o contorno impreciso só foi feito por 5,0% das gestantes no 2º trimestre, na figura B.

Machover (citado por *Van Kolk*¹³⁴, 1966)

Tabela 18.1 - Número e porcentagem das gestantes com APPN, segundo o desenho do nariz, nas figuras femininas A e B, nos trimestres da gestação. Centro de Saúde "GPS" e Clínica Particular "GAP", São Paulo, 1978/1979.

TRIMESTRE ITEM*	1º				2º				3º			
	A	%	B	%	A	%	B	%	A	%	B	%
114	1	5,0	-	-	-	-	1	5,0	-	-	1	5,0
116	2	10,0	-	-	2	10,0	2	10,0	1	5,0	-	-
117	9	45,0	15	75,0	9	45,0	14	70,0	12	30,0	18	90,0
118	5	25,0	3	15,0	3	15,0	1	5,0	2	10,0	-	-
119	5	25,0	6	30,0	9	45,0	5	25,0	10	50,0	5	25,0
120	1	5,0	1	5,0	2	10,0	9	45,0	2	10,0	8	20,0
121	1	5,0	1	5,0	-	-	1	5,0	1	5,0	2	10,0
122	-	-	-	-	2	10,0	1	5,0	1	5,0	-	-

N = 20

* Legenda: Desenho do nariz

114. Omissão

119. Narinas

115. Contorno impreciso

120. De perfil, em cabeça de perfil

116. Grande, comprido

121. Sombreado

117. Médio

122. Só o contorno sombreado

118. Pequeno

Tabela 18.2 - Número e porcentagem das gestantes sem APPN, segundo o desenho do nariz, nas figuras femininas A e B, nos trimestres da gestação. Centro de Saúde "GPS" e Clínica Particular "GAP", São Paulo, 1978/1979.

ITEM*	TRIMES TRE	1º				2º				3º			
		A	%	B	%	A	%	B	%	A	%	B	%
114		1	5,6	2	11,1	1	5,6	1	5,6	1	5,6	-	-
115		1	5,6	-	-	1	5,6	1	5,6	-	-	-	-
116		1	5,6	-	-	-	-	2	11,1	1	5,6	2	11,1
117		10	55,6	10	55,6	11	61,1	10	55,6	11	61,1	8	44,4
118		2	11,1	2	11,1	3	16,7	3	16,7	1	5,6	4	22,2
119		7	38,9	8	44,4	4	22,2	7	38,9	7	38,9	6	33,3
120		1	5,6	1	5,6	1	5,6	1	5,6	1	5,6	4	22,2
121		1	5,6	2	11,1	1	5,6	-	-	-	-	1	5,6
122		-	-	4	22,2	1	5,6	2	11,1	-	-	1	5,6

N = 18

* Legenda: Desenho do nariz

114. Omissão

119. Narinas

115. Contorno impreciso** 120. De perfil, em cabeça de perfil

116. Grande, comprido 121. Sombreado

117. Médio

122. Só o contorno sombreado

118. Pequeno

** Ausência desse item na Tabela 18.1

escreve "a boca é uma área erógena e de freqüente expressão de conflito, pois é um órgão de fixação precoce..." a boca grande e comprida é testemunho de problemas orais".

Em nossos resultados, a boca grande incidiu em maior porcentagem no 1º trimestre do grupo com APPN (Figura A = 50,0%, Figura B = 70,0%), diminuindo do 2º (Figura A = 25,0%, Figura B = 30,0%) para o 3º trimestre (Figura A = 10,0% e Figura B = 20,0%) com aumento progressivo da boca de tamanho médio.

No segundo grupo, a tendência foi aumentar o tamanho do 1º para o 2º trimestre, não havendo constância entre a porcentagem de tamanhos médios e grandes, nos trimestres e em ambas as figuras.

A boca, em arco de cupido ou côncava, oralmente receptiva, é encontrada em desenhos de indivíduos infantis. Vemos em *Van Kolck*¹³⁴, (1966) que "este tipo de boca é primariamente passivo, achando-se sempre aberta para a recepção de alimentos". Do ponto de vista evolutivo do grafismo, é mais normal em crianças que em adultos". Vemos que no grupo com APPN este tipo de boca diminui do 1º (15,0%) para o 3º trimestre (10,0%). No grupo sem APPN, este tipo de boca persiste no 1º e 3º trimestre (11,1%).

A boca tipo palhaço, interpretada como esforço para ganhar aprovação, no grupo com APPN apresenta porcentagem crescente do 2º para o 3º trimestre, em ambas as figuras.

Quando a boca é indicada por uma linha, segundo *Levy* (citado por *Van Kolk*¹³⁴, 1966) o indivíduo pode ser verbalmente agressivo. Em nosso estudo esta característica foi acentuada no grupo com APPN com porcentagem maior para a figura A no 2º e 3º trimestres (25,0% e 25,0%) do que para a figura B (5,0% e 10,0%). Com a psicoterapia, a figura consciente tendeu a aumentar a porcentagem.

No grupo sem atendimento, parece não haver um controle desta agressividade, apesar de apresentar porcentagem mais baixa que a do 1º grupo.

O sombreado ocorreu em maior porcentagem no 1º trimestre, no 1º grupo (Tabela 19.1) diminuindo o percentual com o passar dos trimestres, para ambas as figuras.

No segundo grupo (Tabela 19.2), embora a porcentagem tivesse sido mais baixa que a do 1º grupo, no 1º trimestre, permaneceu a mesma no 2º trimestre; no terceiro trimestre ficou mais acentuada com a figura B. Este grupo, como sabemos, mesmo sendo composto de maior número de múltiparas é o grupo sem APPN.

Tabela 19.1 - Número e porcentagem das gestantes com APPN, segundo o desenho da boca, nas figuras femininas A e B, nos trimestres da gestação. Centro de Saúde "GPS" e Clínica Particular "GAP", São Paulo, 1978/1979.

ITEM*	TRIMESTRE		1º				2º				3º			
	A	%	B	%			A	%	B	%	A	%	B	%
124	10	50,0	14	70,0			5	25,0	6	30,0	2	10,0	4	20,0
125	9	45,0	6	30,0			12	60,0	13	65,0	16	80,0	13	65,0
126	1	5,0	-	-			3	15,0	1	5,0	2	10,0	3	15,0
127	-	-	-	-			-	-	1	5,0	-	-	-	-
128	6	30,0	5	25,0			5	25,0	1	5,0	6	30,0	4	20,0
130	3	15,0	3	15,0			2	10,0	2	10,0	2	10,0	-	-
131	-	-	-	-			2	10,0	2	10,0	1	5,0	-	-
132	2	10,0	5	25,0			3	15,0	4	20,0	1	5,0	3	15,0
133	1	5,0	1	5,0			-	-	-	-	1	5,0	-	-
134	4	20,0	5	25,0			5	25,0	1	5,0	5	25,0	2	10,0
136	-	-	1	5,0			-	-	-	-	-	-	1	5,0
137	1	5,0	1	5,0			2	10,0	10	50,0	2	10,0	9	45,0
139	5	25,0	2	10,0			1	5,0	-	-	2	10,0	1	5,0
140	2	10,0	2	10,0			-	-	1	5,0	-	-	2	10,0

N = 20

* *Legenda:* Desenho da boca

124. Grande

125. Média

126. Pequena

127. Contorno impreciso

128. Para cima, tipo palhaço

130. Lábios: em arco de cupido

131. finos

132. grossos

133. cerrados

134. uma só dimensão

136. Dentes

137. De perfil

139. Sombreada, borradura

140. Só contorno sombreado

Tabela 19.2 - Número e porcentagem das gestantes sem APPN, segundo o desenho da boca, nas figuras femininas A e B, nos trimestres da gestação. Centro de Saúde "GPS" e Clínica Particular "GAP", São Paulo, 1978/1979.

ITEM*	TRIMES TRE		1º				2º				3º			
	A	%	B	%	A	%	B	%	A	%	B	%		
123	1	5,6	1	5,6	1	5,6	1	5,6	-	-	-	-		
124	4	22,2	6	33,3	6	33,3	7	38,8	4	22,2	5	27,8		
125	12	66,6	10	55,5	5	27,8	9	50,0	8	44,5	7	38,9		
126	1	5,6	1	5,6	6	33,3	1	5,6	6	33,3	6	33,3		
127	3	16,7	-	-	2	11,1	1	5,6	-	-	-	-		
128	5	27,8	3	16,7	4	22,2	4	22,2	4	22,2	5	27,8		
130	2	11,1	2	11,1	1	5,6	1	5,6	2	11,1	2	11,1		
131	-	-	1	5,6	-	-	-	-	-	-	-	-		
132	2	11,1	4	22,2	4	22,2	4	22,2	3	16,7	2	11,1		
133	-	-	-	-	1	5,6	-	-	-	-	-	-		
134	2	11,1	1	5,6	3	16,7	5	27,8	3	16,7	3	16,7		
135	-	-	1	5,6	1	5,6	1	5,6	1	5,6	-	-		
136	-	-	1	5,6	-	-	-	-	-	-	-	-		
137	1	5,6	1	5,6	1	5,6	1	5,6	1	5,6	4	22,2		
139	2	11,1	3	16,7	2	11,1	3	16,7	1	5,6	2	11,1		
140	1	5,6	1	5,6	1	5,6	1	5,6	1	5,6	3	16,7		

N = 18

** Ausência destes itens na Tabela 19.1

* Legenda:

Desenho da boca

123. Omissão**

124. Grande

125. Média

126. Pequena

127. Contorno impreciso

128. Para cima, tipo palhaço

130. Lábios: em arco de cupido

131. finos

132. grossos

133. cerrados

134. uma só dimensão

135. Língua, palito, cigarro ou outro detalhe**

136. Dentes

137. De perfil

139. Sombreada, borradura

140. Só o contorno sombreado

3.3.2.7 *Desenho das orelhas*

Foram reservados os itens 143 a 152 para o desenho das orelhas. As Tabelas 20.1 e 20.2 mostram os resultados que obtivemos.

Como se trata de um órgão pouco notado no contato face a face, por estar, geralmente, oculto pelos cabelos na figura feminina, a omissão da orelha é considerada menos significativa que a de outra parte mais ativa do corpo. Mas, segundo *Machover*⁷⁴ (1949) "quando se destaca a orelha, seja pelo tamanho, reforçamento, forma, colocação e/ou sombreamento, pode-se presumir que há certa sensibilidade. Esta sensibilidade pode ser desde uma reação de crítica ou opinião social até a alucinações auditivas..."

Interpretando os dados de nossa pesquisa nesse sentido, podemos inferir que há poucas gestantes com esta sensibilidade. Na verdade, as orelhas quase não foram desenhadas. A maior omissão se deu no 1º trimestre do 1º grupo (40,0% e 80,0%), diminuindo progressivamente do 2º para o 3º trimestre. Neste, obtivemos 65,0% e 60,0% omissões respectivamente para a figura A e B.

A omissão constatada no 2º grupo foi de maneira irregular do 1º para o 3º trimestre para ambas figuras, A e B. Da mesma maneira houve orelhas grandes no 2º grupo, o que não aconteceu, para

ticamente, no 1º grupo. Neste grupo, predominou a orelha média em porcentagem crescente do 1º para o 3º trimestre.

Brincos e enfeites aparecem nas gestantes de ambos os grupos.

A ansiedade nesta área (orelha sombreada), talvez maior sensibilidade de crítica, incidiu no 2º trimestre do 1º grupo em ambas as figuras, desaparecendo no 3º trimestre. No 2º grupo, surgiu só na figura B do 2º trimestre, desaparecendo também no 3º trimestre.

3.3.2.8 *Desenho do pescoço*

O desenho do pescoço inclui os itens 153 a 168 os quais podem ser vistos nas Tabelas 21.1 e 21.2. Vemos que a omissão foi irregular nos três trimestres e nos 2 grupos. No 1º grupo, se deu na figura B (5,0%) no 1º trimestre e na figura A (5,0%) do 2º trimestre, não ocorrendo no 3º trimestre.

No 2º grupo, houve omissão na figura B (5,6%) no 1º trimestre, não ocorreu no 2º trimestre e no 3º trimestres foi de 5,6% na figura A e na figura B. Nota-se um contorno impreciso no 1º e 2º trimestre do 2º grupo; e no 3º trimestre do 1º grupo, na Figura A.

Tabela 20.1 - Número e porcentagem das gestantes com APPN, segundo o desenho das orelhas, nas figuras femininas A e B nos trimestres da gestação. Centro de Saúde "GPS" e Clínica Particular "GAP", São Paulo, 1978/1979.

ITEM*	TRIMES TRE	1º				2º				3º			
		A	%	B	%	A	%	B	%	A	%	B	%
143		18	40,0	16	80,0	14	70,0	13	65,0	13	65,0	12	60,0
144		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	5,0
145		2	10,0	4	20,0	6	30,0	6	30,0	6	30,0	5	25,0
146		-	-	-	-	-	-	1	5,0	1	5,0	2	10,0
149		-	-	2	10,0	-	-	1	5,0	1	5,0	1	5,0
150		-	-	-	-	-	-	5	25,0	1	5,0	5	25,0
152		-	-	-	-	2	10,0	1	5,0	-	-	-	-

N = 20

* *Legenda:* Desenho das orelhas

143. Omissão

149. Brincos

144. Grandes

150. Uma só orelha, em cabeça de perfil**

145. Médias

152. Sombreada

146. Pequenas

147. Contorno impreciso

** *Ausência deste item na Tabela 20.2*

Tabela 20.2 - Número e porcentagem das gestantes sem APPN, segundo o desenho das orelhas, nas figuras femininas A e B nos trimestres da gestação. Centro de Saúde "GPS" e Clínica Particular "GAP", São Paulo, 1978/1979.

ITEM*	TRIMES	1º				2º				3º			
	TRE	A	%	B	%	A	%	B	%	A	%	B	%
143		12	66,6	15	83,3	11	61,0	11	61,0	16	88,9	14	77,7
144		3	16,7	1	5,6	1	5,6	1	5,6	-	-	1	5,6
145		3	16,7	2	11,1	5	27,8	5	27,8	2	11,1	2	11,1
146		-	-	-	-	1	5,6	1	5,6	-	-	1	5,6
147		-	-	1	5,6	-	-	-	-	-	-	-	-
149		-	-	3	16,7	1	5,6	1	5,6	-	-	1	5,6
151		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	5,6
152		-	-	-	-	-	-	1	5,6	-	-	-	-

N = 18

* *Legenda:* Desenho das orelhas

143. Omissão

149. Brincos

144. Grandes

151. Forma estranha**

145. Médias

152. Sombreada

146. Pequenas

147. Contorno impreciso

** *Ausência deste item na Tabela 20.1*

A omissão do pescoço é vista como fator de imaturidade em desenhos infantis, em adultos defeituosos e em indivíduos regressivos. A persistência dessa omissão, no grupo sem atendimento psicoprofilático, nos mostra a regressão persistente neste grupo.

O pescoço, segundo *Machover*⁷⁴ (1949), destaca-se no desenho daqueles indivíduos que se acham perturbados devido à falta de coordenação de seus impulsos e controle mental. Estruturalmente, o pescoço é a ligação entre o corpo (impulso de vida) e a cabeça (controle intelectual, racional). Do ponto de vista estético, o pescoço, assim como as orelhas, recebe pouca atenção. No entanto ele é mais elaborado quanto mais elevada a classe social do indivíduo. O adorno do pescoço com jóias é para dispersar a atenção do próprio pescoço para a linha do seio. Às vezes, é feita uma linha horizontal, separando a cabeça e o pescoço em substituição às jóias. Assim o conflito entre os impulsos e o controle racional surge em muitos desenhos, como diz *Machover*⁷⁴ (1949) "o equilíbrio entre a expressão própria e as restrições impostas pela sociedade é precário em um meio cultural complexo e contraditório".

1º grupo: Predominou o pescoço proporcional em altura, nos três trimestres, com porcentagem progressiva do 2º para o 3º trimestre; em seguida o pescoço

ço alto e depois o curto. Em relação à largura, os resultados foram discrepantes não só quanto ao trimestre, mas ainda quanto às figuras.

2º grupo: Os resultados também foram discrepantes quanto ao comprimento e quanto à largura em ambas as figuras e trimestres.

O pescoço longo reflete um super-controle repressivo e sugere, como disse *Levy* (citado por *Van Kolk*¹³⁴, 1966) que o sujeito está encontrando dificuldades em controlar e dirigir as forças instintivas...".

Colares, outras jóias e enfeites surgiram nos dois grupos, mas em pouca porcentagem, assim como a linha cortando o pescoço. Apareceu o decote em V em ambas as figuras e grupos, no decorrer dos trimestres. A porcentagem mais alta do traçado em V foi na figura B do 2º grupo, no 1º trimestre (44,4%), abaixando a porcentagem ao longo dos trimestres e descontrolada (5,6% no 2º trimestre; 11,1% no 3º trimestre). O grupo com tratamento manteve uma porcentagem constante entre 15,0% e 20,0% para as duas figuras, no decorrer dos trimestres. O traçado dessa linha, segundo *Machover* (citado por *Van Kolk*¹³⁴, 1966) sugere a fixação sobre os seios...".

A ansiedade relativa à área do pescoço, que podemos interpretar como falta de coordenação,

Tabela 21.1 - Número e porcentagem das gestantes com APPN, segundo o desenho do pescoço, nas figuras femininas A e B, nos trimestres da gestação. Centro de Saúde "GPS" e Clínica Particular "GAP", São Paulo, 1978/1979.

ITEM*	TRIMES		TRE		1º				2º				3º			
	A	%	B	%	A	%	B	%	A	%	B	%	A	%	B	%
153	-	-	1	5,0	1	5,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
154	7	35,0	6	30,0	5	25,0	8	40,0	9	45,0	7	35,0				
155	9	45,0	10	50,0	8	40,0	10	50,0	9	45,0	11	55,0				
156	4	20,0	3	15,0	6	30,0	2	10,0	2	10,0	2	10,0				
157	8	40,0	10	50,0	11	55,0	5	25,0	10	50,0	7	35,0				
158	9	45,0	8	40,0	4	20,0	12	60,0	5	25,0	10	50,0				
159	3	15,0	1	5,0	4	20,0	3	15,0	4	20,0	3	15,0				
160	-	-	-	-	-	-	-	-	1	5,0	-	-				
161	-	-	3	15,0	3	15,0	1	5,0	2	10,0	1	5,0				
162	1	5,0	3	15,0	2	10,0	3	15,0	1	5,0	1	5,0				
164	4	20,0	4	20,0	3	15,0	4	20,0	4	20,0	3	15,0				
166	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	5,0				
167	5	25,0	1	5,0	2	10,0	3	15,0	-	-	2	10,0				
168	4	20,0	3	15,0	2	10,0	3	15,0	2	10,0	2	10,0				

N = 20

*** Ausência deste item na Tabela 21.2

* Legenda: Desenho do pescoço

153. Omissão	160. Contorno impreciso
154. Alto, comprido	161. Colar, outra jóia ou enfeite
155. Proporcional em altura	162. Linha, cortando o pescoço
156. Curto**	164. Decote em V
157. Delgado, fino	166. Contorno duplo
158. Proporcional em largura	167. Sombreado de todo o pescoço
159. Grosso	168. Só o contorno sombreado

Tabela 21.2 - Número e porcentagem das gestantes sem APPN, segundo o desenho do pescoço, nas figuras femininas A e B, nos trimestres da gestação. Centro de Saúde "GPS" e Clínica Particular "GAP", São Paulo, 1978/1979.

TRIMESTRE ITEM*	1º				2º				3º			
	A	%	B	%	A	%	B	%	A	%	B	%
153	-	-	1	5,6	-	-	-	-	1	5,6	1	5,6
154	8	44,4	7	38,9	8	44,4	11	61,1	7	38,9	9	50,0
155	7	38,9	8	44,4	6	33,4	4	22,2	6	33,3	6	33,3
156	3	16,7	2	11,1	4	22,2	3	16,7	4	22,2	2	11,1
157	5	27,8	7	38,9	4	22,2	5	27,8	8	44,4	9	50,0
158	10	55,5	7	38,9	9	50,0	9	50,0	8	44,4	7	38,8
159	2	11,1	3	16,6	4	22,2	3	16,6	1	5,6	1	5,6
160	1	5,6	-	-	1	5,6	1	5,6	-	-	-	-
161	1	5,6	2	11,1	1	5,6	1	5,6	2	11,1	2	11,1
162	1	5,6	1	5,6	2	11,1	2	11,1	2	11,1	2	11,1
164	3	16,7	8	44,4	4	22,2	1	5,6	4	22,2	2	11,1
167	-	-	1	5,6	1	5,6	-	-	1	5,6	2	11,1
168	3	16,7	7	38,9	5	27,8	5	27,8	2	11,1	6	33,3

N = 18

* *Legenda:* Desenho do pescoço

153. Omissão

154. Alto, comprido

155. Proporcional em altura

156. Curto

157. Delgado, fino

158. Proporcional em largura

159. Grosso

160. Contorno impreciso

161. Colar, outra jóia ou enfeite

162. Linha, cortando o pescoço

164. Decote em V

167. Sombreado de todo o pescoço

168. Só o contorno sombreado

ção de impulsos e descontrole mental, incidiu em maior porcentagem no grupo sem psicoterapia. Assim tivemos:

1º grupo, figuras A e B "só o contorno sombreado", item 168 no decorrer dos trimestres: 20,0% e 15,0%; 10,0% e 15,0%; 2,0% e 2,0%.

2º grupo, idem: 16,7% e 38,9%; 27,8% e 27,8%; 11,1% e 33,3%.

Vemos que, com a psicoterapia, o grupo tende a controlar a ansiedade e diminuí-la no decorrer da gravidez, a nível consciente e inconsciente.

3.3.2.9 *Desenho do tronco*

As Tabelas 22.1 e 22.2 nos apresentam os resultados dos itens 169 a 212 que se referem ao desenho do tronco. Os itens são numerosos porque incluímos não só a forma do tronco como também as partes que o integram: ombros, tórax, seios, cadeiras, pêlos, órgãos genitais, abdômem, cintura e umbigo.

Van Kolk assinalou em estudos com adolescentes que o tronco foi sempre desenhado e suas conclusões se baseiam em *Machover*, quando esta autora afirma que "o tronco é raramente omitido nos desenhos de adultos. Crianças muito pequenas podem

colocar apêndices diretamente à cabeça, mas, com a evolução do grafismo, o tronco passa a ser desenhado. Entre os adultos, aqueles que padecem de complicações de caráter evolutivo e esclerótico, de vez em quando omitem o tronco da figura masculina, enquanto borram o da feminina, expressando repúdio do próprio corpo e agressão à mulher. Em indivíduos de escassa cultura, esse mesmo fato foi interpretado como rigidez e narcisismo" (*Van Kolk*¹³⁴, 1966).

Em nosso estudo, a omissão do tronco só ocorreu na figura B de ambos os grupos. Mas, no grupo sem APPN sucedeu esse fato nos três trimestres (11,6%; 5,6% e 5,6%), ao passo que no grupo com APPN só no 1º trimestre (10,0%).

As distorções, forma estranha do tronco, surgiram nos dois grupos com maior intensidade no 1º trimestre: 1º grupo 35,0% e 20,0%; 2º grupo 39,0% e 33,4%. O 2º grupo, apesar de ser constituído de maior número de multíparas, apresentou maior porcentagem de distorções que persistiram em número superior às do 1º grupo, no decorrer dos trimestres. Neste grupo, as distorções diminuíram, principalmente as de nível inconsciente, consequência natural da psicoterapia.

As formas estranhas apresentadas foram só da cintura para cima: tronco triangular, du

plo trapézio, retangular, engrossamento, lacuna, de uma só linha, linhas arredondadas e linhas angulosas. A lacuna, que consiste na resistência de fechar a parte inferior do tronco, só ocorreu no grupo sem assistência psicoprofilática e podemos inferir desse fato sérios conflitos ou sensação de setir-se vazia.

"Wallon e Lurçat encontram o tronco ovóide como a forma mais frequente no desenho de crianças e como um esquema geral, utilizado em diferentes níveis. De início, o oval sumário da criança pequena, com braços e pernas, irradiando do tronco; em estágio mais evoluído, a indicação de vestimenta pode aparecer sobre o tronco ovóide, introduzindo formas retangulares, que, a seguir, substituem a oval. A saia da figura feminina vai assumindo a forma de trapézio, e o tronco apresenta-se como um retângulo fino, terminado por um trapézio (citação de *Van Kolck*¹³⁴, 1966). Vimos em nossos resultados algumas dessas formas infantis em ambos os grupos com predominância no 1º trimestre, indicando a situação regressiva da gestante.

Segundo *Machover* (citado por *Van Kolck*¹³⁴, 1966) "a ênfase no tórax, ombros largos e musculosos expressam preocupação com o poder físico... Uma ênfase exagerada indicaria um grau patológico de concentração de interesse no corpo. Na figura feminina, a área de tórax é primariamente re

lacionada com o desenvolvimento dos seios..."

Nossas gestantes deram ênfase aos om
 bros grandes, sendo que os dois grupos tiveram pra
 ticamente igual porcentagem no 1º trimestre; o 1º
 grupo foi diminuindo esta porcentagem no decorrer
 dos trimestres, indicando que o atendimento psico
 profilático traz o grupo à realidade; ao passo que,
 no grupo sem psicoterapia, o percentual aumentou du
 rante os trimestres. A nossa porcentagem, no 1º
 trimestre, (1º grupo figura A 25,0%; 2º grupo figu
 ra A 27,8%) foi bem maior que a dos adolescentes
 de *Van Kolck* (12,1%) o que concorda com *Machover* em
 relação ao interesse no corpo; no entanto, não con
 sideramos grau patológico, pois parece ser típico
 da mulher grávida.

Seios grandes, desenhados por moças
 (*Van Kolck*¹³⁴, 1966) são interpretados como identi
 ficação com mãe dominante. Segundo *Hammer*, citado
 por *Van Kolck* "a ênfase nos seios da figura femini
 na implica em dependência materna, em erotismo o
 ral, em constrangimento ao próprio busto ou mesmo
 em necessidade de alimentação e criação; uma inter
 pretação diferencial dependerá da constelação in
 teira". *Soifer*¹²⁴, 1976 prognosticou, em mulheres
 grávidas, a falta de engrossamento dos seios como
 dificuldades com o aleitamento. Para *Machover*⁷⁴
 (1949) os seios sombreados indicam preocupação com

essa parte da figura: "O busto acentuado se encontra comumente no conteúdo da imagem forte e dominante da mãe em desenhos de jovens de ambos os sexos. A mulher que desenha bustos grandes e desenvolvimento da pelvis na figura feminina pode ser considerada como fortemente identificada com a imagem da mãe, produtiva e dominante, quase em um sentido matriarcal."

Nossa pesquisa comprova a constatação da preocupação com o seio. As gestantes assinalam a sua presença pelo sombreado, traços, aumento ou acentuação através de pregas no vestido.

O seio é notado com maior frequência na figura de frente, em ambos os grupos; no 2º trimestre, há ligeiro declínio no 1º grupo e uma queda mais acentuada no 2º grupo; apresenta-se "aumentado" em ambos os grupos no 3º trimestre. De perfil, o seio surge mais nas figuras B do 1º grupo.

"Nas figuras femininas desenhadas por mulheres" (segundo *Machover*⁷⁴, 1949) "uma linha exagerada da cadeira pode ser associada com a consciência de poder que se refere às potencialidades funcionais do amplo desenvolvimento pélvico". E como escreve *Van Kolk*¹³⁴ (1966) "a ênfase na linha das cadeiras na figura feminina, quando aparece no desenho do próprio sexo, sugere interesse pela maternidade". Em nosso estudo com gestantes, as "ca

deiras" não tiveram tanto destaque em ambos os grupos. Em compensação, o abdômem e a cintura tiveram as suas modificações bem acentuadas, mostrando uma percepção real do estado gravídico.

A linha da cintura, com um traço, foi notada na maioria dos adolescentes de *Van Kolk*¹³⁴ (1966). Nas nossas gestantes, houve um aumento do 1º para o 3º trimestre na figura A, do 1º grupo. O 2º grupo manteve este traçado com porcentagem semelhante nos três trimestres.

*Machover*⁷⁴ (1949) observou que "muitas vezes a linha da cintura aparece como a única representação da roupa e que, especificamente, serve para dividir o tronco, separando o "superior do inferior". O "superior" é a área do peito; no homem, com seu sentido de força física e, na mulher, como alimentação da criança; enquanto que o "inferior" refere-se às funções sexuais, com as pernas, compartilhando da significação; na mulher se refere principalmente às funções sexuais e a de reprodução..." "O conflito que se produz na linha da cintura pode receber expressão de várias maneiras..." "Controle e racionalização desta tensão pode resultar na representação de um cinto elaborado no qual mostra a tendência de converter a tensão em formas estéticas de expressão própria". Vemos nas Tabelas 28.1 e 28.2 que o cinto elaborado foi feito pelas nossas gestantes em maior porcentagem no 1º tri

mestre do 1º grupo, persistindo esta porcentagem maior no decorrer dos trimestres.

O abdômem abaulado foi desenhado em maior porcentagem no 1º grupo com APPN no 2º trimestre, na figura B (50,0%). É quando a mulher se projeta no filho, porque o sente. No 2º grupo, isto também ocorreu na figura B, se bem que em menor porcentagem no 2º e 3º trimestres, respectivamente, 16,7% e 22,2%. Mas a identificação com a gravidez implica também em outras características, tais como, cintura grossa e traje própria da gestante (Tabelas 28.1 e 28.2); "cintura grossa" foi assinalada em maior porcentagem no 1º grupo do que no 2º grupo.

O umbigo é o centro do corpo. É o traço mais visível do abdômem e pode ser associado aos seios. Para a criança, o seio tem função nutritiva o que mostra a interpretação de dependência. Em nossos resultados, as gestantes sem assistência desenharam mais frequentemente o umbigo do que as gestantes com assistência psicoprofilática.

A ênfase em desenhar os órgãos genitais incidiu de maneira decrescente do 1º para o 3º trimestre, em ambos os grupos.

3.3.2.10 *Desenho dos braços*

Van Kolk¹³⁴ (1966) citou Machover, dizendo que os "braços, como as mãos, são os ôrgãos primariamente extensivos com os quais podemos dominar o ambiente físico. Estão relacionados com o contato dos objetos e das pessoas; o seu significado psicológico se refere, principalmente, ao desenvolvimento do eu social". Braços longos podem sugerir ambição; os curtos e finos refletem frustração, falta de ambição. A omissão dos braços nunca deve ser tomada como descuido (Machover⁷⁴, 1949), e sim pode significar extrema depressão, sentimento de culpa.

Nossas gestantes omitiram o braço só na figura B, sendo em menor porcentagem no 1º grupo o que incidiu no 1º e no 2º trimestre com, respectivamente, 10,0% e 5,0%; no 2º grupo, incidiu nos três trimestres (16,7%; 5,6% e 5,6%). Podemos dizer que a depressão foi maior no 1º trimestre a nível consciente e tendeu a diminuir. Esta afirmação é corroborada com a presença de braços curtos e finos que foram acentuados nos três trimestres.

A posição dos braços "pendentes" ao longo do corpo, segundo os autores consultados, expressam inatividade; estendidos para frente sugerem urgência de participação social; "voltados para a frente" expressam um mito de evasão e contato.

Tabela 22.1 - Número e porcentagem das gestantes com APPN, segundo o desenho do tronco, nas figuras femininas A e B, nos trimestres da gestação. Centro de Saúde "GPS" e Clínica Particular "GAP", São Paulo, 1978/1979.

TRIMES ITEM* TRE	1º				2º				3º			
	A	%	B	%	A	%	B	%	A	%	B	%
169	-	-	2	10,0	-	-	-	-	-	-	-	-
171	20	100,0	17	85,0	20	100,0	20	100,0	20	100,0	20	100,0
172	7	35,0	4	20,0	5	25,0	7	35,0	3	15,0	4	20,0
173	-	-	1	5,0	-	-	-	-	-	-	-	-
175	-	-	-	-	-	-	1	5,0	1	5,0	1	5,0
176	1	5,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
177	1	5,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
180	3	15,0	3	15,0	2	10,0	4	20,0	1	5,0	1	5,0
182	2	10,0	-	-	1	5,0	-	-	-	-	-	-
184	-	-	-	-	2	10,0	2	10,0	1	5,0	2	10,0
187	2	10,0	-	-	1	5,0	3	15,0	-	-	-	-
188	5	25,0	7	35,0	3	15,0	2	10,0	2	10,0	1	5,0
190	1	5,0	2	10,0	2	10,0	2	10,0	-	-	-	-
192	1	5,0	1	5,0	1	5,0	1	5,0	1	5,0	1	5,0
193	-	-	-	-	-	-	2	10,0	-	-	-	-
194	9	45,0	3	15,0	8	40,0	1	5,0	9	45,0	5	25,0
195	-	-	1	5,0	1	5,0	9	45,0	1	5,0	7	35,0
196	-	-	1	5,0	2	10,0	5	25,0	1	5,0	4	20,0
197	2	10,0	2	10,0	4	20,0	4	20,0	2	10,0	3	15,0
198	1	5,0	-	-	1	5,0	2	10,0	-	-	3	15,0
199	1	5,0	-	-	-	-	2	10,0	1	5,0	-	-
200	-	-	-	-	1	5,0	2	10,0	-	-	-	-
201	1	5,0	1	5,0	3	15,0	1	5,0	1	5,0	-	-
202	2	10,0	3	15,0	1	5,0	3	15,0	2	10,0	-	-
203	-	-	-	-	-	-	-	-	1	5,0	-	-
204	-	-	1	5,0	3	15,0	10	50,0	-	-	1	5,0
205	1	5,0	1	5,0	-	-	2	10,0	2	10,0	6	30,0
206	6	30,0	9	45,0	5	25,0	7	35,0	4	20,0	6	30,0
207	7	35,0	5	25,0	9	45,0	4	20,0	8	40,0	1	5,0
208	4	20,0	1	5,0	3	15,0	-	-	3	15,0	-	-
209	1	5,0	3	15,0	3	15,0	-	-	7	35,0	1	5,0
210	2	10,0	1	5,0	1	5,0	-	-	-	-	-	-
211	1	5,0	-	-	2	10,0	1	5,0	1	5,0	-	-
212	-	-	-	-	-	-	1	5,0	-	-	1	5,0

Tabela 22.2 - Número e porcentagem das gestantes sem APPN, segundo o desenho do tronco, nas figuras femininas A e B, nos trimestres da gestação. Centro de Saúde "GPS" e Clínica Particular "GAP", São Paulo, 1978/1979.

TRIMESTRE ITEM*	1º				2º				3º			
	A	%	B	%	A	%	B	%	A	%	B	%
169	-	-	2	11,1	-	-	1	5,6	-	-	1	5,6
171	16	88,9	14	77,8	16	88,9	15	83,3	17	94,4	16	88,8
172	7	39,0	6	33,4	5	27,9	7	38,9	5	27,9	5	27,9
175	1	5,6	1	5,6	1	5,6	1	5,6	1	5,6	1	5,6
176	1	5,6	1	5,6	1	5,6	1	5,6	1	5,6	1	5,6
180	1	5,6	2	11,1	-	-	3	16,7	2	11,1	2	11,1
181	2	11,1	2	11,1	2	11,1	2	11,1	1	5,6	1	5,6
182	2	11,1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
184	-	-	-	-	1	5,6	-	-	-	-	-	-
187	-	-	-	-	1	5,6	-	-	1	5,6	-	-
188	5	27,8	5	27,8	4	22,2	5	27,8	5	27,8	6	33,3
189	1	5,6	1	5,6	2	11,1	1	5,6	-	-	2	11,1
190	-	-	2	11,1	3	16,7	2	11,1	1	5,6	2	11,1
192	1	5,6	1	5,6	1	5,6	1	5,6	1	5,6	1	5,6
193	1	5,6	1	5,6	-	-	1	5,6	1	5,6	2	11,1
194	7	38,9	5	27,8	4	22,2	4	22,2	7	38,9	5	27,8
195	-	-	-	-	-	-	1	5,6	-	-	2	11,1
196	1	5,6	2	11,1	2	11,1	2	11,1	5	27,8	4	22,2
197	2	11,1	1	5,6	3	16,7	2	11,1	3	16,7	2	11,1
198	2	11,1	1	5,6	1	5,6	-	-	2	11,1	1	5,6
199	-	-	1	5,6	-	-	2	11,1	1	5,6	1	5,6
201	1	5,6	-	-	-	-	-	-	2	11,1	1	5,6
202	2	11,1	1	5,6	2	11,1	-	-	1	5,6	1	5,6
203	1	5,6	1	5,6	1	5,6	1	5,6	-	-	1	5,6
204	-	-	1	5,6	-	-	3	16,7	1	5,6	4	22,2
205	1	5,6	-	-	3	16,7	1	5,6	2	11,1	1	5,6
206	5	27,8	5	27,8	3	16,7	3	16,7	5	27,8	5	27,8
207	9	50,0	3	16,7	4	22,2	1	5,6	7	38,9	-	-
208	3	16,7	4	22,2	5	27,8	1	5,6	2	11,1	2	11,1
209	2	11,1	2	11,1	4	22,2	2	11,1	2	11,1	2	11,1
210	-	-	1	5,6	1	5,6	-	-	-	-	1	5,6
211	3	16,7	1	5,6	2	11,1	1	5,6	3	16,7	1	5,6
212	-	-	-	-	-	-	1	5,6	-	-	1	5,6

* *Legenda das Tabelas 22.1 e 22.2: Desenho do tronco*

- 169. Omissão
- 171. Completo
- 172. Distorções: forma estranha
- 173. sô da cintura para cima**
- 175. triangular
- 176. duplo trapézio
- 177. retangular**
- 180. engrossamento
- 181. Lacuna***
- 182. uma sô linha
- 184. linhas arredondadas
- 187. Sô contorno sombreado
- 188. Ombros: grandes musculosos
- 189. pequenos, mirrados***
- 190. contorno sombreado
- 192. Tórax: contorno impreciso
- 193. sombreado
- 194. Seios: de frente
- 195. de perfil
- 196. aumentados
- 197. acentuação dos mamilos
- 198. sombreados
- 199. Cadeiras: nãdegas avantajadas
- 200. sombreadas**
- 201. Pêlos: peito, região genital
- 202. Órgãos genitais assinalados
- 203. sombreados
- 204. Abdomem: abaulado
- 205. sombreado
- 206. Cintura: grossa
- 207. normal
- 208. fina
- 209. com um traço
- 210. sombreada
- 211. Umbido na figura de frente
- 212. na figura de perfil

** *Ausência destes itens na Tabela 22.2*

*** *Ausência destes itens na Tabela 22.1*

As nossas gestantes dispuseram os braços em diversas posições, indicando vários tipos de atividades. Estendidos para a frente, incidiu so no 1º grupo, em baixa porcentagem: no 1º trimestre na figura B (5,0%) e no 3º em ambas as figuras (5,0% e 15,0%). Voltados para cima houve mínima incidência (5,0%) no 1º grupo, com as figuras A e B no 2º trimestre, e no 3º, so com a figura A com 5,0%. O 2º grupo manteve uma constância nos dois últimos trimestres, para as duas figuras (11,1%). As posições predominantes no 2º grupo foram as de braços abertos e pendentes, ao longo do corpo, em porcentagem contrastantes, no decorrer dos trimestres, para as figuras A e B. No 1º grupo, predominou no 1º trimestre braços abertos, tendo abaixado a porcentagem a nível inconsciente do 1º para o 3º trimestre e a nível consciente do 2º para o 3º. Houve maior predominância de "inatividade" no 2º grupo.

O sombreado, em ambos os grupos, confirma pequena dificuldade em seu relacionamento.

Em nosso estudo, constatamos braços arredondados, sem articulação, principalmente nas gestantes do 1º grupo, o que parece demonstrar uma atitude adequada na gestação.

3.3.2.11 *Desenho das mãos*

As mãos compreendem os itens 237 a

249 cujos resultados se encontram nas Tabelas 24.1 e 24.2.

Os braços e as mãos têm significados psicológicos, principalmente, no desenvolvimento do ego e na adaptação social. É com as mãos e braços que nos alimentamos, nos vestimos, realizamos nos sas habilidades, e tocamos nas pessoas que se a chamam ao nosso lado. *Machover*⁷⁴ (1949) disse que de vido a estas implicações não é de se estranhar que muitos indivíduos tenham dificuldade na projeção de tais partes ao desenhar a figura humana. Se as mãos aparecem com contornos imprecisos, significam falta de confiança nos contatos sociais; quando som breadas, sugerem culpabilidades em relação a impul sos agressivos; atrás das costas, são um sinal de evasão.

Segundo *Soifer*¹²⁴, 1976, "a falta das mãos representa a sensação de impotência e a impos sibilidade de contato com o mundo, que em termos de gestação, revela impotência frente à situação atual, possivelmente frente ao parto e temor de não poder sustentar o filho.

A dificuldade de adaptação ou impo tência de nossas gestantes, frente à situação a tual, está expressa pela omissão das mãos, que, mui tas vezes, está colocada atrás das costas, em uma porcentagem relativamente alta. A omissão das mãos,

Tabela 23.1 - Número e porcentagem das gestantes com APPN, segundo o desenho dos braços, nas figuras A e B, nos trimestres da gestação. Centro de Saúde "GPS" e Clínica Particular "GAP", São Paulo, 1978/1979.

ITEM*	TRIMES		1º				2º				3º			
	TRE		A	%	B	%	A	%	B	%	A	%	B	%
213	-	-	2	10,0	-	-	1	5,0	-	-	-	-	-	-
214	4	20,0	1	5,0	1	5,0	2	10,0	3	15,0	1	5,0		
215	9	45,0	11	55,0	9	45,0	5	25,0	14	70,0	11	55,0		
216	8	40,0	6	30,0	11	55,0	12	60,0	3	15,0	8	40,0		
217	3	15,0	4	20,0	3	15,0	2	10,0	2	10,0	4	20,0		
218	14	70,0	13	65,0	15	75,0	13	65,0	14	70,0	12	60,0		
219	2	10,0	4	20,0	2	10,0	5	25,0	4	20,0	6	30,0		
220	-	-	-	-	1	5,0	-	-	-	-	-	-		
221	1	5,0	-	-	1	5,0	1	5,0	-	-	-	-		
222	-	-	1	5,0	-	-	-	-	1	5,0	3	15,0		
223	7	35,0	6	30,0	5	25,0	2	10,0	5	25,0	3	15,0		
224	-	-	-	-	1	5,0	6	30,0	-	-	-	-		
225	9	45,0	6	30,0	4	20,0	7	35,0	1	5,0	4	20,0		
226	1	5,0	2	10,0	4	20,0	1	5,0	6	30,0	1	5,0		
227	-	-	-	-	1	5,0	-	-	1	5,0	-	-		
228	3	15,0	2	10,0	6	30,0	4	20,0	5	25,0	4	20,0		
229	-	-	-	-	1	5,0	1	5,0	1	5,0	-	-		
231	-	-	-	-	2	10,0	3	15,0	-	-	1	5,0		
232	2	10,0	4	20,0	3	15,0	4	20,0	2	10,0	7	35,0		
233	-	-	1	5,0	1	5,0	8	40,0	1	5,0	6	30,0		
235	2	10,0	2	10,0	2	10,0	1	5,0	1	5,0	-	-		
236	4	20,0	3	15,0	-	-	2	10,0	4	20,0	3	15,0		

N = 20

* *Legenda:* Desenho dos braços

213. Omissão	227. um para atrás; outro para a frente
214. longos	228. pendentes
215. proporcionais no comprimento	229. para cima
216. curtos	231. Pulseira
217. finos	232. Arredondados, s/articulação
218. proporcionais na grossura	233. Um só braço na fig.de perfil
219. grossos	235. Sombreado em todo o braço
220. De uma linha	236. Só o contorno sombreado
221. Contorno impreciso	
222. Posição: estendidos para frente**	
223. para atrás	
224. voltados para a frente	
225. abertos	
226. na cintura	

** Ausência deste item na Tabela 23.2

Tabela 23.2 - Número e porcentagem das gestantes sem APPN, segundo o desenho dos braços, nas figuras A e B, nos trimestres da gestação. Centro de Saúde "GPS" e Clínica Particular "GAP", São Paulo, 1978/1979.

ITEM*	TRIMES TRE		1º				2º				3º			
	A	%	B	%	A	%	B	%	A	%	B	%		
213	-	-	3	16,7	-	-	1	5,6	-	-	1	5,6		
214	-	-	-	-	-	-	2	11,1	2	11,1	1	5,6		
215	9	50,0	8	44,4	9	50,0	10	55,6	12	66,7	7	38,9		
216	9	50,0	8	44,4	9	50,0	6	33,3	5	27,8	9	50,0		
217	3	16,7	3	16,7	5	27,8	5	27,8	3	16,7	6	33,3		
218	13	72,2	9	50,0	11	61,1	8	44,4	10	55,6	5	27,8		
219	2	11,1	3	16,7	5	27,8	3	16,7	3	16,7	5	27,8		
220	1	5,6	1	5,6	-	-	1	5,6	1	5,6	1	5,6		
221	1	5,6	1	5,6	2	11,1	1	5,6	2	11,1	2	11,1		
223	2	11,1	2	11,1	3	16,7	5	27,8	2	11,1	6	33,3		
224	-	-	1	5,6	2	11,1	2	11,1	1	5,6	7	38,9		
225	6	33,3	7	38,9	8	44,4	7	38,9	5	27,8	4	22,2		
226	1	5,6	1	5,6	-	-	-	-	1	5,6	1	5,6		
227	2	11,1	-	-	-	-	-	-	1	5,6	-	-		
228	6	33,3	3	16,7	4	22,2	2	11,1	4	22,2	6	33,3		
229	1	5,6	1	5,6	2	11,1	2	11,1	2	11,1	2	11,1		
231	3	16,7	-	-	1	5,6	-	-	-	-	-	-		
232	1	5,6	-	-	1	5,6	-	-	1	5,6	-	-		
233	-	-	-	-	-	-	1	5,6	-	-	2	11,1		
235	1	5,6	1	5,6	-	-	-	-	-	-	-	-		
236	3	16,7	4	22,2	5	27,8	3	16,7	3	16,7	3	16,7		

N = 18

* *Legenda:* Desenho dos braços

213. Omissão
 214. longos
 215. proporcionais em comprimento
 216. curtos
 217. finos
 218. proporcionais em grossura
 219. grossos
 220. De uma linha
 221. Contorno impreciso
 223. Posição: para atrás
 224. voltados para frente
 225. abertos
 226. na cintura
 227. um para atrás; outro para frente

228. pendentes
 229. para cima
 231. Pulseira
 232. Arredondados
 233. Um só braço na figura de perfil
 235. Sombreado em todo o braço
 236. Só o contorno sombreado

Tabela 24.1 - Número e porcentagem das gestantes com APPN, segundo o desenho das mãos, nas figuras femininas A e B, nos trimestres da gestação. Centro de Saúde "GPS" e Clínica Particular "GAP", São Paulo, 1978/1979.

ITEM*	TRIMES TRÊ		1º				2º				3º			
	A	%	B	%	A	%	B	%	A	%	B	%		
237	7	35,0	10	50,0	8	40,0	4	20,0	9	45,0	9	45,0		
238	6	30,0	6	30,0	4	20,0	6	30,0	3	15,0	4	20,0		
239	2	10,0	2	10,0	-	-	3	15,0	3	15,0	-	-		
240	9	45,0	9	45,0	13	65,0	11	55,0	9	45,0	11	55,0		
241	3	15,0	1	5,0	1	5,0	2	10,0	1	5,0	3	15,0		
242	8	40,0	7	35,0	7	35,0	2	10,0	6	30,0	5	25,0		
243	-	-	-	-	-	-	-	-	1	5,0	1	5,0		
244	-	-	-	-	-	-	-	-	1	5,0	-	-		
245	-	-	1	5,0	2	10,0	4	20,0	-	-	7	35,0		
248	1	5,0	-	-	1	5,0	1	5,0	-	-	-	-		
249	2	10,0	1	5,0	1	5,0	3	15,0	1	5,0	1	5,0		

N = 20

* *Legenda:* Desenho das mãos

237. Omissão

238. Contorno impreciso

239. Grandes

240. Médias

241. Pequenas

242. Colocação: atrás das costas

243. nos bolsos

244. na cintura

245. sobre o abdômen

248. Punho cerrado ou mão sem dedos

249. Sombreado

Tabela 24.2 - Número e porcentagem das gestantes sem APPN, segundo o desenho das mãos, nas figuras femininas A e B, nos trimestres da gestação. Centro de Saúde "GPS" e Clínica Particular "GAP", São Paulo, 1978/1979.

ITEM*	TRIMESTRE	1º				2º				3º			
		A	%	B	%	A	%	B	%	A	%	B	%
237		8	44,4	8	44,4	6	33,3	8	44,4	5	27,8	9	50,0
238		4	22,2	4	22,2	4	22,2	4	22,2	6	33,3	6	33,3
239		2	11,1	-	-	-	-	2	11,1	4	22,2	3	16,7
240		8	44,4	6	33,3	12	66,7	8	44,4	8	44,4	7	38,9
241		1	5,6	3	16,7	-	-	-	-	1	5,6	1	5,6
242		3	16,7	2	11,1	3	16,7	5	27,8	4	22,2	4	22,2
243		-	-	1	5,6	-	-	-	-	-	-	-	-
244		1	5,6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
245		-	-	1	5,6	-	-	1	5,6	-	-	-	-
249		2	11,1	1	5,6	3	16,7	1	5,6	2	11,1	1	5,6

N = 18

* *Legenda:* Desenho das mãos

237. Omissão

238. Contorno impreciso

239. Grandes

240. Médias

241. Pequenas

242. Colocação: atrás das costas

243. nos bolsos

244. na cintura

245. sobre o abdome

249. Sombreado ou borradura

no 1º grupo, na figura A, teve uma porcentagem crescente no decorrer dos trimestres (35,0%, 40,0%; 45,0%) ; a figura B foi crescente do 2º para o 3º trimestre (20,0%; 45,0%). A dificuldade de adaptação está, também, expressa no contorno impreciso das mãos. Esta imprecisão foi mais acentuada no 2º grupo , crescendo do 1º para o 3º trimestre.

A omissão das mãos, no 2º grupo, diminuiu na figura A do 1º para o 3º trimestre (44,4%; 33,3%; 27,8%) e aumentou na figura B (44,4%; 44,4% e 50,0%). No entanto a colocação das mãos nas costas tendeu a diminuir nas figuras A e B, do 1º ao 3º trimestre, no 1º grupo (40,0% e 35,0%; 35,0% e 10,0%; 30,0% e 25,0%). No 2º grupo, esta colocação não foi constante, ora a porcentagem aumentou, ora diminuiu no decorrer dos trimestres (16,7% e 11,1%; 16,7% e 27,8%; 22,2% e 22,2%).

As mãos médias persistiram em maior porcentagem do que as "grandes" e "pequenas" nos dois grupos.

A ansiedade relativa a esta área foi maior no grupo sem atendimento psicoprofilático.

3.3.2.12 *Desenho dos dedos*

Os dedos das mãos segundo *Machover*⁷⁴ (1949) e citado por *Van Kolk*¹³⁴ (1966) "são extremamente importantes, pois são os pontos reais de

contato e sua significação na economia funcional do corpo não pode ser subestimada. Em geral, os dedos aparecem nos desenhos das crianças antes das mãos" ... "Os dedos podem variar em sua expressividade. Podem ser desenhados em pétala, expressando pouca habilidade manual e infantilidade; podem ser como palitos, primitivamente agressivos; longos como lanças, agressividade; podem ser uma linha que se interpreta como expressão de agressividade reprimida. O punho cerrado também é expressão de agressividade. Indivíduos ambiciosos e agressivos com disposições aquisitivas podem desenhar mais de cinco dedos em cada mão..."

Olhando os nossos dados, vemos que as gestantes de ambos os grupos, no 1º trimestre, revelam pelo sombreado, omissão das mãos e dedos, problemas no plano da manipulação e contato, possivelmente reflexos de muita ansiedade, mantendo certa constância até o 3º trimestre. Os detalhes dos dedos, no 1º trimestre, são semelhantes aos dos adolescentes de *Van Kolck*¹³⁴ (1966), pois sugerem não só agressividade, muitas vezes reprimida, mas também infantilidade e reduzida habilidade manual; dados que não se comportam igualmente nos dois grupos. Em pétalas, no 1º grupo (Tabela 25.1) aumentam com o passar dos trimestres e no 2º grupo (Tabela 25.2) diminuem. Os dedos, "em maior número", com porcentagem diferente para as figuras A e

B, foram encontrados no 1º e 2º trimestres do 1º grupo e no 2º e 3º trimestres do 2º grupo.

3.3.2.13 *Desenho das pernas*

Para analisarmos as pernas, incluímos os itens 263 a 283 cujos resultados se apresentaram nas Tabelas 26.1 e 26.2. Como em outras partes do corpo, observamos o tamanho relativo, a presença, a posição e o sombreado.

A omissão da perna foi rara, constatada somente na figura B, nos três trimestres, do grupo sem APPN (5,6%; 11,1%; 5,6%); no 1º grupo; houve omissão só no 2º trimestre da figura B com 10,0%. Pernas ocultas por traje longo foram constatadas só na figura B do grupo sem APPN com 11,1%, nos três trimestres; no 1º grupo, a figura A, nos três trimestres, com 5,0% sendo que a figura B, no 2º trimestre, atingiu 25,0% e no 3º, 10,0%. Incompletas, por não caberem no papel, também foram raras, ocorrendo nos 1º e 3º trimestres do 2º grupo, em 5,6%; no 1º grupo, incidiu somente no 2º trimestre, em 5,0%. O contorno impreciso, também raro, incidiu no 2º grupo na figura B do 1º trimestre com 11,1%; no 1º grupo, no 1º trimestre, em ambas as figuras, em 5,0%; nas figuras A do 2º trimestre e B do 3º trimestre, em 5,0%. Pernas com uma linha, incidiram em porcentagem crescente do 1º para o 3º trimestre no 2º grupo; no 1º grupo, somente na fi

gura A do 1º e 2º trimestres, com 5,0%.

Em geral, as pernas, em maior porcentagem, foram proporcionais em comprimento, nos dois grupos. No 1º grupo, esta porcentagem diminuiu em favor das pernas curtas com o decorrer da gravidez, na figura A. Podemos interpretar este fato como ocorrência natural devido ao abdômem volumoso. As figuras A e B tendem a se igualar no 3º trimestre.

Quanto à grossura das pernas, no 1º grupo, predominaram em ambas as figuras as pernas proporcionais em grossura, nos três trimestres. No 2º grupo, as pernas proporcionais em grossura e as pernas finas se equilibraram em porcentagem, no decorrer dos trimestres, em ambas as figuras.

As pernas e os pés, segundo *Machover*⁷⁴ (1949), são fonte de vários conflitos e dificuldades que são interpretadas, conforme a forma do seu desenho. Representam ainda contato com o ambiente, além da função de manterem a estabilidade do corpo. Na figura feminina, recebem tratamento especial, pois na mulher, as pernas adquirem uma significação sexual específica.

Em nossa análise, acrescentamos os seguintes itens: pernas juntas, cerradas, normalmente abertas e abertas em paralelas. Estas últimas foram encontradas em maior número e parece ser

Tabela 25.1 - Número e porcentagem das gestantes com APPN, segundo o desenho dos dedos, nas figuras femininas A e B, nos trimestres da gestação. Centro de Saúde "GPS" e Clínica Particular "GAP", São Paulo, 1978/1979.

ITEM*	TRIMES		TRÊ		1º				2º				3º			
	A	%	B	%	A	%	B	%	A	%	B	%				
250	9	45,0	12	60,0	8	40,0	5	25,0	8	40,0	8	40,0				
252	5	25,0	4	20,0	2	10,0	7	35,0	6	30,0	8	40,0				
253	-	-	2	10,0	1	5,0	-	-	1	5,0	1	5,0				
254	3	15,0	1	5,0	1	5,0	-	-	-	-	-	-				
255	-	-	-	-	-	-	-	-	1	5,0	-	-				
256	1	5,0	-	-	3	15,0	3	15,0	2	10,0	2	10,0				
257	-	-	1	5,0	3	15,0	3	15,0	3	15,0	4	20,0				
258	1	5,0	-	-	-	-	-	-	1	5,0	1	5,0				
259	1	5,0	-	-	1	5,0	2	10,0	-	-	-	-				
260	1	5,0	1	5,0	1	5,0	1	5,0	2	10,0	3	15,0				
261	-	-	-	-	-	-	-	-	2	10,0	2	10,0				
262	1	5,0	2	10,0	2	10,0	2	10,0	2	10,0	2	10,0				

N = 20

* *Legenda:* Desenho dos dedos

- 250. Omissão
- 252. Contorno impreciso
- 253. Compridos
- 254. Como palitos
- 255. Como garras ou pontudos
- 256. Arredondados
- 257. Em pétalas
- 258. Com unhas
- 259. Em maior número
- 260. Em menor número
- 261. Dedos sem mãos
- 262. Sombreado

Tabela 25.2 - Número e porcentagem das gestantes sem APPN, segundo o desenho dos dedos, nas figuras femininas A e B, nos trimestres da gestação. Centro de Saúde "GPS" e Clínica Particular "GAP", São Paulo, 1978/1979.

ITEM*	TRIMES TRÊ	1º				2º				3º			
		A	%	B	%	A	%	B	%	A	%	B	%
250		8	44,4	7	38,9	6	33,3	7	38,9	7	38,9	1	61,1
252		5	27,8	8	44,4	6	33,3	6	33,3	4	22,2	5	27,8
253		1	5,6	1	5,6	2	11,1	1	5,6	1	5,6	-	-
254		1	5,6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
255		1	5,6	-	-	1	5,6	1	5,6	-	-	-	-
256		-	-	-	-	2	11,1	3	16,7	1	5,6	-	-
257		4	22,2	1	5,6	2	11,1	1	5,6	1	5,6	1	5,6
258		-	-	-	-	1	5,6	1	5,6	-	-	-	-
259		-	-	-	-	1	5,6	2	11,1	2	11,1	-	-
260		1	5,6	2	11,1	4	22,2	5	27,8	3	16,7	2	11,1
261		1	5,6	1	5,6	1	5,6	1	5,6	-	-	-	-
262		3	16,7	1	5,6	-	-	-	-	1	5,6	-	-

N = 18

* Legenda: Desenho dos dedos

- 250. Omissão
- 252. Contorno impreciso
- 253. Compridos
- 254. Como palitos
- 255. Como garras ou pontudos
- 256. Arredondados
- 257. Em pétalas
- 258. Com unhas
- 259. Em maior número
- 260. Em menor número
- 261. Dedos sem mão
- 262. Sombreado

Tabela 26.1 - Número e porcentagem das gestantes com APPN, segundo o desenho das pernas, nas figuras femininas A e B, nos trimestres da gestação. Centro de Saúde "GPS" e Clínica Particular "GAP", São Paulo, 1978/1979.

ITEM*	1º		2º		3º	
	A	%	B	%	A	%
263	-	-	-	-	-	-
264	1	5,0	2	10,0	1	5,0
265	-	-	-	-	1	5,0
266	1	5,0	1	5,0	1	5,0
267	1	5,0	-	-	1	5,0
268	1	5,0	2	10,0	2	10,0
269	17	85,0	11	55,0	16	80,0
270	2	10,0	4	20,0	3	15,0
271	4	20,0	8	40,0	6	30,0
272	10	50,0	8	40,0	9	45,0
273	4	20,0	5	25,0	10	50,0
274	2	10,0	2	10,0	-	-
275	2	10,0	2	10,0	5	25,0
276	6	30,0	5	25,0	5	25,0
277	9	45,0	6	30,0	11	55,0
279	1	5,0	4	20,0	1	5,0
282	-	-	1	5,0	1	5,0
283	2	10,0	4	20,0	6	30,0

N = 20

* Legenda: Desenho das pernas

263. Omissão	279. Uma só perna em fi
264. Ocultas por traje longo	guras de perfil
265. Incompletas por não cabe	282. Sombreado de toda a
rem no papel	perna
266. Contorno impreciso	283. Só o contorno som
267. Pernas como uma linha	breado
268. longas	
269. Proporcionais em comprimento	
270. curtas	
271. finas	
272. Proporcionais em grossura	
273. grossas	
274. Juntas	
275. Cerradas	
276. Abertas normalmente	
277. Abertas em paralelas	

Tabela 26.2 - Número e porcentagem das gestantes sem APPN, segundo o desenho das pernas, nas figuras femininas A e B, nos trimestres da gestação. Centro de Saúde "GPS" e Clínica Particular "GAP", São Paulo, 1978/1979.

TRIMES TRÊ		1º				2º				3º			
		A	%	B	%	A	%	B	%	A	%	B	%
ITEM*													
263	-	-	1	5,6	-	-	2	11,1	-	-	1	5,6	
264	-	-	2	11,1	-	-	2	11,1	-	-	2	11,1	
265	-	-	1	5,6	-	-	-	-	1	5,6	1	5,6	
266	-	-	2	11,1	-	-	-	-	-	-	-	-	
267	1	5,6	1	5,6	1	5,6	1	5,6	2	11,1	2	11,1	
268	2	11,1	2	11,1	-	-	2	11,1	2	11,1	3	16,7	
269	12	66,7	12	66,7	4	22,2	13	72,2	14	77,8	12	66,7	
270	4	22,2	4	22,2	2	11,1	1	5,6	2	11,1	1	5,6	
271	7	38,9	3	16,7	6	33,3	6	33,3	5	27,8	5	27,8	
272	7	38,9	8	44,4	6	33,3	5	27,8	9	50,0	6	33,3	
273	4	22,2	4	22,2	4	22,2	3	16,7	2	11,1	4	22,2	
274	2	11,1	3	16,7	3	16,7	1	5,6	2	11,1	2	11,1	
275	3	16,7	1	5,6	2	11,1	2	11,1	3	16,7	2	11,1	
276	4	22,2	3	16,7	3	16,7	5	27,8	5	27,8	2	11,1	
277	9	50,0	10	55,6	9	50,0	7	38,9	7	38,9	10	55,6	
279	-	-	-	-	-	-	1	5,6	-	-	-	-	
282	1	5,6	1	5,6	1	5,6	-	-	-	-	-	-	
283	6	33,3	4	22,2	3	16,7	5	27,8	4	22,2	2	11,1	

N = 18

* Legenda: Desenho das pernas

263. Omissão

264. Ocultas por traje longo

265. Incompletas por não caberem no papel

266. Contorno impreciso

267. Pernas como uma linha

268. longas

269. Proporcionais em comprimento

270. curtas

271. finas

272. Proporcionais em grossura

273. grossas

274. Juntas

275. Cerradas

276. Abertas normalmente

277. Abertas em paralelas

279. Uma só perna em figura de perfil

282. Sombreado em toda a perna

283. Só o contorno sombreado

uma característica do desenho da mulher grávida.

Segundo *Soifer*¹²⁴ (1976), "as pernas cerradas no 7º mês de gestação indicam que há contratura do períneo, pelo que cabe inferir que existem dificuldades em facilitar a versão interna". De acordo com nossos resultados, nos dois grupos (tabelas 26.1 e 26.2) houve incidência de pernas cerradas nos três trimestres, variando a porcentagem entre as figuras e os trimestres; a presença, no 3º trimestre, comprova os achados de *Soifer*; não fizemos a confirmação clínica por não ser nosso objetivo.

*Soifer*¹²⁴ (1976) também escreveu que pernas cruzadas ou figura sentada sugerem retenção, parto prolongado. Nossas gestantes não desenharam pernas cruzadas e somente 5,0% do grupo 1, no 1º trimestre, desenharam a figura B sentada (Vide Tabela 13.1).

Para um prognóstico do parto, *Soifer*¹²⁴ (1976) escreveu "que as pernas abertas, em posição normal, indicam um parto difícil. As pernas cerradas e tensas são sinais de dificuldade de parto, possivelmente distócia, e, se está exagerada essa característica, fórceps. As linhas pregueadas, na saia, também o indicam."

Como dissemos no início de nossa exposição, nosso trabalho ateve-se apenas ao perío

do gestacional e por motivos óbvios as gestantes não foram acompanhadas no parto e puerpério.

Quanto às pernas abertas normalmente, obtivemos no 1º grupo, praticamente, maior porcentagem no 1º trimestre para ambas as figuras (30,0% e 25,0%); apesar de, na figura B, ter aumentado essa porcentagem no 2º trimestre, ambas as figuras diminuíram a porcentagem no 3º trimestre (5,0% e 15,0%). O grupo sem APPN, no decorrer dos trimestres, em ambas as figuras é descontrolado ao desenhá-la esta característica (22,2% e 16,7%; 16,7% e 27,8%; 27,8% e 11,1%).

Em nossa análise, acrescentamos o item "pernas abertas em paralelas". Esta característica, não assinalada pelos autores consultados, parece típica do desenho da mulher grávida e que nos chamou a atenção logo no início de nosso trabalho. Foi a maior porcentagem apresentada, em ambos os grupos, nos três trimestres, e nas duas figuras, como segue:

Gestantes com APPN: 45,0% e 30,0%; 55,0% e 30,0%; 50,0% e 40,0%.

Gestantes sem APPN: 50,0% e 55,6%; 50,0% e 38,9%; 38,9% e 55,6%.

Interpretamos como sendo comum à gestante devido ao aumento do centro de gravidade

que acontece fisiologicamente; ela sente esse acontecimento e o projeta na expressão gráfica da imagem corporal. O fato de sentir o nenê a faz deixar o espaço reservado a ele.

3.3.2.14 *Desenho dos pés e articulações*

A omissão dos pés, segundo *Machover*⁷⁴ (1949) exprime, também, insegurança. Os nossos resultados, Tabelas 27.1 e 27.2, apresentam maior porcentagem de omissão dos pés na população sem APPN. Na população com APPN, diminui esta insegurança no decorrer dos trimestres. Assim obtivemos:

Gestantes com APPN: 10,0% e 20,0%; 10,0% e 10,0%; 5,0% e 5,0%.

Gestantes sem APPN: 0,0% e 16,7%; 5,6% e 16,7%; 11,1% e 16,7%.

Segundo *Van Kolk*¹³⁴ (1966), a omissão dos pés não recebe a carga de significado patológico que outras omissões apresentam. *Hammer* (citado por *Van Kolk*) diz que "a falta dos pés, ou pés que são omitidos porque em imaginação foram estendidos além da margem inferior do papel, podem refletir necessidade de autonomia e independência que o sujeito sente em não poder satisfazer".

Em face dessas interpretações, vemos que nossos achados confirmam as experiências dos

autores citados, dando ênfase ao grupo sem atendimento psicoprofilático que, pelo mesmo motivo, deve apresentar maior insegurança. Confirma ainda esta interpretação o fato do 2º grupo apresentar maior porcentagem que o 1º grupo quanto ao contorno impreciso dos pés e o desenho dele como uma linha.

Quanto ao tamanho, não obstante os dois grupos apresentarem maiores porcentagens no item tamanho médio, o 1º grupo não mostra uma distribuição uniforme no decorrer dos trimestres. Já, a tendência do 2º grupo é a diminuição relativa das porcentagens no decorrer dos trimestres em ambas as figuras.

Quanto aos dedos dos pés, em contraste com os dedos das mãos, segundo *Van Kolck*¹³⁴ (1966), aparecem raramente. Em nosso estudo também foram raros, incidindo mais no 2º grupo.

Assim escreveu *Van Kolck*¹³⁴ (1966): "algumas vezes aparecem os dedos em sandálias abertas ou chinelos de banho; normalmente não são desenhados em uma figura vestida". Em nossas observações, a figura vestida, geralmente, está calçada com sapatos fechados. Segundo *Machover*⁷⁴ (1949), aparecendo o dedo em figura vestida, pode-se considerar caso de agressividade quase de natureza patológica. *Goldstein e Raw* (citados por *Van Kolck*¹³⁴,

1966) concluíram que dedos dos pés em figura vestida constituem um sinal válido de agressividade, ao lado de outros detalhes do desenho que também têm a mesma significação.

Foram encontradas raramente as articulações dos joelhos e dos punhos, item 300; são mais frequentes, nas gestantes, as articulações do cotovelo, pois os braços estão, na maioria das vezes, flexionados.

Em *Van Kolck*¹³⁴ (1966), vemos que a "atenção indevida ou excessiva às articulações sugere extrema preocupação somática..." *Levy* (citado por *Van Kolck*¹³⁴, 1966) escreveu "se o cotovelo ou outras articulações são delineadas, o sujeito é ou um compulsivo, e nesse caso outros aspectos do desenho o confirmarão, ou é um indivíduo dependente e incerto que necessita de indícios de percepção familiar para sentir-se seguro". Em nosso estudo, as articulações incidiram em maior porcentagem, em ambas as figuras, no 2º grupo, no 1º trimestre. No 2º e 3º trimestres, a maior porcentagem constatada foi do 1º grupo para a figura A. A figura B igualou à do 2º grupo.

3.3.2.15 *Desenho da roupa ou acessórios, e da linha média*

As características das roupas ou

Tabela 27.1 - Número e porcentagem das gestantes com APPN, segundo o desenho dos pés e das articulações, nas figuras femininas A e B, nos trimestres da gestação. Centro de Saúde "GPS" e Clínica Particular "GAP", São Paulo, 1978/1979.

ITEM*	TRIMESTRE	1º				2º				3º			
		A	%	B	%	A	%	B	%	A	%	B	%
284		2	10,0	4	20,0	2	10,0	2	10,0	1	5,0	1	5,0
285		3	15,0	-	-	-	-	3	15,0	1	5,0	2	10,0
287		3	15,0	4	20,0	4	20,0	3	15,0	2	10,0	1	5,0
288		15	75,0	11	55,0	12	60,0	15	75,0	16	80,0	15	75,0
289		-	-	-	-	3	15,0	1	5,0	1	5,0	3	15,0
290		-	-	-	-	2	10,0	2	10,0	-	-	1	5,0
291		1	5,0	1	5,0	-	-	-	-	-	-	-	-
292		2	10,0	2	10,0	2	10,0	1	5,0	1	5,0	1	5,0
293		-	-	-	-	1	5,0	-	-	-	-	1	5,0
295		11	55,0	12	60,0	13	65,0	15	75,0	11	55,0	17	85,0
296		6	30,0	4	20,0	3	15,0	2	10,0	7	35,0	2	10,0
298		-	-	3	15,0	3	15,0	2	10,0	-	-	-	-
299		-	-	2	10,0	4	20,0	2	10,0	-	-	2	10,0
300		9	45,0	7	35,0	12	60,0	10	50,0	13	65,0	9	45,0

N = 20

* *Legenda:* Desenho dos pés e das articulações

- 284. Omissão dos pés
- 285. Contorno impreciso
- 287. Grande
- 288. Médios
- 289. Pequenos
- 290. Dedos presentes: em figura nua
- 291. em figura vestida, praia ou esporte**
- 292. em traje comum, mas sem sapatos**
- 293. em sandálias abertas
- 295. Pés de perfil
- 296. Pés de frente
- 298. Sombreado em todo o pé
- 299. Sombreado só do contorno
- 300. Presença de articulação

** Ausência destes itens na Tabela 27.2

Tabela 27.2 - Número e porcentagem das gestantes sem APPN, segundo o desenho dos pés e das articulações, nas figuras femininas A e B, nos trimestre da gestação. Centro de Saúde "GPS" e Clínica Particular "GAP", São Paulo, 1978/1979.

ITEM*	TRIMES TRÊ	1º				2º				3º			
		A	%	B	%	A	%	B	%	A	%	B	%
284		-	-	3	16,7	1	5,6	3	16,7	2	11,1	3	16,7
285		4	22,2	1	5,6	2	11,1	3	16,7	3	16,7	3	16,7
286		1	5,6	2	11,1	1	5,6	1	5,6	1	5,6	1	5,6
287		2	11,1	2	11,1	1	5,6	2	11,1	3	16,7	3	16,7
288		15	83,3	11	61,1	13	72,2	10	55,6	11	61,1	9	50,0
289		1	5,6	2	11,1	3	16,7	4	22,2	2	11,1	2	11,1
290		2	11,1	1	5,6	3	16,7	2	11,1	5	27,8	3	16,7
294		2	11,1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
295		12	66,7	9	50,0	9	50,0	9	50,0	10	55,6	10	55,6
296		7	38,9	6	33,3	9	50,0	6	33,3	6	33,3	5	27,8
298		2	11,1	3	16,7	4	22,2	2	11,1	-	-	-	-
299		1	5,6	1	5,6	1	5,6	2	11,1	3	16,7	3	16,8
300		10	55,6	8	44,4	10	55,6	10	55,6	8	44,4	9	50,0

N = 18

* *Legenda:* Desenho dos pés e das articulações

- 284. Omissão dos pés
- 285. Contorno impreciso
- 286. Como uma linha**
- 287. Grandes
- 288. Médios
- 289. Pequenos
- 290. Dedos presentes: em figura nua
- 294. Dedos com unhas**
- 295. Pés de perfil
- 296. Pés de frente
- 298. Sombreado em todo o pé
- 299. Sombreado só o contorno
- 300. Presença de articulação

** Ausência destes itens na Tabela 27.1

acessórios estão explícitos nos itens 301 ao 331 e a linha média no item 332, nas Tabelas 28.1 e 28.2.

As roupas, como vimos no Capítulo 1.2.1, fazem parte do esquema corporal. Com frequência, segundo *Machover*⁷⁴, 1949, "a identidade da pessoa projetada, ainda quando a projeção é inconsciente, pode inferir-se do caráter da roupa".

Em nossos resultados, no aspecto inconsciente, as mulheres desenharam roupas típicas para gestantes. No aspecto consciente, a incidência foi maior com porcentagens crescentes para o 1º grupo, no decorrer dos trimestres. Somando os dois itens 308 e 309, respectivamente, vestido próprio para gestante e bata, também próprio para gestantes, obtivemos para os dois grupos e figuras, no decorrer dos trimestres, os seguintes resultados:

Gestantes com APPN: 15,0% e 15,0%; 5,0% e 60,0%; 15,0 e 65,0%.

Gestantes sem APPN: 11,1% e 33,3%; 27,8% e 61,1%; 11,1 e 55,6%.

Em *Van Kolk*¹³⁴ (1966), vemos que "as figuras humanas apresentam-se vestidas, predominantemente com traje comum completo, muitas vezes com botões e eventualmente com outros detalhes e acessórios como bolsos; vistas e mesmo vinco nas calças; gravatas, meias, chapéus, adornos e objetos

na mão. Sombreamento ou borradura aparecem no contorno ou no interior da roupa mais freqüentemente, porém, em uma das partes como, por exemplo, na saia ou na calça e, mais especificamente, na barra das mesmas. Omissão da roupa é pouco comum... Segundo *Levy*, muitos desenhos são vestidos. Quando as figuras aparecem nuas, com órgãos sexuais em destaque, o sujeito pode estar expressando rebelião contra a sociedade (figuras paternas) ou pode estar consciente de conflitos sexuais ... em *Machover*, temos, também, que são raros os nus oferecidos em resposta à ordem 'desenhar uma pessoa'... Ainda continua *Van Kolk*¹³⁴ (1966), "Crianças e adolescentes quase nunca produzem nus, uma vez que dependem muito do apoio social para definição de seu papel no ambiente." Os dados dessa autora oferecem uma porcentagem de nus de 16,0% que ela considerou pouco comum, mas não rara.

Em nossos resultados, houve omissão da roupa em ambos os grupos, sendo em maior número no 2º grupo. O 1º grupo (Tabela 28.1) teve uma incidência alta no 2º trimestre (25,0% e 30,0%) com notável baixa no 3º trimestre (10,0% e 15,0%). O 2º grupo (Tabela 28.2) persistiu em igual porcentagem, para ambas as figuras, no 2º e 3º trimestres (27,8%).

O traje comum incompleto, que *Van*

*Kolk*¹³⁴ (1966) considerou de caráter infantil, sugerindo hesitação no crescer e identificações infantis, incidiu no 1º grupo, no 1º trimestre, mais na figura inconsciente (20,0% e 10,0%). A porcentagem da figura A diminuiu com o passar dos trimestres, desaparecendo a figura B desde o 2º trimestre. O 2º grupo, apesar de incidência baixa, manteve a mesma porcentagem nos 1º e 3º trimestres e não incidiu no 2º trimestre (1,6%).

A maior porcentagem para ambos os grupos, predominando sempre no 1º grupo, foi a de traje comum completo:

Gestantes com APPN: 45,0% e 35,0%; 50,0% e 20,0%; 55,0% e 15,0%.

Gestantes sem APPN: 33,3% e 22,2%; 38,9% e 5,6%; 38,9% e 5,6%.

A calça comprida persistiu no grupo com APPN nos três trimestres, na figura B. As calças compridas, geralmente, tinham como complemento a bata. Terninho e calça com vista incidiram só no 1º grupo, no 1º trimestre, na figura B (5,0%).

Os botões, segundo *Machover*⁷⁴ (1949), são encontrados mais frequentemente nos desenhos feitos por rapazes que pelas moças e mais nos de crianças que nos de adultos. Os resultados de *Van Kolk*¹³⁴ (1966), como a própria autora confirma, não

corroboram com os de *Machover*, pois as moças de seu estudo desenharam com mais frequência botões ...". E essa autora continua "usualmente indicam uma personalidade infantil, dependente e inadequada. Quando os botões são desenhados ao longo da linha média do corpo, podem revelar preocupações somáticas..." Em nossos resultados, encontramos uma porcentagem maior de botões no grupo com APPN, o que pode sugerir uma dependência maior com a figura materna. No 2º grupo, a tendência foi de diminuir a porcentagem no decorrer dos trimestres.

De acordo com *Machover*⁷⁴ (1949), "alumas vezes os botões servem para elaborar uma linha média bem destacada, refletindo preocupação egocêntrica e somática. O fato de que um botão em forma de uma fivela redonda, se acha às vezes, colocada na zona umbilical, o fato de que a ênfase sobre o botão ocorre principalmente em indivíduos apegados à mãe, nos leva a sugerir que o significado psicológico dos botões pode conectar-se com o símbolo umbilical de dependência materna".

Adornos, segundo *Levy* (citado por *Van Kolk*¹³⁴, 1966), significam preocupação sexual e natureza exibicionista. Em nosso estudo, as gestantes do 2º grupo mantiveram constantes, nos três trimestres e em ambas as figuras, a porcentagem de 22,2%. Nas do 1º grupo, no 1º trimestre, em ambas as figuras o adorno incidiu em 40,0% das gestantes.

Está de acordo com a interpretação de *Levy*; sendo este grupo constituído de primigestas, mais incentivadas pelos maridos, tendem a melhorar a aparência. O 2º e o 3º trimestre apresentam porcentagens mais baixas que o 1º e diferentes entre as figuras A e B. O cinto comum também predomina no 1º grupo, diminuindo a porcentagem do 1º para o 3º trimestre:

Gestantes com APPN: 45,0% e 35,0%; 40,0% e 5,0%; 30,0% e 10,0%.

Gestantes sem APPN: 22,2% e 16,7%; 27,8% e 5,6%; 27,8% e 16,7%.

A inferioridade física e dependência da mãe ou do fisioterapeuta, preocupação somática, sentimento de inferioridade corporal, imaturidade emocional estão expressos, também, pela simetria acentuada no desenho da linha média, e incidiu mais no 1º grupo, com tendência a diminuir do 2º para o 3º trimestre.

Finalmente, o sombreado *Machover*⁷⁴ (1949) considera qualquer tipo de sombreado como expressão de ansiedade. Semelhante a outros tipos de projeção de conflito, na área particular da figura que está sombreada é levada em conta a sua significação funcional. Voltando à autora citada, o sombreado do contorno das roupas pode ser associado ao conflito relativo, ao ocultamento corporal. Pode envolver o impulso e o temor de expor o

corpo.

Em nossos achados, o sombreado de todo o contorno é que incorreu em maior porcentagem nos dois grupos, tendo a ansiedade incidido de maneira alternada nos diferentes trimestres.

O total de sombreado (roupa toda, todo o contorno, da blusa, da saia ou da barra) no 2º grupo incidiu mais na figura B, nos 1º e 2º trimestres, mas ambas as figuras tenderam a diminuir do 1º para o 3º trimestre. No 1º grupo, a ansiedade relativa destas áreas foram mais altas que as do 2º grupo, em ambas as figuras, nos três trimestres. A porcentagem de maior incidência de sombreado do 1º grupo foi no 2º trimestre em ambas as atitudes consciente e inconsciente, sendo que no 3º trimestre diminuiu a porcentagem na figura A.

3.3.3 *Caracterização da população estudada*

Nosso estudo concentra-se nas manifestações comuns da mulher grávida. Mas estamos com *Caplan*¹⁸ (1957), quando ele descreveu "há uma reação não saudável que é suficientemente comum e suficientemente significativa para a psiquiatria preventiva". Referimo-nos àqueles casos onde a rejeição inicial da gravidez, ambições frustradas da esposa, falta de apoio do marido ou outras razões psicológicas e sociais reforçam as atitudes negativas da mu

Tabela 28.1 - Número e porcentagem das gestantes com APPN, segundo o desenho da roupa ou acessório e da linha média, nas figuras A e B, nos trimestres da gestação. Centro de Saúde "GPS" e Clínica Particular "GAP", São Paulo, 1978/1979.

ITEM*	TRIMES TRÊ	1º				2º				3º			
		A	%	B	%	A	%	B	%	A	%	B	%
301		1	5,0	3	15,0	5	25,0	6	30,0	2	10,0	3	15,0
302		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	5,0
304		2	10,0	1	5,0	-	-	-	-	-	-	-	-
305		4	20,0	2	10,0	2	10,0	-	-	1	5,0	-	-
306		9	45,0	7	35,0	10	50,0	4	20,0	11	55,0	3	15,0
307		1	5,0	2	10,0	1	5,0	2	10,0	1	5,0	-	-
308		3	15,0	2	10,0	1	5,0	10	50,0	3	15,0	10	50,0
309		-	-	1	5,0	-	-	2	10,0	-	-	3	15,0
310		-	-	5	25,0	1	5,0	2	10,0	1	5,0	3	15,0
312		-	-	1	5,0	-	-	-	-	-	-	-	-
313		-	-	1	5,0	-	-	-	-	-	-	-	-
314		4	20,0	3	15,0	2	10,0	3	15,0	4	20,0	2	10,0
315		2	10,0	1	5,0	2	10,0	3	15,0	2	10,0	5	25,0
317		1	5,0	-	-	-	-	-	-	1	5,0	1	5,0
318		-	-	1	5,0	1	5,0	2	10,0	2	10,0	1	5,0
319		4	20,0	4	20,0	4	20,0	3	15,0	5	25,0	2	10,0
320		-	-	-	-	-	-	-	-	1	5,0	-	-
321		9	45,0	7	35,0	8	40,0	1	5,0	6	30,0	2	10,0
322		1	5,0	-	-	1	5,0	-	-	1	5,0	-	-
323		8	40,0	8	40,0	4	20,0	5	25,0	7	35,0	3	15,0
324		-	-	-	-	1	5,0	-	-	1	5,0	-	-
327		2	10,0	3	15,0	-	-	2	10,0	3	15,0	3	15,0
328		5	25,0	3	15,0	1	5,0	3	15,0	2	10,0	5	25,0
329		1	5,0	3	15,0	3	15,0	1	5,0	-	-	2	10,0
330		1	5,0	-	-	4	20,0	1	5,0	1	5,0	-	-
331		2	10,0	2	10,0	4	20,0	4	20,0	2	10,0	2	10,0
332		4	20,0	4	20,0	5	25,0	3	15,0	5	25,0	2	10,0

N = 20

Tabela 28.2 - Número e porcentagem das gestantes sem APPN, segundo o desenho da roupa ou acessório e da linha média, nas figuras A e B, nos trimestres da gestação. Centro de Saúde "GPS" e Clínica Particular "GAP", São Paulo, 1978/1979.

ITEM*	TRIMESTRE	1º				2º				3º			
		A	%	B	%	A	%	B	%	A	%	B	%
301		4	22,2	1	5,6	5	27,8	5	27,8	5	27,8	5	27,8
304		-	-	-	-	-	-	-	-	1	5,6	-	-
305		1	5,6	1	5,6	-	-	-	-	1	5,6	1	5,6
306		6	33,3	4	22,2	7	38,9	1	5,6	7	38,9	1	5,6
307		4	22,2	2	11,1	2	11,1	2	11,1	1	5,6	3	16,7
308		2	11,1	4	22,2	3	16,7	7	38,9	2	11,1	9	50,0
309		-	-	2	11,1	2	11,1	4	22,2	-	-	1	5,6
310		1	5,6	3	16,7	-	-	2	11,1	1	5,6	2	11,1
314		1	5,6	2	11,1	1	5,6	1	5,6	2	11,1	1	5,6
315		1	5,6	1	5,6	1	5,6	1	5,6	1	5,6	2	11,1
317		1	5,6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
318		-	-	2	11,1	-	-	2	11,1	2	11,1	3	16,7
319		2	11,1	3	16,7	2	11,1	1	5,6	-	-	1	5,6
320		-	-	-	-	-	-	-	-	1	5,6	-	-
321		4	22,2	3	16,7	5	27,8	1	5,6	5	27,8	3	16,7
322		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	5,6
323		4	22,2	4	22,2	4	22,2	3	16,7	4	22,2	4	22,2
325		1	5,6	1	5,6	-	-	1	5,6	1	5,6	-	-
327		1	5,6	1	5,6	-	-	1	5,6	-	-	-	-
328		2	11,1	3	16,7	1	5,6	6	33,3	2	11,1	3	16,7
329		1	5,6	1	5,6	2	11,1	1	5,6	-	-	1	5,6
330		1	5,6	4	22,2	1	5,6	1	5,6	1	5,6	1	5,6
331		1	5,6	-	-	1	5,6	-	-	1	5,6	1	5,6
332		3	16,7	3	16,7	2	11,1	2	11,1	2	11,1	1	5,6

N = 18

* *Legenda das Tabelas 28.1 e 28.2: Desenho da roupa ou acessório e da linha média*

- 301. Omissão da roupa
- 302. Contorno impreciso, confuso da roupa toda**
- 304. Traje de praia ou esporte
- 305. Traje comum incompleto
- 306. Traje comum completo
- 307. Vestido bem decotado
- 308. Vestido próprio para gestante (tipo camisola, largo)
- 309. Bata
- 310. Calça comprida
- 312. Calças com vistas**
- 313. Terninho**
- 314. Pregas no abdômem
- 315. Pregas na altura dos seios e/ou contorno dos seios
- 317. Meias
- 318. Bolsos
- 319. Botões
- 320. Gravatas
- 321. Cinto comum
- 322. Cinto bem apertado como cinturita
- 323. Adornos, broches, flores, lenços, bordados, etc.
- 324. Chapéu**
- 325. Objetos na mão: guarda-chuva, bengala, revólver, livros, bolsas, etc.***
- 327. Sombreado da roupa toda
- 328. de todo o contorno
- 329. da blusa, camisa ou paletô
- 330. da saia ou calça
- 331. da barra da saia ou da calça
- 332. Linha média com botões, gravata ou linha mesmo

** *Ausência desses itens na Tabela 28.2*

*** *Ausência desse item na Tabela 28.1*

lher. A atenção especial a estes fatores deve ser dada pela equipe multiprofissional.

Quanto ao Questionário de Entrevistas, vemos que a população examinada, em geral, sentiu no primeiro trimestre, o impacto inicial de seu estado gravídico. Nossas gestantes declararam não aceitar esta situação; outras consideraram, em nível fantasiosos, ser um evento favorável. Com o passar dos trimestres, aumentou o percentual de gestantes que se queriam ver livres da angústia de estarem gordas, deformadas e da espera do parto. As primigestas expressaram-se, em menor porcentagem, que se achavam feias. Talvez, o estímulo do marido, que neste grupo é mais acentuado que o das mulheres com um filho ou mais, contribua para que a mulher grávida se sinta bonita.

Para várias mulheres a relação sexual é mais agradável e sentem maior prazer quando grávidas. Algumas chegaram a se expressar "já que estou grávida eu me entrego mais". Podemos pensar que a frigidez que acomete muitas mulheres grávidas é consequência de uma atitude negativa para com a gravidez.

Quanto ao Teste da Imagem Corporal da Gestante (ICG), observamos, como cita Noronha⁹⁰ (1981), que a gestante se encontra estranha em seu próprio corpo. Não obstante, em nossos estudos, vemos que

há uma aceitação cada vez maior de sua nova identidade, observada através da projeção de seu próprio sexo, em 1º lugar, ao desenhar a figura do par. Interpretamos este fato como sendo, também, de aceitação do papel feminino à medida que envolve a gravidez.

O impacto do 1º trimestre é vivido em uma situação regressiva porque é fantasiosa; a mulher sente-se o centro do universo. A gravidez é vivida teoricamente.

No 2º trimestre, quando se instala de fato a gravidez corporal ela deixa de ser teórica; concretiza a identidade de um indivíduo novo, o bebê no ventre; a mulher, então, sente a gravidez.

A introversão, a passividade e a dependência aumentam em muitas mulheres. Esta mudança é provavelmente hormonal em origem e muitas vezes tem um significado biológico; "da mesma maneira que a mulher necessita ingerir nutrientes extras para construir os tecidos do seu filho, ela tem que ter apoio emocional extra, de amor e afeição que mais tarde passará para o seu bebê".

O 2º trimestre é considerado por alguns autores (Maldonado⁷⁶, 1976) como o mais estável sob o ponto de vista emocional. Já para Caplan¹⁸ (1957) "no 2º trimestre inicia uma manifestação emocional

da gravidez que é a mais estranha e menos estudada, é uma mudança radical que se instala no equilíbrio intra-psíquico da mulher. A alteração característica envolve uma mudança entre o ego da mulher e suas forças inconscientes. Antigos conflitos e fantasias que foram guardadas, reprimidas são permitidas vir à consciência. A especial importância do renascimento desses problemas, do ponto de vista da psiquiatria preventiva, é que seu aparecimento dá uma possibilidade de solucionar melhor do que o foi no passado. Não deve conduzir a uma distorção da relação mãe-filho. Esta é uma área onde está claro que a intervenção preventiva é de suma importância".

Concordando com *Caplan*¹⁸ (1957), nosso estudo confirma através do ICG, ser o 2º trimestre o período de angústia e de decisão. A estabilidade é aparente, há uma luta a nível inconsciente e consciente em busca da nova identidade. A perda da imagem corporal anterior faz a mulher sentir-se estranha e com dificuldades de se identificar como sendo a mesma de antes de se engravidar. A grávida como diz *Noronha*⁹⁰ (1981), perde a dimensão do seu espaço e do seu tempo. Mas, repetimos, em nossas observações, é no 2º trimestre que isto se concretiza. Pela dificuldade de reencontrar a imagem corporal anterior, a mulher torna-se cismática, instalando em si, definitivamente, uma situação de cri

se. Nossos resultados mostram perfeitamente a instalação da crise pelas discrepâncias dos dados em relação às figuras femininas A e B, respectivamente, inconsciente e consciente, principalmente, no grupo sem APPN.

Com a eclosão do terceiro trimestre, a mulher deve encontrar a solução para esta crise; este período é decisivo e é culminante o processo do desenvolvimento de sua personalidade psicobiolôgica e social que se iniciou com a gravidez.

A gravidez proporciona à mulher um amadurecimento natural. Mas há mulheres que não conseguem este amadurecimento durante o período gravídico; muitas vezes conseguem após este evento e à custa de muitos sofrimentos e conflitos. As nossas gestantes, sem o atendimento psicológico, e que não se definiram do 2º para o 3º trimestre reportaram a sua imagem corporal à situação do 1º trimestre, situação regressiva, de dependência.

Os nossos resultados revelam que a solução adequada, isto é, o natural amadurecimento psicobiológico e social ocorreu em maior número em gestantes do 1º grupo de estudo, constituído da população que se submeteu à assistência psicoprofilática.

O 1º grupo, constituído, ao acaso, de primigesta, no 1º trimestre, quando ainda não iniciada

a assistência psicoprofilática, teve reação regressiva semelhante à do 2º grupo. Com a assistência psicológica, no 2º trimestre, teve o apoio necessário de profissionais especializados e conseguiu enfrentar a realidade no decorrer da gravidez.

O 2º grupo, formado, ao acaso, de mulheres com mais de uma gestação, isto é, com experiência em gravidez, mas sem assistência psicológica na atual gestação sofreu maior impacto. Tendeu a reforçar a minimização de sua imagem de mulher e prolongar a situação de crise, passando a ser dependente dos familiares, em especial do marido.

3.3.4 *Respostas específicas da população estudada*

Segundo Machover⁷⁴ (1949), "a idade cronológica do indivíduo não altera a interpretação das características específicas da expressão gráfica, já que essas características se baseiam na projeção da imagem corporal, no significado funcional básico de suas partes". Naturalmente, "ao interpretarmos um desenho, certos aspectos parecem particulares, mas se os focalizarmos no grupo de idade a que o indivíduo pertence, esses aspectos tornar-se-ão comuns, característicos do nível de evolução e do sexo ao qual pertence. A não presença desses aspectos é que deve chamar a atenção do psicólogo para pesquisar o porquê da omissão e dar orientação necessária ao indivíduo. A esses aspec

tos não característicos do grupo, chamados *sinais individuais*, representam características peculiares ao autor do desenho e têm valor para o diagnóstico da personalidade".

*Van Kolck*¹³⁴ (1966), em seus estudos com adolescentes, procurou, empiricamente, estabelecer um critério a fim de padronizar respostas comuns e individuais do seu grupo de estudo.

Não vamos estabelecer um critério para determinar as características da população em estudo. Esperamos que em pesquisas futuras elas possam ser perfeitamente definidas. Nossa intenção é chamar a atenção para os interessados no assunto e apontar o que parece ser comum a um grupo de gestante. Não temos base estatística para comprovação a não ser os estudos de *Soifer*¹²⁴ (1976) com observação clínica.

Segundo *Soifer*, a aceitação da gravidez pode ser vista na projeção gráfica da figura humana da seguinte maneira: "em geral ela é negada quando se desenhavam figuras de mulheres com olhos vazios, cinturas finas e sem abaulamento no ventre. Isto corresponderia à negação da gravidez. Ao contrário, aparece engrossamento do tronco, especialmente dos seios, quadris, braços e o ventre grávido. Quando não aparecem esses engrossamentos, segundo a autora citada, pode-se concluir que há intensa negação da gravi

dez. Esta autora ainda pôde inferir dos desenhos diversos sintomas padecidos por suas pacientes. A través da produção gráfica de gestantes, do progⁿóstico do parto, comprovando-os após observação clínica, também fêz prognósticos de partos prematu^ros, de gravidez prolongada.

Em nossos estudos, as gestantes desenharam esses aspectos positivos descritos por *Soifer* e ainda mais, desenharam a figura feminina com bata, camisola, vestidos largos ou traje típico de ges^tante; quando em trajes comuns, acentuavam o seio ou o abdômem com pregas ou sombreado. Estes aspec^tos aumentam em número do 1º para o 3º trimestre em ambas as figuras femininas A e B. A figura B, no entanto, apresenta porcentagens maiores que a figura A. Há gestantes que desenharam o ventre abau^lado, bem acentuado no 3º trimestre.

O que chamou a atenção em nossos desenhos, não citados pelos autores consultados, foram as "pernas abertas em paralelas", "braços redondos sem articulação", "mãos sobre o abdômem", parecen^do ser típico do estado gravídico.

As respostas encontradas comprovam as hipó^teses formuladas e os objetivos propostos no iní^cio do trabalho.

4. CONCLUSÕES E SUGESTÕES

4. CONCLUSÕES E SUGESTÕES

Consideramos, com os autores consultados, que a gravidez é uma situação extremamente crítica. Acrescentamos, com *Noronha*⁹⁰ (1981) "a gravidez é um estímulo razoavelmente violento que propicia possibilidades de modificações, tanto em nível pessoal quanto familiar e social. A gestante não é só uma futura parturiente, mas é também uma futura mãe, é membro de uma família e faz parte de uma sociedade. No momento do parto, nasce não apenas um filho. Nasce, também, uma mãe, um pai e uma família. Ela tem que sentir uma relação de equilíbrio entre o seu papel biológico e os valores de sua comunidade".

Vemos então que a responsabilidade de quem cuida de uma gestante não é única e nem dupla, é, sim, múltipla, pois está lidando não apenas com a vida de um ser humano, mas com toda a "nação".

As considerações que teríamos que apresentar neste final do trabalho foram abordadas de maneira específica nos respectivos capítulos sobre a Revisão da Literatura, dos Resultados do Questionário das Entrevistas e do teste da Imagem Corporal da Gestante (ICG). Desta maneira, expomos, a seguir, considerações de ordem geral e finalizamos com algumas sugestões.

4.1 Conclusões

1) A população estudada foi composta de ges

tantes "normais" com predomínio de uma atitude idêntica para com a gravidez, no 1º trimestre.

2) Para o primeiro filho, o entusiasmo do casal e a expectativa do marido são estímulos para que a mulher se sinta "grávida bonita".

3) A projeção do desenho da figura humana representa, de fato, a projeção da imagem corporal, característica do seu autor. A projeção inconsciente tende a se igualar, em percentual, com a projeção consciente, principalmente nos indivíduos que se submetem ao atendimento psicoprofilático. A falha da gestante ao desenhar a sua identificação e as características específicas da gravidez, seja em nível inconsciente ou consciente, conduzem-nos a interpretar como sendo uma rejeição de seu papel feminino e de mãe.

4) A ansiedade na gravidez é um composto de vários conceitos, segundo os autores consultados. Acrescentamos, de nosso estudo, as ansiedades ocasionadas pelas modificações do esquema corporal.

5) No 1º trimestre, a grávida sente-se o centro do universo; a gravidez é para ela um conceito teórico.

6) No 2º trimestre, a mulher sente a gravidez. É neste período que se concretiza a situação de crise. É o período de transição para a maturidade psicobiológica e social. A mulher vive uma vida introspectiva de reorganização.

zação do seu ego para as atividades futuras.

7) A gravidez, à medida que evolui, proporciona à mulher o seu crescimento para a maturidade psicobiológica e social; a projeção dos desenhos das figuras humanas vai se tornando cada vez mais concreta e demonstrando uma atitude adulta normal. Este amadurecimento ocorre com mais ênfase e de maneira mais gradativa no grupo que recebe atendimento psicoprofilático.

8) A figura feminina da auto-imagem, desenhada em nível consciente (com a ordem "desenhe a senhora" - Figura B) tende a se igualar, em suas características, com a figura representada em nível inconsciente (com a ordem "desenhe uma pessoa" - Figura A) demonstrado que o atendimento psicoprofilático proporciona ajustamento da mulher grávida à realidade.

4.2 Sugestões

Finalizando, apresentamos algumas sugestões:

1) A equipe dos Serviços de Saúde Materna não deve encarar a gravidez só do ponto de vista orgânico; deve vê-la também como uma fase extremamente dinâmica e de desenvolvimento da personalidade.

2) Como corolário do item anterior, os médicos obstetras devem receber uma formação psicossomática, a fim de compreenderem os princípios que levam as gestantes a ter reações peculiares.

3) Necessidade de que os Serviços Públicos de Saúde Materna tenham recursos, a fim de manterem equipes profissionais especializadas em proporcionar o atendimento psicológico às gestantes. As Instituições Particulares devem generalizar este espírito de atendimento. Apoiando o ponto de vista de *Irianni*^{6 3} (1980), essa assistência deve e pode ser implantada em diferentes comunidades de acordo com seus recursos materiais e humanos.

4) A educação para a saúde deve promover a educação pública, para que a comunidade se ciente da necessidade da grávida submeter-se à assistência psicoprofilática pré-natal adequada.

5) Em serviços de Saúde Materna, com assistência psicoprofilática pré-natal, sugerimos a aplicação do ICG em gestantes que iniciam o tratamento pré-natal, repetindo esta aplicação no 2º e no 3º trimestre da gestação. Concomitantemente, o Questionário de Entrevista para os três trimestres da gestação deve ser preenchido. Estes procedimentos favorecem a equipe multiprofissional a:

a) apreender o distúrbio emocional, desde o 1º trimestre, através da atitude da gestante frente a sua gestação e ao meio que a cerca,

b) obter um complemento para o diagnóstico da personalidade da grávida que auxiliará a equipe, no transcurso do atendimento psicológico, a esclarecer, a explicar à gestante e a discutir os fenômenos que estão ocorrendo com ela.

c) cientificar-se, através do Questionário, da falta de informação sobre educação sexual do casal, podendo, logo no início do atendimento, orientar adequadamente.

6) A educação do marido e da esposa relacionada com a aceitação da nova estética da mulher deve ser conduzida desde o início da gravidez.

Nosso estudo pertence a uma área que requer grande número de pesquisas, não somente para elucidar a dinâmica das mudanças ocorridas durante a gravidez, mas também para desenvolver técnicas de intervenção preventiva e mobilizar a favor da grávida, quando necessário, a assistência de membros de sua família ou de profissionais especializados.

Finalmente, o Teste da Imagem Corporal (TIC) usado para o presente estudo com gestante (ICG) pode ser utilizado em outros grupos de indivíduos como complemento do diagnóstico da personalidade. Assim, há necessidade de se estudar mais profundamente as diferenças das duas imagens A e B (inconsciente e consciente) para que fiquem devidamente esclarecidas e para se verificar a maior ou menor estabilidade entre elas no transcurso de um atendimento psicológico. Para o diagnóstico da personalidade, é requerida a análise dos resultados da projeção de ambas as imagens.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ALVARENGA, A.T. de - Contribuição ao estudo das relações entre status socio-econômico-familiar e saúde materna. São Paulo, 1978. (Dissertação de Mestrado - Faculdade de Saúde Pública da USP).
2. ARAÚJO, B.F. - Alguns aspectos sobre prevenção dos distúrbios emocionais na criança. J.Pediat., 49: 441-444, 1980.
3. BARCLAY, R.L. & BARCLAY, M.L. - Aspects of the normal psychology of pregnancy: the midtrimester. Amer. J.Obstet. Gynec., 125:207-211, 1976.
4. BARCLAY, R.L. & BARCLAY, M.L. - Prenatal anxiety. Amer. J. Obstet Gynecol., 136:1084-1085, 1980.
5. BEAUVOIR, S. - O segundo sexo. São Paulo, Difusão Européia, 1960. 2v.
6. BELFORT, P. - A assistência pré-natal. In: REZENDE, J. Obstetrícia. 3a.ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1974. p.222-234.
7. BEM, D. - Self perception theory. Advanc. Exp. Soc. Psychol., 6:1-62, 1972.
8. BENATHAR, R.L. - Contribuição ao estudo da relação entre algumas variáveis com a idade da gestação à matrícula em um serviço pré-natal. F.méd(BR), 78 (2):97-102, 1979.
9. BERLINER, H.S. & SALMON, J.W. - The holistic alternative to scientific medicine: history and analysis. Int. J.Hlth Serv., 10:133-47, 1980.
10. BERTHERAT, T. & BERNSTEIN, C. - O corpo tem suas razões: antiginástica e consciência de si. 2a.ed. São Paulo, Martins Fontes, 1979.

11. BIRKBRING, G.L. - Some considerations of the psychological processes in pregnancy. Psychoanal. Stud. child, 14:113-121, 1959.
12. BIGGS, S. - The me I see: acting, participating, observing, and viewing and their implications for video feed back. Hum. Relat., 33:575-588, 1980.
13. BONILHA, L.C. - Comparação entre elementos da projeção gráfica e de auto-avaliações. São Paulo, 1974. (Tese de doutoramento - Pontifícia Universidade Católica).
14. BOWEN, S.M. & MILLER, B.C. - Paternal attachment behavior as related to presence at delivery and preparenthood classes: a pilot study. Nurs.Res., 29:307-311, 1980.
15. BRIQUET, R. - Obstetrícia normal. São Paulo, Freitas Bastos, 1939.
16. BRUNS, P.D. & COOPER, W.E. - Basic factors influencing premature birth. Clin.Obstet.Gynec., 4:341-351, 1961.
17. CANDEIAS, N.M.F. - Educação em saúde na prevenção do risco gravídico pré-natal e interconcepcional. Rev. Saúde públ., São Paulo, 14:320-332, 1980.
18. CAPLAN, G. - Psychological aspects of maternity care. Amer.J.publ.Hlth., 47:25-31, 1957.
19. CAPLAN, G. - Principles of preventive psychiatry. Londres, Tavistock, 1964.
20. CARTER, L.V. et al. - Obstetrics in small Hospitals. Med.J.Aust., 1:359-362, 1980.
21. CARVALHO, A.C. de - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo: resumo histórico 1942-1980. Rev. Esc.Enferm. USP, 14(supl.):1-271, 1980.

22. CERRUTI, F. - A preparação psicossomática para o parto. In: REZENDE, J. Obstetrícia. 3a.ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1974. p.234-242.
23. CIARI, Jr., C. - Saúde materno-infantil. São Paulo, A.R. Editora, 1973.
24. CIARI, Jr., C. & ALMEIDA, P.A.M. - Elementos de avaliação do risco gravídico. Rev.Saúde públ., São Paulo, 6:57-78, 1972.
25. CIARI, Jr., C. & SIQUEIRA, A.A.F. de - Problemas de saúde-materno infantil no Brasil. In: PARETA, J. M.M. et al. Saúde da comunidade. São Paulo, McGraw-Hill do Brasil, 1976. p.203-224.
26. COGAN, R. - Effects of childbirth preparations. Clin. Obstet. Gynec., 23:1-14, 1980.
27. COHEN, R.L. - Maladaptation to pregnancy. Seminars in perinatology, 3:15-24, 1979.
28. COOPER, E.J. & CENTO, M.H. - Group and the hispanic prenatal patient. Amer.J.Ortopsychiat., 47:689-700, 1977.
29. CORMILLOT, A.F.J. et al. - Obesidad. Buenos Aires, Panamericana, 1977.
30. CORTEZ, A. - Centros de Saúde de São Paulo. São Paulo, 1926. (Tese de Doutorado - Faculdade de Medicina da USP).
31. COSMINSKY, S. - La atención del parto y la antropología médica. In: VELIMIROVIC, B, ed. La medicina moderna y la antropologia medica en población fronteiriza mexicano-estadunidense. Washington, D.C., Organizacion Panamericana de la Salud, 1978. (OPAS-Publ.cient., 359).

32. CRANDON, A.J. - Maternal anxiety and obstetric complications. J.psychosom. Res., 23:111, 1979.
33. CUSMINSKY, M. & OJEDA, E.N.S. - Accessibilidad y cobertura de los servicios de salud materno infantil. In: CONDICIONES de salud del niño en las Americas. Washington, D.C., Organizacion Panamericana de la Salud, 1979. (OPAS - Publ.cient., 381).
34. DAVIDS, A. & DeVAULT, S. - Use of the TAT and human figure drawings in research on personality, pregnancy and perception. J. project Techn., 24:362-365, 1960.
35. DAVIDS, A. & ROSENGREN, W.R. - Social stability and psychological adjustment during pregnancy. Psychosom. Med., 21:579-583, 1962.
36. DELASCIO, D. & ALMEIDA, P.A.M. de - Propedêutica da gestação de alto risco. São Paulo, Manolê, 1974.
37. DEUTSCH, H. - La psychologie des femmes. Paris, Presse Universitaires, 1949. 2v.
38. DEVI, I. - Hatha Yoga, paz e saúde. Rio de Janeiro, Civilização Brasileira, 1964.
39. DOOHER, M.E. - Lamaze method of childbirth. Nurs.Res., 29:220-224, 1980.
40. ENDLER, N.S. & MAGNUSSON, D. - Toward an interactional psychology of personality. Psychol.Bull., 83:956-74, 1976.
41. ENGSTROM, L. et al. - A prospective study of the relationship between psycho-social factors and course of pregnancy and delivery. J. psychosom. Res., 8:151-155, 1964.

42. FIORINI, H.J. - Teorias e técnicas de psicoterapias breves. 3a.ed. Rio de Janeiro, Francisco Alves, 1979.
43. FISHER, S. & CLEVELAND, S.E. - Body image and personality. New York, Van Nostrand, 1958.
44. FLEMING, M. et al - Draw-a-person test: implications for gender identification. Arch.sexual Behav., 8: 55-61, 1979.
45. FORMACION en asistencia a la madre y al niño. Cron. OMS, 33:371-6, 1979.
46. FRANK, G.H. - A test of the use a figure drawing test as an indicator of sexual inversion. Arch. sexual Behav., 8:56-61, 1979.
47. FURSTENAU, E. - Identificação das causas que levaram 152 puérperas a freqüentar, ou não, o serviço de as sistência pré-natal. Rev.Esc.Enferm. USP, 13:199, 1979.
48. GAVENSKY, R.V. - Psicoprofilaxis obstetrica. Buenos Aires, El Ateneo, 1971.
49. GORDON, E.R. & GORDON, A.K. - Social factor in the prediction and treatment of emotional disorders of pregnancy. Amer.J.Obstet. Gynec., 77:1074-1083, 1959.
50. GORDON, E.R. et al. - Fators in post partum. Emotional adjustment. Obstet. and Gynec., 25:158-166, 1965.
51. GRAVITZ, M.A. - Normal adult differentiation patterns on the figure drawing test. J. project. Techn., 30:472-473, 1966.

52. GRAVITZ, M.A. - Direction of psychosexual interest and figure drawing choice. J.clin. psychol., 25:311, 1969.
53. GREEN, L.W. - Guidelines for health education in maternal and child health. Int. J. Hlth Educ., 221 (supl.):1-32, 1978.
54. GRINGS, W.W. & DAWSON, M.E. - Emotions and bodily responses: a psychophysiological approach. New York, Academic Press, 1978.
55. GRÜNSPUN, H. - Distúrbios neuróticos da criança. 2a.ed. Rio de Janeiro, Atheneu, 1966.
56. GUÉRIOS, S.F.M. - Ginástica: mecanismo corporal e ginástica contemporânea: do sistema infantil e feminino. São Paulo, Blücher / Ed. USP, 1974.
57. HANDLER, L. - Anxiety indexes in the draw a person test: a scoring manual. J.project. Techn., 31:46-57, 1967.
58. HARRIS, R. - Cultural differences in body perception during pregnancy. Brit.J.med.Psychol., 52:347-352, 1979.
59. HASTORF, A.H. et al. - Percepção de pessoa: tópicos de psicologia social. São Paulo, Blücher / Ed. USP, 1973.
60. HAWORTH, M.R. & NORMINGTON, C.J. - A sexual differentiation scale for the D-A-P Test: for use with children. J.project. Techn., 25:441-450, 1961.
61. HIBRARD, B.M. et al. - The effectiveness of antenatal education. Hlth.Educ.J., 38:39-46, 1979.

62. HIRST, J.C. & STROUSSE, F. - The origen of emotional factors in normal pregnant women. Amer.J.med.Sci., 196:95-99, 1938.
63. IRIANNI, F. et al. - Salud maternoinfantil: propuesta de prevencion durante el embarazo, parto e puerp^{er}io. Bol.Of. sanit. panamer., 89(3), 1980.
64. JENNINGS, B. & EDMUNDSON, M. - The postpartum period after confinement: the fourth trimester. Clin. Obstet. Gynec., 23:1093-1103, 1980.
65. JIMENEZ, S.L.M. - Education for the childbearing year comprehensive application of psychoprophylaxis. JOGN Nurs., 9:93-99, 1980.
66. KATONA, C.L.E. - Approaches to antenatal education. Soc. Sci.Med., 15A(1):25-33, 1981.
67. KERLINGER, F.M. - Foundations of behavioral research. 2a.ed. New. York, Holt, Rinehart and Winston, 1973.
68. LAMAZE, F. et al. - El parto sin dolor. Buenos Aires, Ed. Ciencia y Vida, 1955.
69. LANGER, M. - Maternidad y sexo: estudio psicoanalitico y psicossomático. 5a.ed. Buenos Aires, Paidós, 1978.
70. LAUKARAN, V.H. - The relationship of maternal attitude to pregnancy outcomes and obstetrics complications. A cohort study of unwanted pregnancy. Amer.J.Obstet. Gynec., 136:374-379, 1980.
71. LEDERMAN, R.P. et al. - Relationships of Psychological factors in pregnancy to progress in labor. Nurs. Res., 28:94-97, 1979.

72. LIGHT, H. et al. - Satisfaction with medical care during pregnancy and delivery. Amer. J. Obstet. Gynec., 125:827-831, 1976.
73. LIMA, E.P. et al. - Curso de educação para o casamento. São Paulo, SESI, 1958.
74. MACHOVER, K. - Proyeccion de la personalidad en el dibujo de la figura humana. Cuba, Cultural, 1949.
75. MAIER, H.W. - Tres teorias sobre el desarrollo del niño: Erikson, Piaget y Sears. Buenos Aires, Amorrortu, 1969.
76. MALDONADO, M.T.P. - Psicologia da gravidez, parto e puerpério. Petrópolis, Vozes, 1976.
77. MALDONADO, M.T. et al. - Nós estamos grávidos. 2a.ed. Rio de Janeiro, Bloch, 1979.
78. MASI, A.T. - An holistic concept of health and illness: a tricentennial goal for medicine and public health. J. chron.Dis., 13:563-572, 1978.
79. MASPFUHL, von B. & MULLER, B. - Erste Erfahrungen mit einem Schwangerschaftseinstellungsfragebogen. Zbl. Gynäkol, 101:970-975, 1979.
80. McCONNEL, O.L. & DASTON, P.G. - Body image changes in pregnancy. J.project. Techn., 25:451-456, 1961.
81. McDONALD, R.L. - The role of emotional factors in obstetric complications: a review. Pshychosom. Med., 30:222-237, 1968.
82. McDONALD, R.L. & CHRISTAKOS, A.C. - Relationship of emotional adjustment during pregnancy to obstetric complications. Amer.J.Obstet.Gynec., 86:341-348, 1963.

83. MEAD, M. - Observations connected with pregnancy birth and care of infants. In: _____. Growing up in New Guinea. London, Penguin Books, 1954. Appendice IV, p. 238-41.
84. MEAD, M. - Macho e fêmea. Petrópolis, Vozes, 1971.
85. MONEY, J. & WANG, C. - Human figure drawing: sex of first choice in gender-identity anomalies, Kleinefilter's syndrome and precocious puberty. J.nerv.ment.Dis., 143:157-161, 1966.
86. MORISHIMA, H.O. et al. - The influence of maternal psychological stress on the fetus. Amer.J.Obstet. Gynec., 131:286-290, 1978.
87. MUCCHIELLI, R. & BOURCIER, A. - La dyslexie: maladie du siècle. Paris, Editions Socieales Françaises, 1966.
88. NEWTON, R.W. et al. - Psychosocial stress in pregnancy and its relation to the ouset of premature labour. Brit.med.J., 2:411-13, 1979.
89. NORONHA, D.T. - Gravidez: uma atuação de crise. Mais, 6:104-107, 1978.
90. NORONHA, D. - Gravidez. Uma situação de crise. Abordagem psicoprofilática. In: Viegas, D. & Moraes, R. de V. Neonatologia Clínica e Cirúrgica. (no prelo da Editora Ateneu, Rio de Janeiro, 1981).
91. NOVAIS Filha, M. et al - Divisão de melhoria da saúde. São Paulo, SESI, 1965.
92. NUCKOLLS, K.B. et al. - Psychosocial assets, life crises and the prognosis of pregnancy. Amer. J. Epidemiol., 95:432-441, 1972.

93. OSUNA, J. - El concepto de riesgo en la atencion ma
terno infantil. In: CONDICIONES de salud del ni
ño en las Americas. Washington, D.C., Organiza
cion Panamericana de la Salud. 1979. (OPAS - Publ.
cient., 381).
94. PASSOS, A.C.M. & FARINA, O. - Aspectos atuais da hip
nose. São Paulo, Linográfica, 1961.
95. PERESTRELLO, D. - Aspectos psicológicos do ciclo gra
vídico-puerperal. In: REZENDE, J. Obstetrícia.
3a.ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1974 .
p.243-248.
96. PERKINS, E. - The patterns of women's attendance at
antenatal classes: is this good enough? Hlth Educ.
J., 39:3-9, 1980.
97. PLANEJAMENTO familiar e saúde. São Paulo, Gráfica
Editora Hamburg, 1979. (Tradução de Family Planning
and Health, editado pelo U.S. Department of Health,
Education and Welfare).
98. QUE fazer quando a mulher fica grávida (e o marido
também): comportamento. Shopping News, S. Paulo,
23 de nov. 1980. p.16.
99. RADFORD, J. & KIRBY, R. - A pessoa em psicologia. Rio
de Janeiro, Zahar, 1976.
100. READ, G.D. - O parto sem medo: Princípios e prática
do parto natural. São Paulo, Piratininga, 1953.
101. REID, M.E. et al. - Consumer opinion of a hospital
ante-natal. Clinic.Soc.Sci.Med., 14A:363-368,
1980.

102. REZENDE, J. de - Obstetrícia, conceito, propósitos, súmula histórica. In: REZENDE, J. de. Obstetrícia. 3a.ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1974. p.1-23.
103. REZENDE, J. et al. - Avaliação do bem-estar fetal na gravidez de alto risco. Bol. Acad. nac. Med., 146:8-42, 1975.
104. RHEINGOLD, J. - The fear of being a woman. A theory of maternal destructiveness. New York, Grune & Stttraton, 1964.
105. ROBACK, H.B. - Human figure drawings: their utility in the clinical psychologists armamentarium for personality assessment. Psychol.Bull., 70:1-19, 1968.
106. ROJAS-BERMUDEZ, J. - Núcleo do eu. São Paulo, Natu ra, 1978.
107. RUGGIERI, V. et al. - Effects of body image on tactile sensitivity to a tickle: a study of pregnancy. Percept.motor Skills, 49:555-63, 1979.
108. RYAN JR, G.M. et al. - Prenatal care and pregnancy outcome. Amer.J.Obstet.Gynec., 137:876-81, 1980.
109. SAFFIOTI, H.I.B. - A mulher na sociedade de classes: mito e realidade. 2a.ed. Petrópolis, Vozes, 1979.
110. SAVASTANO, H. - Abordagem do binômio saúde-doença e do conceito de personalidade no ecossistema: im plicações em saúde pública. Rev.Saúde públ., S. Paulo, 14:137-42, 1980.

111. SAVASTANO, H. & DOMINI, J. de - Discriminação de alguns sinais psicossomáticos através do teste Gestalt de Bender. Rev.Psicol.Norm. pat., 19: 99-116, 1973.
112. SAVASTANO, H. & DOMINI, J. de - Teste Gestalt visomotor de Bender como medida de adaptação do indivíduo. Bol.Psic., São Paulo, 25:37-42, 1974.
113. SAVASTANO, H. & NOVO, D.P. - Aspectos psicológicos da gestante sob o ponto de vista da Teoria do Núcleo do Eu. Rev.Saúde públ., São Paulo, 15: 101-10, 1981.
114. SCHILDER, P. - Localization of the body image: postural model of the body. In: ORTON, S.T. et al. Localization of the function in the cerebral cortex. Baltimore, Williams and Wilkins, 1934. cap. 15, p.466-84.
115. SCHILDER, P. - Goals and desires of man: a psychological survey of life. New York, Columbia University, 1942.
116. SCHILDER, P. - The image and appearance of the human body. New York, International Universities Press, 1950.
117. SCHNEIDER, L. et al. - Maigreur maternelle et grossesse. Arch.franç. Pediatr., 36:1068-1074, 1979.
118. SCHOR, H. - O que é parto sem dor. São Paulo, Edigraf, 1956.
119. SCHULTZ, J.H. - O treinamento autôgeno. 2a.ed. São Paulo, Mestre Jou, 1979.

120. SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE. Coordenadoria de Saúde de da Comunidade. Programa de assistência à gestante. São Paulo, 1980.
121. SHELDON, W.H. et al. - The varieties of human physique. New York, Harper, 1940.
122. SICH, D. - Traditional concepts and customs on pregnancy, birth and post partum period in rural Korea. Soc. Sci Med., 15B(1):65-69, 1981.
123. SMALL, L. - As psicoterapias breves. Rio de Janeiro, Imago, 1974.
124. SOIFER, R. - Psicologia del embarazo, parto y puerpério. Buenos Aires, Kargienan, 1976.
125. SOUZA, G.H. de P. & VIEIRA, F.B. - Centro de saúde: eixo da organização sanitária. São Paulo, Instituto de Higiene, 1944. (Boletim, 59).
126. STANDLEY, K. et al. - Dimensions of prenatal anxiety and their influence on pregnancy outcome. Amer.J. Obstet.Gynec., 135:22-26, 1979.
127. STAVENHAGEN, R. - A mulher invisível. Cor. Unesco, 8:4-9, 1980.
128. SWENSEN, C.H. - Empirical evaluation of human figure drawings: 1957-1966. Psychol. Bull., 70:20-44, 1968.
129. TANAKA, A.C. d'A. - Obesidade e gravidez. São Paulo, 1980. (Dissertação de Mestrado - Faculdade de Saúde Pública da USP).
130. THEODORSON, C.A. & THEODORSON, A.G. - A modern dictionary of sociology. New York, Crowell, 1969.

131. THOMZ, H. & WIEDENBACH, E. - Support during labor. Outline of practice and summary of results from the mother's viewpoint. J. Amer.med. Ass., 156: 3-5, 1954.
132. TIFFANY, S.W. - Antropology and the study of women: review article. Amer.Anthropol., 82:374-80, 1980.
133. TSU, T.M. J.S. - A análise de sonhos de gestantes. São Paulo, 1980. (Dissertação de Mestrado - Instituto de Psicologia da USP).
134. VAN KOLCK, O.L. - Sobre a técnica do desenho da figura humana na exploração da personalidade. Estudo de adolescentes de centros urbanos. Bol.Fac.Filos. Ciênc.Letras USP. Série Psicol.educ. (7)1966. (Tese de doutoramento - Fac.Filos.Ciênc.Letras USP).
135. VAN KOLCK, O.L. - Interpretação psicológica de desenhos. São Paulo, Pioneira, 1968.
136. VAN KOLCK, O.L. - Escalas para diagnósticos diferenciais no desenho da figura humana: levantamento teórico básico inserido em planejamento de pesquisa. Bol.Psico., 23 (61):77-106,1971.
137. VAN KOLCK, O.L. - Índices de ansiedade e de distúrbios emocionais e escalas de desenvolvimento no desenho da figura humana. Bol.Psic., 23 (62): 45-64, 1971.
138. VAN KOLCK, O.L. - O homossexualismo através dos testes psicológicos em geral. Bol.Psic., 24:69-104, 1972.
139. VAN KOLCK, O.L. - O desenho da figura humana em casos especiais. Bol.Psic., 24:89-122, 1972.

140. VAN KOLCK, O.L. - Sinais de ansiedade e de distúrbios emocionais no desenho da figura humana de crianças. Tentativa de validação. Bol.Psic., 25:11-46, 1973.
141. VAN KOLCK, O.L. - O desenho da figura humana no estudo de problemas específicos. Bol.Psic., 25:151-182, 1973.
142. VAN KOLCK, O.L. - Técnicas de exame psicológico e suas aplicações no Brasil. Petrópolis, Vozes, 1974-75, v.1 e 2.
143. VAN KOLCK, O.L. & VAN KOLCK, T. - O desenho da figura humana no diagnóstico do homossexualismo. Bol.Psic., 23:27-52, 1971.
144. VAN KOLCK, O.L. & VAN KOLCK, T. - Validação de algumas características do desenho da figura humana através do Rorschach. Bol.Psic., 23:27-38, 1971.
145. VAN KOLCK, O.L. & VAN KOLCK, T. - Análise de itens de desenhos da figura humana em um grupo de crianças de oito anos de idade. Bol.Psic., 24:43-58, 1972.
146. VELVOVSKI, J. et al. - Psicoprofilaxis de los dolores del parto. Moscú, Ediciones en Lenguas Extranjeras, 1963.
147. VICENTINI, M.I.F.L. - Análise da auto-percepção e da percepção inter-pessoal do Universitário. Campinas, 1976. (Tese de Doutorado - Faculdade de Educação da Universidade de Campinas).
148. VIDELA, M. - Maternidad, realidad y mitos. Buenos Aires, A. Peña Filho, 1974.

149. WILLIAMS, C.L. et al. - The "know yor body" program: a developmental approach to health education and disease prevention. Prev.med., 9:371-383, 1980.
150. WINEMAN, N.M. - Obesity: locus of control, body image, weight loss and age-at-ouset. Nurs. Res., 29: 231-237, 1980.
151. WOLKIND, S. & ZAJICEK, E. - Psychosocial correlates of nausea and vomiting in pregnancy. J.psychosom. Res., 22:1-5, 1978.

A N E X O S

A N E X O S

1. Questionário de Entrevistas para os três trimestres da gestação

Nº _____

Instituição _____

Nome _____

Endereço _____ tel. _____

Datas das aplicações _____

Obstetra _____

U.M. _____ DPP _____ NF 0 1 2 3 4

1. Nível sócio-econômico

Esposo

Idade _____ Nacionalidade _____

Procedência _____ Anos em SP _____

Escolaridade UC () UI () CC () CI () GC ()

Profissão _____

Condições familiares

Nº de pessoas na família _____ Renda familiar _____

2. Dados adicionais

2.1 Pai

		1ºtrim.	2ºtrim.	3ºtrim.
Pai vivo	sim	()	()	()
	não	()	()	()

Nacionalidade _____ Anos em SP _____

2.2 Mãe

Mãe viva	sim	()	()	()
	não	()	()	()

Nacionalidade _____ Anos em SP _____

Pais separados (desquitados ou divorciados)	sim	()	()	()
	não	()	()	()

2.3 Irmãos

nº de irmãos ()	Nº de irmãs ()	Posição ()
------------------	-----------------	-------------

2.4 Gestante

Identificação _____

Idade _____ Nacionalidade _____

Procedência _____ Anos em SP _____

Escolaridade UC () UI () CC () CI () GC ()

Profissão _____

Trabalha fora	Sim ()	()	()
	Não ()	()	()

Anos de casada _____

Menarca: Idade _____ Grau de aceitação _____

Saúde anterior à gravidez atual _____

2.4.1 N° de filhos

vivos ()

mortos ()

2.4.2 Partos	1º	2º	3º
normal	()	()	()
cesária	()	()	()
fôrcipe	()	()	()
premature	()	()	()
gemelar	()	()	()

2.4.3 Abortos

provocados ()

espontâneos ()

2.4.4 Curso de preparação para o parto

anterior à gravidez atual ()

está fazendo () () ()

3. Gravidez atual

3.1 O que a gravidez
significa para a
senhora?

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

3.2 Quantas vezes
mais deseja en
gravidar? Por
que?

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

3.3 O que mais preo
cupa neste perío
do? _____

3.4 Medos _____

3.5 Mantém relações sexuais com o esposo?

sim () () ()

não () () ()

normal () () ()

mais fria () () ()

menos fria () () ()

Por que _____

3.6 Problemas de saúde

vômito ou náusea

sim () () ()

não () () ()

sono _____

fuma?

sim () () ()

não () () ()

Outros _____

Observação _____

3.7 Imagem corporal

a. Quais as modificações que sente no corpo?

_____	_____	_____
_____	_____	_____

b. Como se sente olhando para o espelho?

_____	_____	_____
_____	_____	_____

c. Como se sente em relação ao aumento de peso?

_____	_____	_____
_____	_____	_____

d. Qual a atitude do seu marido em relação às modificações ocorridas no seu corpo?

_____	_____	_____
_____	_____	_____

3.8 Perspectivas

Gravidez planejada

sim () () ()

não () () ()

Criança planejada

Marido sim () () ()

não () () ()

Gestante sim () () ()

não () () ()

Família sim () () ()

não () () ()

Sexo esperado

Marido	{	Masc. () () () () () ()
		fem. () () () Gestante () () ()
		indif.() () () () () ()

4. Por que participou da pesquisa?

2. Codificação dos itens do teste da Imagem Corporal de Gestantes (ICG)

<u>Item</u>	<u>Código</u>
I. Aspecto geral	
1	Comparação das figuras: próprio sexo em primeiro lugar
2	próprio sexo em segundo lugar
3	masculina e feminina de igual tamanho
4	masculina maior que as femininas A e B
5	masculina menor que as femininas A e B
6	figura A mais comprida que B (o que está desenhado)
7	figura A menos comprida que B
8	figura A mais larga que B
9	figura A menos larga que B
10	Figura completa
11	Figura incompleta (omissão de partes principais do corpo)
12	Posição da folha: vertical
13	diferente e/ou horizontal
14	Tamanho da figura
	folha toda (25 cm —→ 32 cm)
15	2/3 da folha (22 cm —→ 25 cm)
16	metade da folha (16 cm —→ 22 cm)
17	1/3 da folha (12 cm —→ 16 cm)
18	1/4 da folha (8 cm —→ 12 cm)
19	1/6 da folha (5 cm —→ 8 cm)
20	1/8 da folha (4 cm —→ 5 cm)

<u>Item</u>	<u>Código</u>
21	1/16 da folha (2 cm —→ 4 cm)
22	1/32 da folha (0 cm —→ 2 cm)
23	Localização na folha: centro
24	esquerda
25	direita
26	metade superior
27	metade inferior
28	primeiro quadrante
29	segundo quadrante
30	terceiro quadrante
31	quarto quadrante
32	diagonal
33	Estilo: em pé
34	sentada
35	sentada com a perna cruzada
36	deitada ou ajoelhada
37	estática
38	em movimento
39	figura toda de perfil (o que está desenhado)
40	cabeça de perfil, corpo de frente
41	cabeça e pés de perfil
42	só os pés de perfil
43	corpo de perfil e cabeça de frente
44	confusão no perfil (erros sérios)
45	figura toda de frente (o que está desenhado)
46	figura toda de costas
47	figura aninhada
48	figura vazia (chapada)
49	estereótipo

<u>Item</u>	<u>Código</u>
50	figura com título
51	transparência
52	linha de solo
53	apoio para a figura
54	enquadrada (em janela, quadro, elevador)
55	em cena (outros elementos da situação ou ambiente)
56	nua
57	levitação
58	desenhos duplos, paralelos
59	Idade da figura: criança
60	mais jovem que o autor
61	de idade aproximada
62	mais velha que o autor
63	Traçado - espessura: fino
64	médio
65	grosso
66	- consistência: sombreado
67	trêmulo
68	avanços, recuos, espigado
69	descontínuo, interrompido
70	contínuo, firme
71	- pressão: leve
72	normal
73	forte

II. Cabeça

74 Omissão

<u>Item</u>	<u>Código</u>
75	Sô cabeça (marcar o item em relação ao tamanho da pãgina)
76	Contorno impreciso, confuso
77	1/8 da figura
78	1/7 da figura
79	1/6 da figura
80	1/5 da figura
81	1/4 da figura
82	1/3 da figura
83	Metade da figura

III. Cabelo

84	Omissão
85	Comprido
86	Médio
87	Curto
88	Contorno impreciso, confuso
89	Sô contorno
90	Penteado, cuidado
91	Desordenado
92	Abundante
93	Escasso
94	Destacado da cabeça
95	Sombreado, borradura

IV. Rosto

96.	Omissão de detalhes faciais
-----	-----------------------------

<u>Item</u>	<u>Código</u>
97	Rosto disforme
98	Contorno impreciso, confuso
99	Pintado ou com linhas extras
100	Sombreado, borradura

V. Olhos

101	Omissão
102	Contorno impreciso, confuso
103	Grandes
104	Médios
105	Pequenos
106	Pupila
107	Pestana
108	Sombrancelhas
109	Óculos
110	Óculos escuros
111	Um só olho em cabeça de perfil
112	Um só olho em cabeça de frente
113	Sombreado, borradura

VI. Nariz

114	Omissão
115	Contorno impreciso, confuso
116	Grande, comprido
117	Médio
118	Pequeno

<u>Item</u>	<u>Código</u>
119	Narinas
120	De perfil em cabeça de perfil
121	Sombreado, borradura
122	Só o contorno sombreado
VII. Boca	
123	Omissão
124	Grande
125	Média
126	Pequena
127	Contorno impreciso, confuso
128	Para cima tipo palhaço
129	Para baixo ou côncava
130	Lábios: em arco de cupido
131	finos
132	grossos
133	cerrados
134	uma só dimensão
135	Língua, palito, cigarro ou outro detalhe
136	Dentes
137	De perfil
138	No lugar do nariz
139	Sombreado, borradura
140	Só o contorno sombreado
VIII. Bigode	
141	Presença

<u>Item</u>	<u>Código</u>
IX. Barba	
142	Presença
X. Orelhas	
143	Omissão
144	Grandes
145	Médias
146	Pequenas
147	Contorno impreciso, confuso
148	Bem detalhada
149	Brincos
150	Uma só orelha em cabeça de perfil
151	Forma estranha ou distorção na forma
152	Sombreada, borradura
XI. Pescoço	
153	Omissão
154	Alto, comprido
155	Proporcional em altura
156	curto
157	delgado ou fino
158	Proporcional em largura ou grossura
159	grosso
160	Contorno impreciso, confuso
161	Colar, outra jóia ou outro enfeite
162	Linha, cortando o pescoço

<u>Item</u>	<u>Código</u>
-------------	---------------

163	Pomo de Adão (na figura masculina)
-----	------------------------------------

164	Decote em V
-----	-------------

165	Distorção da forma
-----	--------------------

166	Contorno duplo
-----	----------------

167	Sombreado de todo o pescoço
-----	-----------------------------

168	Sombreado, só o contorno
-----	--------------------------

XII. Tronco

169	Omissão
-----	---------

170	Contorno impreciso, confuso de todo o tronco
-----	--

171	Completo
-----	----------

172	Distorções: da forma ou forma estranha
-----	--

173	só da cintura para cima
-----	-------------------------

174	redondo
-----	---------

175	triangular ou em trapézio
-----	---------------------------

176	duplo trapézio
-----	----------------

177	retangular
-----	------------

178	quadrangular
-----	--------------

179	oval ou elíptico
-----	------------------

180	engrossamento
-----	---------------

181	lacuna
-----	--------

182	uma só linha
-----	--------------

183	tronco e abdômem separados
-----	----------------------------

184	linhas arredondadas
-----	---------------------

185	linhas angulosas
-----	------------------

186	contorno duplo de todo o tronco
-----	---------------------------------

187	sombreado só o contorno do tronco
-----	-----------------------------------

188	Ombros: grandes musculosos
-----	----------------------------

<u>Item</u>	<u>Código</u>
189	pequenos, mirrados
190	contorno sombreado, borrado
191	Tórax: contorno duplo
192	contorno impreciso, confuso
193	sombreado, borradura
194	Seios: de frente
195	de perfil (em figura de perfil)
196	aumentados
197	acentuação e/ou presença do mamilo
198	sombreados, borrados
199	Cadeiras e nádegas avantajadas
200	sombreadas, borradas
201	Pêlos no peito ou na região genital
202	Órgãos genitais ou região genital assinalada
203	sombreados, borrados
204	Abdomem: abaulado
205	Sombreado, borradura
206	Cintura: grossa
207	normal
208	fina
209	linha da cintura como um traço
210	linha da cintura reforçada, sombreada interrompida
211	Umbigo: na figura de frente
212	na figura de perfil

XIII. Braços

213 Omissão dos dois braços

<u>Item</u>	<u>Código</u>
214	longos
215	Proporcionais: no comprimento
216	curtos
217	finos, delgados
218	Proporcionais: na grossura
219	grossos
220	Braço como uma linha
221	Contorno impreciso, confuso
222	Posição: estendidos do corpo para frente
223	voltados para atrás do corpo
224	voltados para frente do corpo
225	abertos, afastados do corpo
226	na cintura
227	um para atrás do corpo outro para a frente
228	pendentes ao longo do corpo
229	flexionados para cima
230	um para cima outro para baixo
231	Pulseira ou outro enfeite ou detalhe
232	Braços arredondados sem articulação
233	Um só braço em figura de perfil
234	Um só braço em figura de frente
235	Sombreado, borradura de todo o braço
236	Só contorno sombreado

XIV. Mãos

237	Omissão
238	Contorno impreciso, confuso
239	Grandes

<u>Item</u>	<u>Código</u>
240	Médias
241	Pequenas
242	Colocação: atrás das costas
243	nos bolsos
244	na cintura
245	sobre o abdômem
246	atrás de livros ou outros objetos
247	Luvas
248	Punho cerrado ou mão sem dedos
249	Sombreadas, borradura

XV. Dedos

250	Omissão simples
251	Encerrados por uma linha
252	Contorno impreciso, confuso
253	Compridos
254	Como palitos
255	Como garras ou pontudos
256	Arredondados
257	Em pétalas
258	Com unhas
259	Em maior número
260	Em menor número
261	Dedos sem mão
262	Sombreados

ItemCódigo

XVI. Pernas

- 263 Omissão das pernas
- 264 Ocultas por traje longo
- 265 Incompletas por não caberem no papel
- 266 Contorno impreciso, confuso
- 267 Pernas como uma linha
- 268 longas
- 269 Proporcionais: em comprimento
- 270 curtas
- 271 finas ou delgadas
- 272 Proporcionais: em grossura
- 273 grossas
- 274 Juntas
- 275 Cerradas
- 276 Abertas normalmente
- 277 Abertas em paralelas
- 278 Cruzadas
- 279 Uma só perna em figura de perfil
- 280 Uma só perna em figura de frente
- 281 Contorno duplo
- 282 Sombreado de toda a perna
- 283 Só o contorno sombreado

XVII. Pés

- 284 Omissão dos pés
- 285 Contorno impreciso, confuso

<u>Item</u>	<u>Código</u>
286	Como uma linha apenas
287	Grandes
288	Médios
289	Pequenos
290	Dedos presentes: em figura nua
291	em figura vestida: praia ou esporte
292	em traje comum mas sem sapatos
293	em sandália aberta
294	Dedos com unhas
295	Pés de perfil
296	Pés de frente
297	Pés de costas
298	Sombreado, borradura de todo o pé
299	Sombreado, borradura só do contorno
XVIII. Articulações	
300	Presença
XIX. Roupa ou acessórios	
301	Omissão
302	Contorno impreciso, imprecisão de toda a roupa
303	Traje de noite
304	Traje de praia ou esporte
305	Traje comum incompleto
306	Traje comum completo
307	Vestido bem decotado

<u>Item</u>	<u>Código</u>
308	Vestido próprio para gestante (tipo camisola, largo)
309	Bata
310	Calça comprida
311	Calça com vinco
312	Calça com vistas
313	Terninho
314	Pregas no abdômem
315	Pregas na algura dos seios e/ou contorno dos seios
316	Uniforme
317	Meias
318	Bolsos
319	Botões
320	Gravata
321	Cinto comum
322	Cinto bem apertado como "cinturita"
323	Adornos, broches, flores, lenços, bordados, etc.
324	Chapéu
325	Objetos na mão: guarda-chuva, bengala, revólver, bol sas, pasta, livros, etc.
326	Contorno duplo da roupa
327	Sombreado, borradura: da roupa toda
328	de todo o contorno
329	da blusa, camisa ou paletô
330	da saia ou calça
331	da barra da saia ou da calça
	XX. Linha média
332	Com botões, gravata ou linha mesmo

3. Crivo de avaliação para localização do desenho na folha

4. Ilustrações

4.1 Gestante nº 17, com assistência psicoprofilática pré-natal

Primigesta de 28 anos de idade, com estudo universitário completo. Exerceu a profissão de professora universitária no decorrer dos três trimestres da gravidez. Submeteu-se à assistência psicoprofilática pré-natal (AP PN) desde o primeiro trimestre.

Características principais dos desenhos nos três trimestres:

1º trimestre: Figura feminina A em primeiro lugar, muito maior (21,5 cm) do que a figura masculina (17,0 cm) e a figura B (10,3 cm); apresenta-se de biquini com acentuado sombreado nos seios; de idade aproximada à do autor. A figura B foi projetada como a de uma menina em traje comum, completo, com acentuado sombreado em toda a figura.

2º trimestre: Figura A em primeiro lugar, maior (11,0 cm) do que a figura masculina (6,7 cm) e a figura B (7,5 cm); apresenta-se com traje comum, completo e com uma das mãos sobre o ventre; de idade aproximada à do autor. A figura B, apesar de ser menor do que A, foi desenhada de idade aproximada à do autor, com traje próprio de gestante; sombreado nos seios e ambas as mãos sobre o ventre.

3º trimestre: Figura A em primeiro lugar, maior (11,8 cm) do que a figura masculina (7,4 cm) e menor que B (12,5 cm); há o aparecimento da linha de solo; apresenta-se com traje comum, completo, com saia pregueada, leve abaulamento do ventre e seios. Figura B, de idade aproximada à do autor, é projetada em uma figura de gestante, vista de frente; veste calças compridas e bata própria de gestante; sombreado nos seios, ventre bem abaulado e uma das mãos sobre ele.

Conclusões: Identificação com o papel feminino desde o primeiro trimestre. As figuras apresentam uma preocupação de detalhes que continuam presentes nos três trimestres. No primeiro trimestre são evidentes os traços de exibicionismo na Figura A e regressão na Figura B. Esta figura é projetada com o aspecto de menina, em posição postural idêntica à de A, mas apresenta uma ligeira sensação de abaulamento abdominal. No segundo trimestre, ambas as figuras têm as mesmas características de acabamento sendo que B se distingue como grávida adequada ao tempo gestacional. A, embora com as mãos no abdômen, não se evidencia tanto como gestante. No terceiro trimestre, A apresenta um ligeiro abaulamento no abdômen e B está totalmente adequada com o final da gravidez.

A gestante nº 17 projetou, na expressão gráfica da imagem corporal, o processo natural da gravidez: regressão inicial e um crescimento adequado.

Gestante Nº 17

Primigesta de 28 anos de idade, universitária, com assistência psico
profilática pré-natal desde o 1º trimestre da gestação.

Desenho do 1º trimestre de
gestação (08/02/1979): figu
ra feminina A, em primeiro
lugar, maior do que a mascu
lina e a feminina B. Apresen
ta-se de biquini com acentua
do sombreado nos seios. De
idade aproximada à da auto
ra do desenho.

Gestante Nº 17

Desenho do 1º trimestre :
figura masculina desenha
da em segundo lugar

Gestante Nº 17

Desenho do 1º trimestre: figura fe
minina B, projetada como uma menina
em traje comum completo com acentua
do sombreado em toda a figura.

Gestante Nº 17

Desenho do 2º trimestre de gestação:
(18/04/1979): Figura feminina A, em
primeiro lugar, maior do que a ma
culina e feminina B. Apresenta-se
com traje comum completo e com uma
das mãos sobre o ventre. De idade a
proximada à da autora do desenho.

Gestante Nº 17

Desenho do 2º trimestre: figura mas
culina desenhada em segundo lugar.

Gestante Nº 17

Desenho do 2º trimestre: figura fe
minina B, apesar de ser menor do que
A, é de idade aproximada à da auto
ra do desenho; com traje próprio de
gestante, sombreado nos seios e am
bas as mãos sobre o ventre.

Gestante Nº 17

Desenho do 3º trimestre de gestação (03/07/1979); figura feminina A, em primeiro lugar, maior que a masculina e menor do que a feminina B. A apresenta-se com traje comum completo, saia pregueada, leve abaulamento do ventre e dos seios.

Gestante Nº 17

Desenho do 3º trimestre: figura masculina desenhada em segundo lugar.

Gestante Nº 17

Desenho do 3º trimestre: fi
gura feminina B, de idade
aproximada à da autora do
desenho, projetada em uma
figura de gestante, vista
de frente; veste calças com
pridas e bata própria de
gestante; ventre bem abaula
do e uma das mãos sobre ele.

4.2 Gestante nº 18, sem assistência psicoprofilática pré-natal

Primigesta de 24 anos de idade, com estudo colegial completo. Exerceu a profissão de secretária durante o primeiro e segundo trimestres da gestação. Não se submeteu à assistência psicoprofilática pré-natal (APPN).

Características principais dos desenhos nos três trimestres:

1º trimestre: Figura masculina em 1º lugar e menor (8,5 cm) do que as figuras femininas A (14,0 cm) e B (12,0 cm). A figura B é menor e mais delgada que A. As três imagens foram desenhadas vazias, chapadas, ou seja, só o contorno; contudo as figuras A e B apresentam-se com linhas arredondadas, principalmente na altura dos quadris.

2º trimestre: Figura feminina A em primeiro lugar, mais delgada e menor (16,0 cm) do que a masculina (25,0 cm) e feminina B (22,5 cm). B maior do que A, a aproxima-se da masculina em tamanho. As três imagens foram novamente desenhadas vazias, chapadas, ou seja, só com o contorno; contudo, ainda persistem as linhas arredondadas na altura dos quadris.

3º trimestre: Figura A em primeiro lugar, ligeiramente menor (25,0 cm) do que a masculina (25,5 cm) e maior que B (17,0 cm). As figuras apresentam-se completas (com feições e vestidas). A, apesar de ser mais alta que B, apresenta ser mais jovem; B, de idade aproximada à

da autora, apresenta-se grávida de perfil.

Conclusão: Acentuada dificuldade de identificar-se com o próprio sexo e de se contatar socialmente, nos 1º e 2º trimestres. As figuras do primeiro trimestre têm características femininas e masculinas; as do segundo trimestre estão confusas na definição do sexo. No terceiro trimestre há definição do sexo e aparecimento da mulher grávida na figura B. A figura A apresenta má formação das mãos (seis dedos em ambas as mãos).

Gestante Nº 18

Primigesta de 24 anos de idade, estudo colegial completo,
sem assistência psicoprofilática pré-natal.

Desenho do 1º trimestre de
gestação (10/02/1979): figu
ra masculina em primeiro lu
gar e menor do que as figu
ras femininas A e B; só com
o contorno.

Gestante N.º 18

Desenho do 1.º trimestre: fi
gura feminina A, em segundo
lugar; imagem desenhada va
zia, chapada, ou seja, só o
contorno; contudo, apresen
ta-se com linhas arredonda
das, principalmente na altu
ra dos quadris.

Gestante Nº 18

Desenho do 19º trimestre: fi
gura feminina B desenhada va
zia, chapada, ou seja, só o
contorno; contudo, apresenta
-se com linhas arredondadas,
principalmente na altura dos
quadril.

Gestante Nº 18

Desenho do 2º trimestre de
gestação (05/05/1979): fi
gura feminina A, em primeii
ro lugar; mais delgada e
menor do que a masculina e
feminina B; novamente, só
com o contorno, contudo,
ainda, persistem as li
nhas arredondadas na altu
ra dos quadris.

Gestante Nº 18

Desenho do 2º trimestre:
figura masculina desenha
da em segundo lugar; sô
com o contorno.

Gestante Nº 18

Desenho do 2º trimestre: fi
gura feminina B, novamente,
só com o contorno, contudo,
ainda, persistem as linhas
arredondadas na altura dos
quadris.

Gestante Nº 18

Desenho do 3º trimestre da gestação (04/08/1979): figura A em primeiro lugar, ligeiramente me nor do que a masculina ; apesar de ser mais alta do que B, aparenta ser mais jovem; a figura a apresenta-se completa (com feições e vestida), com má formação das mãos (seis dedos).

Gestante Nº 18

Desenho do 3º trimestre:
figura masculina desenhada
em segundo lugar, completa
(com feições e vestido).

Gestante Nº 18

Desenho do 3º trimestre: fi
gura feminina B, de idade
aproximada à da autora do
desenho; apresenta-se com
pleta (com feições e vesti
da) e grávida de perfil.