

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

INSTITUTO DE PSICOLOGIA

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA CLÍNICA DO IP-USP

Curso de Pós-Graduação em Psicologia Clínica

TESE DE DOUTORADO

GESTANTES DIABÉTICAS

COMPREENSÃO CLÍNICA

E

CONSULTAS TERAPÊUTICAS

Aluna: Lúcia de Mello Senra do Valle

Área de Concentração: Psicologia Social e Clínica (PSC)_

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

Ano: 2008

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

SUMÁRIO

Apresentação.....	2
Capítulo I Introdução.....	8
1 Palavras Iniciais.....	8
2 Gravidez e Parto Aspectos Psicológicos.....	10
2 a) Aspectos Psicológicos da mulher grávida.....	16
2 b) Aspectos Psicológicos da puérpera.....	24
2 c) Aspectos Psicológicos da Gestante Diabética Internada no Hospital.....	29
2 d) Aspectos Psicológicos do Recém- nascido pré-termo e a termo.....	33
2 e) O Recém-nascido de mãe diabética.....	38
3 a) A Gestação de Alto Risco de mulher diabética.....	46
3 b) Diabetes Mellitus - breve histórico.....	49
3c) O Diabetes Mellitus.....	51
3 c) A Gestante diabética-estudos e considerações.....	55
Capítulo II Justificativas e Objetivos.....	57
Capítulo III Método Clínico.....	61
a) Tipo de Método.....	61
b) Participantes.....	64
c) Procedimento.....	65
d) Instrumento.....	65
e) Entrevistas em Consultas Terapêuticas.....	71
Capítulo IV Resultados.....	74
a) Dados do Prontuário.....	74
b) Dados das Entrevistas.....	74
c) (Aplicação do TRO.).....	76
d) Análise Interpretativa do TRO.....	82
e) Considerações finais.....	85
f) Acompanhamento.....	86
g) Conclusões finais e conclusivas.....	87
Glossário.....	91
Referências.....	92

APRESENTAÇÃO

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

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

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

Para a melhor compreensão do binômio saúde-doença, envolvendo a ansiedade e o sofrimento na trajetória dessas gestantes de alto risco com Diabetes Gestacional (DG), nos foi muito estimulante dar continuidade a este trabalho a nível de Doutorado.

A sensibilidade, a criatividade, a observação cuidadosa do contexto e o respeito pelas características e pelas reais necessidades das gestantes que demandavam o nosso

atendimento, foram requisitos fundamentais para que a nossa assistência fosse eficaz, para o desenvolvimento deste trabalho.

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

Pretendemos trazer uma contribuição para o entendimento dos aspectos psicodinâmicos, que envolvem a gestante que acabou de ter o diagnóstico de alto risco por Diabetes Gestacional (DG). Com a recomendação médica de internação imediata, estando deitada em uma cama hospitalar, a gestante manifesta-se muito ansiosa, ao tomar conhecimento do fator de alto risco para si e para o seu filho. Um sofrimento enorme se apodera da gestante por ter que se submeter a rigoroso regime alimentar e enfrentar amiúde uma série de exames médicos e laboratoriais invasivos, uma vez que as quarenta semanas de gravidez, normalmente serão abreviadas por um parto cesárea

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

Percebemos a adequação do enfoque da Teoria das Relações Objetais para orientar essa nossa investigação, para nos ajudar a pensar clinicamente, uma vez que a hipótese projetiva supõe que as respostas a estímulos ambíguos traduzam qualidades significativas e relativamente constantes da personalidade das pacientes com muita ansiedade diagnosticadas com diabetes gestacional (DG).

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

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

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

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

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

O 1º capítulo apresenta na introdução uma discussão do ponto de vista psicodinâmico da gestação, do parto, do puerpério e do recém-nascido, uma vez que o fator alto risco, Diabetes Mellitus (DM) atropelou o destino de uma gravidez até então experienciada como normal, influenciando no relacionamento mãe-bebê como matriz geradora do desenvolvimento emocional do indivíduo.

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

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

O 2º capítulo é dedicado aos objetivos e justificativas do presente estudo dentro da vasta gama de possibilidades em que é apresentado.

Para nós que habitamos uma cidade tão carente de serviços de saúde, mesmo sendo pioneira em vários campos da pesquisa científica na área da saúde, muito nos incentiva poder contribuir para a prevenção da doença, a promoção e a preservação da saúde física e

mental da gestante diabética. Destacamos a possibilidade de nosso trabalho colaborar para uma grande economia do Estado em gastos com as gestantes diabéticas, uma vez que se apossam de conhecimentos que asseguram-lhes e à família, uma melhor qualidade de vida.

O 3º capítulo contempla os aspectos metodológicos da pesquisa clínica a partir de estudos de caso, que dá origem a essa tese de doutorado.

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

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

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

A nossa atuação se inicia, quando um pedido médico urgente, de Interconsulta, chega ao nosso serviço, vindo do Setor de Obstetrícia. Trata-se de uma gestante com diagnóstico médico de gravidez de alto risco e a demanda de atendimento psicológico.

No 4º capítulo apresentamos o relato de casos e os resultados que é composto pela descrição da evolução clínica de cada uma das gestantes diabéticas e às nossas

interlocuções num processo compreensivo, em Consultas Terapêuticas, seguindo-se uma síntese geral dos resultados obtidos no teste projetivo de Phillipson.

Ao final do texto são inseridas as referências, os apêndices Roteiro de Entrevista e Recepção, Termo de Consentimento Pós-Informação, Folha de Rosto Para Pesquisa Envolvendo Seres humanos e o anexo

CAPÍTULO I- INTRODUÇÃO

Considerações Iniciais

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

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

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

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

Para Dupuis (1794) entre o homem e a natureza há um vínculo que para o homem se traduz em emoções diante da Natureza. Esse vínculo era como uma espécie de cordão umbilical que ligava o homem ao universo no qual vivia e do qual como a própria imagem sugere, ele é extremamente dependente. Essa concepção naturalista de Dupuis levou-o a

achar que, em qualquer biografia dos deuses (em todas as mitologias, inclusive a cristã), havia alegorias relacionadas aos astros.

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

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

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

Freud (1905/1972) teceu comentários sobre o mito da caverna, de origem dos seres humanos e do amor, narrado no *To Symposium*, Banquete de Platão,(347 a.C.,1950) trazido pelo grande filósofo grego em sua segunda fase. Conta que existia uma natureza humana de outrora, constituída de três sexos humanos: o masculino, o feminino e o andrógino (formado pelo masculino e o feminino). Esses seres possuíam quatro braços e quatro pernas, uma só cabeça com dois rostos opostamente colocados, quatro orelhas e dois órgãos de reprodução. O masculino era descendente de Hélio (Sol), o feminino de Géia, (Terra) e o andrógino de Selene (Lua). Seus corpos eram esféricos em sua forma e em sua movimentação. Eram robustos, vigorosos e corajosos: tão corajosos que resolveram escalar até o céu e atingir as instâncias divinas e igualar-se aos deuses. Zeus e as demais divindades

enfureceram-se com tamanha ousadia e resolveram então, punir esses seres e assim procederam: dividiram esses seres ao meio como cortam-se as frutas, curaram suas feridas, viraram seus rostos e costuraram suas peles, deixando uma pequena cavidade-o umbigo-para memória do castigo. Assim, seccionada a natureza humana, esses seres repartidos, passaram a buscar, incessantemente, a metade perdida e o retorno à união, que poderia trazer de volta a completude narcísica.

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

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

2. Gravidez e Parto- Aspectos Psicológicos

O par unido em um ato de amor, na interioridade de seus corpos, duas unidades vivas, ativas, independentes, encontram-se e encenam a concepção, unindo-se ao sabor dos misteriosos desejos das profundezas libidinais. Uma, o espermatozóide, correndo contra os

obstáculos para se alojar no óvulo e este, em sua existência circular, receptivo às inúmeras possibilidades que o mundo exterior venha a lhe ofertar (Wilhelm, 1998).

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

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

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

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

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

Com a prática de nossa atuação como psicóloga clínica e hospitalar às gestantes, vimos notando que as alegrias e os prazeres iniciados num ato de grande compatibilidade afetiva, muitas vezes se diluem em pensamentos articulados a fantasias que desvinculam a felicidade, quando agregados a uma realidade de vida, crua, seja pelo diagnóstico de uma gravidez de alto risco, fonte de grandes ansiedades, ou pelo medo da dor ou pela ausência de entrosamento na dinâmica familiar, dificuldades financeiras e outros que contrariam as fantasias do ato sublime de nascer bem e perfeito. Sobrevem muitas vezes sofrimentos que privam a gestante e a família de manter expectativas que iriam coroar o nascimento do recém-nascido com louros de sucesso.

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

Reiniciamos a nossa investigação, pesquisando em Freud (1906/ 1976) e deparamo-nos com a afirmação de que a ansiedade como “ um sinal” é a resposta do ego à ameaça da ocorrência de uma situação traumática. Tal ameaça constitui uma situação de perigo. Os perigos internos modificam-se com o período de vida, mas possuem uma característica comum: envolvem a separação ou perda de um objeto amado ou uma perda do seu amor- uma perda ou separação que poderá, de certa maneira, conduzir a um acúmulo de desejos insatisfeitos e, dessa maneira, a uma situação de desamparo.

Ao sentir a aproximação do parto consolidamos nossa vinculação à gestante de alto risco com Diabetes por ser um dos momentos, quando os níveis de ansiedade se tornam normalmente exacerbados. Os obstetras optam preferencialmente por um parto cesárea antecipado e a conseqüente prematuridade do recém-nascido.

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

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

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

Após o parto, mãe e recém-nascido estão em boas condições (Szejer 1999, p.49). Os pais e os familiares, normalmente, se unem em regozijo pela chegada do sonhado filho.

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

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

durante o ciclo gravídico. Evidencia-se a hipótese de que a tensão psíquica possa influenciar a atividade uterina (Berkowitz, et al. 1978)

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

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

Para Freud (1911/ 1969), a fantasia está muito próxima do devaneio. Ela é uma idéia de satisfação de desejo que entra em ação, quando a realidade externa é frustrante. Basicamente uma fantasia consiste num desejo inconsciente trabalhado pela capacidade do pensamento lógico, a fim de dar origem a uma expressão disfarçada e a uma satisfação imaginária do desejo pulsional. Os fenômenos que Freud descreveu sobre esta epígrafe representam em nosso entender que as fantasias são um ponto de convergência de impulsos e de defesas.

Desde o princípio, na concepção de Klein, as fantasias têm tanto um aspecto de satisfação de desejo como um aspecto defensivo, uma vez que a cisão e a projeção, que são mecanismos de defesa, são também expressas por meio de fantasias, assim como o são os

impulsos.(Segal, 1964). O próprio fato de fantasiar é uma defesa contra realidades dolorosas.

Desenvolvendo e aprofundando a obra de Freud, Klein (1923/1978), afirma que, as fantasias inconscientes não são tanto um compromisso, mas a expressão tanto de impulsos como de defesas. Entretanto, há outra ligação importante a ser feita entre a fantasia inconsciente e a estrutura da personalidade. Pensando no modelo estrutural de Freud , Segal (1957/1991), afirma que o superego é uma estrutura resultante da fantasia de ter introjetado um objeto; e a natureza deste objeto, posto para dentro em fantasia, é determinada não somente pela realidade do objeto, mas também pelas projeções dos impulsos da criança. Tal projeção, realizada em fantasia, resulta na criação de um objeto interno em fantasia.

Podemos ver a fantasia inconsciente e as estruturas que se desenvolvem a partir delas, como determinantes da estrutura básica e do caráter da personalidade, como a matriz de nossa estrutura e vida mental, (Segal, 1957/1991).

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

Tomando a concepção de Klein, a razão pela qual as fantasias são comuns a todos os seres humanos não é o fato de reproduzirem alguns acontecimentos reais do passado pré-histórico, mas de compartilharmos um dote pulsional comum e modos comuns de lidar com ele. Toda atividade de fantasia pertence ao ego, e algumas das diferenças entre as concepções sobre fantasia centram-se sobretudo em diferentes concepções de ego arcaico. (Segal, 1957/1991,a).

Na concepção de Klein, desde o início da vida há ego suficiente para experimentar ansiedade, formar algumas relações objetais em realidade e fantasia e usar defesas primitivas. (Segal, 1957/1991,b).

2 a) Aspectos psicológicos da mulher grávida

Freud (1933/ 1976) diferencia as concepções entre desejar um filho e desejar ser mãe. Esclarece que são momentos diferentes vividos pela mulher; o desejo de ser mãe é fruto do processo de identificação com a própria mãe, do tempo anterior à castração, no qual o amor da mãe era visto como incondicional e infinito. O desejo de engravidar está presente desde as brincadeiras de criança. A mulher encara o filho como uma extensão de si própria (Szejer& Stewart 1999).

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

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

Ao perceber que o pai não lhe dará o pênis, a menina vê-se frente a três possibilidades; sublimar a falta do pênis, ou obtê-lo de um homem (identificando-se com a feminilidade) ou continuar buscando-o invejosamente, estabelecendo um complexo de

masculinidade. A resolução para a menina se finda no desejo e na identificação de ser como a sua mãe e com isso engravidar (Pereira, 2000).

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

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

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

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

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

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

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

Ampliando essas concepções, Politzer (1928) elaborou um extenso trabalho no qual demonstra que a face verdadeiramente revolucionária da psicanálise residia no ter percebido que todas as condutas humanas, mesmo aquelas aparentemente mais estranhas, têm sempre um sentido psicológico. Este sentido está sempre ligado à vida humana, não enquanto fenômeno biológico, mas biográfico, vincular e dramático. Tal proposta, formulada a partir de uma reflexão filosófica fenomenológica, guarda afinidades com idéias defendidas por Bleger (1977).

Sabemos que uma vez constatada a gravidez, o casal deverá investir em conhecimentos através de leituras, consultas à Internet, freqüência a cursos preparatórios para mães e pais, que irão preparar-lhes por quarenta semanas para a nobre função de gestar, de acolher já no útero materno nidificado o fruto amalgamado de um momento de prazer, na expectativa de que a colheita se faça profícua.

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

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

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

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

Alterações emocionais na gestante, podem constituir fontes de doenças impressas na dimensão somática ou psíquica, cabendo ao obstetra a identificação, a condução e o encaminhamento psicológico (Tedesco, 2005).

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

Estas conclusões de Langer foram confirmadas por Soifer (1986) que se refere aos significados psicológicos dos diversos sintomas presentes na gestação e considera que as náuseas e vômitos que coincidem com a ansiedade determinada pela incerteza da existência da gravidez, exprimem um conflito de ambivalência.

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

A crise no ciclo gravídico- puerperal é caracterizada pela reativação dos conflitos da mulher com suas figuras parentais. Não podemos nos esquecer de que a grávida foi, por sua vez, filha e que é do conjunto e da constelação de sentimentos hostis e amorosos da mulher para com seus pais e, em particular, para com sua mãe, que se pode prever o curso psicológico da gestação atual (Deutsch ,1947).

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

Berne (1988) considera que a psicologia da mulher grávida se desenvolve paralelamente às mudanças fisiológicas em seu corpo. Nos primeiros meses de gravidez, o feto permanece psicologicamente fundido com a mãe, como parte integral dele. Este processo é reforçado pelo fato de que o feto normalmente representa partes do “ self” amado, gerando a necessidade de manter a união simbiótica com ele. Com o passar do

tempo, a crescente carga física e psicológica do feto maduro, além das ansiedade geradas pelas expectativas da aproximação de um parto de alto risco, leva à percepção cada vez maior, por parte da gestante diabética, do ser humano separado que existe dentro dela. Desta forma inicia-se com muita ansiedade, a preparação psicológica para que ocorra a separação fisiológica- o parto.

Freud (1932/1976, p.107) em uma conferência sobre a ansiedade, expressou a opinião de que a ansiedade, na medida em que se constitui em estado afetivo, é a reprodução de um evento antigo que representou uma ameaça de perigo: a ansiedade serve ao propósito de auto- preservação e é sinal de um novo perigo; surge da libido que se tornou de algum modo não utilizável e também surge durante o processo de repressão; é substituída pela formação do sintoma.

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

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

Torna-se evidente a influência do núcleo familiar, formado pelo companheiro e filhos, sobre a grávida. O papel de pai nos permite identificar diversos tipos de comportamento paterno, todos condicionados à disponibilidade interna para a paternidade. Assim há o pai participante, isto é, aquele que vive intensamente a gravidez da mulher, acompanhando atento e afetivamente a evolução gestatória ; o pai sufocante e obsessivo, interessado na gravidez e não na grávida. Questionador, assume papel policesco, classificando-a de descuidada ou negligente diante de fatos sem importância: é o “ dono da gravidez”; o pai omissivo que se exclui, alegando ser a gravidez de responsabilidade da grávida e do obstetra e justificando a omissão pela carga de trabalho ou dedicando-se a outras atividades; o dependente, que passa a exigir da grávida atitudes e atribuições de funções antes executadas por outros; por vezes manifestam enfermidades com sintomatologias injustificadas, que solicitam atenção da mulher ou de médicos. Há ainda o competitivo, caracterizado por homens que não toleram seu sentimento de condição secundária; às vezes expressam-no com atitudes agressivas. (Tesdesco 2005,p.353).

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

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

Frases como “ cuidado com o meu neto” “você não deve subir escadas” “você não pode se esquecer de ir ao médico”, expressam cuidado quando ditas ocasionalmente;

porém, quando repetitivas, tornam-se cobrança e causa de desconforto psíquico e de aumento de ansiedade. (Tedesco 2005,p.354).

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

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

Para a mulher atual, o leque de fontes de angústia decorrentes da gestação ficou sensivelmente mais amplo. Tendo um mundo de possibilidades de realização pessoal diante de si, muito além da realização no papel de mãe, a mulher atual tende a viver a gestação não apenas como limitação física temporária, mas como uma perspectiva de limitação existencial permanente. A gravidez pode assumir em um dado momento o significado de impedimento definitivo da realização de uma formação profissional, ou de uma viagem muito desejada, ou de ascensão na carreira. Pode ainda ser vivida como perda de atributos corporais, mas também perda de ideais e projetos pessoais que aparentemente ficam inviabilizados pela maternidade (Riechelmann 1997, p.48).

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

2 b) Aspectos psicológicos da puérpera

Freud (1914) descreve o primeiro contato entre a mãe e o filho como o modelo do narcisismo primário, ou seja, como, uma etapa do desenvolvimento da personalidade. Para Klein (1923/1948) os primeiros contatos entre a mãe e o seu filho são imprescindíveis para o desenvolvimento psíquico do indivíduo.

Quando o recém-nascido é saudável, a mulher torna-se calma, percebe que a nível inconsciente as suas fantasias destrutivas não prejudicaram o bebê. Para Winnicott (1982/1988) esse estado de regressão narcísica, de sensibilidade aumentada em que a mulher se envolve um pouco antes do nascimento do seu filho é tido como o instrumento facilitador, para que ocorra a *Preocupação Materna Primária*.

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

Se esse estado devotado (Winnicott,1952) característico dos primeiros tempos, pode causar estranheza aos familiares e amigos que passam a descrever a mãe como alguém que se tornou “ possessiva”, “desconfiada” e anti-social, é ele que inaugura o campo de experiências necessárias para o desenvolvimento emocional saudável do bebê

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

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

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

Klein (1935/1969) fez uma referência significativa à conexão entre ansiedade e culpa, sinalizando a culpa como variante topográfica da ansiedade, estabelecendo uma diferença entre as duas formas principais de ansiedade- ansiedade persecutória e ansiedade depressiva. Explica que a ansiedade persecutória se relaciona predominantemente com o aniquilamento do ego, já a ansiedade depressiva está sobretudo relacionada com o dano causado aos objetos amados, internos e externos, pelos impulsos destrutivos do sujeito. A ansiedade depressiva tem muitos conteúdos, tais como: o bom objeto é danificado, está sofrendo, encontra-se num estado de deterioração; converte-se num mau objeto: é aniquilado, está perdido e nunca mais aparecerá. A autora considera que a ansiedade depressiva está intimamente vinculada à culpa e à tendência para fazer reparações. Referindo-se à culpa, completa o seu pensamento, afirmando que a ansiedade depressiva e a culpa desempenham um certo papel nas primitivas relações objetivas da criança, isto é, na

relação inicial com o seio materno. A amamentação ajuda a mulher a superar as angústias de ter atacado o seio materno, pois no inconsciente o leite benéfico e nutritivo que ela dá ao filho representa a prova de que suas fantasias sádicas ao seio materno não se concretizaram.(Klein 1932).

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

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

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

Winnicott (1982/1988) define como privação a situação de crianças que passam a vivenciar fracassos da adaptação materna e que não conseguem repará-los em seu devido tempo, trazendo conseqüências desastrosas ao psiquismo do filho, interrompendo o “continuar a ser” do bebê, sendo uma ameaça de aniquilamento.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2c) Aspectos Psicológicos da gestante diabética internada no Hospital

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

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

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

O âmago de suas maiores tarefas é em parte ,o mesmo daquele que exerce suas atividades em um consultório, ou seja, avaliar personalidade; modificar comportamento; ter

acesso a paciente, família e até outros profissionais, entre outras. Mas o trabalho em hospital tem variáveis ambientais, sociais, orgânicas, multicausais e complexamente imbricadas entre si e que não podem ser dissociadas da prática dos outros profissionais da saúde. (Lamosa, 1987, p.57).

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

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

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

Além de avaliar e intervir junto à puérpera, compete ao psicólogo atuar com os familiares. Facilitar, criar e garantir a comunicação efetiva e afetiva entre paciente/ família e equipe, identificando até mesmo qual membro deste pequeno grupo social é o que tem

mais condições emocionais e intelectivas para estar recebendo informações da equipe. Se a família estiver desorganizada, verificar se tem meios e condições ou se necessitam de colaboração para se reorganizar (Lamosa 1990 , p.69).

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

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

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

Devemos levar em conta que a crise materna afeta o bebê, no ventre materno. Ele já é um ser humano e no momento em que nasce já teve uma grande soma de experiências, tanto agradáveis como desagradáveis, (Winnicott, 1957 / 1981).

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

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

O psicólogo também intermedeia a relação equipe/paciente: deve ser o porta voz das necessidades, desejos, e intervir de forma que os desencontros da informação sejam minimizados. O psicólogo, em um dado momento, deve dar as costas ao paciente e interferir no que vê da equipe e como a equipe vê a gestante diabética. Desta forma, a psicóloga hospitalar está lado a lado com os seus pares profissionais. Todos olham a paciente, falam sobre ela e planejam as suas ações (Lamosa, 1982).

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

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

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

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

2 d) Aspectos psicológicos do recém-nascido pré-termo e a termo

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

Em a Psicologia dos Grupos, Freud (1921/1969) faz referência ao nascimento, como o primeiro passo de um narcisismo absolutamente auto-suficiente para a percepção de um mundo externo cambiante e para os primórdios da descoberta dos objetos”.

Para Abram (1996), uma estudiosa de Winnicott é importante definir o termo **SELF** , de como o indivíduo se sente subjetivamente. Já Sanches (2005) amplia esta definição, ressaltando que uma das bases do **SELF** é a percepção incipiente de

continuidade do ser desde a vida intra –uterina, onde o futuro do bebê vive (e guarda na memória) sensações e impulsos que são a base do *SELF* que irá se organizar.

A constituição do *SELF* é, pois, uma necessidade... “ o que rege a existência do ser humano, tanto no início da vida como em seu decorrer, (...) é a necessidade de ser, de continuar a ser (...), de sentir-se real e de habitar num mundo real” (Winnicott apud Dias, 2005, p.43).

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

O objeto ótimo para o RN é o mamilo na boca, junto com a mãe que segura a criança, fala com ela e tem um cheiro familiar. Esse objeto continente é sentido como uma pele. (Casanova, Valle & Santos 2002).

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

Winnicott (1949, p.315), se refere à contribuição de Greenacre (1945), sobre o efeito geral do nascimento, por sua enorme estimulação sensorial em organizar e converter o narcisismo fetal, produzindo ou promovendo um impulso narcisista propulsor muito superior ao tipo de processo de maturação fetal mais relaxado que existiria no útero... O nascimento estimula especificamente o cérebro até um grau que promove seu desenvolvimento, de tal modo que o recém-nascido logo é capaz de tomar controle efetivo do que ocorre com o corpo; contribui para a organização do padrão de ansiedade, aumentando dessa forma a defesa do bebê, e deixa traços individuais únicos que se sobrepõem aos padrões de ansiedade libidinais geneticamente determinados daquele bebê.

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

No ano de 1948, a Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu o prematuro como todo o recém-nascido (RN) vivo com o peso inferior a 2500g. Tal conceito foi amplamente utilizado até evidenciar que o peso de nascimento não poderia ser a única medida de maturidade fetal e que deveria ser relacionado à idade gestacional. A partir de 1961, a Organização Mundial de Saúde (OMS) mudou o conceito de prematuridade, passando a considerá-la diante do RN vivo com menos de 37 semanas completas de gestação (259 dias) contadas a partir do primeiro dia do último período menstrual (Zugaib 2005, p,653).

A prematuridade e suas graves conseqüências representam sério problema de saúde pública, sendo a principal causa de morbidade de mortalidade neonatal. Avaliações do desenvolvimento infantil revelam distúrbios funcionais do sistema nervoso central que

comprometem principalmente as funções neuromuscular, cognitiva, visual e auditiva (Zugaib, 2005).

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

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

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

A introdução do emprego do ultra-som nos exames pré-natais, o desenvolvimento da fotografia intra-uterina, o aprimoramento do microscópio eletrônico, as técnicas de fecundação “ in vitro”, o exame do líquido amniótico, o avanço da tecnologia médica, permitindo sobrevida de recém-nascidos prematuros, constituem recursos graças aos quais pode-se hoje ter acesso ao antes misterioso mundo intra-uterino, permitindo às mães grávidas um contacto mais íntimo com o seu filho. (Wilhelm 1997 p.261)

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

De forma alguma podemos ignorar o significado do desenvolvimento neural, tanto embriológico como epigenético, durante os primeiros meses e anos de vida. Sem maturação do sistema nervoso, ações e padrões de comportamento seriam impossíveis. Muitas funções sofrem mudanças como resultado da interação da maturação fisiológica com o

desenvolvimento psicológico. Até certo ponto estas mudanças são independentes do ambiente, pois um número considerável de seqüências e séries de maturação é inato. Os fatores relevantes são: de um lado, a mãe, com sua individualidade madura e estruturada; de outro lado, a criança, cuja individualidade vai-se abrindo, desenvolvendo e estabelecendo progressivamente: os dois estão em contínua inter-relação circular. (Spitz 1965, p.76).

Do ponto de vista médico e psicológico, Heimann (1978, /1980, p.105) esclarece que tem que haver, muito claramente, uma sensação agradável (prazer orgânico) para que o bebê sobreviva. Por exemplo, se, por uma razão ou outra, o primeiro impulso para sugar o peito materno não acarretar uma satisfação agradável, uma ansiedade aguda invadirá o bebê. Se, por outra parte, através de uma natural unidade de ritmo entre a mãe e o filho, ou a manipulação habilidosa de quaisquer dificuldades que surjam, o bebê fica logo capacitado para receber uma satisfação agradável do peito materno, estabelecem-se uma boa coordenação da amamentação e uma atitude positiva em relação a esse processo, que daí em diante evolui automaticamente e promove a vitalidade e saúde da criança.

Lendo a obra de (Heimann 1978/1980, p. 106), tomamos conhecimento de que no início da vida do bebê, todo o peso do desejo e fantasia é suportado pela sensação e o afeto. O bebê faminto, ou ansioso, ou aflito, sente sensações reais na boca, nos membros ou nas vísceras, o que significa para ele que certas coisas lhe estão sendo feitas, ou que é ele quem está fazendo isto ou aquilo, conforme seus desejos ou temores- por exemplo, tocar ou chupar, ou morder o seio que na realidade está fora do seu alcance. Ou então, sente como se estivesse forçosa e dolorosamente sendo privado do seio, ou como se este estivesse mordendo a ele; e isso, no começo, provavelmente sem qualquer imagem visual ou outras imagens plásticas.

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

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

2 e) O Recém-Nascido de Mãe Diabética

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

O bebê prematuro, filho de mãe diabética (DG), não possui condições orgânicas de ficar no Alojamento Conjunto com a sua mãe, impondo-se uma ruptura no vínculo de amor entre ambos. A mãe, sentindo-se distante de seu filho, acamada no Alojamento Conjunto,

na companhia de familiares, têm, ao lado do esposo, uma sensação de culpa e de responsabilidade pessoal por terem produzido um filho imperfeito e choram, nesse momento, a perda da criança normal ; podem entrar em depressão. Klein (1956) explica que a culpa existe devido a um sentimento de dano causado.

A entrega do recém-nascido de mãe com diabetes (DG), vivo, ao neonatologista não poderá garantir, por si só, que esta criança terá alta e principalmente alta sem seqüelas. Assim sendo, poderão ocorrer complicações pelos traumas de parto, pelas má formações, termo regulação, hipoglicemias, apnéia por imaturidade dos mecanismos de controle da respiração. A função respiratória poderá estar prejudicada pelo desenvolvimento incompleto dos alvéolos e capilares, imaturidade neurológica, problemas gastrintestinais, problemas renais, imaturidade hepática, até membrana hialina, problemas metabólicos e do equilíbrio acidobásico, problemas hematológicos, problemas imunológicos, problemas nutricionais, infecções, além da prematuridade. Todas, ocorrências com risco de morte neonatal (Segre, 2002.)

A UTIN deve ser humanizada. Humanizar uma UTIN é transformá-la em um local onde o recém-nascido, mesmo quando em incubadora, seja manipulado pela equipe multidisciplinar como um ser humano. (Casanova, Valle & Santos 2002).

O “ *holding* ” familiar, ou a sustentação que deveria mais do que nunca, propiciar o desenvolvimento emocional do bebê desde o início da vida, é substituído pela urgência do recém-nascido estar internado em uma UTIN. A *sustentação*, necessária ao desenvolvimento emocional do bebê, passa a ser artificial, uma vez que todo o aparato hospitalar, por mais moderno que seja e o atendimento de uma equipe multidisciplinar eficiente e humanizada, a fim de prevenir os danos e riscos orgânicos e emocionais ao

recém-nascido, não substituem o aninhamento materno, tão valioso neste momento de grandes expectativas.

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

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

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

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

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

É neste cenário dramático que se dilui para a mãe a fantasia do bebê que foi idealizado maravilhoso e se inicia um outro sofrimento ao lado do filho prematuro, pela percepção dos fatores de alto risco e visualizado como sofredor, reavivando as ansiedades, até então presentes frente às expectativas do seu diagnóstico de diabetes gestacional (DG).

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

Uma das primeiras respostas do recém-nascido é entrar em um estado de consciência inativo, mas alerta. Este estado de alerta especial, esta capacidade inata de comunicar-se, pode ser a preparação inicial para se tornar ligado a outros seres humanos. É

como se o recém-nascido tivesse ensaiado a abordagem perfeita para o primeiro encontro com os seus pais. Toda a energia do bebê parece canalizada para ver e ouvir (Klaus & Klaus 1989).

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

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

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

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

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

- ao estar presente e à disposição de seu bebê.
- ao tentar compreender e atender as verdadeiras necessidades do bebê e não impor algo que apenas os pais considerem ser necessário.
- isto inclui o direito de ser diferente.
- a maneira como a mãe segura o bebê pode fazê-lo sentir-se confiante, sem medo de cair, indicando uma sustentação (*holding*) firme;
- ao contrário, se esta sustentação for “frouxa”, o bebê pode sentir uma sensação de queda sem fim, uma angústia impensável;
- o bebê não pode ser alimentado de forma intrusiva;
- a mãe deve estar atenta à sensibilidade do bebê: auditiva, visual, tátil, para protegê-lo, tanto física como psiquicamente.

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

O manejo ou *handling*, conceito estabelecido por Winnicott (1949) tem a ver com os cuidados físicos, como o amamentar, o toque, a mudança de posição, a carícia, a troca de fraldas, o banho, o embalar, entre outros, possibilita a integração psicossomática

segundo o autor, já que a psique se formaria a partir da elaboração imaginativa das vivências corporais. A manipulação do corpo do bebê, que se dá através do toque que não interrompe o ser em continuidade, traça os contornos do “*self*”, e faz do corpo a morada do eu, propiciando assim a experiência de personalização.

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

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

De uma forma mais tranquila, este mesmo autor explica que antes das relações objetais, o estado de coisas é o seguinte: a unidade não é o indivíduo, a unidade é uma organização meio -ambiente- indivíduo. O centro de gravidade do ser não começa no indivíduo, está na organização total. Através de um cuidado materno suficientemente bom da criança, da técnica do *holding* , e do manejo geral, a casca é gradualmente conquistada e o cerne, que o tempo todo nos pareceu um bebê humano, pode começar a ser um

indivíduo. O início é potencialmente terrível por causa das ansiedades mencionadas acima e do estado paranóide que surge logo após a primeira integração e os primeiros momentos pulsionais, através dos quais o bebê empresta um significado inteiramente novo às relações objetais. A técnica dos cuidados maternos, *suficientemente boa*, neutraliza as perseguições externas e impede o aparecimento de sentimentos de desintegração e de perda de contato entre a psique e o soma.(Winnicott 1952/1988).

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

Através de um estudo de caso, Piontelli (1992) psicanalista e pesquisadora italiana, em 1992, observou regularmente o comportamento de fetos por ultra-som durante a gravidez, levando o tempo todo em conta o contexto sócio-familiar, médico e afetivo no qual se dá. Depois do nascimento, ela observa os bebês, segundo o método preconizado por Esther Bick, (1949) durante dois a cinco anos. De acordo com Piontelli (idem) comprovam-se dessa forma a continuidade pré- e pós- natal e a memorização da vida fetal, bem como a origem pré-natal da personalidade.

Fica pois evidenciado, que existe um mundo mental no feto e no recém-nascido, rico, complexo, variado, cujos efeitos ressoam no espaço mental pós-natal e se manifestam

como ecos de um passado distante, dando a este continuidade no presente, embora por vezes, de difícil decodificação.

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

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

3 a) Gestação de Alto Risco de mulher diabética

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

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

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

a) FATORES DE RISCO POTENCIAL:

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

b) FATORES DE RISCO REAL:

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

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

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

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

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

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

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

3b) Diabetes Mellitus - breve histórico

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

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

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

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

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

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

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

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

O ponto focal perinatal a se evitar, é o parto difícil devido à macrosomia, com traumatismo no parto concomitante devido à distocia do ombro. À exceção do cérebro, a maioria dos órgãos fetais é afetada por macrosomia que, comumente (mas nem sempre)

caracteriza o feto de uma mulher diabética, quando ele nasce acima do peso normal e é caracterizado como bebê gigante. (Lippi ídem).

O desenvolvimento da Classificação de White em 1949, pela qual era demonstrado que o risco fetal era proporcional à gravidade do Diabetes materno, permitiu determinação individualizada do momento do parto e ajudou a reduzir a mortalidade perinatal. Esses marcos do tratamento aumentaram a sobrevivência perinatal para aproximadamente 85% no final da década de 1950. (White 1978). Nos anos seguintes e até hoje, vários aperfeiçoamentos no tratamento de mulheres diabéticas e de seus fetos ou lactentes resultaram em uma taxa menor de mortalidade perinatal, excluindo malformações, quase equivalentes às observadas em gestações normais. (Lippi 1995).

3c) O Diabetes Mellitus

O Diabetes Mellitus é um problema de saúde pública universal. Suas repercussões nas complicações da saúde tornou-o alvo principal da atenção da *World Health Organization* (OMS) nestes últimos anos. (Lippi, 1977).

Aliado à *International Diabetes Federation* (IDF) a (OMS) e a (IDF) informaram que o número de diabéticos no mundo dobrará para 366 milhões pelo ano de 2030, dos 171 milhões na atualidade.. “ Isso é uma realidade que nenhum país pode ignorar” , declarou o Presidente da *IDF* (Fraige, 2003).

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

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

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

A incidência do Diabetes Mellitus vem aumentando nos últimos anos em função das mudanças de estilo de vida e no aumento da média de vida da população, inclusive do diabético, quando se submete aos tratamentos propostos pelo médico e psicólogo. Fortes medidas estão sendo necessárias para combater essas epidemias, incluindo restrições ao “marketing” dirigido às crianças, redução da ênfase dada à presença de gorduras e açúcares na dieta, valorização no consumo de frutas e legumes, especialmente para as gestantes e incentivo ao aumento da atividade física diária (Fraige, ídem).

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

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

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

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

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

(Nota de rodapé).

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

Em dois estudos com diabéticos, Heleno (1992/2000) mostra que um grupo de pacientes tem bom controle glicêmico; aceitam o fato de estarem diabéticos e seguem o tratamento. Podem suportar a angústia do desconhecido, utilizar defesas psíquicas e elaborar o luto, pela perda do corpo sadio e as tantas outras que experimentam.

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

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

O *National Data Group* (1979) apresentou a classificação do Diabetes Mellitus que é aceita na atualidade. (Fraige 2004).

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

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

3d) A Gestante Diabética - estudos e considerações

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

É importante notar que mais da metade das mulheres com o Diabetes Gestacional (D G) acaba por desenvolver o diabetes clínico nos vinte anos subsequentes, e há acúmulo de evidências de complicações em longo prazo que incluem obesidade e diabetes em sua prole.

As recomendações do *1990 Workshop* foram amplamente adotadas pelo *American College of Obstetricians and Gynecologists*.

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

CAPÍTULO II JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS

Este é um estudo compreensivo das vivências emocionais da gestante de alto risco com o diagnóstico de diabetes gestacional, (D G).

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

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

Dando prosseguimento a esta pesquisa a nível de Doutorado, no ano de 2004, tivemos a oportunidade de estagiar no Setor de Obstetrícia em uma Maternidade do governo na República Socialista da China, na cidade de Shanghai, sob a orientação do Prof. Dr. Pheng, Diretor do Serviço de Ginecologia. Essa experiência trouxe-nos subsídios que ampliaram os conhecimentos no manejo hospitalar neste segmento. Na nossa investigação pudemos tomar contato com várias gestantes diabéticas. Segundo observações

e investigações do Prof. Dr. Pheng, o número de diabéticos tipo 1, tipo 2 e de gestantes diabéticas vem crescendo assustadoramente no país. As pesquisas no momento apontam para a ansiedade ligada à necessidade de realização profissional do homem e da mulher.

Com respeito às gestantes de alto risco por diabetes gestacional (DG), o Prof. Dr. Pheng observou que as mulheres orientais, influenciadas pela mídia, perdem a sua capacidade de submissão à vida familiar. Partem para uma competição profissional com o esposo, o que gera muita ansiedade e colabora para o desequilíbrio emocional, perda da capacidade de concentração e conseqüente surgimento de doenças incompatíveis com o estado de gravidez, possivelmente como o Diabetes Gestacional (DG).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Conclui-se que é muito importante o desenvolvimento de novas pesquisas nesse campo do saber, buscando conhecer os aspectos conscientes e inconscientes das gestantes diabéticas, para que através do atendimento psicológico seja alcançado uma melhora de qualidade de vida. (**Colocar este parágrafo em Conclusão**)

Esta investigação tem por objetivos:

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

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

CAPÍTULO III MÉTODO CLÍNICO

a) Tipo de Método: Clínico.

A pesquisa foi realizada de acordo com o método clínico, por se tratar do relato de casos, visando desenvolver o psicodiagnóstico compreensivo (Trinca 1984) e interventivo (Tardivo 2004).

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

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

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

Gil diz (idem):

O paradigma que norteou a ciência moderna até então foi marcado por um modelo de racionalidade científica que considerava o homem e a natureza entidades separadas. Este modelo objetivava conhecer a natureza

para controlá-la, privilegiando a quantificação e a classificação dos fenômenos. Neste contexto, ocorria a valorização das Ciências Naturais em detrimento das Ciências Sociais, que eram vistas como não científicas e irracionais(p.111).

Foi essa a metodologia discutida e adotada por Tardivo (2004), em sua pesquisa que deu origem à sua Tese de Livre Docência e em outra obra (2007). Essa autora buscou o pensamento de Bleger (1975), o qual concebe que a relação sujeito-meio não é uma simples relação linear de causa e efeito entre os objetos distintos e separados, sendo sujeito e meio integrantes de uma só estrutura total.

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

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

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

Trivinos (1995) destaca que a pesquisa qualitativa como a que apresentamos tem seu foco principal na compreensão particular do fenômeno estudado, muito mais que nos resultados ou produtos, exigindo do investigador flexibilidade ao investigar. Ele não deve,

portanto, basear-se em hipóteses iniciais definidas de forma rígida, pois estas podem sofrer modificações ao longo do processo.

Amiralian (1977), ao falar sobre o método clínico, considera que a sua utilização está fundamentada na produção de respostas determinadas pelas condições psicológicas do indivíduo, não sendo consideradas frutos do acaso. Este tipo de método, baseado na liberdade de manifestação, poderá proporcionar que conteúdos inconscientes aflorem e possam ser considerados na organização da personalidade do indivíduo.

A utilização do método psicanalítico em pesquisa, segundo Silva (1993), pressupõe que a relação sujeito-sujeito se dê permeada pelo inconsciente de cada um. Para a autora, “trazer à tona esse nível submerso, essa intersubjetividade e relacioná-la com o nível da superfície, constitui o complexo e delicado trabalho da psicanálise” (p.17) . Assim, para a configuração do método como psicanalítico, a autora recomenda que não se tenha uma teoria ou resposta anterior à investigação, mantendo uma postura de *receptiva curiosidade* na relação estabelecida.

Vale destacar também as contribuições de Aiello-Vaisberg (2004), a que considera o método psicanalítico como aquele que privilegia o sentido emocional das condutas, considerando-as em seu sentido singular e único, contextualizadas social, política e culturalmente. A autora ressalta a dimensão ética da clínica psicanalítica, à medida que esta se manifesta como “ prática voltada à transformação do mundo humano” (p.61).

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

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

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

b) Participantes:

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

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

Todos os nomes atribuídos às participantes são fictícios, garantindo assim o sigilo das identidades das mesmas. Todas as mães assinaram o termo de consentimento Livre e Esclarecido, cujo modelo segue em anexo.

c) Procedimento

Através de consulta ao médico Obstetra no Ambulatório de Neonatologia e de posse dos resultados das dosagens sanguíneas de glicose no sangue e hemoglobina glicosilada, >7 ($HbA_{1c} >7$) as gestantes são encaminhadas para a Internação. Também se internam, quando não se sentem em boas condições de saúde e passam no Pronto Socorro e este serviço encaminha para a Internação no Centro de Parto Humanizado e Obstetrícia.

d) Instrumentos

1) Pedido de Interconsulta:

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

Segundo Bleger (1984) o psicólogo não dirige, não educa, não decide, não executa decisões ; ajuda a compreender os problemas que existem e ajuda a problematizar

as situações. O manejo da informação não é só um problema ético, mas sim, ao mesmo tempo, um instrumento técnico.

2) Prontuário da Paciente

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

3) A entrevista inicial, semi-dirigida

Realizada desde o início, como forma de diagnóstico, enquanto a gestante se acha internada e acamada, após estar ao par do seu diagnóstico de Diabetes Gestacional (DG), sentindo-se muito fragilizada, neste momento de crise, configura-se em uma espécie de abertura e solicitação de amparo, cuidados e esclarecimentos. Exercem mais a finalidade de conhecer o Diabetes Gestacional (D G) e suas condições. Nas primeiras entrevistas a gestante tem liberdade de expor seus problemas, iniciando por onde preferir e incluindo o que desejar. Desta forma o campo psicológico configurado pelo entrevistador e a paciente se estrutura em função de vetores assinalados pela gestante. Finalmente, no último momento desta primeira entrevista, devemos forçosamente, adotar uma técnica diretiva para poder “preencher “ nossas lacunas na informação do paciente e que são consideradas de especial importância, ou acerca de contradições, ambigüidades e verbalizações obscuras. (Ocampo, 1979).

Não estão separadas as fases de compreensão e intervenção

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

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

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

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

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

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

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

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

Na infância, o bebê projeta grande parte de si nos objetos arcaicos e depois os introjeta, contudo estes não correspondem necessariamente aos objetos externos originais (Riesenberg, 1990). Por isso a qualidade da internalização do mundo externo, dos objetos bons ou ruins, bem como a vivência dos objetos internos, pode ser sentida como uma situação gratificante ou angustiante, existindo uma inter-relação constante entre os objetos do mundo externo e do mundo interno da criança.

A gravidez, o parto e o puerpério configuram-se internamente como um período de reestruturações e preparo vincular em que surgem ansiedade e angústia; a experiência física, psicológica e social da gravidez propicia internamente a reorganização biopsicossocial e complexo processo de simbolização do bebê e da maternidade. Nesse sentido, o adiamento do reconhecimento da gravidez pode oferecer à adolescente ou mulher, ainda imaturas emocionalmente, um mecanismo de defesa contra a angústia provocada pela impossibilidade de conter emocionalmente as mudanças decorrentes da gravidez. (Langer,1986).

Para Aberastury et al (1994) e Soifer (1992) a capacidade criativa de dar vida, colocada à prova durante a gravidez, como manifestação da superação do medo do ataque

filial, constitui a ansiedade básica na maternidade: contudo, ao longo dos nove meses de gestação, instala-se uma ambivalência afetiva entre desejar e rejeitar a gravidez, e a diminuição da angústia e formação de laços afetivos com o bebê dependem da qualidade das relações objetais e do equilíbrio adaptativo da gestante.

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

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

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

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

Podemos indicar como principal idéia de Phillipson (1955), seu idealizador, o olhar cuidadoso sobre a gênese da experiência inter-pessoal desde a tenra infância, sua evolução e influência dinâmica na personalidade da pessoa adulta (Rosa e Silva 2002).

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

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

Os desejos expressos na situação projetiva representam as relações fantasiadas com o objeto e demonstram o nível de satisfação das necessidades primitivas e os sentimentos ameaçadores de grande carga ansiosa (Vizzoto,1994).

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

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

e) Entrevistas em Consultas Terapêuticas

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

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

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

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

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

Usamos neste nosso trabalho o diagnóstico do tipo compreensivo de Trinca (1984), para priorizar o pensamento clínico na busca da compreensão da gestante diabética em sua totalidade, para entender os desajustamentos de cada mãe de forma integrada à dinâmica psíquica. No modelo compreensivo investigamos os profundos motivos da vida emocional a partir do raciocínio clínico e passamos a utilizar os instrumentos psicológicos como meios auxiliares de investigação. O diagnóstico passou a ser um processo flexível, que não é estruturado previamente, mas sim um trabalho dinâmico que se estrutura em função dos aspectos emergentes e significativos da situação clínica e foi único em cada paciente.

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

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

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

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

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

CAPÍTULO IV- RESULTADOS

Apresentaremos como exemplo dez casos atendidos. Iniciaremos pelos dados do Prontuário da paciente. Inserimos um resumo da 1ª entrevista, em seguida as histórias do TRO e uma síntese interpretativa do TRO. Relatamos o seguimento, em Consultas Terapêuticas, após o nascimento do RN, sua internação em UTIN, o início do aleitamento,. Inserimos algumas vinhetas dessas consultas. Concluimos com o que observamos, como o melhor para a paciente.

a) Dados do prontuário

Caso A : M.A.

Idade : 40 anos

Peso: 70 Kg.

Nº de filhos: 3 adolescentes.

Idade Gestacional: 12 semanas.

Estado civil: casada.

Profissão: Professora Peb II- Português e Inglês.

Companheiro atual: Amoroso

Idade atual do Companheiro : 24 anos.

Profissão: Metalúrgico.(desempregado há 4 anos).

Diagnóstico: Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Gestacional (DG).

b) Dados da 1ª Entrevista

A paciente é separada do 1º marido há 16 anos, com quem teve 3 filhos do sexo masculino. Juntou-se há três meses atrás com Amoroso de 24 anos. Refere que buscava

segurança no 2º esposo e ao mesmo tempo autoridade para os três filhos, já adolescentes, que não a obedecem mais. O casal foi passar a lua de mel na Colônia de Férias do Funcionário Público em Guarujá, onde desfrutaram momentos de muito entrosamento e de muita felicidade. Decidiram que MA. faria laqueadura assim que retornassem da lua de mel. A menstruação de MA estava atrasada por alguns dias e assustou-se tentando convencer-se de que poderia ser uma menopausa precoce. No momento da cirurgia de laqueadura por laparoscopia, o obstetra constatou que MA. estava grávida de dois meses aproximadamente e por este motivo não pode iniciar o procedimento. MA sentiu-se muito ansiosa e surpresa, pois ela e seu esposo não haviam planejado a gravidez. Amoroso estava desempregado, só tinha 24 anos, a casa já estava de “ bom tamanho” para 5 pessoas. A gravidez de MA, foi causa do início dos desentendimentos entre o casal. MA temia uma possível separação e novamente vir a sentir-se abandonada. Retornou ao Hospital, porque não se sentia bem e foi diagnosticado Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Gestacional (DG)

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

materna, que a criou, uma mulher de muita sabedoria e que sempre falava que o sofrimento da mulher era “calado” e que a gravidez só era boa para o marido. Sentia-se como a avó, que sofreu muito sozinha.

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

2ª Entrevista

c) Aplicação do Teste das Relações Objetais de Phillipson TRO:

A examinadora diz à paciente:

- Vou lhe mostrar umas lâminas com figuras , como esta, uma a uma. Imagine o que podem representar para você. Olhe a lâmina, invente uma história e lhe dê um título. Diga primeiro em poucas palavras, como ocorreu a situação, o que você pensa que está ocorrendo, com todos os detalhes e finalmente diga o que ocorrerá depois. O examinador deverá anotar o tempo de reação e o tempo total que a paciente levou para contar cada história. **(Colocar em Instrumentos)**

Lâmina A-1 (1)Título. Obediência.

TR: 5'00

TT: 7'30”

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

-E depois?

-Eles vão cumprir as ordens do chefe.

-Quais seriam as ordens?

-Seriam a respeito de acolhimento, segurança no serviço, o chefe parece ser autoritário.

Lâmina A2 (2) Título Indefinição

TR 3'30''

TT 6'05''

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

- E ai, como ficarão depois?

-Será que a decisão deles, vai ser ideal, não sei ainda, a situação passa insegurança!

Lâmina C 3 (3) Título Definição

TR 1'50''

TT 4'20''

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

-E o papel, o que significa?

-Será que desta vez é o contrato de emprego dele? Com ele desempregado, como fica a segurança da família?

Lâmina B3 (4) Título Intromissão

TR 2'30''

TT 6'00''

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

-E você, o que acha que será melhor?

Silêncio.

-Estou pensando, ainda não sei o que seria melhor para o casal, ainda me sinto insegura frente à premência de tomar decisões rápidas e definitivas.

Lâmina AG (5) Título O Sonho

TR 5'00''

TT 9'00''

-Ai me lembra um sonho, é no Hospital, os médicos estão refletindo sobre as decisões que devem tomar, não pode ter erro, tem que ser definitivo, não sei se acordar vai dar tudo certo, pode até ser a morte. Ela vê indecisão estampada até nos médicos.

Vejo lágrimas nos olhos da paciente, espero um pouco e passo para a outra lâmina.

Lâmina B1 (6) Título O Quarto do bebê

TR 1'30''

TT 4'00''

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

bonitinho, o bebê vai chegar. Ela está muito ansiosa, por causa de mudanças repentinas de vida.

Lâmina C-G (7) Título Dúvida

TR 3'00"

TT 6'30"

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

-E depois? Depois não haverá retorno.

Lâmina A 3 (8) Título Solidariedade

TR 3'00"

TT 6'30"

-Parece que já é noite, não acenderam a luz. A mãe se levantou à noite, ela está melhor, o marido ajuda a levá-la ao banheiro. Os filhos observam, não dizem nada, é só indagação.

-E depois?

-Continua a indagação sobre a situação da família, favorável ou desfavorável.

Lâmina B2 (9) Título Reconciliação

TR 2'30"

TT 6'00"

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

- Eles conseguiram chegar?

-Depois de muitos vai e vem eles chegaram e ai todos se reuniram.

Lâmina BG (10) Título Reunião da Família

TR 1'30''

TT 4,00''

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

-Por que?

-Porque tiveram que sair muito cedo.

A plataforma do Metrô está vazia.

Lâmina C2 (11) Título Internação hospitalar

TR 3'20''

TT 8'50''

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

-Que notícia?

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

Observo lágrimas nos olhos da paciente.

Lâmina C1 (12) Título Rotina

TR 1'40"

TT 4'10"

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

“Observa-se um leve sorriso no rosto da paciente”

Lâmina Branca (13) Título Sabedoria

TR 2'30"

TT 7'40"

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

Minha avó falava:

-Os homens são sempre ladinos, não demonstram o que querem e a gente sempre faz do jeito deles. Ai eles ficam no bem bom e a gente ali trabalhando na enxada, na lida da casa, no pé do fogão, na beira do tanque, criando a filharada e a vida deles é que vai progredindo e nós paradas, servindo a eles caladinhas, o caféquentinho a toda a hora e nós caladinhas, caladinhas. Minha avó morava na roça, tinha hábitos antigos, mas a cabeça dela era moderna, parece até que ela era feminista. Eu adorava ela, a sua morte representou uma grande perda para mim. Se ela soubesse do meu sofrimento atual, grávida, doente, hospitalizada, logo me traria uma solução.

A paciente continua com lágrimas nos olhos.

d) Análise Interpretativa do TRO

Lâmina A1 (1)

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

Lâmina A2 (2)

Nesta lâmina a situação de par não é suficiente para aplacar a angústia. O ego tentava encontrar um objeto bom e protetor, mas fracassou e predomina a indiferença. A paciente mostra dificuldade em estabelecer vínculos “o casal está se desentendendo “ ao mesmo tempo em que tenta introduzir uma fantasia de reparação maníaca.

Lâmina C3 (3)

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

Lâmina B3 (4)

A paciente revela através de sua história a presença de ameaça e a necessidade de exclusão da 3ª pessoa. A sua capacidade de enfrentar aspectos sombrios e angustiantes da vida, lhe permite controlar o objeto frente à intromissão, gerando uma ansiedade persecutória.

Lâmina AG (5)

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

Lâmina B1 (6)

A situação de solidão é suportada, mas faz emergir angústias ligadas à posição depressiva e encontra conforto em seu mundo interno. Esta parece ser a representação de objetos bons que lhe dão proteção.

Lâmina CG (7)

A paciente nos fala de seu aspectos estruturais internos (id ego superego) manifestando rigidez do superego “ a decisão deles vai ser muito correta”. A distribuição espacial das figuras apresentada na lâmina (CG) e a presença de cores permitem explorar a maneira como a paciente encara as figuras de autoridade, tanto no nível interno como no externo.

Lâmina A3 (8)

Essa lâmina evoca o conflito edipiano. O tema central é a separação e como o ego resolve esta questão. A impossibilidade de lidar com a separação dos filhos, a exclusão e os ataques ao par unido, levam o ego ao aniquilamento.

Lâmina B2 (9)

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

Lâmina BG (10)

A paciente manifesta sentimentos de rejeição do companheiro, que está arreado e excluído do grupo, no momento de grandes ansiedades “ida para o hospital”. A paciente mostra a dificuldade encontrada para lidar com a situação de exclusão.

Lâmina C2 (11)

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

Lâmina C1 (12)

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

utilizadas não permitem a elaboração da situação, não apenas pelo empobrecimento do ego com é esperado nesta série C, mas de confusão e paralisação como meios de defesa.

Lâmina Branca (13)

Nesta lâmina a paciente mostrou a relação transferencial operando em toda a lâmina, revelando desejos de conservar o objeto de amor vivo. Sente medo da separação, da morte e do aniquilamento. Como defesas utiliza-se da identificação projetiva e de forma idealizada busca diminuir a angústia paranóide, trazendo uma solução psicótica.

e) Considerações finais:

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

Evidenciamos insegurança, medo de abandono e o desejo inconsciente de se sentir amparada e sustentada emocionalmente por uma relação afetiva harmoniosa com o companheiro e os filhos, pelas respostas às lâminas A2 , C3, B3, CG, A3, B1, A3. “_Quando me sinto só, já consigo me desvencilhar da imagem de minha avó, que foi durante toda a vida a minha a“tábua de salvação”, quando me vinha aquela sensação de insegurança, por estar só e ter que decidir os meus problemas, os de meus filhos e agora, com o Amoroso dentro de nossa casa.”

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

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

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

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

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

f) Acompanhamento:

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

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

A paciente que trazemos neste estudo manifestou melhoras a partir do atendimento médico e psicológico. As interpretações da psicóloga, muito ajudaram em seus “insights”

Foi através do contexto interacional, sustentado pelas Consultas Terapêuticas e permeada por toda uma postura de observação de relação mãe-bebê- família, que pudemos realizar a nossa tarefa. A Paciente seguiu muito tranqüila e corajosa para a sala de parto. O RN nasceu prematuro com 36 semanas de gravidez. Esteve internado em UTIN por duas semanas, após algumas complicações clínicas, como hipoglicemia. Acompanhamos a Paciente por várias vezes até a UTIN, quando ia visitar o seu filho. O RN foi amamentado no seio pela mãe com muito carinho, propiciando-lhe um “handling” favorável ao seu desenvolvimento emocional. Após ter adquirido 2 Kg. a mãe, o pai e o RN deixaram o Hospital muito felizes, após nos ofertarem uma foto do RN e dos pais, sinalizando para um retorno do equilíbrio psíquico no seio da família.

g) Considerações Finais e Conclusivas :

Este estudo nos possibilitou elaborar conclusões e tecer considerações que nos permitem afirmar que diagnóstico e intervenção não se separam; são a possibilidade da paciente, através da compreensão de seu sofrimento, conquistar mudanças psíquicas para o retorno de seu equilíbrio psíquico.

Poderíamos aproveitar a teoria de Klein (1952,) para enriquecer a concepção que satisfaz o nosso estudo, igualando os fatores de crise às pressões internas ou externas extremas. Os sentimentos de intensa angústia, às vezes de pânico, que assaltam a gestante diabética em crise, não seriam devido apenas à falta de solução para o novo, mas à projeção e identificação do novo com fantásticas ameaças provocadas pelas figuras aterrorizantes das camadas do inconsciente que emergem nesses estados de extrema tensão emocional.

Ampliando, Maldonado (2000) afirma que surgem os sentimentos de fracasso e de incapacidade da mãe atender às necessidades especiais do recém-nascido prematuro, quando do seu possível retorno ao lar. A separação forçada do recém-nascido e os cuidados especiais aos quais o bebê será submetido aumentam os sentimentos parentais de menos-valia, de incapacidade e de insegurança, dificultando o estabelecimento de um vínculo afetivo. A situação torna-se desesperadora, quando o recém-nascido apresenta sinais de desconforto frente aos pais. Os pais podem retomar a sua fantasia de que somente os seus próprios pais eram capazes de conceber e dar a vida. Os pais se vêm confrontados com o risco iminente de morte, o que faz aflorar sentimentos de culpa.(Maldonado 2000).

Pela nossa observação, a hospitalização pode ser tomada como o principal dos cuidados obstétricos dispensados à gestante de alto risco com Diabetes Gestacional (DG). Sendo encaminhada para investigação especializada e elucidativa ao ambulatório, onde se constatou níveis de glicose no sangue acima dos esperados, fato freqüente é a necessidade de internação da paciente para se submeter a outros exames indispensáveis ao controle médico do feto e da mãe, como a amniocentese.

Destacamos que torna-se indispensável um acompanhamento obstétrico rigoroso e uma avaliação pelo psicólogo da saúde para o controle das ansiedades da gestante diabética.

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

Durante a hospitalização, as questões psicológicas a serem abordadas não devem de modo algum preterir de profundidade, nem de qualidade. Devem ser focais, visando sempre aqueles aspectos estritamente relacionados com o Diabetes, as dificuldades adaptativas à instituição hospitalar, o processo do adoecer, os meios diagnósticos. E,

sobretudo, sensibilizar a gestante para continuar o atendimento psicológico após a alta, se necessário.

Consideramos que, estando distante de casa, criam-se intensos mecanismos de culpa com a impossibilidade de dar suporte familiar e de desempenhar o papel de mãe, principalmente quando a gestante diabética tem já outros filhos, tendo que deixá-los em casa, à vezes sozinhos por grande parte do dia. A auto-imagem abalada pela doença também leva à exacerbação do estresse e ansiedade, relevantes agravadores das condições clínicas. Todo esse sentimento pode desenvolver na gestante hospitalizada, sentimentos de raiva em relação ao feto, pois a relação afetiva com os outros filhos é ainda mais forte.

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

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

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

As pacientes se beneficiam da amplitude de um atendimento psicológico em Consultas Terapêuticas, num processo compreensivo e Interventivo, cuja contribuição pode também se fazer sentir no campo da pesquisa e da psicoprofilaxia.

A aplicação do Teste das Relações Objetais de Phillipson para uma investigação da dinâmica inconsciente representou validade na indicação de sucesso para a grávida diabética e para o seu filho, como está sendo descrito nesse trabalho.

As fantasias que se apossam da futura mamãe, podem ser muito desfavoráveis ao binômio gestante x bebê. Ela sente um enorme sofrimento pela presença de fantasias destrutivas ao ver ameaçado o seu desejo de ter um filho saudável. Elaborando essas suas fantasias, ela estará diminuindo o seu risco de danos e da vida de seu filho e desta forma estendendo ao máximo a sua gravidez.

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

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

Sugerimos aos profissionais da saúde que se dedicam ao atendimento da mulher grávida, junto aos órgãos competentes, dar prosseguimento a esta pesquisa, mobilizando recursos para em breve estar oferecendo às gestantes uma melhor qualidade de vida.

GLOSSÁRIO

AC Alojamento Conjunto

ADA América Diabetes Association.

DG Diabetes Gestacional.

DM Diabetes Mellitus.

HAS Hipertensão Arterial Sistêmica.

HB < 7 Hemoglobina glicolisada menor do 7.

HB > 7 Hemoglobina glicolisada maior do que 7.

IAMSPE Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual.

IDF International Diabetes Federation.

NDG National Data Group.

OMS Organização Mundial de Saúde.

RN Recém-nascido.

RNPT Recém-nascido pré- termo.

SHA Sociedade Brasileira de Diabetes.
SUS Serviço Unificado de Saúde.
TRO Teste das Relações Objetais de Phillipson.
UTI Unidade de Terapia Intensiva.
UTIN Unidade de Terapia Intensiva neonatal
WHO World Health Organization

REFERÊNCIAS

AIELLO-VAISBERG, T.M.J. *Ser e Fazer: enquadres clínicos diferenciados na Clínica Winnicottiana*. Aparecida, SP: Idéias e Letras, 2004.

AIELLO-VAISBERG, T.M. J. GRANATO, T. *Ser e Fazer Na clínica winnicottiana da maternidade*. Aparecida, SP.: Idéias e Letras, 2006.

ÁVILA, L.A. “ *Doenças do Corpo e da Alma- Investigação psicanalítica*”. São Paulo: Ed. Escuta, 1995.

ANZIEU, D. *Os métodos projetivos*. Trad. MARIA LÚCIA DO EIRADO SILVA Rio de Janeiro. 4 ed: Ed. Campus Ltda. 1984.

BARTILOTTI, M.B. *Parto Pré-Termo*. In TEDESCO et al. *Obstetrícia e Psicossomática*. Atheneu, São Paulo, 1998.

BERNE, N. Psychology of Childbirth. In OFFERMAN-ZUCKERBERG, J.(ed) *Critical Psychophysical Passages in the Life of a woman: A Psychodynamic Perspective*. New York, Plenum Press, 1988. p.123-131.

BERKOWITZ, et al. *Parto pré-Termo*. In TEDESCO et al. *Obstetrícia e Psicossomática*. Atheneu, São Paulo, 1998.

BLEGER, J. *Psicologia de la Conducta*, Buenos Aires, Editorial Paidós, 1975.

BRAZELTON, T.B., CRAMER, B.G. *A relação mais precoce: os pais, os bebês e a interação precoce*. Lisboa, Terramar, 1989 .

CAMAROTTI, M.C. *De braços vazios: uma separação precoce. A clínica com o bebê*. São Paulo, Casa do Psicólogo. 2000.

CAPLAN, G. *A psicologia da gravidez e as origens do relacionamento mãe-filho*. Rio de Janeiro, Zahar, 1980.

CASANOVA, L.D.; VALLE, L.M.S.; SANTOS, W.A. *Humanização das Unidades Neonatais*. In Segre, C.A.M. **Perinatologia Fundamentos e Prática**. São Paulo, Sarvier, 1995.

CURY, A.F. *Características Psicológicas da primigestação. (Dissertação de Mestrado)*
São Paulo: Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, 1997. In
TEDESCO et al. *Obstetrícia e Psicossomática*. São Paulo, Atheneu, 1998.

DEUTSCH, H. *La Psicología de la mujer*. Trad. FELIPE JIMENÉS DE ASÚA. Buenos
Aires, Editorial Losada, 1951.

FELICE, E.M. *A psicodinâmica do Puerpério*. São Paulo, Vetor, 2000

FORTES, T.M.L., SILVA, S.C.F. & COSTA, M.F.C., *Diabetes: como prevenir e cuidar?* São
Paulo, Paulus, 2005.

FRAIGE, F. *Informes do Diabetes no mundo*. **Diabetes Clínica**, Jornal multidisciplinar do
Diabetes e das Patologias Associadas. v.8 n.3, p. 162-178, maio/junho, 2004.

FRAIGE, F. *Diabetes Mellitus Tipo 2: A importância do diagnóstico precoce e do
tratamento intensivo*. **Diabetes Clínica**, Jornal multidisciplinar do Diabetes e das Patologias
Associadas. v.8 n.3, maio/junho, 2004.

FREUD, S. (1900) *A Interpretação dos sonhos*. Trad. de JAYME SALOMÃO. Edição
Standard Brasileira das obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, Rio de
Janeiro: Imago, 1976, (v.4).

FREUD, S. (1901-1905).*Psicopatologia da Vida Quotidiana*. Trad. de JAYME SALOMÃO. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, Rio de Janeiro: Imago, 1976, (v. 6).

FREUD, S. (1911-1913) *O caso de Schreber Artigos sobre a Técnica e outros Trabalhos*. Trad.de JAYME SALOMÃO. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, Rio de Janeiro: Imago, 1976, (v.12).

FREUD, S. (1920-1922)*Além do Princípio de Prazer Psicologia de Grupo e Outros Trabalhos*. Trad. de JAYME SALOMÃO. Edição Standard Brasileira das obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, Rio de Janeiro:Imago, 1976, (v. 18).

FREUD, S. (1923- 1925) *O Ego e o Id. Uma Neurose Demoníaca do Século XXVII e Outros Trabalhos*. Trad. JAYME SALOMÃO . Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro:Imago, 1976, (v. 19).

FREUD, S. (1932-1936)*Novas Conferências Introdutórias sobre a Psicanálise*. Trad. de JAYME SALOMÃO. Edição Standard brasileira das Obras psicológicas Completas de Sigmund Freud, Rio de Janeiro: Imago, 1976, (v. 22).

GIL, C.A. *Envelhecimento e depressão: da perspectiva psicodiagnóstica ao encontro terapêutico.*, São Paulo:s.n.,Dissertação (mestrado) Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

HELENO, M.G. *Organizações Patológicas e Equilíbrio Psíquico em Pacientes Diabéticos Tipo 2*. Tese de Doutorado apresentada ao Departamento de Psicologia da Universidade de São Paulo, 2000.

HEIMANN, P. et al. *Os Progressos da Psicanálise*. Trad. ÁLVARO CABRAL. Rio de Janeiro, 2 ed. Zahar, 1978.

KLAUS, M.H.; KLAUS, P. *O surpreendente Recém-nascido*. Trad. M^a CRISTINA GOULART MONTEIRO. Porto Alegre, Artes Médicas, 1989.

KLEIN, M. (1923) *Contribuições à Psicanálise*. Trad. MIGUEL MAILLET. Ed: Mestre Jou. São Paulo, 1970.

KLEIN, M. (1921- 1935), *Novas Técnicas da Psicanálise*. Trad. ÁLVARO CABRAL. Rio de Janeiro, 2 ed.: Guanabara, 1980.

KLEIN, M. (1967-1975), *Amor, Ódio e Reparação*. Trad. MARIA HELENA SENISE. São Paulo, 2^a ed: Imago, 1975.

KNIJNIK, J. *Amamentação Natural ou Artificial-Estudo de indicadores de Libido e Agressão*. Porto Alegre, 1985. Dissertação (Mestrado). Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

LANDER, M. Maternidade e sexo. Trad. MARIA NESTROVSKY. Porto Alegre, Artes Médicas, 1981.

LAMOSA, B W. *Princípios para a prática da Psicologia Clínica em Hospitais*. São Paulo, Puc, 1974

LIPPI, U.G. *Enfoque de risco, caracterização da Gestação de Alto Risco. Princípios Gerais da Assistência*. In SEGRE, C.M.A.; ARMELLINI, P. A.; MARINO, W.T. Cap. 2 O RN. 4 ed: São Paulo, Sarvier, 1995.

LÜDKE, M. e ANDRÉ M.E.D. “*Pesquisa em Educação: abordagens qualitativas*”. SP: E.P.U., 1986.

MALDONADO, M.T. *Psicologia da Gravidez*. São Paulo, 7 Ed: Saraiva, 1997.

MALDONADO, M.T. *Psicossomática e Obstetrícia*. In Mello Filho, *Psicossomática Hoje*. Artmed. São Paulo, 1992.

MELLO FILHO, J. *Psicossomática Hoje*. Porto Alegre, Artmed, 1992.

NAVAJAS, E. *Os Processos de Identificação e Introjeção na Gravidez*. In TEDESCO et al. *Obstetrícia e Psicossomática*: Atheneu, São Paulo, 1998.

OLIVEIRA, T.M. *Contribuições da Clínica Psicanalítica na pós-modernidade*. In: OUTEIRAL, J.; HISADA, S. & GABRÍADES, R. **Winnicott Seminários Paulistas**. São Paulo, Casa do Psicólogo, 2001.

PEREIRA, S. *Psicanálise e novas práticas médicas de reprodução humana assistida. A clínica com o bebê*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000.

PHILLIPSON, H. *Test de Relaciones Objetales*. 2 ed: Buenos Aires, Paidós, 1970.

PIONTELLI, A. *De feto à criança*. Trad. WILHEIM J. GOMES, N.L. GODOY, S. Rio de Janeiro, Imago, 1995.

PLATÃO (ca 384a C.) *O banquete*. In: *Diálogos*. Trad. JORGE PALEIKAT. Ed: Rio de Janeiro, Ediouro, 1996. p.75-127.

PORTER, R. *História Ilustrada da Medicina*. Rio de Janeiro, ed. Nevinter, 2001.

RICHELMANN, J.C. *A mulher atual: perspectivas frente à gestação*. In TEDESCO et al. *Obstetrícia e Psicossomática*. São Paulo, Atheneu, 1998.

ROMANO, B.W. et al. *Qualidade de vida teoria e prática*. Rev Soc. Card. Estado de São Paulo, 3 (6, Supl A) :6-9, 1993

ROSA, J.T. (org.) *Atualizações Clínicas com o Teste de Relações Objetais de Phillipson*. São Paulo, Lemos Ed., 1995.

SALES, L.M.M.A. *A "loucura das mães: do desejo à realidade do filho. A clínica com o bebê* . São Paulo. Casa do Psicólogo, 2000.

SANCOVSKI, ; PEIXOTO, S. *Endocrinopatias Diabetes* In William's Obstetrícia, Rio de Janeiro, 20ª Ed: Editora Guanabara, 2000.

SEGAL, H. *Sonho, fantasia e Arte*. Trad. BELINDA HABER MANDELBAUM. Rio de Janeiro, Imago, 1991.

SEGRE, C.A.M. *Perinatologia Fundamentos e Prática*. São Paulo, Sarvier, 2002.

SIMON, R. *Psicologia Clínica Preventiva Novos fundamentos*. São Paulo: E P U, 1989.

SOIFER, R. *Psicologia da gravidez, parto e puerpério*. Porto Alegre, 4 ed: Artes Médicas, 1992.

SANTOS, B.S. *Um discurso sobre as ciências*. Porto, Portugal: Afrontamento, 2002.

SPITZ, R.A. (1965) *O primeiro ano de vida*. Trad. EROTHILDES M. B. da Rocha. São Paulo: Martins Fontes, 1988.

SZEJER, M.; STEWART, R. *Nove meses na vida da mulher*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.

SZEIJER, M. *A escuta Psicanalítica de Bebês em maternidade*. Trad. CLÁUDIA BERLINER. Casa do Psicólogo, 1999.

TARDIVO, L.S.P.C. *Normas para Avaliação do Procedimento de Desenhos Estórias numa amostra de crianças Paulistas de 5 a 8 anos de idade*. São Paulo, 1989. 294 p. Dissertação (Mestrado)- Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo.

TARDIVO, L.S.P.C. *O Adolescente e Sofrimento Emocional nos Dias de Hoje: reflexões psicológicas. Encontros e Desencontros*. Tese de Livre Docência. Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo. São Paulo: 2004.

TARDIVO, L.S.P.C. *Cadernos dos Anais da IVª Jornada APOIAR Infância, Sofrimento Emocional e a Clínica Contemporânea*. Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, 8 de dezembro de 2006.

TEDESCO et al. *Obstetrícia e Psicossomática*. Atheneu, São Paulo, 1998.

TRINCA, W. *O Diagnóstico psicológico*. Rio de Janeiro, Vozes, 1983.

TRIVINÕS, A. *Introdução à pesquisa em Ciências Sociais*. São Paulo: Atlas, 1995.

TURATTO, E.R. *“Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas de saúde humanas”*. 2ª ed., Petrópolis: Vozes, out./2003.

WILHEIM, J. *Psicologia Pré-natal*. São Paulo, Casa do Psicólogo, 1998.

WINNICOTT, D.W. (1951) *Textos Seleccionados: Da Pediatria à Psicanálise*. Trad. JANE RUSSO. 3 ed. Francisco Alves, 1988.

WINNICOTT, D.W. (1960) *A Natureza Humana*. Trad. D. BOGOLOMETZ. Rio de Janeiro, Francisco Alves, 1982.

WINNICOTT, D.W. Espaço Potencial WINNICOTT Diversidade e Interlocação. ORG. AFRÂNIO DE MATOS FERREIRA. São Paulo, Landy Ed., 2007.

WINNICOTT, D.W. Os Bebês e suas mães. Trad. JEFFERSON LUIZ CAMARGO. 3ª ed: São Paulo, Martins Fontes, 2006.

ZUGAIB, M. et al. *Obstetrícia e Psicossomática*. São Paulo. Atheneu: 1998.

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)