

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

"ASPECTOS PSICOLÓGICOS DA GRAVIDEZ E SUAS RELAÇÕES COM A ASSISTÊNCIA HOSPI-
TALAR".

Candidata: ELIANA HERZBERG

Orientador: Professora Doutora ODETE LOURENÇÃO VAN KOLCK



Dissertação apresentada ao Instituto de
Psicologia, Universidade de São Paulo, co-
mo parte dos requisitos para a obtenção do
grau de Mestre em Psicologia - área de con-
centração PSICOLOGIA CLÍNICA.

COMISSÃO JULGADORA

Doutora Eda Marconi Custódio

Doutora Marlene Guirado

Professora Doutora Odette Lourenção van Kolck

Eda Marconi Custódio
Marlene Guirado
Odette Lourenção van Kolck

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
INSTITUTO DE PSICOLOGIA

Ellana Herzberg

ASPECTOS PSICOLÓGICOS DA GRAVIDEZ E SUAS RELAÇÕES
COM A ASSISTÊNCIA HOSPITALAR



SÃO PAULO
1986

Gott schläft im Stein
atmet in der Pflanze
träumt im Tier und
wacht auf im Menschen.

(Deus dorme nas pedras,
respira nas plantas,
sonha nos animais e
acorda no Homem)

Autor Ignorado

Ao Futuro da Laninha, do Lũ e da Cã

Í N D I C E

	Pág.
APRESENTAÇÃO	
AGRADECIMENTOS	
RESUMO	
SUMMARY	
I - INTRODUÇÃO	1
A - A Psicologia da Gravidez.....	2
1 - Revisão geral da literatura especializada	2
2 - Abordagem psicanalítica.....	22
B - O Psicólogo Clínico na Instituição de Saúde.....	38
1 - A Psicologia das Instituições.....	41
2 - A estratégia do trabalho em Psicologia Institucional.....	46
C - Objetivos do Trabalho.....	54
II - METODOLOGIA.....	56
A - O Método Clínico e as Técnicas Projetivas utilizadas (De senho da Figura Humana e Teste de Apercepção Temática).	57
B - Caracterização da População que Participou da Pesquisa.....	63
C - Procedimentos Utilizados.....	65

	Pág.
III - CARACTERIZAÇÃO DO ATENDIMENTO REALIZADO PELO HOSPITAL ESTUDADO.....	70
IV - APRESENTAÇÃO E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS.....	80
A - Atitudes e Reações das Pacientes e das Equipes Médicas e Para-Médicas.....	81
B - Dados Obtidos nas Entrevistas.....	93
C - Dados Obtidos no Desenho da Figura Humana (DFH) e no Teste de Apercepção Temática (TAT)...	105
1 - O Desenho da Figura Humana.....	105
2 - O Teste de Apercepção Temática.....	116
D - Apresentação de um Caso Ilustrativo.....	131
1 - Dinâmica psicológica.....	148
2 - Implicações institucionais.....	151
V - CONCLUSÕES E COMENTÁRIOS FINAIS.....	154
VI - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	161

ÍNDICE DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1 - Primeiro Desenho da Figura Humana de M.E.R.C.....	111
Figura 2 - Segundo Desenho da Figura Humana de M.E.R.C.....	112
Figura 3 - Segundo Desenho da Figura Humana de D.C.B.....	113
Figura 4 - Primeiro Desenho da Figura Humana de I.O.R.....	114
Figura 5 - Segundo Desenho da Figura Humana de M.F.L.O.....	115
Figura 6 - Primeiro Desenho da Figura Humana de M.E.A.....	138
Figura 7 - Segundo Desenho da Figura Humana de M.E.A.....	139

A N E X O S

Anexo 1 - Tabela utilizada pelos obstetras para a classificação de risco gravídico...	183
Anexo 2 - Impresso utilizado para o registro das entrevistas psicológicas.....	184
Anexo 3 - Histórias do TAT relatadas por E.G.S.	186

A P R E S E N T A Ç Ã O

Paralelamente ao interesse pela prática de consultório particular em linha psicanalítica, sempre me senti atraída pelo trabalho do psicólogo em instituição. Assim sendo, as oportunidades de trabalhar durante três anos como técnica da Clínica Psicológica do Instituto de Psicologia da USP-(IPUSP) e de poder continuar vinculada à mesma, atualmente como docente, possibilitaram o nascimento e desenvolvimento deste trabalho.

Três acontecimentos que se deram aproximadamente na mesma época influenciaram-me tanto na escolha como na maneira de estudar este tema. Inicialmente o fato de ter estagiado durante quase dois anos no Departamento de Psiquiatria da Escola Paulista de Medicina - (EPM), onde a participação em várias atividades e especialmente nas reuniões clínicas reforçou-me a importância das reuniões interdisciplinares, uma vez que a discussão da prática profissional com colegas da mesma área e de áreas afins é possível, de forma multiprofissional. O segundo, foi ter participado de um projeto piloto de atendimento de um grupo de mães e seus filhos, coordenado por uma colega da Clínica Psicológica do IPUSP e cuja característica principal era a de ser também um trabalho interdisciplinar, envolvendo profissionais das áreas de Educação Física, Fonoaudiologia e Psicologia, que procurava tratar da ligação mãe-filho, naqueles casos, em particular, extremamente problemáticos. O terceiro, foi ter-se iniciado um intercâmbio, a

partir de maio/82, entre a Clínica Psicológica do IPUSP e um Hospital da rede pública paulistana. Este intercâmbio, que continua existindo, consiste na participação de uma colega de Departamento e da minha, na equipe de profissionais médicos e para-médicos na Clínica Obstétrica do referido Hospital.

A decisão de estudar gestantes e puérperas neste contexto hospitalar foi tomada tendo em vista que havia pontos em comum com as situações institucionais já vivenciadas anteriormente e que haviam me motivado muito: o trabalho interdisciplinar; a reflexão sobre o papel e o lugar de cada profissional dentro de uma instituição que atende a uma população economicamente desfavorecida, que representa a maioria da população brasileira. Mas também porque, ao mesmo tempo, representava um desafio por ser uma experiência nova para mim. Estar-me-ia inserindo num ambiente no qual a Psicologia não era mais o centro, como nas duas instituições mencionadas (IPUSP e Depto de Psiquiatria da EPM), e onde, ao contrário, o psicólogo não tinha sequer um espaço configurado pois, éramos as primeiras a fazer parte da equipe.

Interessei-me, num primeiro momento, em conhecer e observar o processo pelo qual passavam as mulheres grávidas atendidas naquela Clínica Obstétrica. Ali oficialmente a ênfase não é dada na patologia psicológica, à qual frequentemente temos acesso no consultório particular ou nas instituições que oferecem especificamente atendimento psicológico ou psiquiátrico à população, mas na tentativa de estudar o co-

num, o que ocorre numa situação onde não se hipervaloriza o que é "desviante". Estava aí configurado, a meu ver, um campo muito fértil de pesquisa pois, do ponto de vista psicológico, a concepção e a gravidez representam o início das relações interpessoais, dos vínculos afetivos entre os adultos e um novo ser.

Assim, através do Método Clínico, que implica numa observação participante e intersubjetiva, o contato com os pacientes e com os integrantes da equipe assistencial foram incluídos como fonte de conhecimento da situação; foi possível conhecer um pouco a psicodinâmica de algumas pacientes, levantar questões sobre o papel desempenhado pela equipe assistencial nos casos acompanhados e, particularmente, refletir sobre o lugar do psicólogo nesse contexto. Não tinha inicialmente consciência das implicações desta proposta de seguir o percurso institucional de algumas mulheres a partir do 7º/8º mês de gravidez até o puerpério imediato. Entrevistar pacientes em horários previamente estabelecidos é fato corriqueiro na prática do psicólogo; estar disponível, no entanto, para acompanhar, ao menos parcialmente, um trabalho de parto, é situação bastante diferente. Constitui experiência emocionante que, quando pode se concretizar, intensifica de maneira dificilmente traduzível em palavras, a ligação paciente/psicóloga, e ao mesmo tempo frustrante, quando este encontro não ocorre por várias razões que vão desde barreiras institucionais de diversos tipos, infelizmente bastante frequentes, até a impossibilidade da psicóloga estar presente na

quele exato momento. Embora não tenha sido possível estar presente durante o trabalho de parto de várias gestantes, pude em certa medida, compreender alguns dos problemas enfrentados pelas equipes médica e para-médica, que têm de estar disponíveis e alertas para atendê-las nesses momentos. Esta disponibilidade inclui, por exemplo, acompanhar durante várias horas seguidas uma só paciente, num ambiente onde as condições de trabalho, caracterizadas por uma escassez de recursos humanos e materiais, frequentemente não o permitem. E, a meu ver, ter vivenciado estas situações, mesmo que por um período curto de tempo, ajudou-me a compreender certas atitudes das equipes médica e paramédica, para as quais normalmente só lançaria críticas.

Esta pesquisa tem portanto dois objetivos básicos: o de estudar a dinâmica psicológica de um pequeno grupo de primíparas atendidas no contexto específico da realidade hospitalar e o de, através deste estudo, refletir sobre os papéis desempenhados pelo psicólogo e pela equipe assistencial nesta dinâmica. Para tanto, a apresentação formal deste trabalho iniciar-se-á com um capítulo introdutório englobando uma revisão bibliográfica da literatura mais recente sobre os temas da gravidez e do trabalho do psicólogo nas instituições de saúde.

A seguir será descrita a metodologia utilizada e o terceiro capítulo constará de uma caracterização do atendimento realizado pela Clínica Obstétrica do Hospital, para situar o contexto em que a pesquisa foi feita. A apresentação e análise dos dados obtidos assim como as conclusões e comentários finais serão objeto dos dois últimos capítulos.

A G R A D E C I M E N T O S

A realização deste trabalho só foi possível graças à colaboração de muitas pessoas, às quais gostaria de expressar neste momento os meus mais profundos agradecimentos:

- à Profa Dra Odette Lourenção van Kolck por sua valiosa orientação e disponibilidade em transmitir, com amizade e dedicação, uma parcela de sua experiência; e pelo imenso respeito e tolerância demonstrados em cada etapa deste trabalho;
- ao Prof. Dr Milton Maretti, Chefe da Clínica Obstétrica, por ter sempre lutado pela participação da Psicologia nas equipes assistenciais do Hospital e sem cuja colaboração este trabalho não teria sido feito;
- à Superintendência do Hospital, que através da Dra Lourdes de Freitas Carvalho autorizou a realização da pesquisa;
- à Profa Maria Lucia de Araújo Andrade que seguindo-me, passo a passo, desde minha iniciação profissional, sempre me incentivou na prática clínica, e como não poderia deixar de ser, neste trabalho também;
- à amiga psicóloga Marly Teresinha Michelini Goulart, pelo empenho e apoio demonstrados, tanto na análise do material clínico das pacientes como nas decisivas sugestões apresentadas antes e depois de cuidadosa leitura do manuscrito;
- à amiga psicóloga Rosane Avani Rodrigues Marinelli por ter auxiliado na avaliação dos desenhos, feito minuciosa leitura do manuscrito, mas sobretudo, por ter sido continente e me ajudado nos momentos de maior ansiedade;
- à amiga psicóloga Ana Maria de Barros Aguirre, colega de Departamento, com quem pude dividir desde o início a experiência, de como técnica, trabalhar no Hospital, e atualmente como docente, ministrar a Disciplina, que juntas planejamos;

- à amiga psicóloga Leila Salomão de La Plata Cury Tardivo, também colega de consultório, com quem pude partilhar dúvidas, receios e de quem recebi valiosas sugestões;
- à psicóloga Marcia Martins Ferreiro Said que com muita eficiência e dedicação colaborou na obtenção do material bibliográfico, quase sempre de difícil acesso;
- ao José Luciano Duarte por seu cuidadoso e dedicado trabalho de revisão do manuscrito;
- ao Júlio Costa Gonzalez e Teresa Cristina dos Reis Gonzalez pelo empenho demonstrado no trabalho de datilografia;
- aos profissionais médicos e para-médicos do Hospital, por terem permitido e contribuído para a realização deste trabalho;
- às pacientes, que 'pacientemente' concordaram em participar da pesquisa, expondo sua intimidade e repartindo comigo, momentos emocionantes de suas vidas;
- finalmente à minha família, e de forma muito especial, a Hans e Margrit, meus pais e ao Rafa, Nete e Selma, irmãos e cunhada que me deram a "força" para que eu conseguisse realizá-lo.

HERZBERG, E., *Aspectos Psicológicos da Gravidez e suas Relações com a Assistência Hospitalar*. Dissertação de Mestrado, São Paulo, Instituto de Psicologia, USP, 1986, 188 p.

R E S U M O

A presente pesquisa teve dois objetivos básicos, *buscar* uma caracterização das gestantes atendidas por uma Clínica Obstétrica de São Paulo, e *iniciar* uma reflexão sobre as relações entre aspectos de personalidade das gestantes e a assistência que o Hospital propõe-se a prestar, englobando particularmente o lugar e o papel do psicólogo.

Para tanto, além de uma revisão da literatura especializada sobre a Psicologia da Gravidez e a atuação do psicólogo nas instituições de saúde, foi realizado um acompanhamento de 8 primíparas supostamente 'normais', a partir do último trimestre da gravidez até o pós-parto imediato.

A coleta de dados deu-se através do Método Clínico, incluindo entrevistas, aplicação de duas técnicas projetivas, o Desenho da Figura Humana (DFH) e o Teste de Apercepção Temática (TAT) e outras situações de observação.

A interpretação dos dados, segundo o referencial psicanalítico, permitiu levantar algumas características destas gestantes. Obtiveram-se alguns resultados até certo ponto surpreendentes pois bastante discrepantes do que seria esperado, principalmente no que tange à ordem das figuras desenhadas no DFH e à quantidade e qualidade das distorções perceptivas no TAT.

A apresentação de um caso ilustrativo completou o quadro de dados que possibilitou a análise das relações entre paciente/psicólogo/instituição. Observou-se que, apesar do papel do psicólogo ser ainda pouco claro, trata-se de um profissional muito necessário dentro de uma equipe multiprofissional.

HERZBERG, E., *Psychological Aspects of Pregnancy and its Relation to Hospital Care*, Dissertation (Master of Science Degree), São Paulo, Instituto de Psicologia, USP, 1986, 188 p.

S U M M A R Y

This study was carried out with two main purposes, the characterization of pregnant women under obstetrical care from a state Hospital in the city of São Paulo, and the beginning of a discussion on the relations between their psychological aspects and the nature of the care the Hospital provides, focusing particularly on the importance and on the role played by the psychologist in this setting.

To that purpose, a review of the recent specialized literature concerning pregnancy and the psychologists' task in health care institutions was undertaken, and a follow-up study of eight supposedly "normal" women in their first pregnancies was designed, covering the period between the last quarter of pregnancy and the immediate post-partum days.

The Clinical Method, including interviews, and the application of two projective techniques - the Human Figure Drawing (HFD) and Thematic Apperception Test (TAT) - as well as other observation situations were used for data collection.

Results interpreted within the psychoanalytical framework, made it possible to gain some knowledge about these women.

Some quite unexpected findings were obtained, chiefly relating to the order in which human figures were drawn in the HFD and to the number and quality of perceptive distortions in the TAT.

Presentation of an illustrative case (case study) supplied additional material for a more in-depth analysis of the patient/psychologist/institution relations.

Though the psychologist's role still lacks further clarification, it can undoubtedly be considered as a very important one within the framework of a multi-professional staff.

Introdução

I - INTRODUÇÃO

A - Psicologia da Gravidez

1 - Revisão geral da literatura especializada

A literatura recente sobre a gravidez é bastante ex tensa e variada, enfocando-a sob os mais diversos prismas e utilizando-se das mais diferentes metodologias. Será apresen tada aqui uma visão deste campo de investigações, procurando agrupá-las de acordo com critérios que serão explicados no de correr da apresentação das mesmas. Dada a grande quantidade de pesquisas, serão descritas com mais detalhes apenas aquelas consideradas de maior importância no contexto deste trabalho.

Quanto à origem, embora predominem os de procedên- cia norte-americana, há trabalhos publicados na Grã-Bretanha, França, Itália, Canadá, Alemanha, Austrália, Suécia, Nova Ze- lândia, África do Sul, Israel, Holanda, Japão, Noruega, Tche- coslováquia, Índia e também no Brasil. Como se pode notar, as atitudes e percepções, em relação à concepção, gravidez e parto, são estudadas em povos com realidades distintas. Para que se possa dar aos dados psicológicos o seu devido valor, é fundamental considerarmos *as diferenças culturais* na maneira como são vivenciadas estas experiências de gravidez, parto e puerpério. É o que visam mostrar, por exemplo, os estudos de Belmont (1978), Chalmers (1982) e de Harris *et al.* (1981). Es- pecialmente neste último encontramos as seguintes citações : de Mead e Newton (1967), "todas as sociedades conhecidas modelam o

comportamento das pessoas envolvidas no processo de reprodução" (p. 147); e de Malinowski (1930), "a situação de maternidade: é culturalmente determinada sobre e acima de sua natureza biológica" (p. 631). Na base desses estudos, Harris afirma que "assim, as culturas padronizam tanto o significado pessoal como a experiência física da gravidez e da parturição" (p. 47) e "a perspectiva psicanalítica da maternidade, como o centro de desenvolvimento psicosexual da mulher, é uma das crenças culturais que influencia a experiência de gravidez de muitas mulheres nos Estados Unidos" (idem).

Belmont (1978), em artigo a respeito da literatura antropológica sobre as funções reprodutivas humanas nas sociedades não ocidentais, centra-se em "três pontos específicos deste vasto assunto: as restrições impostas à mulher grávida e seu marido durante a gravidez, principalmente no que tange à alimentação e ao sexo; as teorias indígenas sobre a procriação, que frequentemente dirigem a natureza e a presença ou ausência de barreiras sexuais, e finalmente o terceiro, que são as causas atribuídas às dificuldades surgidas no momento do nascimento e os possíveis remédios para superá-las" (p. 285). Baseando-se no estudo desses dados, "é possível observar como as fantasias seguem um processo de ritualização nas sociedades não ocidentais" (p. 285). Paralelamente à descrição que faz dos costumes de diferentes grupos não ocidentais, a autora através do referencial psicanalítico, nos mostra como essas sociedades "canalizam, por intermédio das instituições (crenças, costumes, rituais, mitos), uma grande quantidade de afetos e

de fantasias que encontram desta maneira uma expressão socializada" (p. 300 e 301). Dentre os benefícios dessa expressão socializada, destaca-se "uma certa neutralização da ambivalência em relação à gravidez e ao feto e a possibilidade de reduzir a angústia provocada pela reedição, na gravidez, de conflitos antigos não resolvidos do desenvolvimento psicosssexual" (idem). Ao concluir o artigo, para ressaltar a importância das crenças e rituais de uma cultura, cita à pg. 301 Roheim que caracterizou a diferença entre a neurose individual e os costumes. Embora ambos tenham por origem os mesmos mecanismos neuróticos, para ele, a primeira é disjuntiva, enquanto os últimos constituem fatores de integração social. Em seguida, diz: "os sistemas de defesa contra angústia são a própria matéria da qual é feita a cultura e por consequência, as diferentes culturas são estruturalmente similares às diferentes neuroses".

Chalmers (1982), em trabalho de revisão sobre a gravidez, chama atenção para as diferenças existentes não apenas entre as expectativas e normas das culturas ocidentais e não ocidentais, mas também, para as existentes dentro das primeiras, citando alguns exemplos. Compara os diferentes procedimentos adotados em alguns países quanto à assistência pré-natal e ao parto, principalmente os dos Estados Unidos e os dos Países Baixos, em particular a Holanda. Embora ambos os países sejam tecnologicamente avançados, o primeiro caracteriza-se por uma obstetrícia medicamente controlada, com alto grau de intervenção tecnológica enquanto no segundo existe um en-

foque menos intervencionista. Os dados estatísticos, por ele apresentados, mostram que nos Estados Unidos a maior parte dos nascimentos (90%) se dá em hospitais, sendo assistidos por médicos e praticamente todas as mulheres são submetidas à episiotomia, isto é, a incisão do anel da vulva para impedir que se rompa no parto, e fazem uso de algum tipo de anestésico ou analgésico (85% - 95%). Já na Holanda o panorama é bastante diferente pois a episiotomia raramente é feita (8%) e a utilização do 'forceps' bem como o parto cesariano são muito menos frequentes: 2 a 4% enquanto nos EUA 9 a 12%. Os anestésicos não constituem rotina e se permite à mulher maior liberdade de movimentos durante o trabalho de parto e no parto em si. Há também uma grande proporção de partos domiciliares (70%) assistidos por parteiras e não por médicos.

Além desses, cita alguns outros procedimentos comuns na prática obstétrica da Holanda, geralmente não preconizados em vários outros países. As mulheres não são levadas de um lugar para outro, por exemplo da enfermaria para a sala de pré-parto ou de parto, durante o trabalho de parto, pois baseados em observações e estudos os pesquisadores concluíram que, perturbar ou provocar ansiedade neste período, pode ocasionar um prolongamento do mesmo e uma taxa mais alta de mortalidade peri-natal. A parteira, o marido e outros membros da família podem presenciar e até propiciar um bom suporte emocional durante o parto. Essa abordagem, aparentemente mais natural do nascimento, inclui ainda a não raspagem dos pelos pubianos da mulher e uma maior demora no corte do cordão umbilical.

Com todas as diferenças mencionadas, os EUA apresentam uma maior taxa de mortalidade infantil (21,8 a cada 1.000 nascimentos) quando comparados aos Países Baixos (da ordem de 13 a 14,5 por 1.000 nascimentos). Afirma o autor à pg. 327 que se pelo menos alguns aspectos da gravidez podem ser afetados por fatores psicológicos, então deve-se dar maior ênfase ao atendimento às necessidades psicológicas das gestantes. Considera possível supri-las, ao menos parcialmente, através de adequada preparação para o parto, bem como de técnicas obstétricas que, protegendo o bem estar da mãe e da criança, também respeitem a dignidade e a sensibilidade da parturiente.

Quanto às situações mais específicas, envolvidas nos períodos de gravidez, parto e puerpério, há vários estudos os quais serão citados aqui e posteriormente comentados.

Encontramos: a gravidez na adolescência (Foster & Miller, 1980) e depois dos 30 anos ou após ingresso numa carreira profissional (Kite, 1977 e Pickens, 1982); casos onde ocorre a negação psicótica da gravidez e do nascimento (Finnegan, *et al.*, 1982 e Slayton & Soloff, 1981); as queixas de natureza psicossomática, como por exemplo a náusea e o vômito na gestação (Netter, 1977 e Wolkind & Zajicek, 1978); os distúrbios emocionais durante a gravidez e depois do parto (Ballinger, 1982 e Zajicek & Wolkind, 1978).

O nível de ansiedade bem como o 'stress psicológico' durante a gestação e a interferência dos mesmos no parto, puerpério e no comportamento do recém-nascido são também objeto de vários trabalhos: Blomberg (1980), Bracco & Minerbo (1982),

Cox (1983), Crandon (1979a e b), Davids *et al* (1963), Fagley *et al* (1982), Gordon (1977), Grant (1984), Gray (1978), Jones (1978), Lightfoot *et al* (1982), McDonald (1965a e b), Moore (1977), Ottinger & Simmons (1964), Peres (1979) e Shulman (1978).

As reações psicológicas da mulher durante o parto em si, seja ele normal ou cesariano, com ou sem o uso de analgésicos e anestésicos, têm sido também estudadas, entre outros, por Cranley *et al* (1983), Doering *et al* (1980) e Trowell (1982). Tem-se procurado estabelecer relações entre as atitudes e as condições emocionais presentes nas mulheres durante a gravidez e o transcurso do trabalho de parto: Lederman *et al* (1979), McDonald (1965a e b), Renée (1978), Rofé & Lewin (1982), Worthington Jr (1982) e Yang *et al* (1976).

O estado depressivo transitório, frequentemente experienciado pelas mulheres no período subsequente ao parto (depressão puerperal), é o foco de uma extensa gama de pesquisas. Algumas, como as de Harris *et al* (1981), visam detectar se se trata de um fenômeno ligado à nossa cultura e, portanto, o estudam em outros grupos étnicos. Naquelas onde o objetivo principal é isolar os fatores etiológicos desse estado depressivo, vários se centram nas características psicológicas e fisiológicas predisponentes na gestante, identificando muitas vezes a população de maior risco: Beattie (1978), Beetschen & Charvet (1978), Beinstein (1982), Hayworth *et al* (1980), Janis (1977), Little *et al* (1981), Manly *et al* (1982), Minerbo (1983), Murai *et al* (1978), O'Hara *et al* (1982), Stein (1980), Stein *et al* (1981), Steiner (1979), enquanto outras

visam estudar a influência de fatores mais específicos na depressão puerperal, como a experiência no hospital (Bradley, 1977) e as condições do recém-nascido (Blumberg, 1979).

A identidade do pai, suas características, similitudes e diferenças em relação à da mãe, o "tornar-se pai", como uma crise normal do desenvolvimento humano, têm recebido crescente atenção por parte dos estudiosos: Davis (1978), Gerzie & Berman (1981), Heinowitz (1978), May (1982), Osofsky (1982), Soule *et al* (1979), Weaver & Cranley (1983).

Outros aspectos bastante estudados são as influências e conseqüências da gravidez no relacionamento conjugal e particularmente na vida sexual do casal: Calhoun *et al* (1981), Kumar *et al* (1981), Waldron & Routh (1981), Weisskopf (1980), White & Reamy (1982).

A função da assistência pré-natal tanto médica como psicológica é tema de diversas pesquisas: sua possível interferência no trabalho de parto, Astbury (1980), Doty (1967) Nelson (1982), Oakley (1982), Resta (1974), Zimmermann—Tansella *et al* (1979) e ainda sua parcela de responsabilidade com relação ao bem estar físico e psíquico dos recém-nascidos, Ainslie *et al* (1982), Beebe (1978), Doty (1967), Josten (1982), Kezur (1978), Lewit (1977).

Foram encontradas algumas descrições de serviços especializados no atendimento das necessidades da gestante e da puérpera, bem como de serviços de pré-natal, em países estrangeiros: Blondel *et al* (1982), Cooper (1977) e Turrini (1975).

No Brasil, temos notícia a nível estadual, de um Programa de Assistência à Gestante, da Secretaria de Estado da Saúde, em 1980, (apud Savastano, 1981) e de um Projeto de Trabalho em Psicoprofilaxia Obstétrica nas Unidades de Saúde do Estado de São Paulo (Mattos, s.d.). Existem algumas outras propostas para a assistência pré-natal e preparação para o parto como as de Cerruti (1974), Noronha (1978 e 1981) e Perestrello (1974) citados por Savastano (1981); e as de Gueiros (1975), Maldonado (1974 e 1975) e Savastano (1981).

Convém ressaltar que em nosso país se conta com uma grande dificuldade de entrar em contato com as publicações existentes na área, devendo haver inúmeros trabalhos não publicados, desconhecidos ou de difícil acesso.

Quanto à metodologia utilizada, boa parte dos pesquisadores parece optar pelo uso de escalas e questionários. Além desses instrumentos são frequentemente utilizadas informações "objetivas" dos prontuários médicos, incluindo medidas fisiológicas, e eventualmente são feitas observações naturalísticas. Há aqueles, entretanto, que se preocupam em desenvolver e validar novos instrumentos para uso específico durante os períodos da gravidez, parto e puerpério. Esses instrumentos receberam as mais diversas denominações: "Pregnancy Information Inventory" (Barclay & Barclay, 1976); "Maternal Attitude to Pregnancy Instrument" (Blau *et al.*, 1964; apud Sameroff *et al.*, 1982); Questionário de Percepções Maternas da Gestação (Corrêa e Fávero, 1982); "Measurement of Maternal Attachment During Pregnancy" (Cranley, 1981); "Pregnancy Attitude

Scale" (Doty, 1967); "Pregnancy Motivation Questionnaire" (Gofseyeff, 1977); "ZAR Pregnancy Attitude Scale" (Hall & Mohr, 1933; apud Zemlick & Watson, 1953); "Neonatal Perception Inventory" (Palisin, 1981); "Pregnancy Research Questionnaire" (Schaefer & Manheimer, 1960; apud Yang *et al.*, 1976).

As colocações de Miljkovitch (1977) talvez sirvam para entender alguns dos motivos pelos quais se observa acentuado predomínio da utilização de escalas e questionários sobre a de técnicas projetivas e entrevistas clínicas mais abertas. Afirma haver uma lacuna de estudos mais profundos na área da Psicologia da Maternidade e alerta para o pequeno destaque que este tema tem na literatura mais geral referente à feminilidade. Embora acredite que sejam múltiplas as razões para tal lacuna, apresenta duas que lhe parecem essenciais. De um lado, tornou-se habitual na Psicologia não se estudar o que não seja observável e mensurável; em conseqüência, existem inúmeros estudos sobre os sintomas que acompanham o período peri-natal em detrimento de estudos sobre a via afetiva subjacente, que explicam os dinamismos. De outro lado, percebe-se um fenômeno muito geral de reavaliação das possibilidades femininas no campo profissional e cultural e uma desvalorização correlativa do papel maternal, desvalorização essa que tem várias causas, inclusive políticas, como a superpopulação.

Peres (1979), ao concluir seu trabalho sobre os aspectos emocionais da experiência da gravidez, incluindo a ansiedade, as mudanças de vida e a identificação feminina, parece estar de acordo com Miljkovitch (1977), ao enfatizar a ne-

cessidade de se explorar os vários aspectos da identificação feminina mais do que as variáveis tradicionalmente medidas durante a gravidez.

Dauids & DeVault (1960), por exemplo, ao apresentarem os resultados parciais de uma pesquisa onde foram utilizados o TAT e o Desenho da Figura Humana num estudo sobre personalidade, gravidez e percepção, questionam trabalhos anteriores onde estes instrumentos, "trouxeram resultados negativos" (Swensen, 1957, apud Dauids & DeVault, 1960, p. 364) e defendem, baseados no "grau de sucesso obtido neste esforço preliminar" (Dauids & DeVault, p. 364), a análise mais complexa e mais demorada deste tipo de material projetivo em pesquisas. Além de Dauids & DeVault (1960), Ballou (1978), Gerzi & Berman (1981), Gray (1978), Janis (1977), Klatskin & Eron (1970), McDonald (1965 a e b), Miljkovitch (1977), Sargent (1977), Smith *et al* (1982), Verthelyi & Rios (1985) e Zemlick & Watson (1953) valeram-se de técnicas projetivas menos estruturadas, como o TAT, o Desenho da Figura Humana e o Rorschach em seus trabalhos.

Interessante que em nosso meio, ao estudar estes temas, a maioria dos pesquisadores optou pelo uso de tais técnicas: Bonato (1981), Bracco & Minerbo (1982), Grant (1984), Lo Bianco & Garcia (1974) e Savastano (1981).

Constatação curiosa foi a de que, dos trabalhos pesquisados e que estavam ligados ao papel do pai, a maior parte foi realizada com uma abordagem clínica, com entrevistas mais abertas e utilização de testes projetivos mais ambíguos.

Bom número dos estudos são longitudinais ou longitudinais a curto prazo e os pesquisadores contaram com condições muito favoráveis. Citamos por exemplo Klatskin & Eron (1970) que puderam assegurar a todos os sujeitos participantes de sua pesquisa (30 primíparas), as mesmas condições em termos de assistência pré-natal, parto, experiência hospitalar de alojamento conjunto, cuidados pediátricos ao recém-nascido e de acompanhamento físico e emocional após o parto. Zemlick & Watson (1953), em retribuição à cooperação em sua pesquisa puderam assegurar assistência pré-natal e ao parto individualizada e por um mesmo obstetra a todas mulheres participantes do projeto.

Serão comentados agora, os resultados de algumas das pesquisas mencionadas, aqueles que são mais relevantes no contexto deste trabalho.

Há evidências de que o 'status marital' seja fator de grande influência nas atitudes e percepções que a mulher tem em relação à gravidez, ao bebê, ao período perinatal e pós-parto, independentemente da cultura à qual pertença (Harris *et al.*, 1981 e Westbrook, 1978).

Além deste, inúmeros outros fatores são mencionados em sua influência sobre as reações emocionais da mulher nestes períodos de gravidez, parto e puerpério como, segundo Ballinger (1982, p. 634), "os de personalidade, que têm a ver com a história de vida anterior; os situacionais tais como os relacionamentos com o marido e a família e possivelmente os

fatores bioquímicos, especialmente nos dias imediatamente su
cessivos ao parto". Nessa ordem de idéia encontramos as pes-
quisas de Crandon (1979a e b). Miljkovitch (1977), McDonald
(1965a e b), Moore (1977), Stein (1980), Zajicek & Wolkind
(1978).

Na tentativa de determinar qual o peso de cada um
destes fatores, observamos que enquanto vários estudiosos apre-
sentam resultados concordantes, outros chegam a conclusões bas
tante diferentes e muitas vezes até polêmicas.

Para ilustrar o que foi dito pode-se citar como e-
xemplos de resultados concordantes, as pesquisas de Ainslie
et al (1982); Ballinger (1982); Crandon (1979a e b); Doty
(1967); Jones (1978); Kezur (1978); Lederman *et al* (1979);
McDonald (1965a e b); Moore (1977); Pinkus (1979); Stein
(1980) e Miljkovitch (1977), mostrando que há maior risco obs-
tétrico tanto para a mãe como para o recém-nascido em mulhe-
res que apresentam elevado nível de ansiedade durante a gravi-
dez e que este nível depende dentre outros, de fatores de per-
sonalidade geralmente existentes muito antes da própria gravi-
dez. São concordantes também quanto à importância da assis-
tência psicológica pré-natal como rotina, para reduzir, à me-
dida do possível, os fatores de risco físico e psicológico tan-
to para a mãe como para o bebê.

Os resultados obtidos por Cox *et al* (1983) podem ser
citados como exemplo dos que se contrapõem às pesquisas acima
citadas, pois indicam não haver associação entre depressão ou

ansiedade e gravidez ou tipo de parto.

As conclusões apresentadas por Blomberg (1980), parecem bastante polêmicas. Comparando a gravidez e parto de mulheres que não obtiveram permissão legal para praticar aborto com um grupo controle, através apenas de dados essencialmente 'objetivos' como a duração da gravidez, complicações clínicas no parto e puerpério, afirma às pgs 403 e 404, não haver fundamentação para a "hipótese de que uma gravidez inicialmente não desejada ocasione complicações ligadas à gravidez, parto ou puerpério".

Outro trabalho que chamou atenção neste sentido, foi o de Rofé & Lewin (1982), que estudou a relação entre a repressão e pressão sanguínea em mulheres durante a gravidez e o parto. Através de medidas também 'objetivas' da pressão sanguínea, batimentos cardíacos e temperatura corporal e de uma escala para avaliar o grau de repressão, concluíram à pg. 7 não ter sido encontrada confirmação para a hipótese psicanaliticamente embasada e sustentada por vários investigadores, de que os sujeitos com tipo de personalidade repressiva teriam pressão sanguínea mais elevada.

Estes dois trabalhos (Blomberg, 1980 e Rofé & Lewin 1982), parecem representar e refletir uma questão presente de maneira constante no imenso leque de pesquisa citado, questão essa relativa aos pressupostos teóricos subjacentes e, como decorrência, aos instrumentos e procedimentos utilizados. Chalmers (1982), ao comentar este assunto, observou que as

pesquisas empíricas que têm por objetivo investigar o papel de fatores psicológicos nas complicações da gravidez, em sua maioria, foram feitas no passado dentro de modelos de variáveis unitárias. Os enfoques mais recentes, em sua opinião, têm sido de tipo 'multivariável' e, subjacentes a esses, "existe o pressuposto que as variáveis psicológicas provavelmente não funcionam isoladamente de outras, tanto psicológicas como fisiológicas, na produção dos distúrbios da gravidez, ocorrendo uma complexa interação entre estes fatores" (p. 328). Nesse mesmo trabalho, Chalmers faz alguns comentários sobre problemas metodológicos das pesquisas nessa área, apontando três fatores a seu ver limitantes: o fato de serem feitas geralmente com amostras pequenas; de serem frequentemente de tipo não prospectivo e sim retrospectivo, onde o pesquisador analisa por exemplo uma amostra de mulheres que estão tendo dificuldades pós-parto e procura determinar as condições antecedentes que possam explicar esses problemas, e finalmente a dificuldade que se encontra para poder comparar seus resultados, dada a diversidade de procedimentos empregada nesses estudos.

Ballou (1978), ao fazer a introdução a seu trabalho sobre a importância dos temas reconciliativos na Psicologia da Gravidez, tece considerações metodológicas semelhantes às de Chalmers, ressaltando o valor dos estudos prospectivos que lidam com variáveis complexas. Após citar trabalhos mais recentes que justamente tiveram como objetivo aprofundar-se na história de vida das grávidas estabelecendo relações mais complexas entre variáveis, conclui à pg. 384: "em muitos sentidos, esta nova tendência na pesquisa da gravidez envolve uma rede

coberta do trabalho de Deutch (1944) e uma apreciação crescente dos escritos mais recentes de Bibring (1959) e Benedeck (1970), que afirmam que uma relação problemática precoce com a mãe constitui o pano de fundo de muitos dos distúrbios da gravidez e do puerpério". A psicanalista Pines (1982), apresentando a análise de um caso clínico de uma paciente com história de sucessivos abortos, enfatiza muito a importância do desenvolvimento psíquico precoce da mulher na evolução da gravidez e para o aborto.

Pode-se verificar que os problemas metodológicos apontados por Ballou (1978) e Chalmers (1982) parecem estar relacionados com o tipo de pesquisa. Assim geralmente as realizadas dentro de um modelo de variáveis globais, em sua maioria dentro da ótica psicanalítica, são feitas com amostras menores e muitas vezes consistem de apresentações de casos, procurando abranger mais amplamente os fenômenos, de maneira a abarcar a sua complexidade. O inverso parece ocorrer com o outro grupo de pesquisas no qual as hipóteses relativas ao papel de fatores psicológicos específicos na etiologia de certas complicações da gravidez levaram naturalmente a adoção de modelos univariáveis de investigação.

Ao focalizar o estado psíquico da mulher no pós-parto, Steiner (1979) também lembra que estamos lidando com fenômenos não unitários, observação essa que deve ser sempre levada em conta, quando se estuda fenômenos humanos, para não se incorrer em reducionismos, quer de natureza fisiológica, psicológica ou social.

Nesse sentido são concordantes as constatações de Josten (1982), ao afirmar que muitos dos problemas de adaptação que as mulheres encontram na gravidez, estavam presentes na situação anterior de vida das mesmas e têm a ver em grande parte com a qualidade da relação estabelecida entre estas e os próprios pais.

Os resultados obtidos por Smith *et al* (1982) em um estudo longitudinal onde correlacionaram atitudes e sintomas maternos durante a gravidez e o pós-parto, com o desenvolvimento de seus filhos 7 ou 8 anos depois, não dão a mesma ênfase às características maternas presentes na gravidez. Dizem eles que os sintomas e atitudes durante a gravidez, particularmente as tendências depressivas, foram menos decisivos para o desenvolvimento das crianças do que os registrados no pós-parto.

Kezur (1968) estudando também o processo de ligação maternal na gravidez, enfatiza que se trata de um fenômeno extremamente complicado envolvendo fatores da Biologia, da Psicologia e da Cultura.

Parece existir um consenso entre diversos estudos, tais como Arbeit (1976), Barclay & Barclay (1976), Brazelton *et al* (1979, apud Gauthier, 1982), Ballou (1978), Beetschen & Charvet (1978), Erikson (1976), Gauthier (1982), Gloger-Tippelt (1983), Kleinman (1977), Maldonado (1980) e Rubenstein (1977), quanto a considerar, dentro do ciclo vital da mulher, a gravidez como um período de crise normal do desenvolvimento, assim como a adolescência, menopausa, etc. A

crise se dá por ser, de acordo com Maldonado (1980), um período de "tensão biologicamente determinado, caracterizado por mudanças metabólicas complexas, estado temporário de equilíbrio instável devido às grandes perspectivas de mudanças envolvidas nos aspectos de papel social, necessidade de novas adaptações, reajustamentos interpessoais e intrapsíquicos e mudança de identidade" (p. 11).

Como 'crise' não deve ser interpretada como um momento catastrófico no contínuo do desenvolvimento humano, mas como algo crucial, onde as soluções encontradas para dar conta de todas as mudanças podem conduzir a uma maior maturidade ou então a um maior grau de desintegração, desorganização e desajustamento da personalidade.

Gauthier (1982), citando Brazelton *et al* (1979), nos alerta para o fato de que, em vista da 'crise', determinadas características existentes na gravidez como por exemplo um nível mais elevado de ansiedade e de angústia, podem ser consideradas como uma reação muito salutar, uma espécie de reação de alarme, que permite uma nova organização do papel maternal.

Em seu artigo intitulado "Psicologia e Psicopatologia da Maternidade-Psicose Puerperais", Beetschen & Charvet (1978), citando Racamier (1961), referem-se à gravidez como uma fase do desenvolvimento da mulher. Racamier introduziu na França o termo 'Maternalidade', para designar o conjunto dos processos psico-afetivos que se desenvolvem e se integram na mulher durante a maternidade. O sufixo "alidade" conferiria ao termo

o valor de uma autêntica fase de desenvolvimento da personalidade feminina, comparada por exemplo à adolescência. Esse último autor, acredita que nessa fase a estrutura psíquica da mulher se aproxima normalmente, mas reversivelmente, de uma estrutura psicótica, caracterizando-se por uma regressão intensa e fecunda cuja existência, desenrolar e domínio estão ligados à possibilidade de identificação da mulher ao mesmo tempo à sua criança e a sua própria imagem materna. A regressão estaria colocada sob a dependência de fatores tanto históricos como atuais e seria distinguível por uma "alta sensibilidade às situações exteriores reais". Toda a psicopatologia da maternidade se prestaria assim a ser vista ou ouvida como perturbação, mais ou menos profunda, mais ou menos durável, da maternalidade.

Sem descartar a teorização de Racamier, Beetschen & Charvet (1978) optam por compreender a psicopatologia da mulher grávida ou em pós-parto como índice ou testemunho de um conflito vivificado pela situação de gravidez, entre, como dizem às pgs 92 e 93, o "eu estou grávida (crise narcísica)" e o "eu estou esperando um bebê (expressão do desejo de criança e de suas implicações quando esse vem a se realizar)". Resumidamente pode-se dizer que para esses autores, durante a gravidez deve ir ocorrendo um abandono progressivo pela mulher de seu objeto de completude imaginária, isto é, a elaboração gradativa da perda, da falta narcísica, bem como o abandono da criança imaginária pelos seus dois pais, e concretamente o colocar uma criança no mundo. Trata-se de uma criança imaginária

ria, enquanto permanece no ventre materno, mesmo que se dê a perceber pouco a pouco, como por exemplo através dos movimentos; e criança imaginária, mesmo já fora do ventre, do desejo infantil dos pais e, como tal, suporte de fantasias e representações resultantes da história particular de cada um de seus dois pais. Através de exemplos clínicos, procuram mostrar como a psicopatologia da gravidez e do pós-parto estão relacionadas a uma maior dificuldade por parte da mulher em elaborar esses conflitos.

Embora seja mais comum a divisão da gravidez, por vários autores entre os quais Kestenberg (1982) e Maldonado (1980), em três trimestres, onde cada um deles tem características específicas, recentemente Gloger-Tippelt (1983) publicou um artigo propondo uma divisão em quatro fases. Isto facilitaria a integração entre os três níveis de processos básicos analisados: o biológico, psicológico e o social. A primeira fase seria a de ruptura (da concepção até a 12ª semana), onde ocorrem mudanças radicais nos três níveis; a seguir, viria a de adaptação (12ª semana à 20ª semana), um período de ajustamento às rupturas iniciais, ocorrendo um predomínio dos processos de familiarização e habituação; a terceira seria a fase de centração (20ª à 32ª semana), dominada pela tarefa central de produção; e finalmente viria a fase de antecipação e preparação (32ª semana até o nascimento), um período onde ocorre uma preparação ativa para o parto e a situação de vida subsequente.

A autora alerta para o caráter esquemático do modelo e para o fato de que em cada fase, além de concentrar nossa atenção no que ocorre em cada nível (biológico, psicológico e social), devemos considerar as relações existentes entre eles e também, naturalmente, entre as fases propriamente ditas. Ainda dentro de seu modelo Gloger-Tippelt (1983) propõe a análise nos mesmos termos, portanto incluindo os três referidos níveis, para as condições anteriores à gravidez, uma vez que esta ocorre num determinado momento histórico na vida de uma mulher. Assim, as condições biológicas, psicológicas e sociais antecedentes têm influência no curso da gravidez.

Após esta apresentação geral da vasta literatura existente sobre a gravidez passar-se-á neste momento à abordagem psicanalítica.

2 - A Abordagem Psicanalítica

Pode-se perceber através da revisão da literatura sobre a gravidez, que muitos estudiosos ressaltam a importância de se utilizar um referencial teórico abrangente e profundo, como o psicanalítico, para a compreensão de certos fenômenos. Dado que neste trabalho este foi o referencial escolhido, tanto para a coleta de dados, como para a interpretação dos mesmos, considerou-se importante apresentar uma pequena síntese das colocações feitas por alguns psicanalistas ou psicólogos que utilizaram este referencial e que se dedicaram especificamente e em profundidade ao estudo da gravidez. É interessante observar que a maior parte dos psicanalistas que trataram deste tema inspiraram-se fundamentalmente na teoria Kleiniana.

Em muitos momentos suas colocações dão aparentemente à gravidez e seu transcurso um colorido sombrio e até mesmo de conotação patológica. Não se pode esquecer, no entanto, de que estão tratando de fantasias arcaicas e de processos, na maior parte das vezes, inconscientes, considerados por eles como comuns e até mesmo esperados e desejáveis, no mundo mental dos indivíduos.

O maior ou menor grau de patologia será dado muito mais pela forma e intensidade em que essas fantasias e mecanismos interferem na vida dessas mulheres do que pela simples existência dos mesmos. Pode-se até dizer, dentro da abordagem psicanalítica que seria esperado encontrá-los, sendo sua

ausência sinal de violento bloqueio e repressão, ou de uma possível patologia. Como já disse Racamier, citado por Beetschen & Charvet (1978) referindo-se à fase por ele denominada de Maternalidade: nesta fase, a estrutura psíquica da mulher se aproxima normalmente, mas reversivelmente, de uma estrutura psicótica...

Antes de iniciar a exposição das referidas colocações, cabe lembrar que os vários pesquisadores, via de regra destacam a importância dos fatores biológicos tais como as mudanças orgânicas e hormonais que ocorrem desde o início da gravidez até o puerpério e dos fatores sociais e culturais, para a compreensão dos processos psicológicos por eles descritos. Devido à impossibilidade de abarcar neste trabalho todos estes aspectos, será dada ênfase aos fatores psicológicos, o que não significa um esquecimento, ou desvalorização destes outros aspectos, mesmo porque os processos psicológicos se dão num ser biológico, que está inserido de determinada maneira num contexto social.

Langer (1981), renomada psicanalista austríaca radicada na Argentina, dedica grande parte de sua atenção à Psicologia Feminina. Para a compreensão dos vários aspectos da feminilidade, do desenvolvimento psicosexual da mulher e de seus transtornos, Langer utiliza-se das contribuições da antropologia, principalmente dos estudos de Margaret Mead, bem como da escola psicanalítica de Viena representada por Freud, Brunswick, Deutsch e Horney e da inglesa com Klein e Jones. Para ela, toda gestação, mesmo a extremamente desejada ou indesejada,

produz uma situação de maior ou menor conflito entre uma tendência maternal e outra de rejeição, e o fato de engravidar e depois levar a termo a gravidez indica um predomínio dos processos psicológicos de aceitação sobre os de rejeição. O transcurso da gravidez e do parto de uma mulher dependerá muito da relação primitiva existente entre esta e sua mãe, pois, segundo a autora, ocorre por parte da mulher adulta uma repetição, a nível de fantasia, de sua situação infantil.

Segundo a autora, existem raízes inconscientes e conscientes que levam a mulher a desejar um filho. São raízes inconscientes: o instinto maternal (causa biológica); a recuperação de sua própria mãe, permitindo a identificação com a mesma; a necessidade de comprovar sua própria fertilidade; o desejo infantil de presentear uma criança ao seu pai; a obtenção do pênis (feto = pênis) inconscientemente desejado. As causas racionais seriam: o desejo de reviver a própria infância através do filho; dar ao filho o que ela não teve; a rivalidade em relação às demais mulheres; o reter o marido; a necessidade de "status" e finalmente alguma outra causa atual. Conclui, ao final, à pg. 198: "Mas, no fundo, o desejo da mulher de dar à luz a um filho provém de sua necessidade psicobiológica, de desenvolver todas as suas capacidades latentes".

Partindo de colocações de outros psicanalistas e fundamentada em material clínico, explica como se dá este processo: a mulher grávida faz uma dupla identificação, uma com o feto, onde revive sua própria vida intra-uterina, projetando sobre ele sua voracidade infantil, seus desejos da primeira

infância de comer a mãe; e outra, com sua mãe, onde o feto a representa e particularmente seu superego, revivendo assim sua relação ambivalente com a mesma. Com tudo isso, a grávida tem a vigância oral e o feto pode ser experimentado como algo angustiante que leva dentro de si. Além desta dupla identificação, o feto pode representar algo roubado à mãe: pode ser o filho que pertencia à mesma ou o pênis, que a mãe, na fantasia infantil da menina, leva dentro de si. Devido aos sentimentos de inveja da capacidade criativa da mãe, as fantasias precoces e inconscientes da menina de tê-la despojado de conteúdos valiosos do seu corpo e de tê-la proibido de engravidar, torna-se perigoso assumir seu lugar, ou seja, ser mãe e expor-se a seu ódio. A identificação destas fantasias durante a gravidez e o parto, seria a causa de inúmeros transtornos somáticos e de múltiplas angústias. Manifesta-se também o desejo de reparação pela própria gravidez, com a devolução do filho roubado e ainda através da bondade e integridade do próprio corpo.

Ao analisar os sintomas físicos que se manifestam através da região da boca, tais como os vômitos, a tosse compulsiva e as faringites, Langer os considera como um protesto simbólico, uma vez que se chocam com o desejo de prosseguir com a gravidez, pois o feto, concretamente não sairá pela boca. Ao mesmo tempo, representam a persistência de velhas teorias infantis com respeito à concepção, isto é, a crença de que a mulher engravida por ter comido algo. Ainda em relação à sintomatologia oral, Langer considera que a grávida na sua identificação com o feto vive profunda regressão à primeira

infância e, portanto, recorre aos mecanismos pelos quais o lactente rejeita o que lhe é nocivo, através do vômito e da diarreia. As angústias da mulher grávida provêm em grande parte de suas frustrações orais e de sua desconfiança e ressentimento oral em relação à mãe.

Quando os sintomas orais não propiciam a redução do elevado grau de ansiedade, surgem sintomas anais, como a diarreia e a constipação, que são na realidade mais perigosos, situando-se inclusive mais próximos à região do útero. Estes sintomas estão ligados às fantasias arcaicas onde vigora a teoria da cloaca, na qual há um orifício excretor apenas, que realiza todas as funções, e a vagina e o ânus confundem-se, e a criança é dada à luz como um excremento, pelo ânus. Não são incomuns as associações inconscientes entre a diarreia e aborto no material clínico de mulheres gestantes.

"A gravidez difícil é indício de conflitos", embora a ausência de transtornos não seja "prova de uma aceitação prezeirosa e livre da gravidez" afirma Langer, 1981, à pg. 207 acrescentando, entretanto, à pg. seguinte: "ainda que não exista gravidez isenta de angústia e conflito, justamente pela grande mudança e conquista que implica, normalmente é acompanhada por um grande sentimento de felicidade";... "a mulher se sente serena e tranqüila, identificada com seu ideal de mãe e com seu filho bem protegido por ela. Vive neste estado, a união mais íntima que possa existir entre dois seres. Desde que nasceu, pela primeira vez não está mais só".

Quanto aos transtornos da gravidez, além dos conflitos com a própria feminilidade, Langer aponta os fatores culturais e sociais. Baseada em estudos antropológicos, afirma à pg. 192, que as sociedades ocidentais tendem a encarar todas as funções femininas "como algo doloroso e cheio de perigos". Em relação aos fatores sociais, acredita existir uma ampla gama, que inclui tanto situações econômicas e sociais adversas, como o desamor do marido e dificuldades pessoais. Um mínimo de estabilidade exterior é necessário para que a mulher possa vivenciar a gravidez sem maiores transtornos. Uma situação econômica difícil muitas vezes já provocou distúrbios na infância da mulher, isto é, já lhe roubou a segurança afetiva da qual como criança tanto necessitava.

Segundo a psicanalista Soifer (1977, pgs 21 e 22), existem "certos momentos específicos de incremento da ansiedade durante a gravidez que podem ser classificados da seguinte maneira: a) no começo da gravidez; b) durante a formação da placenta (2º e 3º meses); c) diante da percepção dos movimentos fetais (3 meses e meio); d) por ocasião da franca instalação dos movimentos (5 meses); e) por ocasião da rotação interna (6 meses e meio em diante); f) o começo do nono mês; g) os últimos dias antes do parto.

Cada um destes momentos de maior ansiedade, que podem "produzir sintomatologia física própria, ou inclusive provocar o aborto ou o parto prematuro, se caracteriza por fantasias bem determinadas e específicas, cujo conhecimento permite

ao profissional interventor realizar a psiquiatria adequada como prevenção de um ulterior agravamento". Serão apresentadas a seguir, algumas fantasias freqüentes nas gestantes, detectadas pela referida autora em sua prática clínica, de acordo com os momentos da gravidez em que se encontram.

Antes, porém, cabe um comentário sobre a questão da aceitação e rejeição da gravidez. Como Langer (1981), Soifer inicialmente também considerou em toda gravidez a existência de dois pólos: de aceitação e de rejeição. No entanto, em palestra proferida em set/85, no Instituto Brasileiro de Estudos e Pesquisas de Gastroenterologia, em Debates sobre Perinatologia, a psicanalista retificou esta colocação, afirmando que a base da psicologia feminina é o desejo de ter filhos, e que não se pode falar em rejeição da gravidez, mas em conflito. Pode isso sim, haver oposição ao desejo, ou uma diminuição deste devido ao incremento de ansiedade. Esta retificação foi decorrência de sua experiência com grupos de mulheres estéreis, onde pôde verificar que um intenso desejo inconsciente é condição necessária, embora não suficiente, para a ocorrência de uma gravidez,

Vejamos agora cada um dos momentos específicos analisados:

a) A Situação Psicológica no Começo da Gravidez

O sintoma físico da hipersonia, neste período, tem como correlato psicológico o início dos processos de regressão e retração que estariam indicando por sua vez uma identi-

ficação fantasiada com o feto e a percepção inconsciente da gravidez. Representa um preparo físico e psíquico para a gravidez. Nos sonhos são freqüentes imagens de interiores de casas ou objetos contínuos (malas, carteiras) e de crianças ou animais pequenos ou de veículos grandes, pois embora não exista a percepção consciente do bebê na barriga, ocorre o registro inconsciente das mudanças no esquema corporal.

A ansiedade, provocada pela incerteza quanto ao fato de realmente estar grávida, seria responsável pela intensificação das náuseas e vômitos neste período.

Para Soifer também, a gestação reativa na mulher conflitos e fantasias antigas, vividas por esta na sua relação com os pais. Assim por exemplo, a mulher que, como criança fantasiou de maneira excessivamente intensa ataques à mãe e desejou de igual maneira ocupar seu lugar para ter uma relação exclusiva com o pai, pode vivenciar a gravidez e a maternidade de maneira persecutória, devido ao sentimento de culpa infantil, provocados por estas fantasias e desejos, normais do desenvolvimento. "A vivência persecutória é que alguém possa tirar-lhe o filho sonhado e demonstrar-lhe que se trata de uma fantasia e não de uma gravidez real: ou que a gravidez tão desejada implique na perda da própria mãe, por ter-se concretizado a fantasia infantil invejosa: ter o filho e que a mãe seja destruída" (Soifer, 1977, pg. 24). Muito provavelmente a mulher, cuja mãe em realidade teve problemas graves, adoeceu, acidentou-se ou no caso mais extremo morreu, enfrentará, segundo esta maneira de entender o processo de gestação, maio-

res dificuldades para assumir o papel de mãe, e estará mais propensa a desenvolver de forma exacerbada, as sintomatologias físicas comuns à gravidez, como por exemplo, a intensificação das náuseas e vômitos ocorrendo como tentativa, a nível inconsciente, de assegurar o fato de estar grávida.

Segundo Garma (apud Soifer, 1977, p. 25), na "gênese dos vômitos da gravidez pode ser muito importante o influxo de fantasias inconscientes da mulher - existentes também no marido - de que seu embrião ou feto carece de algum membro e é de algum outro modo, incompleto ou até monstruoso".

b) - Ansiedades do 2º e 3º meses: Formação da Placenta

Por ser um ato agressivo por parte do ovo em relação à mucosa uterina, a placentação e a nidação são percebidas inconscientemente pela mulher através da reativação de fantasias persecutórias de roubo e esvaziamento, a sensação terrífica de ser comida e esvaziada por um monstro, que simboliza o filho. São freqüentes os sonhos onde aparecem direta ou indiretamente elementos do sangue, e também o medo de aborto. A nível latente existem geralmente conflitos edípicos não elaborados.

Acrescentam-se, neste período, as sintomatologias físicas da diarréia e da constipação intestinal, que a gestante costuma associar ao perigo de aborto.

c) *A Percepção dos Movimentos Fetais (3 meses e meio)*

Os movimentos fetais podem ou não ser conscientemente percebidos neste período, pois o mecanismo de defesa de negação pode embotar esta percepção. Uma vez percebidos, eventualmente serão sentidos como agressivos e perigosos, e como possíveis causadores de danos físicos ao interior do corpo da mulher. Nestes casos, através da projeção, são atribuídos ao feto os impulsos hostis anteriormente dirigido à própria mãe quando grávida, fantasiada ou real.

Além da negação e da projeção, podemos encontrar o pólo oposto, através dos mecanismos maníacos, situação na qual o feto é idealizado, imaginado como bom e que trará apenas felicidade. Temos aí a expressão das tendências reparatórias. Os sonhos das mulheres neste período frequentemente revelam conteúdos ligados ao parto e também imagens de crianças já desenvolvidas, muito boas, que falam, sorriem, enfim, seres idealizados, cheios de amor pela mãe.

Os mecanismos descritos (negação, projeção, mania, idealização e, eventualmente, o masoquismo e a hipocondria), surgem para aplacar intensas ansiedades advindas de várias fontes, dentre estas: o fato do feto ser realmente um desconhecido dentro do corpo (sexo, forma, características); o medo da responsabilidade assumida, de estar dando vida, o que implica em ceder parte da própria; o temor de uma malformação fetal; o medo de não ser capaz de criar e educar bem o filho, dando em resultado uma criança malvada e terrível, tal como ela sentiu-se como criança, e daí a fantasia de um feto monstruoso.

truoso; o medo de ficar deformada e o de morrer no parto; o sentimento de fealdade.

Além disto, a movimentação fetal pode provocar intensa irrupção de ansiedade e de culpa pois "reativa no inconsciente as fantasias incestuosas e masturbatórias infantis" (Soifer, 1977, p. 33), uma vez que se trata de união tão íntima e pessoal onde ninguém pode interferir. Essa ansiedade seria dominante durante toda a gravidez.

Sintomatologias orgânicas podem aparecer concomitantemente às ansiedades descritas, tais como dores musculares, câimbras, enxaquecas, diarreia, prisão de ventre, etc.

d) Ansiedades Devidas à Instalação Franca dos Movimentos (5º mês em diante)

Com o aumento da movimentação fetal, ocorre uma maior percepção das contrações uterinas fisiológicas da gravidez. Esta ampliação de percepção, por sua vez, intensifica as fantasias já descritas anteriormente e acentua a retração narcísica, como mecanismo de defesa.

e) Ansiedades Produzidas pela Rotação Interna (6 meses e meio em diante)

A rotação interna do feto é percebida inconscientemente e dependendo da estrutura de personalidade da mulher, também conscientemente. Neste caso, geralmente é sentida como uma "revolução dentro do abdômen", sendo algo assustador. "Em

geral estes movimentos despertam a sensação de perda e a fantasia de parto prematuro a nível consciente" (Soifer, 1977, p. 42).

O conteúdo dos sonhos nesse período mantém uma relação direta com o parto. Surge o temor de aniquilação ou de—sintegração em relação ao feto, medo de que este caia, que não tenha a sustentação necessária, o terror em relação ao filho que é identificado com o sinistro e com a loucura. Novamente, a nível profundo, parecem ser as vivências edípicas, as desen—cadeantes desta crise de ansiedade.

Soifer cita e explica diferentes sintomas de aparição freqüente neste momento: hipertensão, lipotímias, hipermese, diarréias, constipação persistente, edemas e aumento ex—cessivo de peso, etc.

A ocorrência de parto prematuro pode, em alguns casos, se dar devido ao fato da mulher, bem como seu meio, não terem a estrutura necessária para controlar a crise de ansie—dade provocada pelos movimentos de rotação interna do feto.

f) Ansiedades do Começo do 9º mês

Nesta etapa reaparecem crises intensas nas quais fi—cam expressos novamente o temor à morte no parto, à dor, ao parto traumático como fórceps e cesariana, à criança mal—formada e à morte do filho, incrementado pela diminuição real da movimentação. Estes temores são geralmente concomitantes às mudanças fisiológicas preparatórias para o parto.

Os sintomas físicos da 'gestose' e o conhecido 'alarme falso' podem ocorrer pela negação ou repressão das ansiedades e temores mencionados.

Quanto à percepção do sexo do bebê, através de sua experiência, Soifer concluiu que as gestantes geralmente "sabem". Quando se trata de menino, geralmente há o predomínio de "fantasias terroríficas e um incremento das ansiedades persecutórias durante a gravidez, embora existam também as ansiedades depressivas" (p. 50); no caso de meninas, ocorre o contrário, isto é, predominam as ansiedades depressivas, de esvaziamento e perda, sobre as persecutórias. Estão intensificadas as vivências de culpa por ter esvaziado e destruído a mãe, nas fantasias infantis inconscientes. Se há predomínio das ansiedades persecutórias, no caso de gravidez de menina, estas são de natureza homossexual. Importante mencionarmos que segundo a própria autora, o valor destas constatações clínicas reside na possibilidade de realizar intervenções psicoprofiláticas no caso de preferências explícitas em relação ao sexo do bebê, e não na tentativa de adivinhar ou prever seu sexo.

Durante o trabalho do parto propriamente dito, Soifer acredita que há uma revivência do próprio nascimento. É favorável ao parto de cócoras que, segundo ela, ocasiona menor confusão e menor despersonalização, pois a mulher não fica deitada, posição que equivale à situação de estar doente, e sim, assume uma posição ativa. Como no inconsciente feminino, frequentemente observa-se a equiparação fezes/nenê e pênis/nenê, acredita que quanto mais ativa for a mulher durante

o trabalho de parto, e quanto menor for o nível de intervenção médica, menor será a sensação de confusão e a de despersonalização, e segundo sua experiência clínica, menor a depressão pós-parto.

Outra autora psicanalista que merece ser aqui resenhada é Kestenberg (1982). Ao apresentar suas contribuições para a compreensão do psiquismo da mulher, além de colocações semelhantes às autoras anteriormente citadas, acrescenta ao modelo de desenvolvimento freudiano clássico uma fase pré-edípica, vivenciada tanto pelo menino como pela menina, a qual denominou de "interno-genital". Esta fase constituiria o "berço da maternalidade em ambos os sexos" (p. 153), muito embora também: as fases oral, anal, fálica e genital desempenhem papel de importância na preparação para a maternalidade.

A autora procura estabelecer a continuidade genética entre: os antecedentes infantis e adolescentes da gravidez, a paternidade; e o desenvolvimento da mulher durante a gravidez. Esta seria uma oportunidade para reintegrar as fantasias desenvolvidas na infância e adolescência a seu papel de adulta, bem como para resolver antigos conflitos entre a grávida e sua mãe e para preparar o estabelecimento de nova família em continuidade com a antiga.

Aponta a tendência predominante para o estudo das manifestações de "stress" em três trimestres da gravidez havendo "uma tendência para conflitos orais predominarem no primeiro trimestre; anais, no segundo e uretais, no terceiro" .

Assim "... durante a nidação, no primeiro trimestre, as tendências orais incorporativas refletem a ligação do feto com a mãe. Com a formação da placenta um estado verdadeiramente simbiótico é estabelecido. Durante o período em que a mulher grávida carrega o feto, agora ligado com segurança, no segundo trimestre, as tendências reativas anais facilitam e auxiliam a reconhecimento do feto como objeto distinto, um hóspede do útero. Durante a preparação para abandonar o feto, no terceiro trimestre, as tendências uretrais de "soltar" agem como uma ajuda para a prevista conversão de um objeto interno em outro externo, o filho" (pgs 162 e 174). Afirma ainda que seus "achados globais indicam que a gravidez repete e reorganiza todas as fantasias arcaicas da criança. Longe de ser estado pré-genital ou fâlico, parece ser nova fase interno-genital do desenvolvimento feminino" (p. 174).

Talvez se possa considerar em nosso meio, Maldonado (1980; 1982 e Maldonado & Canella, 1981), como a pesquisadora mais expressiva dada a quantidade de publicações dentro desta área, embora existam também outros trabalhos abordando, sob vários ângulos psicológicos a função procriativa da mulher (Bonato, 1981; Grant, 1984; Savastano, 1981 e Tsu, 1980).

Maldonado (1980) ao caracterizar os aspectos psicológicos da gravidez, subdivide-a assim como Kestenberg, em três trimestres. Seus achados são de maneira geral consistentes com os já referidos anteriormente e por esta razão não serão aqui expostos. Vale a pena, porém, reproduzir duas de suas importantes conclusões a respeito do ciclo grávido-puerperal da mulher brasileira apresentados à pg. 189: "a relati-

va uniformidade de vivências emocionais e temas deste período", independentemente do nível educacional ou sócio-cultural, "e a existência de diferenças mais quantitativas do que qualitativas entre as vivências presentes na gravidez normal e na patológica".

Considera ainda que os sonhos e as fantasias expressas pelas gestantes constituem-se em sinais prognósticos da relação materno-filial.

B - O Psicólogo Clínico na Instituição de Saúde

Ao contrário do que se pode observar em relação à Psicologia da Gravidez, os campos da Psicologia Institucional e da atuação do psicólogo clínico na instituição de saúde não foram tão vastamente estudados. Apesar de se dispor nesta área de um número mais reduzido de publicações, parece haver um interesse crescente pela mesma.

Em seu livro "Psicohigiene e Psicologia Institucional", Bleger (1976), trouxe uma contribuição significativa nesta área e, por este motivo, algumas de suas idéias serão aqui resumidas. O autor acredita que a Psicologia precisa penetrar cada vez mais na realidade social, "incluindo o estudo dos grupos, das instituições e da comunidade, bem como problemas sociais nacionais e internacionais, já que a dimensão psicológica se faz presente em tudo, dado que em tudo o ser humano intervém" (p. 20). Não se trata porém de um reducionismo psicológico, de achar que tudo dependa da Psicologia, mas que esta "pode e deve gradualmente oferecer uma contribuição considerável para salvaguardar e melhorar a vida de todos os seres humanos" (p. 20). A seu ver, a "função social do psicólogo não deve ser basicamente de terapia, mas de saúde pública - organização que centra e dirige os esforços coletivos para proteger, fomentar e reparar a saúde e, dentro dela, a higiene mental que consiste nas atividades e técnicas que promovem e mantêm a saúde mental. O psicólogo clínico deve intervir intensamente em todos os aspectos e problemas concernentes à Psicohigiene - fundamentalmente sobre

o nível psicológico dos fenômenos humanos, com métodos e técnicas procedentes do campo da Psicologia Social- e não esperar que as pessoas adoecem para poder intervir" (p. 27).

Desta forma o foco do trabalho desloca-se da enfermidade e da terapia para a saúde da comunidade. Para ele, então, embora o psicólogo clínico deva ter sua participação assegurada em toda equipe de saúde pública, não podem ele mesmo, o público e os demais profissionais, cair em extremos. Ou seja, por um lado, idealizar onipotentemente seu papel, acreditando poder resolver os problemas da higiene mental, ou por outro, menosprezando impotentemente suas possibilidades de atuação. Bleger alerta ainda para outro risco que é o de equiparar a higiene mental à reforma econômico-política da sociedade e transforma-lá num movimento ideológico em si mesmo.

Segundo ele, a Psicologia Institucional, além de ser nova e recente dentro da Psicologia, é também um campo de aplicação de conhecimentos, pois, para ele, não é possível separarem-se as duas coisas. A prática não consiste em uma derivação subalterna da ciência, ao contrário constitui seu núcleo fundamental. Assim, quando atua, o profissional deve estar atento às conseqüências de sua intervenção e pronto para formular novas hipóteses ou retificá-las. Através desse processo dinâmico, dá-se o desenvolvimento das teorias e um aprimoramento na aplicação das mesmas.

Bleger descreve três etapas básicas no desenvolvimento histórico da Psicologia: numa primeira etapa, houve a

preocupação de se estudar "partes abstratas e abstraídas do ser humano, como a atenção, memória, etc."; o estudo do ser humano como totalidade mas abstraído do contexto social constituiu a segunda etapa, sendo a terceira, aquela onde se insere a Psicologia Institucional, abarcando o estudo do ser humano como totalidade nas situações concretas e em seus vínculos interpessoais presentes e passados.

Bleger divide o estudo das instituições em três aspectos fundamentais, em estreita relação e interdependência: a estrutura e dinâmica das instituições; a Psicologia das Instituições e a estratégia do trabalho em Psicologia Institucional. Em função dos objetivos do presente trabalho, serão abordados agora apenas os dois últimos aspectos.

1 - A Psicologia das Instituições

Baseando-se na definição de instituição dada pelo sociólogo Fairchild, Bleger considera que a "Psicologia Institucional abarca o conjunto de organismos de existência física e concreta, que tem um certo grau de permanência em algum campo ou setor específico da atividade ou da vida humana, para estudar neles todos os fenômenos humanos que se dão em relação à estrutura, dinâmica, funções e objetivos da instituição" (p. 52). Por Psicologia das Instituições, "...entende o estudo dos fatores psicológicos que se acham em jogo na instituição, pelo simples fato de que nela participam seres humanos e pelo fato da mediação imprescindível do ser humano para que ditas instituições existam" (p. 79). Com esta definição, Bleger não quer dizer de forma alguma que as instituições tenham origem psicológica e muito menos que possuam caráter subjetivo ou que não sejam sujeitas às leis da estrutura social e econômica da sociedade. Mas procura valorizar e propor como objeto de estudo justamente a interação entre a instituição e a dinâmica psicológica individual. Assim afirma à pg. 81 "toda instituição não é somente um instrumento de organização, regulação e controle social, mas ao mesmo tempo é um instrumento de regulação e de equilíbrio da personalidade, e da mesma maneira que a personalidade tem organizadas dinamicamente suas defesas, parte destas se acham cristalizadas nas instituições; nas mesmas se dão os processos de reparação tanto como os de defesa contra as ansiedades psicóticas (no sentido que a este termo dá M. Klein). Desta maneira

ra embora a instituição tenha uma existência própria, externa e independente dos seres humanos individualmente considerados, seu funcionamento se acha regrado não somente pelas leis objetivas de sua própria realidade social, como também pelo que os seres humanos projetam nela (pelas leis da dinâmica da personalidade)".

As pessoas podem encontrar, dependendo da estrutura da instituição e da dinâmica psicológica individual, suporte, segurança, elementos de identidade e de inserção social nas instituições. O inverso também é possível pois podem ser extremamente limitadas quanto a essas capacidades de fornecer segurança, gratificação, possibilidades de reparação e desenvolvimento eficiente da personalidade e consistir fonte de empobrecimento e estereotipia do ser humano. Vale a pena investigar a "discriminação entre o funcionamento e os objetivos reais de uma instituição e as satisfações e compensações (normais e neuróticas) que os seres humanos obtêm nelas" (p. 82); se estão atuando predominantemente os aspectos mais ou menos amadurecidos da personalidade dos indivíduos nas instituições.

Embora apontada e discutida, a estreita inter-relação entre o indivíduo e a instituição carece de maior aprofundamento. É uma área promissora para pesquisas, inclusive por permitir integração com teorias e propostas de outros estudiosos.

A teoria da personalidade de Erikson (1976), por exemplo, aborda vários aspectos cujas relações com as idéias

de Bleger ampliam o referencial de análise. Em função dos objetivos deste trabalho, serão apresentados agora apenas alguns desses aspectos da teoria de Erikson. Para ele, a personalidade resulta da interação contínua de três sistemas: o biológico, o individual e o social. Talvez sua grande contribuição tenha sido a de se deter e explorar mais do que outros psicanalistas, a relação entre o social e as duas outras dimensões (individual e biológica).

Ao formular, o que constitui num adulto uma "personalidade saudável", diz, à p. 91: é a que "domina ativamente o seu meio, demonstra possuir uma certa *unidade de personalidade* e é capaz de *perceber corretamente o mundo e ela própria*". Cada estágio da vida se desenrola de acordo com um plano de base definido e ao menos parcialmente inato e cada um deles apresenta ao indivíduo um desafio característico. Só que este plano não pode se desenvolver sem um suporte social e, sendo assim, cada estágio também apresenta um desafio à sociedade. Erikson descreve esses desafios como "crise normativas" ou "conflitos nucleares" e afirma que há oito deles a serem resolvidos, desde o nascimento até a morte. E, "cada passo sucessivo é uma crise potencial por causa de uma mudança radical de perspectiva. A palavra crise é usada aqui num sentido de desenvolvimento para designar não uma ameaça de catástrofe, mas um ponto decisivo, um período crucial de crescente vulnerabilidade e potencial; e portanto, a fonte ontogenética da força e do desajustamento degenerativos" (p. 96).

Continua explicando que a mais radical de todas as mudanças ocorre ao nascimento embora existam outras que implicam em ajustamentos radicais de perspectiva, como sentar-se com firmeza, correr com rapidez, etc. Esses ajustamentos acarretam por sua vez mudanças nas relações interpessoais e, de forma mais ampla, na relação do indivíduo com a sociedade. Cada crise deixa, então, sua marca no indivíduo e na sociedade, e para cada uma das denominadas "oito idades do homem", há instituições sociais e valores correspondentes. Afirma Erikson, à pg. 106 "cada fase e crise sucessiva tem uma relação especial com um dos empreendimentos institucionalizados básicos do homem pela simples razão de que o ciclo vital humano e as instituições humanas evoluíram juntos. A relação entre ambos é dupla; cada geração leva para essas instituições os remanescentes de necessidades infantis e o fervor juvenil, e recebe delas - à medida que elas consigam, de fato, manter sua vitalidade institucional- um reforço específico de vitalidade infantil". Para que o indivíduo possa atingir a maturidade a ponto de enquadrar-se na definição de "saúdvavel", dada pelo autor, sua personalidade precisa ressurgir de cada crise, como afirma à p. 90, "com um sentimento maior de unidade interior, um aumento de bom juízo e um incremento de 'agir bem', de acordo com seus próprios padrões e aqueles adotados pelas pessoas que são significativas para ela". Ele descreve então, em cada estágio da vida, tanto os sentimentos que se desenvolvem, constituindo os componentes de vitalidade mental do ser humano, como paralelamente as instituições e valores da sociedade que confirmam e dão suporte aos mesmos (sentimentos).

Assim, por exemplo, o sentimento de confiança básica é o primeiro componente de vitalidade mental que se desenvolve na vida, e a religião, a instituição que segundo ele, tem se esforçado ao longo da história humana, por verificar esse sentimento. Diz-ã p. 106, "a confiança converte-se pois, na capacidade para a fê- uma necessidade vital para a qual o homem tem de encontrar alguma confirmação institucional" . A fê e a esperança surgiriam a partir do relacionamento da criança com uma mãe que, a despeito de todos os impecilhos e dificuldades, transmitiria à mesma uma predisposição duradoura, para acreditar na acessibilidade de gratificação dos desejos primordiais. Cada sentimento surgido nas várias etapas do desenvolvimento do homem tem, assim, suas salvaguardas institucionais.

Ao serem retomadas neste momento, as colocações de Bleger, pode-se observar como ficam enriquecidas com este acréscimo do referencial de Erikson. Torna-se mais fácil entender suas afirmações tais como as de que as instituições formam parte da organização da personalidade; a de que o esquema corporal do indivíduo inclui a instituição ou parte dela ou vice-versa e a do final da p. 81: "o que nós, psicólogos, temos que conseguir é que a tarefa que se realiza em uma instituição sirva de meio de enriquecimento e desenvolvimento da personalidade: e eis aqui, em última análise o objetivo básico da Psicologia Institucional".

2 - A Estratégia do Trabalho em Psicologia Institucional

Ao se tratar a questão da estratégia do trabalho em Psicologia Institucional automaticamente se esbarra na da formação profissional, pois uma está estreitamente ligada à outra.

Parece ser consenso entre diversos autores, que em bora boa parte dos conhecimentos para a atuação do clínico derivem da Psicologia e da Psicopatologia, estes constituem-se em condições necessárias, mas não suficientes para a do psicólogo institucional. Este deve inserir-se na instituição com o objetivo de promover higiene mental. Para Bleger, a higiene mental envolve "o estudo da administração dos conhecimentos, atividades e recursos psicológicos que já tenham sido adquiridos para encarar os aspectos psicológicos da saúde e da enfermidade, como fenômenos sociais e coletivos" (p. 28). Em outro momento de seu trabalho, diz o autor que "necessitamos conhecer muito mais a Psicologia das situações e da vida cotidiana, tanto como precisamos de teorias psicológicas que não partam especificamente da patologia" (p. 109).

O psicólogo clínico na instituição precisa basicamente saber administrar de uma forma diferente os mesmos conhecimentos que lhe são essenciais para trabalhar por exemplo em consultório particular. O autor considera bagagem essencial ao clínico os conhecimentos psicológicos deduzidos especialmente da investigação psicanalítica. Esses podem e devem ser empregados em vasta escala e com grande proveito

nos programas de higiene mental. É enfático ao afirmar que a Psicanálise Clínica não pode, de nenhuma maneira, resolver por si mesma o problema da saúde mental na amplitude e extensão em que isto se faz necessário, mas pode justamente trazer conhecimentos valiosos sobre as "leis psicológicas que regem a dinâmica tanto da saúde como da enfermidade e nos permite também compreender e valorizar os efeitos de determinados acontecimentos sobre a formação e evolução da personalidade" (p. 172). Denomina esta estratégia de utilização dos conhecimentos psicanalíticos de Psicanálise Operativa: é a psicanálise aplicada, que se realiza fora do contexto clínico, nas situações de vida cotidiana, nas crises normais do ciclo vital do ser humano, como casamento, maternidade, etc.

Bleger, além de propor um modelo teórico para embasar a Psicologia Institucional, descreve em termos mais práticos o enquadramento de trabalho para o psicólogo. Interessante se observar que as propostas de outros autores, como Ferrari *et al* (1977) e Maldonado (1982) são bastante semelhantes às do referido autor e por este motivo não serão tratadas em separado.

O primeiro ponto básico diz respeito à inserção do psicólogo na instituição. Empreende e compreende suas tarefas em função da unidade e totalidade da instituição, atuando como assessor ou consultor, ou realiza um trabalho psicológico dentro da mesma como empregado, tendo seus objetivos já previamente fixados pela direção da instituição. Para o trabalho institucional, a primeira situação citada é a que

possibilita uma atuação mais eficaz, pois o consultor está mais livre para, a partir de sua avaliação diagnóstica da situação, dar sugestões e estabelecer áreas prioritárias para atuação. Além do mais, o fato de não ser empregado permite uma distância ótima entre a dependência econômica e a independência profissional deixando o psicólogo menos comprometido com grupos ou setores específicos da instituição. Bleger chega a ser radical quanto a essa questão, afirmando que não há possibilidade de se exercer os dois papéis ao mesmo tempo, numa mesma instituição. A tarefa do consultor é, segundo ele, investigar e tratar a própria instituição e não abrir consultório dentro da mesma. A instituição é seu primeiro e mais importante cliente, devendo pois ser examinada e conhecida quanto a seus objetivos, funções, recursos, líderes formais e informais, etc. As características individuais, bem como os acontecimentos, devem ser interpretados sob esta luz, isto é, sempre tendo em vista seu sentido, sua dimensão no contexto institucional mais amplo.

Ao expor suas idéias e experiências, embora se refira com freqüência e de maneira genérica ao psicólogo e à Psicologia Institucional, Bleger está tratando mais especificamente da função do psicólogo clínico, a quem considera caber a tarefa da psiquiatria, e das instituições de saúde. Admite a possibilidade futura de se extrapolar os conhecimentos obtidos para outros tipos de instituição, tais como empresas, escolas, etc., sugerindo, entretanto, muita cautela devido ao fato desses contextos apresentarem características bastante diferentes entre si.

Outra questão importante é que "o psicólogo é em uma instituição um colaborador e de nenhuma maneira deve converter-se no centro da mesma, suas funções devem exercer-se através dos integrantes regulares da mesma" (p. 38 e 39). Por ser o psicólogo um "especialista em tensões da relação ou comunicação humana" (p. 39), é neste campo principalmente onde deve atuar. Deve sair em busca de seu cliente no curso de suas atividades cotidianas. Não deve apenas esperar que venham à consulta as pessoas enfermas, mas sair para trabalhar e intervir nos processos psicológicos que gravitam e afetam a estrutura da personalidade e portanto as relações humanas entre os seres humanos.

Deve-se notar que em nenhum momento se invalida ou descarta a necessidade e o valor, do trabalho na instituição, através de técnicas psicoterápicas individuais ou grupais, breves ou a longo prazo, e das demais modalidades de atuação já desenvolvidas por psicólogos, tais como a orientação profissional, treinamento, recrutamento, seleção de pessoal, etc. Esses níveis propostos para a atuação do psicólogo não se excluem mutuamente, ao contrário, complementam-se. Destaca-se, isso sim, a atuação do psicólogo clínico como assessor, por ser mais global, tendo um maior alcance em termos da instituição e da população em geral.

Ao referir-se ao contexto hospitalar, Bleger afirma que "quando o psicanalista vai a um hospital, deve ensinar os colegas a pensar psicanaliticamente, a utilizar os conhecimentos dinâmicos de tal maneira que eles o possam utili

zar dentro de outras técnicas terapêuticas ou mesmo dentro de suas próprias relações grupais, ou dentro da própria organização institucional..." (p. 194).

O psicólogo é mais útil no hospital quando presta assistência à assistência, através da interconsulta do que quando se dispõe a uma tarefa assistencial individual ou mesmo grupal, mas direta aos pacientes. Esse é o ponto de vista do qual parecem partilhar Bleger (1976), Ferrari *et al* (1977) e Maldonado (1982). Prestar interconsulta significa no caso da assistência à gestante, concentrar esforços junto à equipe de saúde que atende a mulher, isto é, a obstetras, enfermeiras, assistentes sociais e não no atendimento das pacientes diretamente.

Em países onde há graves limitações de natureza econômica, política e social, como é o caso do Brasil, e que ocasionam uma grande carência em termos de recursos de assistência oferecidos à população na área da saúde física e mental, muitas vezes se faz necessária uma opção. Não há possibilidade de se oferecer atendimento nos vários níveis citados, sendo a interconsulta a escolha mais indicada pois amplia os recursos dos membros que compõem a equipe de saúde como agentes terapêuticos e de prevenção, incentiva a reflexão crítica sobre a assistência prestada, além de possibilitar atendimento a um maior número de pessoas. No caso específico da assistência à gestante, o psicólogo provido de sua bagagem teórico-prática a respeito dos processos psicológicos envolvidos, pode contribuir para a instrumentalização dos

demaís profissionais no atendimento à mulher e sua família, refletindo junto com estes sobre a influência na evolução da gravidez, do parto e puerpério e no vínculo materno e paterno-filial, de vários procedimentos tais como o tipo de consulta médica, de parto, os exames complementares e o tipo de comunicação da equipe médica e para-médica com a paciente. Trata-se obviamente de refletir sobre a forma como são conduzidas as diferentes situações, e não sobre a parte técnica das mesmas, que são de responsabilidade dos profissionais envolvidos.

Maldonado (1980 e 1982) realiza uma análise bastante acurada das precárias condições de atendimento médico-psicológico prestadas à mulher na realidade brasileira, propondo inclusive um roteiro de observação a ser seguido pela equipe de psicologia antes de elaborar o plano de trabalho dentro de uma instituição.

Ainda em termos dessa realidade brasileira, há pelo menos mais cinco trabalhos (Angerami, 1983; Angerami *et al.*, 1984; Barreto *et al.*, 1980; Conselho Federal de Psicologia, 1985 e Macedo *et al.*, 1984) preocupados em refletir sobre a atuação do psicólogo na instituição. O segundo (Angerami *et al.*, 1984) diz respeito ao contexto hospitalar e o trabalho de Macedo *et al.* (1984), ao atendimento psicológico em clínicas-escolas paulistas. Interessante se observar o grau de unanimidade dos dois pesquisadores ao apontar a lacuna existente na formação do psicólogo na área do trabalho em instituição. Criticam a simples transposição do modelo de atuação da realidade do

consultório para o contexto institucional e consideram fundamental que se procure reduzir o hiato entre a formação acadêmica e o instrumental necessário para este outro tipo de trabalho. Enfatizam a importância do trabalho na área da saúde mental e conclamam os psicólogos a não se furtarem de sua responsabilidade social. Reconhecem que a mudança a nível das instituições sociais escapa à esfera de atuação do psicólogo, pois tem a ver com diretrizes econômicas, políticas e sociais mais amplas do país. Não deixam, no entanto, de chamar a atenção dos psicólogos, dos órgãos de classe, bem como dos cursos de formação, para a necessidade de questionamento, de pesquisa e de adaptação a uma realidade diferente da do consultório particular.

Angerami (1983), nesse sentido, ressalta o valor das clínicas-escolas na formação profissional pois podem propiciar um constante e renovado questionamento sobre os modelos teóricos e práticos de atuação implantados, dando aos estagiários, uma visão crítica da realidade em que vivem.

Através de publicação do Conselho Federal de Psicologia (1985), e do artigo de Barreto *et al* (1980), pode-se perceber a medida na qual o trabalho do psicólogo, ao menos a nível de propostas, já se expandiu a vários setores da vida cotidiana englobando inclusive instituições não voltadas especificamente para a saúde. A atuação profissional deixou de ser essencialmente voltada para o tratamento e cura deslocando-se para a área social e da saúde. Esses trabalhos de maneira geral ressaltam também as dificuldades e muitas ve-

zes até a impossibilidade encontradas pelos psicólogos para a consecução de seus objetivos. Assim sendo não se pode perder de vista o fato de que, infelizmente, mudanças a níveis de proposta e projeto, e mesmo uma maior consciência em termos de seu papel na realidade social brasileira, não significam necessariamente mudanças concretas e palpáveis já perceptíveis neste momento.

Afirma Macedo *et al* (1984) que "é nosso o desafio de mudar, e para tanto, temos que atuar em vários níveis. Na formação do psicólogo, possibilitando a conscientização de seu papel social, a mudança dos papéis tradicionais, a sensibilização para as diferenças das necessidades das várias classes sociais, e instrumentando-o adequadamente para o atendimento dessas necessidades. Na atuação como professor, pesquisador e profissional liberal, realizando pesquisas de levantamento da população e de suas necessidades, intervenções experimentais, controladas, tipo pesquisa-ação, onde os resultados são frutos de avaliações, análises críticas, reflexões que possam nortear novas intervenções, criando ou adaptando novas técnicas, em função da experiência adquirida no contato com os vários grupos sociais" (p. 21 e 22). E depois prossegue a autora, sugerindo o que pode ser feito a nível de atuação social e política e finalmente a nível de órgãos públicos.

C - *Objetivos do Presente Trabalho*

Tendo em vista a oportunidade concreta de atuação dentro de uma instituição hospitalar específica, a Clínica Obstétrica de um Hospital da rede pública, bem como a importância dos trabalhos já realizados nessa área, foi planejada e desenvolvida esta pesquisa.

Além dos objetivos de realizar uma revisão da literatura especializada mais recente sobre a Psicologia da Gravidez e iniciar um levantamento da bibliografia sobre a atuação do psicólogo clínico nas instituições de saúde, visou-se:

- procurar observar as reações, atitudes e expectativas das pacientes e das equipes médicas e para-médicas diante de uma proposta de seguimento do percurso institucional percorrido por um pequeno grupo de gestantes;

- buscar uma caracterização das gestantes atendidas pela Clínica Obstétrica, especificamente em relação a alguns aspectos, tais como procedência, profissão, composição familiar, relacionamento com pais, companheiro e familiares, fantasias sobre a gestação atual, expectativas quanto ao tipo de parto, ao alojamento conjunto, à amamentação, etc;

- iniciar uma reflexão sobre as relações entre aspectos de personalidade das gestantes, a instituição e a assistência que esta se propõe a prestar. //

Acreditou-se que, com um estudo inicial, exploratório, utilizando o método longitudinal a curto prazo, com um

pequeno grupo de gestantes, do último trimestre da gravidez até o pós-parto imediato, fosse possível levantar algumas hipóteses a respeito de suas vivências emocionais e também refletir sobre a atuação da equipe de saúde, particularmente do psicólogo, dentro do contexto particular e individual das mulheres deste selecionado grupo.

Metodologia

II - METODOLOGIA

A - O Método Clínico e as Técnicas Projetivas utilizadas (Desenho da Figura Humana e Teste de Apercepção Temática)

Neste trabalho foi utilizado o Método Clínico. Segundo Bleger (1975), "no Método Clínico procede-se a um estudo detalhado e profundo, baseado na observação direta e na anamnese com um enfoque global e unitário. O Método Clínico tem sempre objetivos práticos e se caracteriza, ademais, por um contato direto e pessoal do investigador com a pessoa estudada, contato que pode se estender aos principais membros de seu meio" (p. 234). O mais importante no referido método é a "...observação e o estudo direto da situação (relações interpessoais) e das reações e valoração de todos os fatores que intervêm em cada momento..." (p. 235). De acordo com o autor, "a Psicologia Clínica é sempre o campo e o método mais direto e apropriado de acesso à conduta dos seres humanos e a sua personalidade" (p. 235), pois para ele, "não se pode chegar a uma Ciência do Homem, sem o homem; sem o homem estudado e sem o homem que estuda" (p. 236).

Bleger, nesse mesmo trabalho, ao discutir extensamente o problema metodológico nas Ciências Humanas, e particularmente na Psicologia, aponta diversos motivos pelos quais o Método Clínico é um Método Científico. Dentre estes, mostra que alcança a máxima objetividade por incorporar o sujeito observador como uma das variáveis do campo, não se tratando de uma situação onde um sujeito observa um objeto, mas

de sujeitos em interação. Assim, a condição natural para o estudo dos fenômenos humanos é justamente aquela onde ocorre o fenômeno. E o investigador deve levar em conta o fato de que interfere no seu campo de estudos, bem como o de que sofre interferência do mesmo. No caso, ao estudar os seres humanos, tem que considerar o fato de que as qualidades que se manifestam, são sempre relacionais, derivando das condições e relações nas quais se acha em cada momento. A objetividade inclui, para o autor, o esquema referencial do investigador, o qual ele define como o conjunto de idéias, atitudes, emoções, conhecimentos e experiências com os quais o mesmo pensa e atua sobre o mundo.

O autor salienta que o método é objetivo no sentido descrito, não excluindo a possibilidade de estar constituído por instrumentos e técnicas factíveis de serem transmitidos, repetidos e utilizados por outros investigadores, de ser comunicados de forma tal que se faça possível uma repetição e verificação, o que no caso dos fenômenos humanos considera perfeitamente possível. A descrição, observação, compreensão e explicação, são para ele momentos de um único processo contínuo, sendo artificial a tentativa de separá-los. O que se torna essencial é elucidar os pressupostos com os quais se está realizando estes passos.

No caso deste trabalho foi adotado o referencial psicanalítico; como instrumentos do Método Clínico, foram utilizados: a entrevista semi-aberta, tal como caracterizada por Bleger (1974); observações diretas; e duas técnicas pro

jetivas. Houve também contatos entre a psicóloga e outros profissionais do Hospital, médicos, para-médicos, etc., sempre que foi necessário e em função das pacientes acompanhadas. Todos os recursos mencionados foram utilizados com o propósito de se obter a mais ampla e profunda compreensão dos fenômenos.

Observações diretas neste caso referem-se a situações que não podem ser caracterizadas como de entrevistas individuais, nas quais estavam presentes apenas a paciente e a psicóloga: a paciente estava por exemplo, sendo examinada pelo médico, ou fazendo algum exame complementar, ou em trabalho de parto, ou no alojamento conjunto e a psicóloga estava junto acompanhando.

A utilização de duas técnicas projetivas (Desenho da Figura Humana (DFH), segundo a Técnica de Machover (1949) e Teste de Apercepção Temática (TAT), de Murray (1970), deveu-se ao fato de se constituírem como sintetizou Lourenço van Kolck (1981, p. 255), em "procedimentos para estudo da personalidade que apresentam como situação-estímulo algo pouco estruturado e mal definido, vago e impreciso, que não tenha um significado estabelecido pela opinião do experimentador e ao qual o sujeito possa imprimir um sentido particular". Assim, continua a autora, "diante de estímulos pouco ou nada estruturados a resposta do sujeito é sempre projetiva, isto é, reveladora de sua maneira peculiar de ver a situação, de senti-la e interpretá-la. Estímulos com essas características provocam projeção em condições ótimas, isto é, com maior econo-

nia de tempo e esforço, que outras situações menos ambíguas e indefinidas" (p. 255).

A questão de economia de tempo neste caso foi um fator muito importante, dado que as pacientes são atendidas pelo Hospital geralmente a partir do último trimestre da gravidez, dispondo a psicóloga de pouco tempo hábil para o estudo mais profundo de personalidade das mesmas.

Outras características dessas técnicas projetivas, também apontadas pela referida autora, influíram na escolha : o fato de permitirem a exploração da personalidade em plano mais profundo que o possibilitado por outras técnicas; e de, em geral, focalizarem a personalidade total, mais do que traço isolados. Além do mais, complementam-se muito bem quanto ao nível da personalidade que pretendem abarcar: o DFH é considerado uma técnica que fornece dados primordialmente quanto aos seus aspectos estruturais, enquanto o TAT, um método essencial e de inegável valor na exploração principalmente de seus aspectos mais dinâmicos, revelando emoções, sentimentos, tendências, complexos e conflitos.

O Desenho da Figura Humana foi escolhido pelos motivos gerais já expostos e por permitir, segundo Lourenção van Kolck (1981), explorar a personalidade através da imagem corporal. Dado que ocorrem acentuadas modificações tanto a nível físico como emocional, sua utilização, particularmente durante a gravidez, parece ser extremamente pertinente, fato amplamente confirmado na literatura (vide, por exemplo, Soifer, 1977). Sendo o objetivo neste momento, apenas o de justifi-

car a propriedade da utilização do DFH nesse período do ciclo vital da mulher, não se discutirá em maior profundidade a conceituação, o desenvolvimento e os transtornos da imagem do corpo, que segundo Schilder (1981), é a "figuração de nosso corpo formada em nossa mente" ou "o modo pelo qual o corpo se apresenta para nós" (p. 11), sendo formada pelas sensações, impressões táteis, inervações, incluindo porém experiências que vão além de uma simples percepção. Para tanto, podem ser consultados os extensos trabalhos de estudiosos que se dedicaram a este vasto e complexo assunto, tais como os de Lourenção van Kolck (1961, 1966 e 1971), e Savastano (1981).

Em relação ao TAT, a revisão da literatura sobre a gravidez (vide Introdução), permitiu constatar que o tipo de estimulação oferecido, particularmente o de algumas pranchas, se prestava muito bem para o estudo da gestante. A experiência anterior da psicóloga, com outras pacientes da Clínica, tinha também fornecido indicativos de ser este teste, um facilitador para a expressão de seus sentimentos, emoções e fantasias, pois as pacientes frequentemente mostravam-se mais tímidas e arredias no contato direto com a psicóloga, quando não havia um instrumento intermediário. Mostrou-se bastante produtivo geralmente voltar às entrevistas após a aplicação do TAT, partindo do próprio material fornecido pelo mesmo. Este tipo de utilidade dos métodos projetivos, que neste contexto em particular pareceu apresentar o TAT, já foi referido anteriormente na literatura especialmente por Anzieu (1978).

À parte do incontestável valor e utilidade das técnicas projetivas amplamente fundamentados na literatura exis-

tente, e que justificam seu emprego em pesquisa, cabe mencionar também o interesse pessoal da psicóloga por tais técnicas.

B - Caracterização da População que Participou da Pesquisa

A pesquisa foi realizada com oito pacientes da Clínica Obstétrica do Hospital. Os critérios adotados para a seleção das gestantes foram os seguintes:

- idade entre 18 e 29 anos;
- casada ou, então, qualquer estado civil desde que no momento da pesquisa vivendo com o companheiro, ou mais exatamente o pai do bebê;
- limite de escolaridade até o 1º grau;
- primípara, ou seja, deveria ser a 1ª gravidez, sem ter tido abortos anteriores;
- terceiro trimestre da gravidez, e
- gravidez de baixo risco do ponto de vista obstétrico, isto é, classificada pelo obstetra como de baixo risco por ocasião da 1ª entrevista com a psicóloga (ver critérios para essa classificação no Anexo I). Por se tratar de situação muito dinâmica, embora de baixo risco num determinado momento, alterações no estado da paciente podiam causar modificação nessa classificação ao longo do seu atendimento no Hospital.

Embora o presente estudo não vise uma análise estatística, considerou-se fundamental observar estes critérios na seleção de pacientes a serem acompanhadas, para na medida do possível isolar o efeito de variáveis que, a priori, pudessem

interferir consideravelmente nos resultados. Estes cuidados tiveram como base a literatura especializada existente sobre o assunto e também a experiência anterior da psicóloga, no atendimento às gestantes. Por estes motivos, foram excluídas: as gestantes adolescentes e as de idade mais avançada; as solteiras, separadas ou mesmo viúvas, isto é, as que não estivessem vivendo com os pais de seus filhos bem como as de alto risco, do ponto de vista obstétrico, ou que já tivessem outros filhos ou gestações anteriores. Quanto ao grau de escolaridade, foram excluídas as que tivessem o 2º grau ou curso superior.

C - Procedimentos Utilizados

Se a paciente preenchesse os requisitos mencionados, era convidada pela psicóloga a participar da pesquisa, sendo-lhe explicado que o objetivo da pesquisa era o de estudar e conhecer melhor a primeira gravidez da mulher, a gravidez dentro do contexto do casal, seus sentimentos e fantasias em relação ao bebê, ao parto e ao papel de mãe. Para isto, seria entrevistada algumas vezes, e, se possível, seu marido também; o número de entrevistas não era pré-fixado. Seria também submetida a testes psicológicos e acompanhada, pela psicóloga se possível, durante as consultas médicas, eventuais exames complementares no Hospital; assim como durante o trabalho de parto e o puerpério imediato em sua permanência no Alojamento Conjunto (AC). A equipe de enfermagem do Centro Obstétrico foi informada sobre a pesquisa em andamento, e solicitada a avisar a psicóloga quando qualquer das pacientes participantes desse entrada no Centro Obstétrico (C.O.).

Utilizou-se a técnica de entrevista semi-aberta, isto é, havia dados e tópicos pré-estabelecidos a serem colhidos e investigados mas a forma, bem como o momento apropriado de colhê-los e investigá-los eram variáveis de acordo com as características da paciente e da relação estabelecida entre esta e a psicóloga, assim como de acordo com o funcionamento da instituição.

Os itens de dados pessoais e de identificação da paciente que foram coletados encontram-se no Anexo 2. Os tópicos

cos investigados durante as entrevistas com as gestantes giravam em torno da *gestação atual* envolvendo: se a concepção era desejada ou não, métodos anticoncepcionais utilizados, preferências quanto ao sexo do bebê por parte da mãe e do pai, situação econômica e afetiva durante este período, ameaças de aborto (naturais ou provocadas), episódios importantes durante a gravidez, medos e ansiedades, percepção e sentimentos relacionados à movimentação fetal, sonhos durante a gestação, relacionamento do casal antes da gravidez e durante a mesma, expectativas em relação ao tipo de parto, à anestesia, ao alojamento conjunto e à amamentação, e relacionamento com a equipe médica e para-médica do Hospital. Era feita também uma *pesquisa de antecedentes familiares*, isto é, das gestações e partos da mãe, irmãs e/ou familiares e pessoas significativas, relacionamento com pais, irmãos e familiares, doenças na família.

Realizadas as entrevistas semi-dirigidas passava-se à aplicação das técnicas projetivas, seguindo-se a ordem: (1) *Desenho da Figura Humana* de acordo com a técnica de Machover completa, isto é, após a realização dos dois desenhos, do homem e da mulher, era pedida uma história sobre o desenho da mulher e a partir das associações feitas pela gestante eram, ou não, formuladas perguntas sobre a história; (2) *Teste de Apercepção Temática* de Murray, em que, selecionadas as

pranchas 1, 2, 3RH*, 4, 6MF, 7MF, 8MF, 10, 11, 12F, 13HF e 16, foram apresentadas nesta seqüência a todas as pacientes. O inquérito foi feito quando se julgou necessário para esclarecer pontos obscuros da história, e imediatamente após a aplicação de cada prancha.

Após o término do teste, perguntava-se ainda quais as pranchas que o sujeito tinha gostado mais, quais tinha gostado menos e os motivos para essas preferências.

As instruções para aplicação, assim como o material utilizado para o Desenho da Figura Humana, seguem as especificações de Lourenção van Kolck (1984) e para o Teste de Apercepção Temática, as de Murray (1970). As duas técnicas foram aplicadas na mesma sala onde se realizaram as entrevistas psicológicas, estando presentes apenas a paciente e a psicóloga. Embora não apresentasse as condições ideais de arejamento e iluminação, pois não dispunha de janelas, a sala permitia boa acomodação para as pacientes.

Tendo em vista a precária situação sócio-econômica da maior parte das pacientes atendidas pela Clínica Obstétrica do Hospital, procurava-se marcar entrevistas psicológicas

*Embora a prancha 3RH, segundo o idealizador do teste, seja destinada apenas a rapazes e homens, foi deliberadamente utilizada nesta pesquisa. Essa troca, 3RH ao invés de 3MF, foi realizada tendo como base a experiência clínica de vários psicólogos, dentre esses a da própria pesquisadora, revelando a grande riqueza de material obtido através das histórias relatadas frente a mesma. Tem sido considerada frequentemente como universal, isto é, aplicável a pessoas de qualquer idade e para ambos os sexos.

nos dias em que tinham que retornar para o atendimento médico.

Em muitos casos não foi possível realizar todas as etapas citadas acima (número suficiente de entrevistas, aplicação dos testes e principalmente o acompanhamento durante o trabalho de parto e puerpério). Um dos motivos pelos quais isso ocorreu, deveu-se ao fato do Hospital não assegurar vaga para internação no trabalho de parto para a gestante que está fazendo, em seu ambulatório, o final de seu pré-natal. Assim, em alguns casos acompanhados (3 em 8), a gestante chegou ao Hospital para assistência ao parto e foi encaminhada para outro Hospital. Quando isto ocorreu e a psicóloga foi informada (1), procurou acompanhar a gestante neste outro Hospital. Neste caso contou-se com pelo menos dois tipos de dificuldade: 1) o da informação - a gestante ou o Hospital comunicarem o fato à psicóloga e 2) permissão por parte do outro Hospital para que a psicóloga pudesse acompanhar a gestante às vezes simplesmente conseguir informações sobre seu estado e o do bebê. Praticamente também não foi possível obter a participação dos companheiros das pacientes, na pesquisa. Supõe-se que tanto o limite de tempo para realizar as etapas planejadas, assim como o fato de os companheiros terem tido dificuldade de faltar ao trabalho para comparecer especialmente a entrevistas psicológicas, possam ter contribuído para que isso ocorresse.

Devido a todos estes fatores de ordem externa e na maior parte das vezes independentes do controle tanto da gestante como da psicóloga procurou-se enfatizar o caráter condicional das etapas da pesquisa para evitar ao máximo que a pa-

ciente alimentasse falsas expectativas: por exemplo, pelo fato de participar da pesquisa ter garantida sua vaga para o parto no Hospital ou então poder contar com a psicóloga para uma grande variedade de finalidades. É importante ressaltar que mesmo se tomando este tipo de precaução não foi possível evitar que surgisse por parte de algumas pacientes este tipo de expectativa, fato que será exemplificado e interpretado posteriormente.

Caracterização do Atendimento

Realizado pelo Hospital

Estudado

III - CARACTERIZAÇÃO DO ATENDIMENTO REALIZADO PELA CLÍNICA OBSTÉTRICA DO HOSPITAL ESTUDADO¹

A Clínica Obstétrica do Hospital atende principalmente gestantes encaminhadas pelos Centros de Saúde do Estado e Postos de Assistência Médica da Prefeitura (PAMs) pertencentes à Administração Regional mais próxima. As gestantes recebem atendimento pré-natal durante os primeiros meses de gravidez nos Postos e Centros de Saúde e a partir do 7º/8º mês aproximadamente até o parto e puerpério são atendidas pela referida Clínica.

A trajetória normalmente percorrida pela gestante dentro do Hospital é a seguinte: preenchimento de ficha com dados de identidade, no Serviço de Arquivo Médico e Estatístico (SAME); consulta(s) médica(s) de atendimento pré-natal, internação para o parto e permanência no alojamento conjunto (A.C.)².

Se a paciente foi encaminhada pelos Postos e Centros de Saúde, já vem com a consulta médica previamente marcada.

Ao chegar para a consulta médica o prontuário da gestante passa pela Divisão de Nutrição, cujo objetivo nesse

¹ Esta caracterização foi feita tomando-se por base dados coletados no início de 1985, fornecidos por profissionais de diferentes áreas do Hospital.

² O Alojamento Conjunto (A.C.), constitui-se nesse Hospital, de uma enfermaria com quatro leitos e quatro berços situados ao lado de cada um dos leitos, uma bancada móvel onde ficam as roupas do bebê para as trocas e onde é feita sua higiene, e um banheiro.

momento é verificar se o ganho de peso da paciente está adequado. Caso se julgue necessário, isto é, se sua Curva de Ganho de Peso apresentar alterações consideradas significativas, a gestante recebe orientação da nutricionista. Depois disto, e enquanto aguarda a consulta médica, na sala de espera, participa de uma reunião coordenada pelas enfermeiras do Pronto Atendimento do Hospital. Essa reunião tem por objetivo transmitir algumas informações básicas e esclarecer dúvidas sobre gravidez, parto, sinais que evidenciam o início do trabalho de parto, e também sobre características e rotina de atendimento do Hospital, alojamento conjunto, roupas, documentos e outros pertences necessários tanto para internação como para a permanência no Hospital. Informa-se também sobre a eventual falta de vaga para a internação no Hospital e orienta-se quanto às providências possíveis a serem tomadas, nesse caso, tanto pelo Hospital como pela paciente. Se houver duas enfermeiras disponíveis, são feitos dois grupos na sala de espera, diariamente. Um deles é mais diretivo, com caráter mais informativo, dirigido às gestantes que estão vindo pela primeira vez ao Hospital; o outro, o "grupo de retorno", destina-se às que já participaram do primeiro grupo e portanto já dispõem de algumas informações básicas. Nesse grupo, há mais espaço para as gestantes se colocarem, explica-se a finalidade dos exames médicos solicitados, discute-se sobre as "patologias na gestação", parto domiciliar versus hospitalar, enfim, incentiva-se as gestantes a relatarem suas experiências pessoais. Embora o objetivo desses grupos seja basicamente informativo, muitas vezes as gestantes esta

belecem com as enfermeiras uma relação de maior confiança e descontração do que com a equipe médica, sentindo-se à vontade para fazer perguntas e esclarecer dúvidas. A divisão em dois grupos na sala de espera foi feita também com o objetivo de evitar grupos demasiadamente grandes, com mais de 10 pacientes, pois além das gestantes, muitas vezes participam junto seus acompanhantes.

A seguir a gestante é atendida pelo médico. O objetivo do atendimento médico no pré-natal é essencialmente preventivo e curativo. A paciente é examinada e orientada, nos dois casos: preventivamente, por exemplo, a não ter contato com moléstias infecciosas, a não fumar, etc; e curativamente, para tratar de alguma doença da qual seja portadora e que possa interferir ou complicar sua gravidez, como por exemplo a sífilis. Neste Hospital faz-se também a prevenção e detecção do câncer ginecológico e, ainda, a classificação quanto a risco da gravidez, para a mãe e para o bebê. Em função dessa classificação determina-se a frequência de consultas médicas até a data esperada para o parto e a necessidade de cuidados especiais e/ou exames sofisticados para se acompanhar a saúde da mãe e da criança. Em relação ao feto, acompanha-se sua vitalidade e maturidade.

Durante o trabalho de parto, o objetivo da equipe médica e para-médica é o de evitar o parto patológico, muito prolongado ou muito rápido, e de diminuir a mortalidade perinatal. Todos os partos são assistidos ou pelo médico ou pela obstetrix. É o médico quem determina qual dos dois profissionais conduzirá o parto.

No período do puerpério, o atendimento médico visa, através de visitas diárias à paciente, detectar casos e diminuir os riscos de infecção puerperal e hospitalar.

Em relação ao bebê, o acompanhamento médico também tem os objetivos preventivos e curativos. As visitas médicas são feitas diariamente no alojamento conjunto, podendo a mãe presenciá-las.

Ao ser internada, a paciente é entrevistada pelo Serviço Social, onde são coletados dados que vão compor a "Ficha de Seleção Econômico-Social".

Quando chega ao Centro Obstétrico (C.O.), é pesada e medida e depois levada à sala de pré-parto, que tem dois leitos. Ainda no C.O. responde, quando possível, a um questionário denominado "Histórico de Enfermagem Obstétrica", cujo objetivo é o de dar subsídios à enfermagem para uma orientação mais individualizada desta paciente no A.C. Segundo a enfermeira que forneceu estas informações nem sempre há tempo para se preencher este "Histórico", ou por excesso de trabalho no C.O., ou por falta de condições da paciente para, naquele momento, responder às perguntas pois geralmente está aflita e com dores. Há ainda um outro formulário, este preenchido sempre pela enfermagem, o "Exame Físico de Enfermagem", que contém diversos dados sobre o estado físico da paciente.

As visitas via de regra não são permitidas durante a permanência no C.O. Exceções são feitas nos casos em que a paciente lá permanece por um tempo excessivamente prolonga

era minha filha" (D.C.B.); "já sonhei com nenê, que era menino e depois menina, alguma pessoa me falando, vai sê mulhê, aí nasce mulhê" (J.M.V.O.). Em dois casos a situação nos sonhos era vivida como muito ruim, sendo caracterizadas por elas como pesadelos: "sonho com criança, com sangue, achando criança e que ao mesmo tempo tá formando um gato em vez de criança; e sempre com menina" (M.E.R.C.) e "sonho com criança, que as criança que guido, que tô com ela que tem que levã no pediatra, tá doente com o que fiz com elas; e que nasceu uma menina, sô que eu não vejo a hora do parto; sentindo as dores, passando mal, daí acordo..." (M.E.A.).

Das gestantes acompanhadas, (5) referiram-se explicitamente a pesadelos, ou relacionados a crianças, citados no parágrafo anterior, ou à briga, desentendimento, criminalidade e morte. "Sonho com tanta coisa; briga, gente brigando; homem com homem; de repente eu acordo assustada; gente falando bastante" (J.M.V.O.); "acordo gritando; sonho com criminalidade, bandido, que os bandido tão pegando meu marido onde ele trabalha; com sangue; passava uns cara numa moto e eu me escondia e o cara acertava no braço do meu marido; sonho com bandido direto; acordo chorando; ele se aproximando de mim; eu com o corpo todo furado de balas; acordei passando a mão em mim" (M.E.R.C.); "que tem bastante gente morta e tão enterrando as pessoas uma em cima da outra; no sonho tenho medo de cemitério; sempre tive muito medo de cemitério; como os do interior, é tipo terra: abre buraco, joga pessoa" (M.E.A.); "no começo da gravidez eu sonhava, acordava gritando; que alguém queria matã ele, e fui salvã ele (marido)" (M.F.L.O.).

O relacionamento do casal é descrito como bom pela maior parte das gestantes. O apoio do companheiro é sentido como fundamental, principalmente nesse período de gravidez e aventar a possibilidade de ausência dele parece gerar elevado nível de insegurança e ansiedade, incrementando o medo de estar sozinha na hora do parto, e o de que aconteça alguma coisa.

- I.O.R., por exemplo, disse: "*é muito importante seu apoio; a mulher se afasta da família, está assumindo uma nova...*".

- M.E.R.C., cujos sonhos giravam em torno da criminalidade, teve um deles na noite anterior à sua vinda para consulta no Hospital. Tinha dormido sem o companheiro na casa de uma amiga que morava perto do Hospital e combinado encontro com o marido no Hospital. Durante a entrevista psicológica pediu para sair e ver se ele havia chegado. Estava visivelmente ansiosa por estar sozinha, achar que algo pudesse ter lhe acontecido e por temer que na hora do parto o mesmo também pudesse ocorrer. M.E.R.C. não foi a única a expressar essa preocupação.

Apenas duas gestantes, D.C.B. e M.B.M., referiram-se explicitamente a brigas entre o casal, e nesses 2 casos, relacionaram a briga como fator desencadeante de ameaça de aborto. Como veremos adiante, a análise do TAT das pacientes revela dados discordantes em relação à existência apenas de bom relacionamento de casal. Talvez nas entrevistas tenha predominado a expressão do socialmente aceito, desejável, e o teste abrangido aspectos menos aceitos, mais latentes.

Quanto à sexualidade, das 7 pacientes das quais se tem essa informação, apenas uma, M.B.B.M., tinha mantido relações sexuais com outro homem, além do atual companheiro, e mesmo nesse caso, tratava-se de seu noivo, que veio a falecer inesperadamente em acidente automobilístico. De maneira geral referem uma diminuição do desejo sexual durante a gravidez, particularmente no final dessa. Tal constatação parece lhes trazer sérios conflitos, pois paralelamente à mesma, existe a convicção, como formulada por D.C.B., de que a *"mulher casada deve estar sempre disposta para o marido"*. O motivo mais frequentemente alegado para a diminuição do desejo sexual durante a gravidez, foi a própria preocupação e a do companheiro em não machucar o nenê. Outras explicações além dessas, também ocorreram.

- M.E.A., explicou assim: *"na gravidez, ele tem medo de machucá o nenê; não tem carinho nenhum, às vezes fica um mês sem tê; no começo eu não queria, tinha medo de machucá o nenê"*; e tentando explicar o comportamento do marido *"ou a gente fica com corpo feio roupas largas, umas camisola... minha vontade também diminuiu; se pudesse passá sem tê a gravidez inteira, para mim tudo bem..."*.

Apenas uma das pacientes achou que sua primeira experiência sexual foi melhor do que o esperado.

- M.F.L.O. disse: *"falavam que doía muito, que tinha sangramento; não aconteceu nada disto; foi o contrário, para melhor"*.

Todas as outras, apresentaram algum tipo de insatisfação ou decepção nessa área.

- J.M.V.O., por exemplo, ao falar sobre seu relacionamento sexual com o marido, comentou: *"pensei que fosse uma coisa diferente, o pessoal fala tanto... pensei que fosse necessidade; pensei que a pessoa que tivesse feito não pudesse ficar sem. É bom, mas se você não fizer, você também não vai ficar diferente"*.

- D.C.B., relatou ter procurado o ginecologista devido a um "ardor vaginal", antes do casamento. Segundo ela o médico a tratou, só que depois de ter iniciado a vida sexual com o companheiro, passou a queixar-se de "não ter desejo sexual". O médico teria lhe dito que para tratar deste problema deveria procurar uma psicóloga. D.C.B. acha que deveria ter tido mais esclarecimentos sobre sexo. Segundo sua mãe, uma crente fervorosa, uma benzedeira a benzeu, e disse em relação a seus problemas sexuais que o "tratamento médico não iria adiantar porque um rapaz roubou a calcinha do seu varal". D.C.B. disse ter descoberto por intermédio da mãe que há mais um "caso" como o seu de falta de "desejo sexual" na família, o que tornava, a seu ver, o problema mais grave.

Estes foram os aspectos que mais se salientaram nas entrevistas psicológicas, sendo interessante compará-los, à medida do possível, com os obtidos através das técnicas projetivas, relatados a seguir.

C - Dados Obtidos no Desenho da Figura Humana (DFH) e no Teste de Apercepção Temática (TAT)

Nestes casos acompanhados observou-se de maneira geral, melhor aceitação da tarefa de relatar histórias frente a um estímulo (TAT) do que desenhar (DFH). As gestantes que não completaram os testes (EGS e MBBMM) chegaram a elaborar algumas histórias, mas recusaram-se terminantemente a desenhar. Tanto em relação ao DFH como ao TAT, será feita uma análise do grupo, apenas para os aspectos que se destacaram.

1 - O Desenho da Figura Humana (DFH)

Para cada produção gráfica procedeu-se à avaliação completa, segundo a técnica de Machover (1949), em adaptação de Lourenção van Kolck (1966 e 1984) e depois para o grupo como um todo, isto é, 6 pacientes, num total de 12 produções gráficas.

Dentre os vários aspectos possíveis de serem observados no Desenho da Figura Humana, verificou-se que se revelaram mais ricos nesta amostra os relacionados aos estruturais ou formais, comprovando dados de outros autores, como por exemplo, os da própria criadora da técnica. Diz ela, à pg. 83: "*alguns tipos de desenhos são tão limitados em conteúdo, que a análise pode ser baseada predominantemente sobre os aspectos estruturais ou formais*". Assim sendo, a análise aqui apresentada focalizará essencialmente estes aspectos.

Antes da apresentação dos resultados obtidos é importante se considerar o fato de ser essa uma população de baixo nível tanto sócio-econômico como de escolaridade, onde o uso de lápis e papel não é muito freqüente. A tarefa de desenhar causou, na maioria dos casos, bastante constrangimento e resistências. São desenhos pouco elaborados e com um aspecto geral rude, com poucos detalhes e primitivos, no sentido de se assemelharem mais às produções infantis. Alguma cautela é, portanto, necessária na interpretação e talvez os fatores apontados neste parágrafo permitam explicar, como já ressaltou Machover (1949), porque os aspectos estruturais ou formais forneceram maior riqueza de dados.

Quanto à *ordem das figuras*, observou-se que apenas 2 gestantes (35%), desenharam o próprio sexo em 1º lugar, fato que chega a ser surpreendente pois, além de ser mais comum na população em geral como atesta Levy (1978), também caracterizou o grupo de gestantes de Savastano (1981) de nível sócio-econômico semelhante ao desta pesquisa. Nesse sentido, Savastano apresenta conclusões de vários pesquisadores, todos de acordo quanto ao fato de que tanto o homem como a mulher tendem a desenhar em primeiro lugar a figura do próprio sexo. Diz à p. 108, "*os nossos resultados... confirmam os achados de Money & Wang (1966), pois não tivemos porcentagem abaixo de 50% e sim uma proporção crescente de 65% para mais*". A interpretação desse dado deve ser feita com cuidado, como já advertiu Lourenção van Kolck (1984), pois embora o significado usualmente atribuído ao desenho do outro sexo em primeiro lugar seja o de dificuldades relativas à identificação se

xual, inversão ou conflitos homossexuais, vários fatores, dentre eles, idade, sexo, inteligência e nível educacional, assim como fantasias românticas, preocupações momentâneas e outras condições temporárias do sujeito, exercem influência na determinação dessa ordem. Ao estudar, por exemplo, a expressão da homossexualidade no Desenho da Figura Humana (1961) e a utilidade desse último para seu diagnóstico (1971), a autora apresenta vasta fundamentação justamente no sentido da cautela que se deve ter ao atribuir um significado psicológico à ordem das figuras desenhadas. Enfatiza sempre a necessidade de, ao se tecer considerações diagnósticas de qualquer espécie em relação a um indivíduo, levar-se em conta os vários indícios em seu conjunto e não apenas traços isolados.

Para tentar explicar os resultados obtidos nesta pesquisa, levantou-se a hipótese de que a condição temporária de gravidez estaria provocando grandes mudanças e exercendo influência sobre a imagem corporal, dificultando sua expressão num primeiro momento. Assim, da mesma forma como no TAT surgiram bloqueios e maiores dificuldades frente às pranchas mobilizadoras de conteúdos ligados à maternidade, ao desenhar pode se tornar mais difícil colocar o próprio sexo em primeiro lugar e retratar as grandes mudanças em curso, a nível físico e emocional.

Outro dado a ser mencionado no sentido de corroborar a hipótese referida no parágrafo anterior, e ao mesmo tempo de descartar a da inversão sexual, foi o referente ao *ta manho relativo* das figuras: embora desenhadas com maior fre-

qüência em 2º lugar, as figuras femininas apresentaram-se de tamanho igual (2 casos) ou maior (4 casos) do que a figura masculina (vide Fig. 6 e 7). O tamanho igual ou maior estaria indicando uma valorização da própria imagem corporal.

Com relação ao tema, particularmente à idade, observou-se uma tendência em todos os casos analisados, a desenhar figuras mais jovens (ver por exemplo, Fig. 5) do que de idades aproximadas às das gestantes, achado este consistente com os de Savastano (1981). Lourenção van Kolck (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 freqüência bem maior, a figura da idade aproximada..."* p.61. Machover, citado pela mesma autora, afirmou: ser raro os adultos desenharem espontaneamente a figura de uma criança em resposta à ordem "Desenhe uma Pessoa". Ao fazê-lo, o indivíduo estaria simbolizando a nostalgia da infância, a dependência, uma fuga das responsabilidades adultas. Afirma Savastano à p. 129: *"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"*. Observou-se desenho tipo estereótipo em um caso (10%) e, em dois casos, isto é, quatro desenhos (35%), a figura é distorcida, principalmente quanto aos caracteres faciais e do tórax.

Neste caso, ao invés de situação regressiva, no sentido patológico do termo, levanta-se a hipótese de indicar identificação talvez necessária e desejável com épocas mais

remotas da infância. Esta 'regressão' é que vai permitir, segundo as colocações de alguns psicanalistas mencionados, a comunicação entre mãe/bebê, de uma forma mais completa. Poderia estar refletindo o processo de preparação psicológica para o encontro com o filho.

Todas figuras foram desenhadas em pé, embora, quanto à postura, em 5 desenhos (do total de 12) pode-se observar um pequeno desequilíbrio vertical, geralmente para a direita (ver Fig. 1 e 2, por exemplo); isto é, as pessoas e principalmente as mulheres são desenhadas com uma leve inclinação para o lado direito do papel. De acordo com Lourenção van Kolck (1984), a postura inclinada pode estar ligada à instabilidade e ao equilíbrio precário. Essa interpretação parece fazer sentido para o grupo em questão, uma vez que se trata de gestantes no final da gravidez, período que exige, uma nova adaptação em termos de equilíbrio e estabilidade do corpo.

Quanto a *transparências*, notou-se sua ausência nos desenhos do sexo oposto, ao passo que foram encontradas em três desenhos do próprio sexo: duas na região do abdômen (ver Fig. 3, por exemplo) e uma no tórax, onde se vê nitidamente os seios da mulher (Fig. 4). Segundo a autora referida no parágrafo anterior, as *transparências* podem indicar, dentre outros, problemas com a área. Neste caso, as *transparências* justamente na região do tronco, sugerem haver um maior deslocamento de atenção para esta área, fato coerente com a situação da gravidez.

A *linha de solo*, considerada como complemento, na avaliação utilizada, não foi observada em nenhuma figura. Embora não seja tão essencial ao desenho, como no Teste da *Árvore*, segundo Lourenção van Kolck (1984), pode estar indicando um 'sentir-se no ar'.

Em relação ao *típo de imagem do corpo*, constatou-se em duas figuras (35%) do próprio sexo, tratarem-se de representações realistas no sentido de apresentarem visível alargamento na região do abdômen (ver Fig. 3, por exemplo). Em outros três desenhos (50%) trata-se provavelmente de imagens compensatórias do corpo onde aparecem indicadores de conflitos, pois em dois casos (35%) há visíveis reforços de linha, retoques, etc. para enfatizar o adelgamento da cintura (Fig. 4) e no terceiro (15%) inúmeras "listas" verticais num vestido que apresenta algumas transparências (Fig. 5). Percebe-se na maior parte dos desenhos do próprio sexo (em 4), inclusive nos 2 citados com visível alargamento do abdômen, a tentativa de demarcar a linha da cintura (ver Fig. 3 e 4). Este fato chama bastante atenção, principalmente porque, com algumas poucas exceções, tais como fileira de botões (em 4 desenhos), listas no vestido (1 desenho), seios (2 desenhos), trata-se do único detalhe presente (4 no próprio sexo e 3 no outro sexo).

Quanto aos *aspectos de conteúdo*, tão limitados nos desenhos estudados, assinalaremos os principais pontos. Chamou atenção o fato de apenas 4 figuras (35%) apresentarem *pupila* nos olhos. Nas demais 2 (15%) estão com os olhos *fechados*.

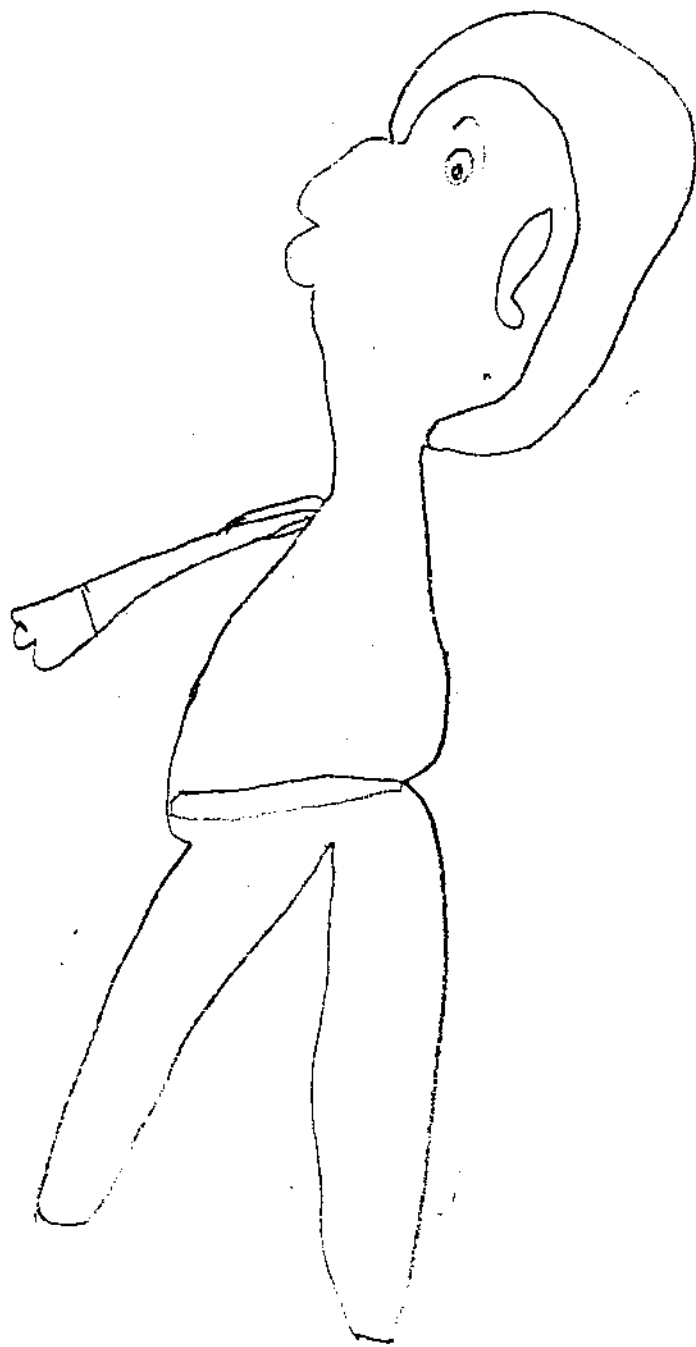


Figura 1 - Primeiro Desenho da Figura Humana de M.E.R.C.

Idade da paciente: 19 anos

Sexo da figura: masculino

Data: 27/08/84

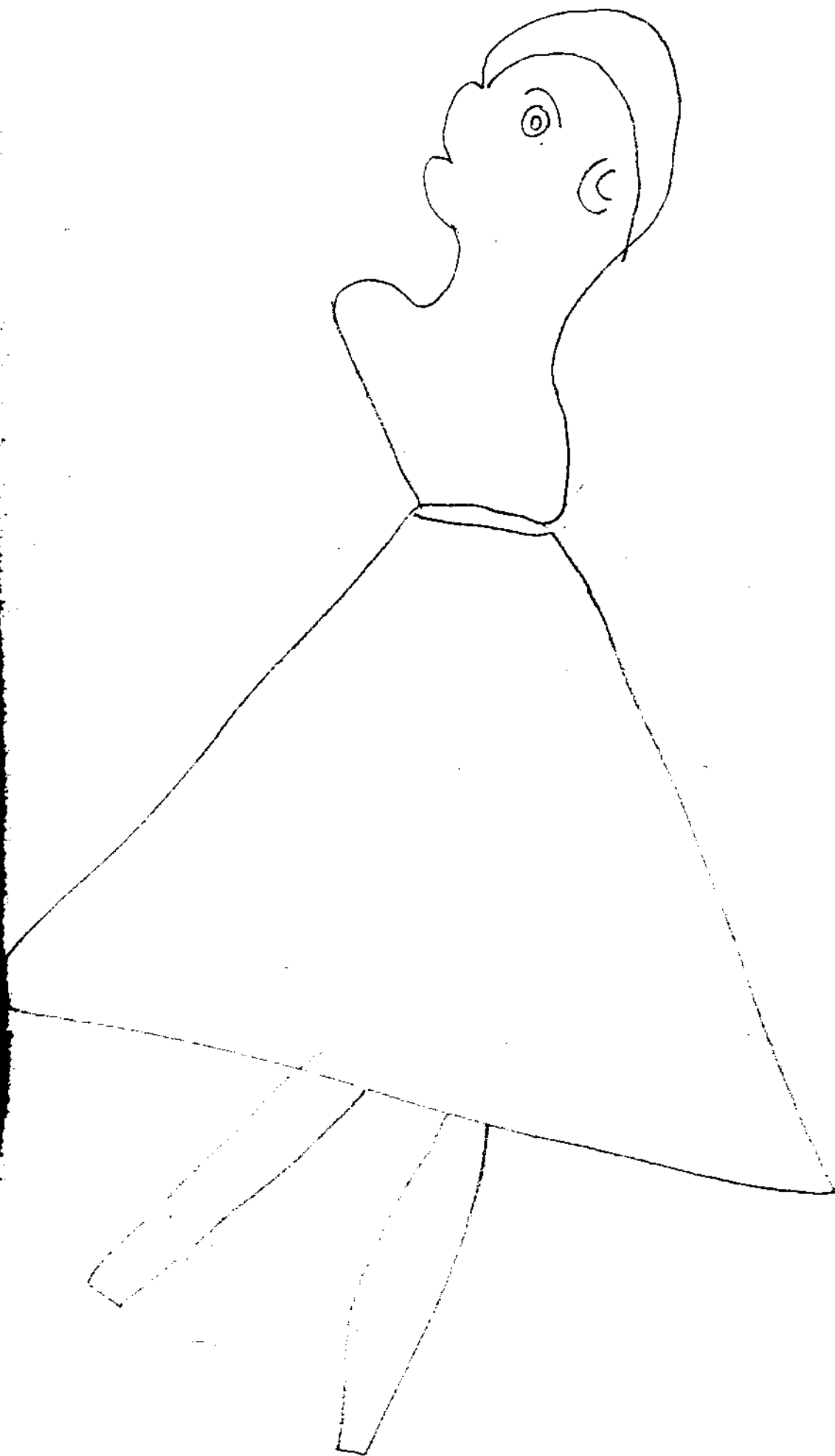


Figura 2 - Segundo Desenho da Figura Humana de M.E.R.C.

Idade da paciente: 19 anos

Sexo da figura: feminino

Data: 27/08/84

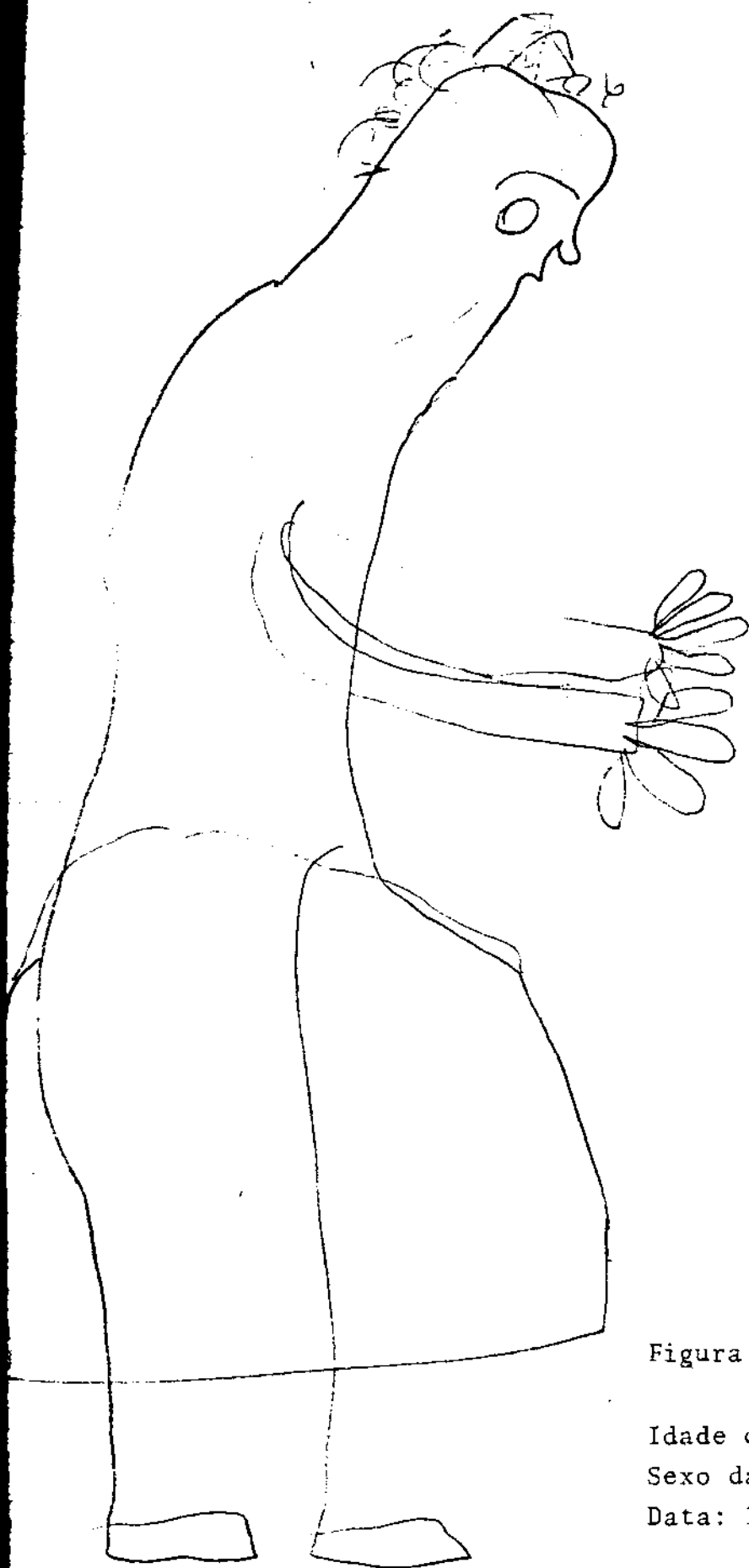


Figura 3 - Segundo Desenho da Figura Humana de D.C.B.

Idade da paciente: 20 anos

Sexo da figura: feminino

Data: 14/05/84

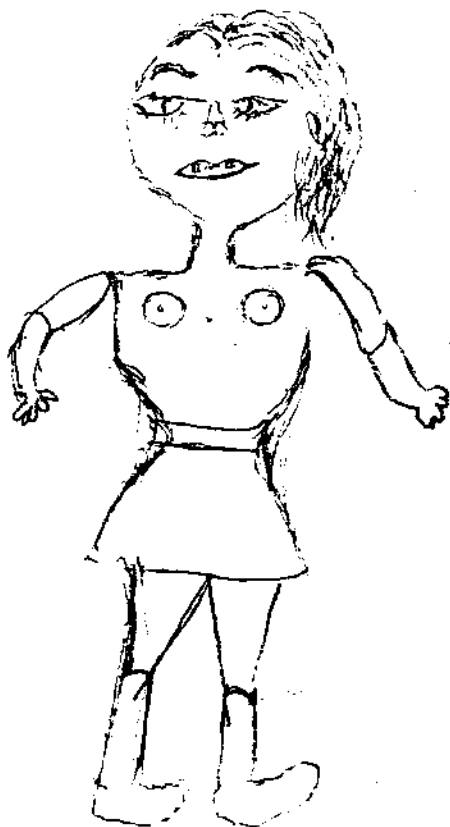


Figura 4 - Primeiro Desenho da Figura Humana de I.O.R.

Idade da paciente: 25 anos

Sexo da figura: feminino

Data: 05/11/84



Figura 5 - Segundo Desenho da Figura Humana de M.F.L.O.

Idade da paciente: 21 anos

Sexo da figura: feminino

Data: 10/09/84

dos e 6 (50%) tem os "olhos vazados". Juntando-se este dado com outros tais como figura inteira ou apenas a cabeça de perfil (5 desenhos), ausência de braços (1 desenho), de mãos (4 desenhos), de dedos das mãos (3 desenhos), pode-se levantar a hipótese de dificuldade de contato com o mundo externo, nas relações interpessoais e talvez um certo desligamento em relação ao exterior com uma volta para si mesma.

Da mesma maneira como foi sugerido em relação ao tema das figuras desenhadas, pode-se considerar esta retração para o mundo interior, um processo de preparação psicológica para o parto e de forma mais ampla, para a maternidade. Savastano (1981) obteve dados semelhantes a estes, nos desenhos das gestantes por ela analisados.

2 - O Teste de Apercepção Temática (TAT)

Para o TAT a análise abrangerá a percepção dos estímulos e o conteúdo das histórias relatadas.

As respostas frente às pranchas 2, 7MF, 10, 12F, 13HF e 16 foram particularmente interessantes e por este motivo merecerão maior destaque na análise.

Quanto à percepção dos estímulos, na prancha 2, onde há no 1º plano uma jovem com livros na mão, no fundo um homem trabalhando no campo e uma mulher mais velha assistindo, das 8 pacientes, apenas 3 caracterizaram a última como estando grávida, frequência apenas um pouco mais elevada do que a obtida por Bernstein (1970), na população em geral (26%).

Das demais (5), uma não se referiu a ela de forma alguma, duas descreveram-na como "estátua" e uma referiu-se a uma "mulher olhando a paisagem".

M.E.A., por exemplo, relatou a história transcrita abaixo, onde insistentemente exclue a personagem: Pr. 2 - Pausa de 43''. Pode? Bom essa mulher, vou falá só de uma só. Parece que vai atravessá a rua. Sô ela sô dela. Tem outras pessoas que parece que tá no campo, essas figuras.....Essa que tá com essa bolsa na mão parece que vai fazê compras, ou pro colégio. Parece que tá contente (pau sa grande) (olha mais para o lado esquerdo da prancha). Acho que é só isso. TL = 43'' e TT = 3'.

Inquêrito:

1) De qual mulher você disse que ia falar?

M.E.A.: Da esquerda

2) Por quê?

Pac: Porque essa parece que tá mais na cidade, os outros parece que tá mais no campo. Também essa parece mais visível, parece que dá pra fazê mais.

3) Parece que vai fazer compras ou para o colégio?

Pac: Mais pro colégio, tá mais com cara de colegial.

4) Por que parece que está contente?

Pac: A fisionomia, parece que tá alegre (?) Acho que gosta de estudá.

5) O que vai acontecer?

Pac: Acho que ela vai atravessá a rua, vai para o colégio.

Diante da *prancha 7MF*, onde há uma mulher sentada em um sofá, falando ou lendo para uma menina muito próxima com uma boneca em seu regaço e olhando para longe, das 6 pacientes, apenas duas viram boneca ou nêne; 3 viram animal tipo cachorro (1), coelhinho e bichinho de estimação (1), cachorro ou gato (1) e uma referiu-se somente às outras duas mulheres, ignorando a boneca. Segundo dados apresentados por Bernstein (1970) 86% das mulheres da amostra pesquisada, perceberam a boneca. Eis um exemplo:

M.E.R.C. contou a seguinte história:
Pr. 7MF: A mãe e a filha.... A filha tá chateada com a mãe porque a mãe brigô. Brigô prá soltá o cachorro que tem na mão, não sei mais não. TL = 13" e TT = 1'.

Inquêrito:

1) Por que a mãe brigou para soltar o cachorro?

Pac: A mãe reclamô prá ela soltá o ca-chorro, e ela não queria soltá.

2) Por quê?

Pac: Porque ela gostava dele; a mãe queria que ela soltasse porque tem mi-cóbrio.

3) O que vai acontecer?

Pa. Ela vai soltá o cachorro.

Frente à *prancha 10*, a cabeça de uma jovem encosta da no ombro de um homem, onde são comuns temas amorosos e sexuais ligados à situação conflitiva do casal, pode-se observar um fato inesperado. Das 6 gestantes que relataram história, apenas 2 trataram diretamente desse assunto. As demais

nem perceberam um casal, mas dois homens, pai e filho, tendo discorrido sobre o relacionamento entre eles. De acordo com dados apresentados no manual já citado, percepções outras que não de um casal são muito raras.

I.O.R., por exemplo, relatou a seguinte história: Pr. 10 - Esse aqui parece um pai, um filho. O pai tava assim chateado com alguma coisa. Aí o filho foi dá um pouco de apoio a ele. O filho tenta falá com o pai que... Aí ele abraçô o pai. O pai sentiu-se um pouco apoiado no filho e... Pronto. Acho que disse que bom, que bom meu filho. TL = 27" e TT = 2'.

Inquêrito:

1) Por que o pai estava chateado?

Pac: Parece que tinha assim perdido algo que ele gostô muito. Que nunca mais ia tê-lo de volta. Então, aí o filho não deixou que essa outra parte dele morresse. Aí o filho dele foi confortá-lo. Aí ele disse que bom que eu tenho você, meu filho. Aí os dois se abraçaram.

2) O que ele tinha perdido?

Pac: A mãe dele, o pai, no caso, a esposa dele; acho mas... não, não tenho definição.

Para a prancha 12F, retrato de uma mulher jovem, onde no fundo, uma velha misteriosa com xale sobre a cabeça faz caretas, de acordo com os dados apresentados por Bernstein, todas as mulheres submetidas à prova, perceberam 2 mulheres.

Os dados obtidos nesta pesquisa, não parecem estar em concordância com os do referido autor, pois pelo menos 2 gestantes perceberam figuras masculinas.

M.F.L.O.S., por exemplo, relatou frente à prancha 12F, a seguinte história: Aqui o rapaz tá assustado, não parece uma moça, parece mais do que um rapaz. Parecia uma mulher como se fosse uma assombração, uma bruxa. Ele virô de lado, com muito medo, vendo aquela coisa tão feia na frente dele. Veio assustá ele... Ele ficô com tanto medo que ele não podia saí, ficô parado. Eu paro aqui também (ri e diz que parece bruxa mesmo) TL = 20" TT = 2'30".

Inquêrito:

1) Rapaz?

Pac: (aponta a figura do lado esquerdo)

2) Assombração?

Pac: (idem do lado direito)

3) Por que veio assustá ele?

Pac: Ele é um rapaz que tem medo das coisas, então tudo que ele vê ele se assusta.

4) Por que ele ficou com tanto medo?

Pac: Porque ele tava sozinho, não esperava ninguém, então de repente chegou esta senhora tão diferente, parecia de outro planeta.

5) O que vai acontecer?

Pac: Ele não vai conseguí saí e vai continuã sem olhá pra ela, com medo.

Quanto ao conteúdo das histórias, também foi possível se observar dados interessantes.

A prancha em branco, 16, por exemplo, deu margem na maioria dos casos (5), ao aparecimento de temas diretamente ligados à gravidez, crianças e ao relacionamento mãe/

bebê. Em um dos casos, M.E.A., (p. 146), essa relação apareceu de forma indireta, pois a história é sobre um papagaio de estimação. Como na prancha 7MF (p. 143), esta paciente, ao invés de boneca ou nenê viu também um bicho de estimação, levantou-se a hipótese de que esse último estava no lugar e podia ser considerado como um substituto simbólico do bebê. Estas respostas parecem estar de acordo com os dados de Bernstein segundo os quais é comum se aludir a problemas interiores de grande importância nesta prancha. Eis outro exemplo:

I.O.R. relatou o que se segue: (vira a prancha e ri). Uma folha em branco. Essa aqui imagino que tem uma moça, uma outra moça contando assim pra ela uma história assim que ela via, tava grávida e então que ela havia sonhado que tava tendo filho e então que ela viu a barriga. Tava normal a barriga e baixô, baixando de repente e aí a outra saiu correndo providenciá o carro, socorro. Baixô, quando ela pôs a mão na barriga aquele negócio cresceu, espichou dentro da barriga dela e nasceu uma criança só que não tinha pernas. Era linda só que não tinha... tinha esse defeito, não tinha as perninha..E ela não conseguia defini se era homem ou era mulher. Foi um sonho que uma moça contô pra outra. TL = 30" e TT = 5'.

Esta história gira em torno da gravidez e particularmente do receio de um parto excessivamente rápido onde não há tempo de ser assistida e do medo de uma possível deformação fetal. Nota-se ainda o desejo de saber o sexo de bebê.

Diante da prancha 13HF, onde há um jovem de pé, com a cabeça inclinada e coberta por seu braço e atrás dele, a figura de uma mulher deitada numa cama, o relacionamento se-

xual por exemplo, foi negado pela maior parte das gestantes, ou então estava associado a uma alta carga de violência e agressividade.

A história transcrita abaixo, relatada por I.O.R., exemplifica a negação:

Gravura de uma moça deitada numa cama. Um outro jovem de costa pra ela com a mão no olho, mão não, o braço.....Não sei se ela parece que tá.....expressão. Ela.....tava.....não (murmura algo inteligível).....
.....
Não sei se parece que eles tavam (murmura) brincando de alguma coisa....(murmura).....Essa não dá não. TL = 20" e TT = 2'.

Inquêrito:

1) Do que estavam bricando?

Pac: Ela havia mandado ele fazê alguma coisa que fechasse os olhos. Daí ele fez que ele ia pegá algo sobre a mesa, um livro. Ela continuou deitada. Ela continuou deitada e ele... caminhava pra tentá alcançá o livro.

2) O que são um do outro?

Pac: Não; não tinha nada a vê os dois. Tanto quando ele chegô ela tava deitada ele virô de costas e fechô os olhos.

M.F.L.O. elaborou, diante da mesma prancha, história que merece ser também reproduzida:

Esse aqui. Essa pessoa que tã deitada tã morto. E a pessoa que tava sozinha com ele começô a chorá, que não sabia que que fazia, prá avisá alguém, pedi socorro. Aí ficô parado, pensando. TL = 10" e TT = 25".

Inquêrito:

1) Por que que a pessoa está morta?

Pac: Estava doente há muito tempo já. A outra pessoa, o rapaz, estava lendo, de repente começô a dá as crises de morte, ela fica suspirando sem fôlego, suspirando baixinho.

2) O que são um do outro?

Pac: Irmão: em pé, Alexandre; deitada, Cristina.

A alta carga de violência e agressividade transparece na seguinte história, de M.E.R.C.: (Prancha 13HF)

O homem matô a mulher (pausa). Acho que ele é um maníaco (pausa). Ele tá no quarto dela (pausa). Agora ele tá arrependido (pausa). Não sabe se foge ou se fica (pausa). Acho que é só. TL = 10" e TT = 2".

Inquêrito:

1) Por que ele matou a mulher?

Pac: Porque ele é um maníaco; pega mulher, estrupa mulher.

2) Por que ele tá arrependido?

Pac: Porque talvez ele teja sem jeito prá saí, pode tê alguém, pode alguém vê ele.

3) E o que vai acontecer?

Pac: Ele vai fugi (?) Só vai ficá a moça no quarto.

Segundo Bernstein, são esperados, diante da *prancha 13HF*, temas ligados às atitudes frente ao sexo, sendo freqüentes o aparecimento de hostilidade e até dos temas de morte e doença. No entanto, aparentemente não são tão comuns, na população em geral, a forma como esses temas foram tratados nestas histórias transcritas.

Em I.O.R., percebe-se uma intensa necessidade de provar que não se tratava de uma situação erótica de casal, mas de uma brincadeira entre um homem e uma mulher que segundo ela, "não tem nada a vê os dois".

Para M.F.L.O., depois que os personagens deixam de ser apenas "pessoas", passando a ter identidades próprias, de homem e de mulher, são transformadas em irmãos. Além de que, desde o início da história, a mulher está morta.

Na história de M.E.R.C., onde há menção explícita de relacionamento sexual, este é carregado de violenta agressividade, levando à morte.

Estas constatações são interessantes, principalmente se se considerar o fato de ser a gravidez a comprovação mais concreta possível, de uma vida sexual ativa, enfim, do relacionamento sexual do casal. Nesta circunstância, torna-se aparentemente mais difícil, tratar diretamente do assunto; a importância do tema surge indiretamente, através de comportamentos não verbais, tais como pausas, hesitações e, verbalmente, através por exemplo da negação.

Ao se verificar as áreas que pretendem explorar as pranchas 2, 7MF, 10, 12F, 13HF, observa-se estarem relacionadas à feminilidade, às atitudes frente à maternidade, à imagem da figura materna e aos conflitos intra-familiares com especial destaque à ligação mãe/filha; abordam ainda as atitudes e conflitos ligados à separação e ao relacionamento heterossexual.

Pode-se perceber que estes estímulos evocadores dos temas acima mencionados, geraram um alto nível de mobilização na maior parte das gestantes refletindo-se não apenas no conteúdo das histórias relatadas, mas também, como já foi visto, na própria percepção dos estímulos, que chegou a ser francamente distorcida.

Como se tratava de um grupo supostamente "normal", pode-se pensar ser natural toda essa mobilização, observada no conteúdo das histórias, durante a gravidez, onde afloram os conflitos vividos com as figuras parentais e nos relacionamentos conjugais. Estas constatações dão suporte aos dados da literatura psicanalítica, resumidamente apresentados na introdução, segundo os quais durante a gestação são reeditados antigos conflitos vividos pela menina na sua relação com os pais, com referência à feminilidade, sexualidade, etc.

Talvez também se possa supor serem "normais", em termos perceptivos, durante o último trimestre da gravidez, as distorções observadas. Naturalmente serão necessárias outras pesquisas com amostras maiores de gestantes e ainda um

grupo controle, para se saber como se comporta a população em geral, de baixo nível sócio-econômico, frente às referidas pranchas do TAT.

Estes resultados obtidos com o TAT, principalmente os que dizem respeito às distorções perceptivas, levam a uma reflexão sobre o peso e o significado diagnóstico geralmente atribuído às mesmas quando se realiza a interpretação de um protocolo. Em Bernstein por exemplo, podem ser encontradas afirmações como a da p. 43, com relação à prancha 12F: "Distorções: nos casos psicóticos raros, a jovem é vista com um homem". Embora a afirmação diga respeito à população norte-americana, em momento anterior, p. 36, afirma que os temas, as respostas comuns frente às pranchas, encontradas entre brasileiros e uruguaios são "essencialmente coincidentes com as do grupo norte-americano", sendo portanto válida para a população brasileira, a análise que será feita a seguir.

Fica evidente que, para Bernstein, assim como para outros autores, os quais não serão mencionados aqui para não se estender demasiadamente o assunto, a distorção perceptiva tem uma conotação evidentemente grave, no que tange à personalidade do indivíduo: confere à mesma características psicóticas.

Os dados observados nesta pesquisa, entretanto, fazem supor que durante o período final de gravidez, certas distorções perceptivas não sejam indicadoras de traços psicóticos, mas revelem um elevado nível de ansiedade e mobilização natural e até necessário para a elaboração das angústias por

ela despertadas. Embora como já foi discutido se tenha observado, várias distorções, tratando-se em um caso inclusive, da mesma referida por Bernstein, diante da prancha 12F, nenhuma das gestantes acompanhadas apresentava características psicóticas manifestas, tanto nas entrevistas como em seus materiais de teste. E.G.S., foi a que apresentou, durante o período em que foi acompanhada, características que mais poderiam se assemelhar às psicóticas, mas mesmo neste caso, seria extremamente arriscado diagnosticá-la como tal.

Os dados obtidos nesta pesquisa, serão agora comparados aos de alguns outros pesquisadores.

A pesquisa de Davids & DeVault (1960), à qual se seguiram outras, aparentemente nela inspiradas, tais como as de McDonald (1965 a e b) e Klatskin & Eron (1970), tinha por objetivo descobrir relações entre os dados fornecidos por técnicas projetivas e acontecimentos concretos ocorridos na sala de parto. Além disso, procurou avaliar a consistência entre certos indicadores obtidos através do DFH e do TAT, tais como percepção de mulheres grávidas no TAT e a ordem das figuras desenhadas, no DFH, por exemplo.

Embora neste trabalho o objetivo não tenha sido o mesmo, é interessante procurar comparar alguns aspectos. O primeiro deles é a aparente concordância em termos percentuais, quanto à percepção de mulher grávida diante da prancha 2; das 53 grávidas submetidas ao TAT, na pesquisa de Davids & DeVault, 40% perceberam mulher grávida e na presente pesquisa a porcentagem foi essencialmente a mesma .

Outro ponto diz respeito à figura humana desenhada em primeiro lugar. De acordo com os pesquisadores, 70% das gestantes desenharam o próprio sexo em primeiro lugar, dados semelhantes aos de Savastano (1981) e bastante diferentes dos obtidos nesta pesquisa. Além desses aspectos, os resultados desta pesquisa mostram não haver, na população estudada, a mesma correlação, apontada pelos autores citados, entre a percepção de mulheres grávidas no TAT e o sexo da primeira figura desenhada no DFH.

Ao terminarem o relato de sua pesquisa, Davids & DeVault, discutindo a área da Psicologia comumente denominada de "Personalidade e Percepção", que trata das influências de fatores motivacionais na seleção da organização perceptiva, onde de acordo com vários estudiosos, haveria uma tendência dos indivíduos a perceber seletivamente um estímulo, em função de suas motivações e necessidades internas.

Tomando-se como exemplo as mulheres participantes desta pesquisa, segundo essa teoria, seria esperado que por estarem grávidas, percebessem gestantes e bebês, seletivamente e em maior proporção do que na população em geral. Como se pode depreender a partir da análise dos dados, não foi exatamente isto que se observou, tendo em algumas situações ocorrido até o inverso, isto é, um bloqueio intenso e a negação deste tipo de percepto.

No entanto, os autores citados concluem à p. 364: "Na presente investigação, entretanto, trabalhando com condições da vida concreta (e não em laboratórios), como a gravi-

dez, com seus definidos correlatos fisiológicos, encontramos relações bastante surpreendentes entre motivação e percepção. Em comparação com uma grande quantidade de mulheres que foram clinicamente avaliadas através do TAT, as mulheres grávidas neste estudo evidenciaram uma tendência marcadamente maior a perceber seletivamente mulheres grávidas nos estímulos do teste projetivo". Curiosamente porém, não apresentam dados numéricos nem qualquer referência bibliográfica de maneira a permitir a análise da diferença existente em termos da percepção de gestantes e bebês entre a população em geral e a das gestantes pesquisadas por eles.

Na Argentina, Verthelyi & Rios (1985), realizaram uma análise das características do Teste das Relações Objetais de Phillipson em uma amostra de 60 gestantes. Os critérios de seleção utilizados na composição de sua amostra foram bastante semelhantes aos desta pesquisa, quanto à faixa etária, nível de escolaridade, estado civil e nível de risco obstétrico. Tendo utilizado uma técnica projetiva diferente, embora derivada do TAT, observaram dentre outras, características também constatadas nesta amostra, tais como: elevada quantidade de distorções perceptivas, muitas histórias pueris frente à prancha em branco, envolvendo crianças ou ao vínculo entre as mesmas e seu animal de estimação, e outras não observadas tais como: elevado número de auto-referências nos relatos das histórias e a presença de um grande número de relatos que incluem referências ao vínculo materno/paterno filial ou à situação de gravidez.

Como se pode perceber através da comparação entre os dados da presente pesquisa e os de algumas outras, há pontos de concordância e de divergência, fato compreensível e até mesmo esperado, por se tratar de fenômenos humanos complexos, dificilmente abarcáveis unitária e globalmente. Além de que, não se pode esquecer de levar em conta a diversidade de técnicas, procedimentos e referenciais teóricos explicativos utilizados nos diferentes trabalhos.

Assim, as observações feitas em relação às entrevistas, DFH e TAT, para o grupo acompanhado, abrem um leque de questões a serem mais extensamente pesquisadas. Em função do reduzido número de pacientes que compõem esta amostra e de não ter havido preocupação no sentido de avaliar "grupos controle", num primeiro momento, os aspectos levantados devem ser considerados como hipóteses acerca de algumas características desta população, supostamente "normal".

D - Apresentação de um Caso Ilustrativo

A fim de dar uma idéia das várias etapas da pesquisa e de permitir a análise mais aprofundada da relação entre alguns aspectos do mundo interno de uma paciente e a Clínica Obstétrica do Hospital será apresentado e analisado na íntegra o material de M.E.A. A escolha recaiu sobre essa paciente, pois pôde ser acompanhada pela psicóloga em diferentes situações, incluindo consultas no pré-natal, internação no Hospital, o período de pré-parto e sua permanência no alojamento conjunto (AC).

Assim como as demais pacientes, M.E.A., já foi citada anteriormente. Para evitar repetições e não tornar monótona esta exposição, alguns dos aspectos mencionados (p. 85 e 86) em momentos anteriores serão resumidos ou apenas citados. Houve entre a paciente e a psicóloga um total de 9 encontros, sendo 3 entrevistas iniciais, 2 contatos quando a primeira se encontrava internada antes de ter o bebê e 4 no A.C.

M.E.A. tem 21 anos, natural de MG, casada há 2 anos e 2 meses, branca, de religião católica e escolaridade até a 3ª série do 1º grau. Trabalha como babá de 2 crianças. Seu marido tem 29 anos, tendo a mesma naturalidade e nível de escolaridade da paciente; sua profissão é manobrista de carros.

M.E.A. e o marido são primos de 1º grau. O interesse de um pelo outro começou quando ele tinha 15 anos e ela 9, no interior de MG. Aos 12 anos de idade, M.E.A. pediu

para as irmãs trazerem-na para SP. O que a motivou foi o fato de achar que os pais não podiam lhe dar muito, tanto em termos de atenção quanto de dinheiro. Na época trabalhava lavando roupas, mas ganhava muito pouco. Seus pais trabalhavam na roça e os filhos ajudavam. De acordo com ela, seu pai era rico, "mas depois do nascimento do segundo filho ficou muito pobre"; "quando nasci, já estavam pobres, e todos trabalhavam". Tem 5 irmãos vivos, todos morando em SP: uma irmã de 46 anos, casada e que já tem netos; uma irmã de 36 solteira, que mora no serviço; uma de 32 casada, que tem um filho; um irmão de 20 anos, solteiro, morando com os pais e uma irmã de 16 anos adotiva, também solteira e morando com os pais. Entre as duas irmãs mais velhas havia 2 irmãos, uma menina que morreu aos 4 meses e um menino com um ano de idade; antes do nascimento da paciente, morreram outros dois irmãos: um menino aos 2 anos e uma menina aos 2 meses. M.E.A. não soube dizer exatamente o motivo da morte desses irmãos. Supõe ter sido devido a desinteria em um caso e intoxicação em outro.

Seus pais moram numa cidade próxima a SP há 6 anos. O pai está com 66 anos e tem "problema de coração"; a mãe, com 65 anos tem "problema de diabete, mas não é a forte, que precisa tomar injeção". Quando indagada sobre seu relacionamento com os pais, disse: "faz um mês que não os vejo; acho que não é muito bom; gostam dos mais velhos e dos mais novos; não aprendi nada com eles". Conta que quando casou estava numa situação financeira boa e, então, junto com o marido comprou um terreno e construiu 3 cômodos para os pais morarem. No entanto, ficou magoada com eles, quando após um ano, sem

falarem com ela, começaram a construir uma casa para o irmão mais novo e para a mais velha. Ameaçou tirá-los de lá, pois ela e o marido trabalharam muito para conseguir tudo aquilo e não achava certo o procedimento dos pais.

Quanto à família do marido, disse: *"sô conheço a tia, irmã de minha mãe e um tio que é irmão do pai dele"*. Ele é o mais velho de quatro irmãos: 2 homens, um de 26 anos e outro de 20 e uma mulher de 22, todos morando em SP.

M.E.A. ficou menstruada aos 13 anos de idade quando trabalhava como doméstica em casa de uma família. Segundo ela, já tinha informações a respeito, através da mãe, por que perguntava. Achava que a mãe não sabia muito sobre esses assuntos; dava informações sobre menstruação, mas não sobre relacionamento sexual. Ao referir-se à mãe, diz: *"tinha dia que ela queria me batê, de tanto que eu perguntava..."*. Embora não tivesse tido os esclarecimentos desejados referiu ter lido muito sobre o assunto e conversado com amigas. Casou virgem e acha que foi *"besteira"* ter esperado até o casamento para ter relações sexuais com o marido. No decorrer das entrevistas, referiu-se a vários medos: da relação sexual, da gravidez, de passar da hora do bebê nascer, de tomar anestesia, de fazer exames médicos, do parto, de amamentar, dar banho, cuidar do umbigo do bebê, etc. Quanto ao relacionamento sexual comentou ser até hoje difícil, *"por que às vezes dói muito, quando não quero; nessa hora eu descontro: quando ele não faz as coisas que quero, não quero ter relação..."*.

Evitou a gravidez durante um ano, sem orientação médica, tomando pílula por conta própria. Depois disso o marido passou a usar preservativos, até quando M.E.A. percebeu que *"a menstruação não desceu"*. Ficou com muito medo, quando o médico confirmou a gravidez; até o 4º mês de gravidez, *"não gostava nem que comentassem a gravidez, mas no 4º mês, quando o nenê começou a mexer, adorei o nenê; já gosto da criança antes de nascê"*. Até casar nunca tinha ido ao médico e um dos motivos para não pensar em ter filhos era o medo de médicos e hospitais. Comentou dentre outros que o exame de prevenção de câncer ginecológico foi *"horrível"* e ainda : *"quando fui fazer o 1º exame ginecológico fiquei uma semana com dor de barriga"*. Expressou em diversos momentos sua grande ligação com crianças: *"cuido de crianças há dois anos e meio e sempre tive contato com criança, no interior junto com minha mãe"*.

Já foram mencionadas anteriormente suas opiniões sobre a sexualidade durante a gravidez (p. 103), a amamentação (p. 97), e o alojamento conjunto (p. 99). Seus sonhos e particularmente os pesadelos envolvendo morte e medo de deformação fetal também foram citados anteriormente (p. 85 e 101).

Na terceira entrevista com a psicóloga, conversou longamente sobre seu medo de ter um filho com *"defeito físico ou mental"* e sobre as crianças das quais toma conta e que nasceram com problemas, segundo ela, *"nas orelhas"*. Chegou a dizer: *"se saí com defeito vô me senti culpada para o resto da vida; a criança vai me culpã, culpã os pais, pelo parentesco; sô se fizê aborto, mas sô se corre risco de vida; sô se o médico autorizasse"*. Tinha perguntado a seu médico

de pré-natal no Hospital sobre suas chances de ter um filho com problema. Comentou sobre os vários médicos que já haviam a atendido e a sua preferência por um deles, o que a deixava mais à vontade para fazer perguntas.

Alguns dias antes da data esperada para o parto, M.E.A. foi internada por estar com a pressão arterial excessivamente elevada; e como já foi descrito anteriormente (p. 85), solicitou a presença da psicóloga para falar sobre tudo o que lhe estava ocorrendo. Deu à luz a um menino normal, na madrugada do dia seguinte, através de "forceps", contrariando a expectativa de todos e a sua própria de cesariana. Foi anestesiada com a "raqui" e quando a psicóloga voltou para vê-la, estava com dores; disse: *"estou sentindo um vazio, a barriga sumiu de repente"* e *"não vou precisar ter outro (filho), porque trabalhei muito durante a gravidez, passei nervoso e também a situação econômica não permite"*.

Nos dias subseqüentes, quando estava no A.C., mesmo falando sobre seus medos, parecia bem e notava-se não serem referendadas boa parte de suas fantasias: tremendo muito deu banho sozinha no bebê e tratou de seu umbigo, sempre conversando com ele: *"agora vamo lavá o rosto!; alemãozinho, voce tá vermelho; cadê o dodói da cabeça? tá quentinho, quentinho, né P.?"* Quando tirou a roupa de P. esse fez xixi; ela mostrou para a atendente como *"o pipi tá vermelho"* e a atendente disse que isso é normal. Ao terminar de dar banho e começar a vesti-lo, disse para o bebê: *"amanhã vai mais rápido, tá?"*. Enquanto a paciente cuidava do umbigo, a atendente

disse: "*Calma E. não precisa precisa tremer tanto!*" e M.E.A.: "*Uff... como eu transpirei!*"

Com relação à amamentação havia de sua parte sempre algum comentário negativo, no sentido de que ele não mamaría mais pois tinha recebido mamadeira com água, etc, só que durante as observações feitas pela psicóloga, o bebê ou já tinha mamado, estava mamando ou ia mamar.

Quanto ao parto, em seu prontuário constava a observação relativa ao bebê: traumas obstétricos com "marcas de 'forceps' na região auricular esquerda". À parte dessa observação, todo o resto estava dentro da normalidade. No prontuário onde é feito o acompanhamento do recém-nascido pelos pediatras, havia duas observações de dias subseqüentes que chamaram a atenção da psicóloga: "*mãe refere secreção seca no ouvido (sangue?) - não foi verificado no exame*" e "*mãe refere dois episódios de secreção com sangue no ouvido*" e novamente: "*nada verificado*". A psicóloga observou em duas ocasiões a inspeção que a paciente fazia nas orelhas e ouvidos de seu filho, e na marca do "forceps". Fazia comentários do tipo: "*pera aí, você tá com uma orelha maior do que a outra? Ah não, vou confirmá!*".

Apesar de M.E.A. estar expressando na maior parte dos encontros com a psicóloga seus receios, auto-críticas, etc, seu aspecto geral era muito bom e transparecia alívio, alegria e disposição para rever suas idéias. Parecia conseguir lidar bem com seus conflitos e estabelecer boa relação com seu filho. Em conversa com as companheiras de enferma—

maria, dizia: "não vou mais ter filhos, mas os médicos dizem que depois a gente esquece a dor..." e "eu conversava com ele (bebê) na barriga; quando nasceu com os olhos abertos parece que já me reconheceu, quando falei com ele..."; "a primeira coisa que perguntei quando ele nasceu é se tinha defeito..." "meu marido tá bobo, ficou ontem o dia todo aqui comigo".

De maneira geral, a paciente apresentou-se disposta a conversar com a psicóloga, conseguindo expressar suas preocupações.

A paciente fez os desenhos pedidos (Figs 6 e 7), desenhando o próprio sexo em primeiro lugar (Fig. 6). Durante os aproximadamente 8 minutos que utilizou para executar a tarefa proposta, 4 minutos para cada figura, teceu alguns comentários: - ao lhe ser solicitado o primeiro desenho: "Sô péssima em desenho!" e - no decorrer do segundo: "Bem, homem não muda muito, só mesmo a... acho que nenhum homem é parecido com meu desenho". Terminados os desenhos, fez apenas uma associação, frente ao do próprio sexo: "Bem ela é bem feiazinha". A psicóloga então fez um pequeno inquérito.

Psic.: O que ela faz?

M.E.A.: Trabalha, tem filhos

Psic.: Onde trabalha?

M.E.A.: Num supermercado, há uns 4 anos

Psic.: Qual a idade dela?

M.E.A.: Uns 30 anos

Psic.: Do que ela mais gosta?

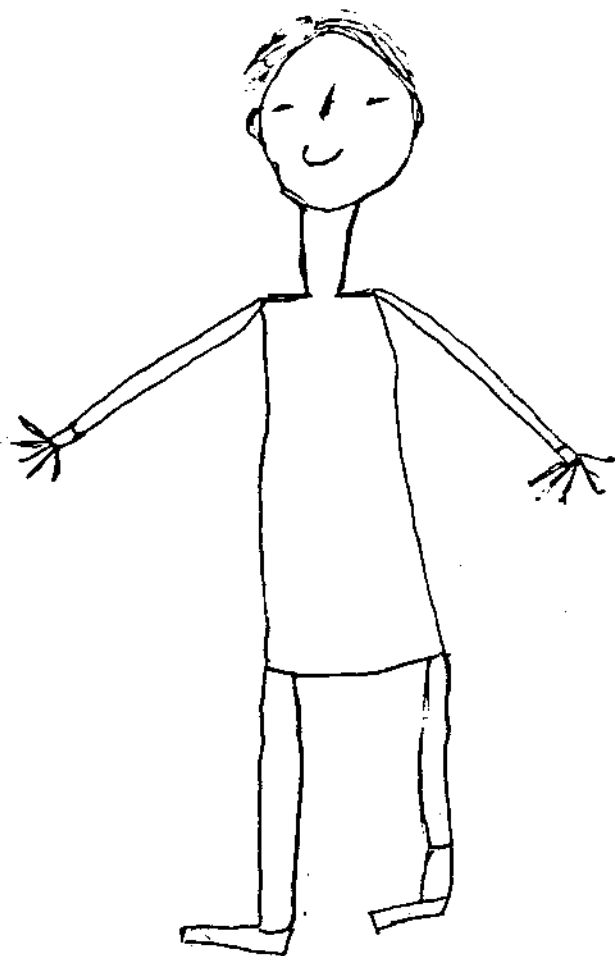


Figura 6 - Primeiro Desenho da Figura Humana de M.E.A.

Idade da paciente: 21 anos

Sexo da figura: feminino

Data: 24/09/84

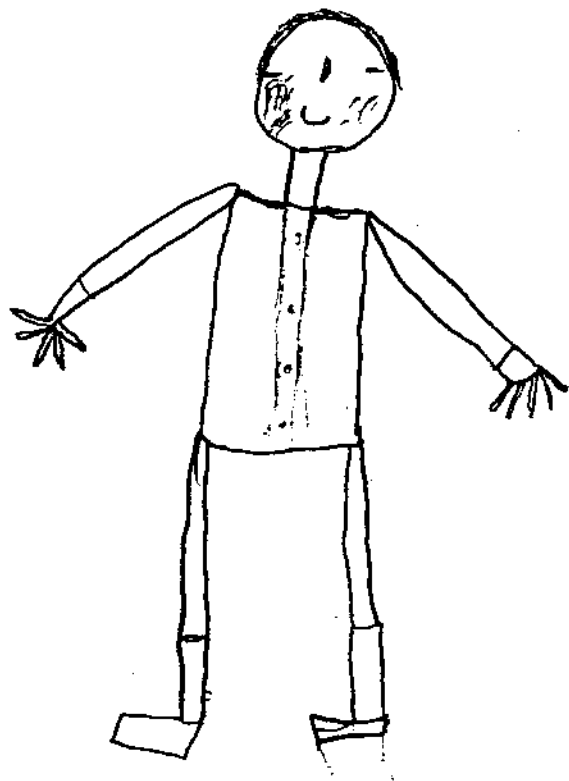


Figura 7 - Segundo Desenho da Figura Humana de M.E.A.

Idade da paciente: 21 anos

Sexo da figura: masculino

Data: 24/09/84

M.E.A.: Divertimento? Acho que í em festas

Psic.: Do que ela menos gosta?

M.E.A.: Ficã com as crianças

Psic.: Por quê?

M.E.A.: Às vezes ela acha que as crianças atrapalha
muito

Psic.: Quantas crianças?

M.E.A.: 4.

Imediatamente após o DFH, foi submetida ao TAT, cu
jas histórias estão transcritas a seguir.

PRANCHA 1 - (vira a prancha) O que é isso aqui, violino? (?)

Bem, acho que esse menino tá muito triste, não
gosta de tocã violino. Acho que ele preferia mais tá brin-
cando. Acho que isso aqui é mais pra quem gosta, tem vocação,
nem todas crianças gosta disso. Acho que deveria deixã ele
escolhê se era isso que ele queria fazê ou outras coisa. Não
tem muita utilidade isso aqui. Pra mim não vejo utilidade ne
nhuma. TL = 40'' e TT = 3'.

Inquêrito: 1) Por que esse menino está muito triste?

Pac: Quando a gente não quê fazê alguma coisa, a
gente olha, quê deixã por último. Acho que ele
tã pensando em outras coisas (?) Gostaria de
tã brincando com os amigos.

2) O que vai acontecer?

Pac: Acho que ele nem vai nem começã. Vai estudã até
uns 2 anos e ele pára. Ele pode ficã mas não
consegue terminã o curso.

PRANCHA 2 - Pode? Bom essa mulher, vou falá sô de uma sô. Parece que vai atravessá a rua. Sô ela, sô dela. Tem outras pessoas que parece que tá no campo, essas figuras..... Essa que tá com essa bolsa na mão parece que vai fazê compras, ou pro colégio. Parece que tá contente..... (ôlha mais para o lado esquerdo da prancha). Acho que é sô isso. TL = 43'' e TT = 3'.

Inquêrito: 1) De qual mulher você disse que ia falar?

Pac: Sô da esquerda

2) Por quê?

Pac: Porque essa parece que tá mais na cidade, os outros parece que tá mais no campo. Também essa parece mais visível, parece que dá pra fazê mais.

3) Parece que vai fazer compras ou para colégio?

Pac: Mais pro colégio, tá mais com cara de colegial.

4) Por que parece que tá contente?

Pac: A fisionomia parece que tá alegre (?) Acho que gosta de estudã.

5) O que vai acontecer?

Pac: Acho que ela vai atravessá a rua, vai para o colégio.

PRANCHA 3RH - Acho que é uma mulher. Tá muito larga as costas mas é mulher. Parece que tá na rua e tá chorando..... Deve tê acontecido alguma coisa com ela, tá triste, tá chorando. Acho que é só isso. TL = 18'' e TT = 2'.

Inquêrito: 1) Por que tá chorando?

Pac: Na rua, parece que tá sentada no chão; chorando porque aconteceu alguma coisa, não tem pra onde í, lugar prá morá; a gente vê tantas pessoas assim na rua, não tem pra onde í, senta lá e chora.

2) O que vai acontecer?

Pac: Alguém vai ajudá ela.

PRANCHA 4 - Bem, esses parece aqueles filme de TV. O cara tá no bar, daí o outro provoca, vem a mulher e segura..... TL = 7'' e TT = 1'.

Inquêrito: 1) Por que o outro provoca?

Pac: Ah! É sempre assim o que tá mais bêbado provoca o que tá menos.

2) Por que a mulher segura?

Pac: Acho que ela não quê que ele apanha, tá sabendo que ele vai apanhá.

3) O que vai acontecer?

Pac: Acho que ele vai sim, a mulher não vai conseguir segurá.

4) O que um é do outro?

Pac: Não sei, mas acho que casado não é não, pode
sê amigo.

PRANCHA 6MF - Isso aqui parece pai e filha. Parece que o pai
tá falando alguma coisa para a filha que ela
não tá gostando..... TL = 25'' e TT = 1'.

Inquêrito: 1) O que ele está falando para ela?

Pac: Ele tá falando dos amigos dela, ou que ela che-
gou tarde; que não gosta dos amigos dela, ge-
ralmente os pais não gosta dos amigos dos fi-
lhos, de 5, gosta de um só, que é mã companhia.

2) Por que ela não está gostando?

Pac: Acho que ninguém gosta dos pais se intrometê
nas amizade dos filhos, só se for pessoa mui-
to perigosa, bandido. Daí falá, não se intro-
metê. Os pais tem as amizades deles, os fi-
lhos também tem que ter; às vezes os filhos nem
gostam das amizades dos pais mas não falam na-
da.

PRANCHA 7MF - Essa aqui é uma criança e uma empregada, pare-
ce. A menina tá com bichinho de estimação no
colo. Só que não sei se é cachorro, se é gato. E a emprega-
da tá lendo. Acho que tá ensinando alguma coisa pra menina.
Mas ela não tá muito interessada não. Só. TL = 15'' e TT = 3'.

Inquêrito: 1) Empregada?

Pac: Bem as roupas o cabelo, o tipo de roupa parece.

2) Por que ela não está muito interessada?

Pac: Ah; ela não tá prestando atenção, tá olhando pra outro lugar.

3) O que vai acontecer?

Pac: Acho que ela não vai aprendê nada. Acho que ela qué mais é brincã. Parece que ela tá vendo os amigos dela brincando.

PRANCHA 8MF - Essa aí não é esse ou essa. Essa aí tá sentada pensando. Parece uma mulher..... Tá pensando ou num namorado ou numa filha. Se tivê filha tá pensando numa filha. TL = 2'' e TT = 1'.

Inquêrito: 1) Por que pensando num namorado?

Pac: Acho que ele tá longe, tá com saudades dele.

2) Por que numa filha?

Pac: Tá vendo a criança brincando, pensando quando ela era criança, também brincava.

3) O que vai acontecer?

Pac: Acho que vai continuã pensando até alguém vir chamã.

PRANCHA 10 - Isso parece pai e filho... Acho que o filho....
aconteceu alguma coisa para o filho, o pai tá
apoando, dando alguma ajuda.. TL = 5'' e TT = 1'.

Inquērito: 1) O que aconteceu para o filho?

Pac: Acho que foi reprovado na escola, ou alguma
criança bateu nele (?) acho que foi reprovado.

2) Como o pai está apoiando?

Pac: Acho que o pai tá falando para ele não ficã
preocupado, que no outro ano passa.

3) O que vai acontecer?

Pac: Acho que no outro ano ele vai passã de ano.

PRANCHA 11 - Isso aqui parece uma estrada dentro do mato.
Parece que tem água. Acho que é só isso, não dá
prã vê muita coisa. Tem pedras. TL = 8'' e TT = 2'.

Inquērito: 1) O que vai acontecer?

Pac: Não sei. Se fô uma mata vai derrubã toda mata
porque já tem uma estrada aí dentro.

PRANCHA 12 - Isso aqui parece 2 quadros, 2 fotografias. De
uma moça e de uma bruxa. Parece uma freira, o
vestimento assim. Só o rosto que não, o rosto é horrível.
TL = 13'' e TT = 2'.

Inquērito: 1) O que está acontecendo?

Pac: Acho que a moça tá olhando alguma coisa e isso
aí, não sei se é bruxa ou freira, tá pensan-

do (?) o rosto dela não tá de quem tá pensando alguma coisa mã, mas os olhos tá. Não sei o que que é; alguma coisa pra moça, alguma fofoca que ela vai fazê.

2) O que vai acontecer?

Pac: Não sei, ela vai fazê fofoca pra moça (?) vai falã do marido ou do namorado, que tá saíndo com outra mulher, ou que tava conversando com outra.

PRANCHA 13HF -- Parece uma mulher deitada, um homem de pê vestido, parece que vai sair.... Tampando as vistas com o braço, parece que a luz tá atrapalhando. TL = 15'' e TT = 1'.

Inquêrito: 1) O que aconteceu?

Pac: Parece que...dormiu junto, ele levantô, vai embora. E ela vai continuar dormindo.

2) O que vai acontecer?

Pac: Acho que ele vai trabalhar e ela vai levantar mais tarde.

PRANCHA 16 - Vô pô meu papagaio aqui nesta figura, adoro ele. Tenho papagaio, ele fala, fala tudas coisa que a gente manda falã. Tem verde, amarelo e vermelho. TL = 7'' e TT = 1'.

Inquêrito: 1) O que vai acontecer?

Pac: Torço pra que não aconteça nada de mal.

Psic.: De qual prancha você mais gostou?

Pac: Da menina e da empregada, era mais clara pra falã, mais visível.

Psic.: De qual prancha você menos gostou?

Pac: A figura do mato, que não tem muita coisa.

Passar-se-ã neste momento, ã análise do caso, incluindo tanto a sua *dinâmica psicológica* como suas *implicações institucionais*.

1 - *Dinâmica psicológica*

A partir dos dados obtidos, pode-se perceber como, durante todo o tempo em que M.E.A. foi acompanhada, salientaram-se os componentes fóbicos de sua personalidade. A nível de comportamento manifesto isto não foi notado, mesmo porque o próprio fato de poder tê-los expresso talvez tenha contribuído no sentido de não se transformarem em ações concretas. Alguns de seus medos estavam ao menos parcialmente fundamentados em situações reais, como por exemplo o medo da deformação fetal, dado ser casada com um primo de 1º grau, fato que aumenta a probabilidade de ter uma criança com problemas e de cuidar de duas crianças nascidas com algum defeito físico. Outros componentes porê^m desses medos pareciam ser decorrentes da reativação de antigos conflitos vividos na sua relação real e fantasiada com os pais e irmãos. O próprio medo da deformação fetal parecia estar associado a uma intensa culpa, pelo fato de ter feito algo proibido, isto é, ter exercido sua sexualidade, estar grávida, com o fator agravante de sentir esta união como incestuosa.

Nos relatos de suas histórias no TAT, não conseguiu em nenhum momento, colocar o seu interesse e desejo pela relação heterossexual. Diante dos estímulos onde poderiam aparecer situações eróticas de casal (pranchas 4 e 13HF, por

exemplo), surgiram situações de briga, onde a figura feminina é apaziguadora e fica negada a conotação sexual da relação. O desejo aparentemente deve ser retirado.

A relação com a figura paterna é descrita como não satisfatória: tem a função de censora e repreensora não aprovando as escolhas da filha. Diante da prancha 5MF, por exemplo, diz durante o inquérito: "os pais não gosta dos amigos dos filhos, de 5, gosta de um só, que é mãe companhia". Interessante se observar a coincidência destes números com dados reais de sua família: são em 5 irmãos e durante as entrevistas a paciente mencionou várias vezes o fato de sentir um tratamento diferenciado dos pais em relação aos filhos. Poderia neste momento estar aludindo à sua sensação de rejeição e abandono dos pais em relação a ela e à competição e comparação entre irmãos.

A relação sentida como melhor se dá entre dois homens. Na prancha 10, por exemplo, há um pai apoiando um filho. Ao contrário da ligação entre homens, a ligação com mulheres geralmente mais velhas, possivelmente substitutos maternos, ou a própria mãe é descrita como tendo total falta de sintonia; é o que se pode perceber claramente, quando a mulher mais velha, da prancha 7MF, é uma empregada, lendo para a menina que não está interessada na história. Diz sobre a menina: "acho que ela não vai aprendê nada". Curiosamente essa foi exatamente a maneira com a qual se referiu aos pais e particularmente à mãe numa das entrevistas com a psicóloga.

Tanto neste caso como em outros, a gravidez parece trazer um nível de mobilização interna tão intenso que não há a percepção da mulher, que poderia ser vista como grávida, do lado direito da prancha 2, bem como da boneca ou bebê no colo da menina na prancha 7MF, vista como "bichinho de estimação, gato ou cachorro".

A reedição de conflitos vividos na relação com pais e familiares parece trazer sérias dúvidas quanto à possibilidade de ser mãe, de dar à luz a um bebê vivo, sadio, ser capaz de cuidar adequadamente do mesmo e um receio muito grande de sofrer algum tipo de vingança ou ataque sobre ela mesma ou o bebê, justamente por ter feito coisas "erradas", ou mesmo fantasiado ataques aos adultos afetivamente mais próximos em momentos anteriores de sua vida. Aliado a estas vivências é colocado o desejo e a necessidade de ter perto de si, figuras protetoras e apaziguadoras; daí a importância fundamental da presença e participação do marido bem como da equipe assistencial nesse período.

Neste caso analisado, observou-se tanto em seus desenhos, em seu discurso nas entrevistas, como no A.C. ao "inspecionar o filho" e ao reportar-se aos pediatras, que seus temores estavam deslocados para as orelhas. As orelhas e uma fileira de botões são os únicos elementos que permitem a diferenciação entre a figura masculina e feminina em seus desenhos. Ao referir-se ao medo de defeito físico ou mental no bebê, utilizou como exemplo, as orelhas e verrugas das crianças por ela cuidadas. Enquanto dava banho em seu fi-

lho, no A.C., a psicóloga percebeu-a comparando as orelhas do bebê para ver se estavam normais e finalmente a consulta ao prontuário do recém-nascido, revelava queixas da mãe no sentido de estar ocorrendo alguma anormalidade nos ouvidos do mesmo, queixas essas, não referendadas pelos médicos no exame físico do bebê.

2 - *Implicações institucionais*

A partir da análise deste caso, bem como dos demais, é possível levantar-se alguns pontos concernentes à atuação do psicólogo no contexto hospitalar, junto a profissionais de outras áreas, e em relação à própria paciente.

Um primeiro ponto seria o de observar e intervir, quando possível, no sentido de facilitar a comunicação dos profissionais entre si e desses com as pacientes. Não significa, porém, preencher as lacunas existentes ou um *fazer no lugar do outro profissional* visto que isto não seria nem possível, pois cada profissional é o especialista dentro de sua área de competência, e nem desejável, uma vez que conferiria ao psicólogo uma onipotência da qual não dispõe. No entanto, o psicólogo pode estar próximo, observando e apontando os vários aspectos ligados à comunicação, tais como fatores facilitadores, bloqueios, paralisações, comunicações incompletas, etc.

Outro ponto fundamental parece ser o de contribuir com os profissionais da equipe introduzindo a compreensão psicológica dos fenômenos. No caso analisado, por exemplo, pro

curar fornecer elementos, com base no material obtido, sobre o significado psicológico das orelhas, ou melhor, o que poderia estar sendo deslocado para estas. A observação mostrou que as queixas sobre os ouvidos do bebê foram tratadas de maneira estritamente "objetiva" e "médica". Talvez o contato interdisciplinar pudesse abrir espaço, no trabalho dos demais profissionais, para outro tipo de escuta em relação à paciente. Provavelmente esta abertura poderia facilitar o trabalho dos mesmos evitando inclusive procedimentos e exames desnecessários.

A compreensão psicológica revela-se muito importante ao se tratar de outras questões, tais como aleitamento materno, cooperação da paciente para a realização de exames de rotina, seguimento de orientações médicas, etc.

Colocando M.E.A. novamente em foco, nota-se que se se pudesse levar em conta dados de sua história de vida, como por exemplo os relacionados à sexualidade e à maneira como sente o seu corpo, talvez se tornasse mais fácil, a estimulação do aleitamento materno. Em seu caso, não se tratava apenas de explicar cientificamente seus benefícios para o bebê e para a mãe, mas de levar em conta também, toda a vergonha e pudor com relação à exposição do corpo, particularmente dos seios, ao se tratar do assunto.

Levar em consideração a origem, os costumes das pacientes, pode ajudar a compreendê-las melhor e permitir que possam usufruir o que as equipes médicas e para-médicas têm para lhe oferecer. M.E.A., por exemplo, nunca tinha ido ao

médico antes de se casar; passa a fazer pré-natal e em determinado momento tem que ficar internada por problema de pressão alta. Como fica o tratamento de sua pressão, se está assustada; e se encontra internada numa enfermaria onde só há casos de patologia da gestação e a comunicação entre ela e a equipe que a assiste é insuficiente? Há muitas questões como essa a serem proficuamente discutidas entre os profissionais.

Em contrapartida ao que o psicólogo pode oferecer ao trabalhar num contexto como este, ficou evidente também o quanto necessita ainda vivenciar e aprender com os outros profissionais. Aprender a transmitir suas idéias de maneira mais simples e acessível; a trabalhar mais flexivelmente, com um enquadramento diferente do que o de outras situações onde atua de forma mais individualizada, como por exemplo, em consultório particular.

Conclusões e Comentários

Finais

V - CONCLUSÕES E COMENTÁRIOS FINAIS

Os objetivos inicialmente propostos para este trabalho foram atingidos: a revisão da literatura especializada permitiu verificar a complexidade e amplitude dos dois temas, o da Psicologia da Gravidez e o da Institucional. A gravidez, por exemplo, tem sido estudada sob inúmeros ângulos, com objetivos e metodologias bastante diversos o que mostra que não há possibilidade, ao menos até o momento, de se abarcar o assunto como um todo. No entanto, a quantidade, diversidade, enfim o volume de pesquisas que vêm sendo desenvolvidas nesta área, vêm apenas confirmar a importância atribuída à compreensão e ao estudo das fases iniciais da vida. Já os trabalhos ligados à Psicologia Institucional são mais escassos talvez por ser esse um campo para onde apenas mais recentemente se voltou a atenção. A própria pesquisa dentro do contexto institucional não é tarefa simples e acaba tornando-se empreendimento solitário cuja execução e responsabilidade recaem quase que totalmente sobre aquele que se decide a realizá-la; esbarra-se em questões econômicas, sociais e políticas muito mais amplas que transcendem à esfera individual, por exemplo da do psicólogo ou profissional que está realizando a pesquisa. Isto pode ser verificado através da simples comparação com as condições de pesquisa em outros países (vide Klatskin & Erón, 1970 e Zemlick & Watson, 1953, por exemplo).

A situação institucional em sua precariedade de recursos assistenciais e em sua forma muitas vezes despersona-

lizada de atendimento à população, contribui para a ocorrência de fatos como os verificados nesta pesquisa. Acabam sendo deslocadas para a pessoa mais constante e estável, no caso a psicóloga, uma série de expectativas que nada têm a ver com sua função (vide caso de D.C.B., que telefonou para a psicóloga pedindo transporte para outro Hospital); e é nestes momentos que se percebe a interação indivíduo/instituição, a relação entre os fatores de personalidade com os institucionais, podendo levar ao crescimento da pessoa ou então contribuir para a sua patologia. Neste mesmo caso citado, foi possível observar como predominaram a estruturação saudável e a força de crescimento individual sobre a pressão regressiva e patológica institucionais. A paciente teve que passar por três serviços diferentes até finalmente ser atendida para o parto, tendo tido um parto normal e aparentemente satisfatório a despeito de toda sua história institucional. Em outros casos, cujo exemplo mais extremo foi o de E.G.S., ocorre o inverso e a paciente não consegue nem se aproximar do que a instituição tenha de recursos para lhe oferecer, provavelmente em função de sua estrutura mais comprometida de personalidade e de sua história pregressa de vida.

A relação indivíduo/instituição parece ser bastante complexa e intrincada, mas nem por isto deixa de ser fascinante como campo de pesquisa e atuação do psicólogo. A partir da análise dos casos acompanhados no Hospital e das colocações de alguns autores, principalmente Bleger, Ferrari *et al* e Maldonado, pode-se refletir sobre algumas questões, muito embora se tenha consciência de que essas reflexões repre-

sentam apenas o início de um trabalho. Observou-se o papel pouco claro do psicólogo, a variedade de expectativas que se desenvolvem tanto por parte das pacientes como dos membros das equipes médicas e para-médicas em relação à sua atuação. Parte da confusão deve-se a problemas que transcendem, como já foi dito, a esfera do psicólogo individualmente como profissional e tem a ver com as diretrizes mais amplas, econômicas, sociais e políticas do país. Outra parte, no entanto, parece depender mais do psicólogo, da própria forma como se insere na instituição. O enquadramento de trabalho, proposto pelos autores citados, caracteriza-se por uma atuação diferente da de consultório particular, no sentido de levar a uma melhoria da comunicação entre os profissionais e pacientes, e a prestar assistência à assistência. A bagagem teórica pode ser a mesma, mas a forma de utilizá-la deve ser diferente. O foco de trabalho deve deslocar-se do apenas "atender pacientes", para o "refletir sobre a relação entre os profissionais da saúde e os pacientes e a instituição". Este tipo de trabalho, por se dar essencialmente junto à equipe assistencial, provavelmente abrangerá a médio e longo prazo um número muito maior de pacientes do que a forma tradicional, onde o psicólogo atende individualmente ou então grupos de pacientes. Não se está com isto, desvalorizando os atendimentos psicoterápicos individuais ou grupais, mas apenas tentando propor dentro da instituição, carente de recursos materiais e humanos, uma forma de trabalho que pareceu mais adequada a esta realidade.

Um passo inicial muito importante, amplamente reconhecido na literatura pesquisada, particularmente nos estudos interculturais, para o planejamento do trabalho do psicólogo, é o conhecimento da população com a qual pretenda trabalhar. Nesse sentido, esta pesquisa forneceu alguns elementos sobre as gestantes que procuram o Hospital. Parece ser essencial para prestar assistência a esta população, saber por exemplo que praticamente todas as mães das pacientes tiveram partos domiciliares em alguma paragem do interior do Brasil, ou que o mundo técnico de exames sofisticados e mesmo o contexto hospitalar em si lhes é bastante estranho, bem como dispor de uma série de outras informações, sobre atitudes, concepções em relação à sexualidade, amamentação, etc.

A análise dos casos acompanhados parece confirmar duas das colocações feitas por Maldonado, quanto ao ciclo grávido-puerperal destas mulheres, mencionadas na introdução: -a relativa uniformidade de vivências emocionais e temas deste período, independentemente do nível sócio-cultural e; -a existência de diferenças mais quantitativas do que qualitativas entre as vivências presentes na gravidez normal e na patológica. Isto quer dizer que muitas das colocações psicanalíticas, citadas na introdução, foram observadas na análise dos casos acompanhados.

Interessante notar que embora não constituíssem objetivo inicial desta pesquisa, alguns pontos adquiriram particular interesse, principalmente no sentido de abrir um leque para futuros trabalhos: um deles, observado no decorrer

das entrevistas, concerne à *pesquisa dos sonhos*. Na maior parte dos casos acompanhados, pode-se perceber que as gestantes sentiam-se motivadas para relatá-los sendo que seus conteúdos geralmente forneciam material bastante significativo; outro, diz respeito ao valor dos resultados obtidos com a utilização do DFH e do TAT durante a gravidez, principalmente no caso de certos dados, que serão resumidos a seguir: Quanto ao DFH, a ordem, tema, postura, transparências e tipo de imagem do corpo das figuras desenhadas parecem diferenciar as gestantes da população em geral. Quanto ao TAT, ao se selecionar pranchas para o estudo psicológico da gestante, resultou muito adequado e produtivo, incluir dentre outras, as pranchas 2, 7MF, 10, 12F e 16 e realizar análise detalhada dos aspectos perceptivos, particularmente das distorções.

Para que a assistência a ser oferecida por esta instituição possa se efetivar de maneira mais eficiente, de modo a enriquecer o indivíduo que dela se utiliza, é necessário procurar dialogar e não impor, entrar em contato com a população atendida pela instituição, procurando não censurar e criticar. Esta não é tarefa simples, uma vez que os recursos tanto humanos como materiais são insuficientes para se poder sanar todos os problemas existentes; frequentemente acaba recaindo sobre o profissional, médico ou para-médico, individualmente, toda a responsabilidade quanto ao cuidado do paciente, sendo que as carências e reivindicações deste último em muito transcendem o que seria propriamente a tarefa assistencial a ser cumprida por aquele profissional ou instituição, especificamente.

Apesar de todas as dificuldades, várias delas escapando à esfera individual e recaindo sobre as esferas econômicas, sociais e políticas mais amplas, parece ser possível um aprimoramento na tarefa assistencial, principalmente por ser a Clínica Obstétrica deste Hospital, instituição consciente e voltada para tal aprimoramento.

Concluindo, pode-se dizer que este trabalho inicial, exploratório, abrangendo uma amostra reduzida de gestantes, talvez tenha tido como principal contribuição, a possibilidade de formular novas questões a serem pesquisadas no futuro, num campo complexo e intrincado, mas extremamente estimulante, das relações indivíduo/instituição.

Além deste leque que foi aberto, já resultou em consequências práticas, concretas: a criação de uma Disciplina nova, denominada Atuação do Psicólogo em Instituição de Saúde I e II, para os alunos da Graduação do Curso de Psicologia da Universidade de São Paulo, a partir de 1986. Seu principal objetivo é poder estender aos futuros colegas, a experiência adquirida, de modo a procurar reduzir a lacuna existente, em termos do currículo do Curso de Psicologia, quanto à formação e preparo para o trabalho preventivo dentro do contexto institucional, na área da saúde. Trata-se na realidade, da abertura de um espaço para questionamentos, intercâmbio de idéias e para busca de novos caminhos nesta área, atualmente em grande expansão.

Referências Bibliográficas

VI - REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AINSLIE, R. C. *et al.*, On the infant's meaning for the parent: a study of four mother-daughter pairs. *Child Psychiatry and Human Development*, 1982, 13, 2, 97-110.

ANGERAMI, V.A. Uma opção alternativa na prática clínica em psicologia: atuação na instituição hospitalar. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 1983, 39, 2, 110-122.

————— (Org.), *Psicologia Hospitalar*. São Paulo, Traço, 1984, 152p.

ANZIEU, D., *Os Métodos Projetivos*. Trad. Silva, M. L., Rio de Janeiro, Campus, 1978, 296p.

ARBEIT, S. A., A study of women during their first pregnancy. *Dissertation Abstracts International*, 1976, 36, 12-B, 6367-6368.

ASTBURY, J., The crisis of child-birth: can information and child-birth education help? *Journal of Psychosomatic Research*, 1980, 24, 1, 9-13.

BALLINGER, C. B., Emotional disturbance during pregnancy and following delivery. *Journal of Psychosomatic Research*, 1982, 26, 6, 629-634.

- BALLOU, J., The significance of reconciliative themes in the psychology of pregnancy. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 1978, 42,5, 383-413.
- BARBIERI, P., Women's attitudes toward infant care before and after the birth of the child. *Dissertation Abstracts International*, 1978, 39, 2-A, 766-767.
- BARCLAY, R. L. & BARCLAY, M. L., Aspects of the normal psychology of pregnancy: the midtrimester. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 1976, 125, 2, 207-211.
- BARRETO, A. B. et al., Uma pequena amostra do que faz o psicólogo em instituições médicas. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 1980, 32,3, 159-175.
- BEATTIE, J., Observations on post-natal depression, and a suggestion for its prevention. *International Journal of Social Psychiatry*, 1978, 24,4 247-249.
- BEEBE, E. R., Expectant parent classes: a case study. *Family Coordinator*, 1978, 27, 1, 55-58.
- BEETSCHEN, A. & CHARVET, F., Psychologie et Psychopathologie de la Maternité-Psychoses Puerpérales. *Confrontation Psychiatriques*, 1978, 16, 83-124.

- BEINSTEIN, M., *Depressão Puerperal. Femina*, 1982, 10, 5, 388-392.
- BELMONT, N., *Conception, Grossesse et Accouchement dans les Sociétés Non Occidentales. Confrontation Psychiatriques*, 1978, 16, 285-305.
- BERNSTEIN, J., Empleo del TAT. In: Murray, H., *Test de Apercepción Temática (TAT)*. Trad. Carnelli, D., Buenos Aires, Paidós, 1979, 5º ed., 19-80.
- BLEGER, J., *Temas de Psicología (Entrevista y Grupos)*. Buenos Aires, Nueva Vision, 1974, 4º ed., 120p.
- *Psicología de la Conduta*. Buenos Aires, Paidós, 1975, 3º ed. 352p.
- *Psicohigiene y Psicología Institucional*. Buenos Aires, Paidós, 1976, 211p.
- BLOMBERG, S., Influence of maternal distress during pregnancy on complications in pregnancy and delivery. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1980, 62, 5, 399-404.
- BLONDEL, B. et al., Impact of the French system of statutory visits on antenatal care, *Journal of Epidemiology and Community Health*, 1982, 36, 3, 183-186.

BLUMBERG, N. L., Early maternal postpartum adjustment: a study of the effects of neonatal risk, maternal attitude toward pregnancy and childbirth, and maternal cognitive style. *Dissertation Abstracts International*, 1979, 39, 12-B, 6108.

BONATO, V. L., *Caracterização da Personalidade de um Grupo de Mulheres Estereis através da Prova de Rorschach*. Dissertação de Mestrado, São Bernardo do Campo, Instituto Metodista de Ensino Superior, 1981, 132 p. (mimeografado).

BOYER, J. P. & DELWARDE, M., D'un oeuf à l'autre: a propos de l'autisme. La communication foeto-maternelle (ûtero-placentaire) modèle possible de compréhension de l'évolution de l'homme et de sa psychopathologie. *Evolution Psychiatrique*, 1981, 46, 4, 823-845.

BRACCO, D. M. & MINERBO, V., O período para-natal. *Boletim da Sociedade Rorschach de São Paulo*, 1982, 1, 2, 20-26.

BRADLEY, C. F., The effects of hospital experience on postpartum feelings and attitudes of women. *Dissertation Abstracts International*, 1977, 38, 1-B, 347.

CALHOUN, L. G. et al., The influence of pregnancy on sexuality: a review of current evidence. *Journal of Sex Research*, 1981, 17, 2, 139-151.

CHALMERS, B. E., Psychological aspects of pregnancy: some thoughts for the eighties. *Social Science and Medicine*, 1982, 16, 3, 323-331.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, *A Atuação do Psicólogo no Desenvolvimento da Saúde*, Brasília, 1985.

COOPER, E. J. & CENTO, M. H., Group and the hispanic prenatal patient. *American Journal of Orthopsychiatry*, 1977, 47,4, 689-700.

CORREIA, F. K. & FAVERO, R. V., Saúde mental na gravidez e no puerpério. 34^a Reunião Anual da Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência, *Ciência e Cultura*, 1982, 34, 7, Suplemento, 888-889.

COX, J. L. *et al.*, Prospective study of the psychiatric disorders of childbirth by self report questionnaire. *Journal of Affective Disorders*, 1983, 5, 1, 1-7.

CRANDON, A. J., Maternal anxiety and obstretic complications. *Journal of Psychosomatic Research*, 1979a, 23, 2, 109-111.

Maternal anxiety and neonatal wellbeing. *Journal of Psychosomatic Research*, 1979b, 23, 2, 113-115.

CRANLEY, M. S., Development of a tool for the measurement of maternal attachment during pregnancy. *Nursing Research*, 1981, 30, 5, 281-284.

_____ *et al.*, Women's perceptions of vaginal and cesarean deliveries. *Nursing Research*, 1983, 32, 1, 10-15.

DAVIDS, A. & DeVAULT, S., Use of the TAT and HFD in research of personality, pregnancy and perception. *Journal of Projective Techniques*, 1960, 24, 362-365.

_____ *et al.*, Maternal anxiety during pregnancy and adequacy of mother and child adjustment eight months following child-birth. *Child Development*, 1963, 34, 993-1002.

DAVIS, O. S., Mood and symptoms of expectant fathers during the course of pregnancy: a study of the crisis perspective of expectant fatherhood. *Dissertation Abstracts International*, 1978, 38, 9-A, 5741.

DOERING, S. G. *et al.*, Modeling the quality of women's birth experience. *Journal of Health and Social Behavior*, 1980, 21, 1, 12-21.

DOTY, B. A., Relationship among attitudes in pregnancy and maternal characteristics. *Journal of Genetic Psychology*, 1967, 111, 203-217.

ERIKSON, E. H., *Identidade, Juventude e Crise*. Trad. Cabral, A., Rio de Janeiro, Zahar, 1976, 324p.

FAGLEY, N. *et al.*, Stress symptom proneness and general adaptational distress during pregnancy. *Journal of Human Stress*, 1982, 8, 2, 15-22.

FERRARI, H. *et al.*, *La Interconsulta Médico-Psicológica en el Marco Hospitalario*. Buenos Aires, Nueva Vision, 1977, 148p.

FERREIRA, A. J., The pregnant woman's emotional attitude and its reflection on the newborn. *American Journal of Orthopsychiatry*, 1960, 30, 553-561.

FINNEGAN, P. *et al.*, Denial of pregnancy and childbirth. *Canadian Journal of Psychiatry*, 1982, 27, 8, 672-674.

FOSTER, C. D. & MILLER, G. M., Adolescent pregnancy: a challenge for counselors. *Personnel and Guidance Journal*, 1980, 59, 4, 236-240.

GAUTHIER, Y., Grossesse, accouchement et la psychiatrie d'enfants. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 1982, 30, 4-5, 279-282.

GERZI, S. & BERMAN, E., Emotional reactions of expectant fathers to their wife's first pregnancy. *British Journal of Medical Psychology*, 1981, 54, 3, 259-265.

GLOGER-TIPPELT; G., A process model of the pregnancy course.

Human Development, 1983, 26, 3, 134-148.

GOFSEYEFF, M. H., Pregnancy and maternal adaptation in women

with different childbearing motivations. *Dissertation*

Abstracts International, 1977, 37, 12-B, 6324-6325.

GORDON, S. J., Relationships among anxiety, expressed satis

faction with body image and maladaptive physiological

responses in pregnancy. *Dissertation Abstracts Inter-*

national, 1977, 38, 2-B, 592.

GRANT, W., *Ansiedade e Gravidez*. Dissertação de Mestrado,

São Paulo, Instituto de Psicologia, USP, 1984, 87 p.

(mimeografado)

GRAY, L. C., A study of pregnancy: body image and anxiety.

Dissertation Abstracts International, 1978, 38, 10-B,

5016.

GUEIROS, H. S., Preparação Psicológica para a maternidade.

Participação do marido e da família. *Femina*, 1975,

3, 12, 711-714.

HARRIS, R. L. *et al.*, Attitudes and perceptions of perinatal

concepts during pregnancy in women from three cultures.

Journal of Clinical Psychology, 1981, 37, 3, 477-483.

- HAYWORTH, J. *et al.*, A predictive study of post-partum depression: some predisposing characteristics. *British Journal of Medical Psychology*, 1980, 53, 2, 161-167.
- HEINOWITZ; J. R., Becoming a father for the first time: a phenomenological study. *Dissertation Abstracts International*, 1978, 38, 8-B, 3883.
- JANIS, D. L., Postpartum adjustment as a function of husband-related variables. *Dissertation Abstracts International*, 1977, 38, 1-B, 364.
- JONES, A. C., Life changes and psychological distress as predictors of pregnancy outcome. *Psychosomatic Medicine*, 1978, 40, 5, 402-412.
- JOSTEN, L., Contrast in prenatal preparation for mothering. *Maternal Child Nursing Journal*, 1982, 11, 2, 65-73.
- KESTENBERG, J., Regressão e reintegração na gravidez. In: Blum, H., *Psicologia Feminina*. Trad. Souza, H. M., Porto Alegre, Artes Médicas, 1982, 322p.
- KEZUR, D., The development of maternal attachment. *Smith College Studies in Social Work*, 1978, 48, 3, 183-208.
- KITE, J. V., First pregnancies in women over 30. *Dissertation Abstracts International*, 1977, 37, 7-B, 3614-3615.

- KLATSKIN, E. H. & ERON, L. D., Projective test content during pregnancy and postpartum adjustment. *Psychosomatic Medicine*, 1970, 32, 5, 487-493.
- KLEINMAN, C. S., Psychological processes during pregnancy. *Perspectives in Psychiatric Care*, 1977, 15, 4, 175-178.
- KUMAR, R. et al., Childbearing and maternal sexuality. A prospective survey of 119 primiparae. *Journal of Psychosomatic Research*, 1981, 25, 5, 373-383.
- LANGER, M., *Maternidade e Sexo*. Trad. Folberg, N. M., Porto Alegre, Artes Médicas, 1981, 266p.
- LEDERMAN, R. P. et al., Relationship of psychological factors in pregnancy to progress in labor. *Nursing Research*, 1979, 28, 2, 94-97.
- LEVY, S., Dibujo proyectivo de la figura humana. In: Hammer, E. F. *Tests Proyectivos Gráficos*. Trad. Brodesky, A., Buenos Aires, Paidós, 1978, 3^a ed., pgs 65-82.
- LEWIT, E. M., Experience with pregnancy, the demand for prenatal care and the production of surviving infants. *Dissertation Abstracts International*, 1977, 38, 1-B, 134.
- LIGHTFOOT, E. C. et al., Characteristics distinguishing high-anxious and medium/low anxiety women during pregnancy. *Journal of Psychosomatic Research*, 1982, 26, 3, 345-350.

LITTLE, B. C. *et al.*, Personal and psychophysiological characteristics associated with puerperal mental state. *Journal of Psychosomatic Research*, 1981, 25, 5, 385-393.

LOBIANCO, A. C. & GARCIA, V. L., Diagnóstico de aceitação da gravidez através do Teste Z. *Arquivos Brasileiros de Psicologia Aplicada*, 1974, 26, 4, 80-84.

LOURENÇÃO van KOLCK, O., A expressão da homossexualidade no Desenho da Figura Humana. *Separata do Boletim de Psicologia*, 1961, XIII, 41-42, 29-32.

Sobre a Técnica do Desenho da Figura Humana na Exploração da Personalidade: Estudo de Adolescentes de Centros Urbanos, Tese de Doutorado, Boletim 293, Psicologia Educacional, 7, São Paulo, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras, 1966, 333p.

& VAN KOLCK, T., O Desenho da Figura Humana no diagnóstico do homossexualismo. *Boletim de Psicologia*, 1971, XXIII, 61, 27-51.

Técnicas de Exame Psicológico e suas Aplicações no Brasil. Petrópolis, Vozes, 1981, 2º vol. 2ª ed., 441p.

Testes Projetivos Gráficos no Diagnóstico Psicológico, São Paulo, Editora Pedagógica Universitária, 1984, 101p.

MACEDO, R. M. (Org.), *Psicologia e Instituição*. São Paulo, Cortez Editora, 1984, 127p.

MACHOVER, K., *Personality Projection in the Drawing of the Human Figure*, Springfield, Ch.C.Thomas, 1949, IX-181p.

MALDONADO, M. T., A psicologia da gravidez, parto e puerpério. *Femina*, 1974, 2, 7, 404-410.

Preparação psicológica para a maternidade. Participação do marido e da família. *Femina*, 1975, 3, 11, 661-663.

Psicologia da Gravidez, Petrópolis, Vozes, 1980, 3^a ed., 118p.

§ CANELLA, P., *A Relação Médico-Cliente em Ginecologia e Obstetrícia*. Rio de Janeiro, Atheneu, 1981, 242p.

Maternidade e Paternidade. Rio de Janeiro, Atheneu, 1982, 116p.

MANLY, P. C. et al., Depressive attributional style and depression following childbirth. *Journal of Abnormal Psychology*, 1982, 91, 4, 245-254.

MATTOS, E. S., *Projeto de Trabalho em Psicoprofilaxia Obstétrica nas Unidades de Saúde do Estado de São Paulo*, s/data.

- MAY, K. A., Three phases of father involvement in pregnancy. *Nursing Research*, 1982, 31, 6, 337-342.
- McDONALD, R. L., Personality characteristics in patients with three obstretic complications. *Psychosomatic Medicine*, 1965a, 27, 383-386.
-
- Fantasy and the outcome of pregnancy. *Archives of General Psychiatry*, 1965, 12, 602-606.
- MILJKOVITCH, M., La preoccupation matérnelle primaire: illustration à l'aide d'un protocole de Rorschach. *Bulletin de Psychologie*, 1977-78, 31, 1-2, 33-43.
- MINERBO, V., *Estudo dos Fatores Associados a Psicose Puerperal*. Dissertação de Mestrado, São Paulo, Instituto de Psicologia da USP, 1983, 71 p. (mimeografado).
- MOORE, D. E., Identification of women at obstetrical risk from measures of prenatal psychological stress. *Dissertation Abstracts International*, 1977, 38, 5-B, 2377-2378.
- MURAI, N. et al., A study of moods in postpartum women. *Tohoku Psychologica Folia*, 1978, 37, 1-4, 32-40.
- MURRAY, H., *Test de Apercepción Temática*. Trad. Carnelli, D., Buenos Aires, Paidós, 1970, 5ª ed., 112p.

- NELSON, M. K., The effect of childbirth preparation on women of different social classes. *Journal of Health and Social Behavior*, 1982, 23, 4, 339-352.
- NETTER, P., Psychosomatic complaints and patterns of reproductive history. *Journal of Psychosomatic Research*, 1977, 21, 2, 105-113.
- OAKLEY, A., The relevance of the history of medicine to an understanding of current change: some comments from the domain of antenatal care. *Social Science and Medicine*, 1982, 16, 6, 667-674.
- O'HARA, M. W. et al., Predicting depressive symptomatology: cognitive-behavioral models and postpartum depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 1982, 91, 6, 457-461.
- OSOFSKY, H., Expectant and new fatherhood as a developmental crisis. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 1982, 46, 3, 209-230.
- OTTINGER, D. R. & SIMMONS, J. E., Behavior of human neonates and prenatal maternal anxiety. *Psychological Reports*, 1964, 14, 391-394.
- PALISIN, H., The Neonatal Perception Inventory: a review. *Nursing Research*, 1981, 30, 5, 285-289.

- PERES, K. E., Emotional aspects of the pregnancy experience: anxiety life changes and feminine identification. *Dissertation Abstracts International*, 1979, 39, 10-B, 5081-5082.
- PETERSON, G. H. & MEHL, L. E., Some determinants of maternal attachment. *American Journal of Psychiatry*, 1978, 135, 10, 1168-1173.
- PICKENS, D. S., The cognitive processes of career-oriented primiparas in identity reformulation. *Maternal-Child Nursing Journal*, 1982, 11, 3, 135-164.
- PINES, D., The relevance of early psychic development to pregnancy and abortion. *International Journal of Psycho-Analysis*, 1982, 63, 3, 311-319.
- PINKUS, J., A prospective study of relationship between prenatal maternal parameters and early infant development. *Dissertation Abstracts International*, 1979, 39, 7-B, 3535.
- BRENNÉE, N., Relationships between maternal attitudes and the Leboyer method of childbirth. *Dissertation Abstracts International*, 1978, 39, 4-B, 1966.
- RESTA, G., Immagine anticipata del figlio, preparazione al parto e igiene mentale. *Neuropsichiatria*, 1974, 30, 3-4, 261-272.

- ROFÉ, Y. & LEWIN, I., Psycho-social factors and blood pressure during pregnancy and delivery. *Psychophysiology*, 1982, 19, 1, 7-12.
- RUBENSTEIN, A. H., A longitudinal study of psychological changes occurring during pregnancy. *Dissertation Abstracts International*, 1977, 38, 6-B, 2884.
- SAMEROFF, A. J. *et al.*, Early development of children at risk for emotional disorder. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 1982, 47, 7, 82p.
- SARGENT, S. P., Prepartum maternal attitudes, neonatal characteristics and postpartum adaptation of mother and infant. *Dissertation Abstracts International*, 1977, 38, 4-B, 1903-1904.
- SAVASTANO, H., *Aspectos da Imagem Corporal da Gestante nos Três Trimestres da Gravidez. Implicações na Assistência Pré-natal.* Tese de Doutorado, São Paulo, Faculdade de Saúde Pública da USP, 1981, 275 p. (mimeografado).
- SCHILDER, P., *A Imagem do Corpo.* Trad. Wertman, R., São Paulo, Martins Fontes, 1981.
- SHULMAN, D. R., Relationship between neonatal soothability and expectant mother's anxiety levels and heart rates. *Dissertation Abstracts International*, 1978, 39, 2-B, 962.

- SLAYTON, R. I. & SOLOFF, P. H., Psychotic denial of third-trimester pregnancy. *Journal of Clinical Psychiatry*, 1981, 42, 12, 471-473.
- SMITH, G. J. *et al.*, The influence of negative attitudes and symptoms of maladjustment in mothers upon their 7-8yr old boys and girls: a prospective study of mother-child relations. *Psychological Research Bulletin*, 1982, 22, 6, 24p.
- SOIFER, R., *Psicología del Embarazo, Parto y Puerp̄rio*. Buenos Aires, Kargieman, 1977, 4^o ed., 154p.
- SOULE, B. *et al.* Father identity. *Psychiatry*, 1979, 42, 3, 255-263.
- STEIN, G. S., The pattern of mental change and body weight change in the first post-partum week. *Journal of Psychosomatic Research*, 1980, 24, 3-4, 165-171.
- _____ *et al.*, Mental symptoms, weight change and electrolyte excretion in the first post-partum week. *Journal of Psychosomatic Research*, 1981, 25, 5, 395-408.
- STEINER, M., Psychobiology of mental disorders associated with child-bearing: an overview. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1979, 60, 5, 449-464.

- SUGARMAN, M., Paranatal influences on maternal-infant attachment. *American Journal of Orthopsychiatry*, 1977, 47, 3, 407-421.
- TROWELL, J., Possible effects of emergency caesarian section on the mother-child relationship. *Early Human Development*, 1982, 7, 1, 41-51.
- TSU, T. M. J. A., *Análise dos Sonhos de Gestantes: Um Estudo Sobre Regressão*. Dissertação de Mestrado, São Paulo, Instituto de Psicologia da USP, 1980, 157 p. (mimeografado).
- TURRINI, P., A mother's center: research, service and advocacy. *Social Work*, 1977, 22, 6, 478-483.
- VERTHELYI, R. F. & RIOS, M. G. *Características del TRO de Phillipson en una Muestra de Embarazadas Argentinas*. Trabalho apresentado no VI Congresso Latinoamericano de Rorschach e Outras Técnicas Projetivas, São Paulo, 1985, (mimeografado). Resumo no *Boletim de Psiquiatria da Escola Paulista de Medicina*, 1985, 18, 1-2, 45.
- WALDRON, H. & ROUTH, D. K., The effect of the first child on the marital relationship. *Journal of Marriage and the Family*, 1981, 43, 4, 785-788.

- WEAVER, R. H. & CRANLEY, M. S., An exploration of paternal-fetal attachment behavior. *Nursing Research*, 1983, 32, 2, 68-72.
- WEISSKOPF, S. C., Maternal sexuality and asexual motherhood. *Signs*, 1980, 5, 4, 766-782.
- WESTBROOK, M. T., The reactions to child-bearing and early maternal experience of women with differing marital relationships. *British Journal of Medical Psychology*, 1978, 51, 2, 191-199.
- WHITE, S. E. & REAMY, K., Sexuality and pregnancy: a review. *Archives of Sexual Behavior*, 1982, 11, 5, 429-444.
- WOLKIND, S. & ZAJICEK, E., Psychosocial correlates of nausea and vomiting in pregnancy. *Journal of Psychosomatic Research*, 1978, 22, 1, 1-5.
- WORTHINGTON, E. L., Labor room and laboratory: clinical validation of the cold pressor as a means of testing preparation for childbirth strategies. *Journal of Psychosomatic Research*, 1982, 26, 2, 223-230.
- YANG, R. K. *et al.*, Successive relationships between maternal attitudes during pregnancy, analgesic medication during labor and delivery, and newborn behavior. *Developmental Psychology*, 1976, 12, 1, 6-14.

ZAJICEK, E. & WOLKIND, S., Emotional difficulties in married women during and after the first pregnancy. *British Journal of Medical Psychology*, 1978, 51, 4, 379-385.

ZEMLICK, M. J. & WATSON, R. J., Maternal attitudes of acceptance and rejection during and after pregnancy. *American Journal of Orthopsychiatry*, 1953, 23, 570-584.

ZIMMERMANN- TANSELLA, Ch. *et al.*, Preparation courses for child-birth in primipara: a comparison. *Journal of Psychosomatic Research*, 1979, 23, 4, 227-233.

Anexos

ANEXO 1 - Tabela utilizada pelos obstetras para a classificação de risco.

TABELA DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

1 - () Primigesta < 17 ou > 28 a		1	1	
2 - () Multípara > 34		1		
3 - () Grande Multípara (acima de 5 partos)		1	1	
4 - () Negra		1	1	
5 - () Peso inicial menor que 50 kg ou maior que 90 kg		2	2	
6 -	<p style="text-align: center;"><u>ANTECEDENTES</u></p> <p>() Aborto Habitual ou Parto Prematuro (2)</p> <p>() Nati morto e/ou Neo morto (2)</p> <p>() Tabagismo (mais que 5 cigarros por dia) (1)</p> <p>() Diabetes (1)</p> <p>() Esterilidade (2)</p>	<p style="text-align: center;"><u>PATOLOGIA DA GESTAÇÃO</u></p> <p>() Diabetes (5)</p> <p>() Placenta Prévia (5)</p> <p>() Hipertensão Arterial (5)</p> <p>() Isoimunização Rh sensibilizada</p> <p>() Retardo de crescimento intra uterino (2)</p> <p>() Gemelidade (4)</p> <p>() Ganho de peso < 7 kg até 36^a semana (2)</p> <p>() Infecção Urinária (1)</p> <p>() Sífilis não tratada (1)</p> <p>() Anemia (abaixo 10 g) (1)</p> <p>() Cardiopatia III, IV (4)</p> <p>() Hidrânio (1)</p> <p>() Apres. pélvica ou</p> <p>() Apres. cônica após 37 semanas (1)</p>	1 a 5	5
7 - Intervalo inter partal () < 2 ou > 9 anos		1	1	
8 - Condições Sócio Econômicas () Renda < 2 salários mínimos		1	1	
() Mãe solteira		1		
<p>Classificação: 5 ou + - Alto Risco</p> <p>3 a 4 - Médio Risco</p> <p>< 3 - Baixo Risco</p>		TOTAL		

Mola Hidatiforme
 Insuf. Istmo-cervical
 Gravidez prolongada
 Amniorrexe prematura

Encaminhar diretamente ao Hospital

Outras doenças graves: Telefonar para o plantonista de Obstetrícia

ANEXO.2 - Impresso utilizado para o registro das entrevistas psicológicas.

ENTREVISTA PSICOLÓGICA

Dados da Gestante ()	Nº RG-PA.....
Puérpera ()	Data.....
..... ()	Psicóloga.....
	Nº Cons. Médica.....

Entrevista a pedido do(a):

Psicólogo(a) ()
 Médico(a) ()
 Gestante ()
 Puérpera ()
 ()

Nome:.....
 Idade:.....Data de Nasc:../.../... Nat:.....
 Est. Civil: Cas. () Solt. () Viúva () Desq. () Div. ().....()
 Vive com o pai da criança () há.....
 Não vive com o pai da criança () há.....Viveu com ele.....
 Religião:..... Cor Escolaridade.....
 Profissão:.....Trabalha atualmente: sim () não ()
 Parou há.....Pretende voltar: sim () não ()
 Endereço:.....nº.....
 Bairro:..... Tel:.....Recados com:.....
 Situação previdenciária:.....
 Mês de Gestação:..... Nº de Gestações anteriores:....
 Nº de filhos (idade e sexo):.....
 Data esperada para o parto:.....

Continuação Anexo 2:

Dados do Pai da Criança

Nome:.....

Idade:v.....Data de Nasc:.../.../... Nat.:.....

Escolaridade:.....Profissão:.....

ANEXO 3 - Histórias do TAT relatadas por E.G.S.

Prancha 1 - Aqui eu vô dizê o que? o que tã acontecendo com esse menino. O que tã acontecendo com você, meu filho? (ri bastante). O que tã acontecendo com este menino. Ele tã doente. Ai meu Deus, o que ele tem? Mas o que é que ele tem? Ou ele tã doente, ou ele perdeu a mãe. Sô sei que ele tã olhando pro violino. Ou ele tã pensando muito na mãe dele que ele não tem ou ele quẽ fazê alguma coisa e não pode ou ele tã com problema muito grave. Ou acho que perdeu o pai. E o resto mais eu não sei. Qual dessas coisas ele tem? A Sra. sabe o que ele tem?

TL= 75" TT=2'

Inquêrito: 1) Por que ele está doente?

Pac: Ai o que que ele podia tê, uma dor de cabeça, dor de ouvido, ou uma dorzinha na barriga.

2) Ele perdeu a mãe?

Pac: Ele tã muito tristonho, cara de choro, não consegue encontrá-la; (E para onde foi a mãe?) ou tinha abandonado, ou teria morrido ou não que ria sabê dele.

3) Que problema grave ele poderia ter?

Pac: Não sei

4) Ele perdeu o pai?

Pac: O pai foi embora e abandonou; foi embora com outra; é o que os pais de hoje em dia tá fazendo.

5) O que vai acontecer?

Pac: Com ele? Não sei (Diz à psicóloga que a estão chamando na sala de espera).

Anexo 3: TAT de E.G.S. (continuação)

Prancha 2 -- (Pausa grande-vira a prancha e olha o seu verso)

Não sei. Essa aqui não vô respondê nada porque não tô acertando nada. (O que está acontecendo aí?) Que nem eu disse, não sei. Plantação é que não é, é? Sei não. (Pergunta se a psicóloga está anotando tudo) (ri) Mais nada e pode, não sei se é uma roça, colheita; plantação, talvez, não tenho certeza, mas acho que sim. Mais nada.

TL= 1' TT= 2'20".

(Reclama de gripe, diz que está com a cabeça doendo; diz que não vai continuar o teste)

Prancha 3RH - Ai meu Deus, mais uma! Ah! não. Todos esses daí mais? (aponta para as outras pranchas sobre a mesa). (Pausa grande). Eu acho que ela tá aqui porque não pode caminhã. Ou é aleijada ou tem algum problema. Falá só essa, não vô falá mais não, hoje não.

TL= 45" TT= 3'

Inquêrito: 1) Por que ela não pode caminhar?

Pac: Porque acho que ela tem problema nas pernas, aleijada talvez; ou então, hum... não tem lugar onde morar, não tem família e tá aqui desprezada. Só.

2) O que vai acontecer?

Pac: Eu acho que ela vai consegui saí daí, quando não sei, mas vai.

Prancha 4 - Hoje eu tô com cheiro de defunto. Sabe em velório, o cheiro que a pessoa fica? (Diz para a psicóloga não escrever isto, pois não tinha nada a ver com

Anexo 3: TAT de E.G.S. (continuação)

a prancha). Aqui ela tá pedindo pra ele ficá, porque ele tá querendo í embora. Só vô fazê esse. Se eu soubesse que ia "ficá" complicado, teria desistido, ainda é tempo. Que horas os médicos vai atendê hoje? (Que mais?). Que ele tá nervoso, não quê mais ficá com ela. Pretende í e nunca mais volta. Talvez ela irritô ele por alguma coisa.

TL= 55" TT= 4'45"

Inquêrito: 1) Como ela irritou ele?

Pac: Talvez falando alguma coisa que ele não gosta, xingando, ou pedindo alguma coisa por exemplo pra ela "saí" e ele não quê deixá.

2) E o que vai acontecer?

Pac: Acho que ele vai terminá ficando.

Prancha 6MF - Disse que não continuaria mais que sua cabeça estava estourando, que não dava mais.

OBS: Neste dia, depois de ter faltado a uma entrevista marcada na semana anterior com a psicóloga, ao ver a última na sala de espera, veio correndo ao encontro dessa. Disse que estava certa de que a psicóloga a estava procurando. Na realidade a psicóloga não tinha ido à sala de espera procurá-la e nem sabia que E.G.S se encontrava no Hospital.