

Repercussões emocionais e mecanismos de defesa em gestantes de fetos cardiopatas a partir do TAT

Emotional impact and defense mechanisms in the TAT of pregnant women with heart disease fetuses

Simone Niklis Guidugli¹

Universidade de São Paulo e Hospital do Coração

Eliana Herzberg²

Universidade de São Paulo

Silvia Cury Ismael³

Simone Fontes Pedra⁴

Hospital do Coração

RESUMO

O coração é tido como um órgão vital e carregado de simbologia. Na gravidez as dúvidas com relação à perfeição do coração do feto e a confirmação do diagnóstico fetal de cardiopatia, podem gerar repercussões emocionais importantes na gestante, trazendo fragilidade emocional e outras dificuldades. **Objetivo:** identificar repercussões emocionais e mecanismos de defesa mais frequentes nas gestantes de fetos cardiopatas, a partir da análise do Teste de Apercepção Temática (TAT). **Método:** pesquisa de tipo qualitativo. Aplicação das pranchas 1, 7MF e 16 do TAT, em quatro gestantes de fetos cardiopatas. Análise das histórias, conforme proposta de Hirsch (1981/2009). **Resultados:** conflitos associados à maternidade, à gravidez atual e à relação das participantes com a figura materna. Diante da prancha 16 (todas autobiográficas) evidenciaram-se: necessidades de aprovação, apoio e

¹Universidade de São Paulo/Hospital do Coração - Mestre em Ciências pelo Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (IPUSP). Psicóloga Clínica e Hospitalar. Coordenadora do Serviço de Psicologia do Hospital do Coração/SP. E-mail: simone13@usp.br.

²Universidade de São Paulo - Professora Associada do Departamento de Psicologia Clínica, na graduação e pós-graduação (IPUSP). Psicóloga Clínica. Mestrado e doutorado tendo como tema gestantes, atendidas pelo Hospital Universitário da USP. Coordenadora da Clínica-Escola do Departamento nos períodos de 1985 à 1986 e de 1998 à 2008. E-mail: ehertzber@usp.br.

³Hospital do Coração - Doutora em Ciências, pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP). Psicóloga Clínica e Hospitalar. Gerente do Serviço de Psicologia do Hospital do Coração/SP. E-mail: sismael@hcor.com.br.

⁴Hospital do Coração - Doutora em Ciências pela USP. Coordenadora do Serviço de Ecocardiografia fetal e pediátrica do IDPC e Coordenadora da Unidade Fetal do Hospital do Coração. E-mail: sfpedra@hcor.com.br.

conforto; imaturidade quanto à gravidez atual e angústia de morte relacionada ao nascimento do bebê. Os mecanismos de defesa predominantes foram: regressão, racionalização e idealização. **Conclusão:** Há repercussões emocionais e mecanismos de defesa importantes na situação de diagnóstico cardíaco fetal. Destacou-se a importância do acompanhamento psicológico durante todo o ciclo gravídico puerperal, por auxiliar no fortalecimento emocional desta população para vivenciar a gestação e o acompanhamento das intervenções no bebê na UTI Neonatal.

Palavras-chave: gravidez; diagnóstico fetal; malformação; cirurgia cardíaca; TAT.

ABSTRACT

The heart is perceived as a vital organ that is full of symbolism. In pregnancy, women's questions/insecurities regarding the perfection of the heart of the fetus and confirmation of fetal diagnosis of heart disease can cause major emotional impact, bringing emotional fragility and other difficulties. **Objective:** To identify emotional repercussions and frequently used defense mechanisms on women pregnant with fetuses bearing heart defects, based on the analysis of the Thematic Apperception Test (TAT). **Method:** qualitative research. Application of cards 1, 7MF and 16 of TAT in four women carrying fetuses affected by heart diseases. Analysis of the stories was based on Hirsch's (1981/2009). **Results:** conflicts associated with maternity, pregnancy and the four participants' relations with the mother figure. On card 16 (all autobiographical stories), need for approval, support and comfort; immaturity regarding current pregnancy and anguish of death related to the birth of the baby, predominated. Prevalent defense mechanisms were regression, rationalization and idealization. **Conclusion:** There are important emotional repercussions and defense mechanisms in fetal cardiac diagnostic situation, hence the importance of psychological support throughout pregnancy and childbirth, assisting in the emotional support of this population to experience pregnancy and follow the baby's treatment in the Neonatal Intensive Care Unit.

Keywords: pregnancy; fetal diagnosis; malformation; cardiac surgery; TAT.

Introdução

A gravidez é considerada como um período de transição do processo de desenvolvimento da mulher. Neste processo, no entanto, ela precisará se reestruturar e se reorganizar em vários sentidos, pois há inevitáveis mudanças de papéis. Destacam-se entre elas: as importantes modificações que a mulher vivencia no próprio corpo; as alterações emocionais em si mesma e também no homem, progenitor da criança; além dos ajustes que se fazem necessários na dinâmica do casal. Diversos estudiosos da área consideram que a espera de

um filho faz parte de um rol de mudanças significativas que podem abalar os padrões de relacionamento do casal, pois acarreta em expectativas, anseios e temores (Langer, 1981; Maldonado, 2002; Soifer, 1986; Szejer & Stewart, 2002).

Na gravidez de alto risco - processo que envolve situações de doença e outros riscos, tanto para o bebê quanto para a mãe (Ministério da Saúde, 2010) – compreende-se que as repercussões emocionais são ainda mais intensas. Quayle (2005, p. 196) afirma que “a malformação ou patologia do feto elicia reações intensas no casal, dificultando, até mesmo, seu relacionamento”. Destaca ainda, que a dificuldade de um diagnóstico final preciso é um fator complicador, pois sobre isso surge outra dificuldade que é a vinculação dos pais com o bebê, o que pode facilitar a intensificação de mecanismos defensivos.

Neste estudo, a gravidez de alto risco esteve relacionada à malformação cardíaca do feto - ou cardiopatia congênita - a qual traz, na maioria dos casos, a necessidade de intervenção cirúrgica ao bebê logo após o nascimento. O coração é tido como um órgão vital e carregado de simbologia. Qualquer dúvida que se faça presente, sobre sua perfeição anatômica ou funcional, ou mesmo a confirmação do diagnóstico fetal de cardiopatia em si, pode gerar repercussões emocionais importantes na gestante, trazendo fragilidade emocional e prováveis dificuldades para a vinculação com o bebê.

As cardiopatias congênitas são a principal causa de morte na primeira infância em países desenvolvidos, sendo responsáveis por um quinto da mortalidade. No Brasil, em 2008, corresponderam a aproximadamente 19% da mortalidade em crianças menores de um ano, perfazendo a segunda principal causa de óbito nessa faixa etária, conforme apontam Rosa, Rosa, Zen e Paskulin (2013).

Método

Tipo de Pesquisa: Qualitativo. Este método é caracterizado, segundo Minayo (2010, p. 57) “pela empiria e pela sistematização progressiva de conhecimento até a compreensão lógica interna do grupo ou do processo em

estudo”. É de caráter exploratório, sendo este um meio pelo qual se constrói o conhecimento a partir de outros conhecimentos sobre os quais se exercita a apreensão, a compreensão, a crítica e a dúvida (Minayo, 2010). A pesquisa foi realizada através da abordagem pesquisa-ação, aquela definida por Tripp (2005, p. 443) “como uma tentativa continuada, sistemática e fundamentada de aprimorar a prática”. Foi também utilizada a abordagem winnicottiana na interpretação do conteúdo das histórias relatadas.

Participantes: Quatro gestantes de fetos cardiopatas (não houve diferenciação quanto à idade gestacional); maiores de dezoito anos; casadas; inseridas no programa de acompanhamento a gestantes da Unidade Fetal de um Hospital de Cardiologia da cidade de São Paulo; todas as participantes já haviam sido atendidas pelo menos uma vez pela psicóloga pesquisadora; todas assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Instrumentos: Na coleta de dados da pesquisa –parte de uma dissertação de mestrado - foram utilizados como instrumentos: uma entrevista semidirigida; o Desenho da Figura Humana (DFH) conforme proposta de Machover (segundo técnica de Lourenção van Kolck, 1984); aplicação das pranchas 1, 7MF e 16 do Teste de Apercepção Temática (TAT), sobre o qual o presente artigo estará focado; além da gravação de uma sessão de atendimento psicológico, sobre o qual foi realizada a análise de conteúdo conforme Bardin (1979).

Procedimentos de Coleta: Após aprovação pelos Comitês de Ética em Pesquisa, tanto da Instituição proponente como da Instituição coparticipante, sob os respectivos pareceres consubstanciados de números 550.832 (de 17/02/14) e 603.180-0 (de 18/03/14), as gestantes foram convidadas pela pesquisadora a participarem da coleta de dados, após contato inicial em um atendimento psicológico. Foram informadas sobre os objetivos da pesquisa, bem como os instrumentos que seriam utilizados, através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Após a concordância das participantes e assinatura do TCLE, deu-se o início à coleta de dados. Estes foram coletados inicialmente com a utilização das informações fornecidas na primeira entrevista, seguida por gravação da

sessão de atendimento psicológico – a partir do segundo atendimento realizado, dependendo da observação clínica da pesquisadora para o melhor momento, evitando ao máximo, interferências no cuidado psicológico – com posterior transcrição para análise de conteúdo. Foram então utilizados os instrumentos já citados: Desenho da Figura Humana (DFH), segundo a técnica de Machover e as 3 pranchas já mencionadas do Teste de Apercepção Temática (TAT), sendo este último instrumento, foco do presente artigo. Vale ressaltar que, as participantes foram informadas que, a qualquer momento, poderiam fazer valer o direito de não mais participar da pesquisa, sem que isso lhe trouxesse qualquer prejuízo no acompanhamento psicológico que já vinha sendo oferecido na Instituição e/ou quanto ao acompanhamento da equipe multiprofissional com relação ao seu bebê, antes, durante e após o nascimento.

O Teste de Apercepção Temática

As histórias obtidas com frequência revelam componentes importantes da personalidade, que são decorrentes de duas tendências psicológicas. A primeira é a tendência das pessoas para interpretar uma situação humana ambígua baseando-se em suas experiências passadas e em seus anseios presentes. A segunda é a inclinação das pessoas que descrevem histórias para agir de igual maneira para utilizar os acervos de suas experiências e expressar seus sentimentos e necessidades conscientes e inconscientes (Murray, 1943/2005).

Conforme Murray (1943/2005) a primeira Prancha, intitulada “O menino e o violino” é sempre aplicada em primeiro lugar, uma vez que, segundo o referido autor, não apresenta uma situação muito ameaçadora. A temática estudada nesta Prancha se refere à relação com as figuras de autoridade, atitude frente ao dever e também ao ideal de ego. O discurso desta primeira etapa pode ainda refletir a atitude do sujeito frente à situação de teste e a adaptação diante desta nova situação. A segunda Prancha escolhida, a 7MF, intitulada “Menina e boneca” evoca a área da relação com a figura materna (que pode ser vista como modelo, apoio ou obstáculo à satisfação das próprias necessidades). Possibilita ainda a investigação de problemática referente à

maternidade, principalmente quando há distorção ou hesitação em relação à boneca. Por último, a Prancha 16, a qual apresenta um estímulo branco, oferece ao sujeito a possibilidade de total projeção. A temática desta Prancha relaciona-se às necessidades mais prementes do indivíduo ou será reflexo da relação transferencial na situação de teste. Não é incomum diante desta Prancha o surgimento de relatos autobiográficos. (Herzberg, 1993; Barros, 2004)

Aplicação: Conforme a orientação de Murray (1943/2005, p. 22) foram realizadas as instruções da seguinte forma:

Esse é um teste pra contar histórias, eu tenho aqui algumas pranchas que eu vou mostrar pra você e eu quero que você faça uma história pra cada uma delas. Conte o que aconteceu antes e o que está acontecendo agora. Fale o que as pessoas estão sentindo e pensando e como termina a história. Você pode fazer o tipo de história que quiser. Você compreendeu?

Já com relação à prancha 16, a qual se trata de um quadro em branco, as instruções são brevemente modificadas, sendo oferecidas da seguinte forma: “*Veja o que você pode ver nesta prancha em branco. Imagine alguma cena aí e descreva-a em detalhe. (depois da descrição...). Agora me conte uma história sobre isso*” (Murray, 1943/2005, p. 22).

Os relatos das histórias foram gravados, com o consentimento das participantes, sendo transcritos posteriormente para análise. Vale ressaltar que a escolha das três pranchas, bem como a Sequência de aplicação, deveu-se aos temas evocados em cada uma delas, importantes na área da maternidade, assim como foi observado nas experiências de outros pesquisadores (Aguirre, 1995; Barros, 2004; Herzberg, 1986, 1993). A tabela 1 apresenta tais temas de forma objetiva e resumida.

Tabela 1

Descrição das pranchas utilizadas e temáticas evocadas

Prancha	Título	Temática evocada	Descrição da cena
1	O menino e o violino	Relação com figuras de autoridade	Um menino está contemplando um violino pousado diante dele numa mesa.
7 MF	Menina e boneca	Relação com a figura materna	Uma mulher mais velha está sentada num sofá junto de uma menina, lendo ou falando com ela. A menina, que segura uma boneca no colo, olha em outra direção.
16	Em branco	Projeção das necessidades mais prementes do indivíduo ou reflexo da relação transferencial na situação de teste.	Prancha em branco.

Fonte: Murray, H. A. (1943/2005). T.A.T. – Teste de Apercepção Temática. (3a ed. adapt. ampl.). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Procedimentos de Análise: Para a análise do Teste de Apercepção Temática, foi realizada uma adaptação da proposta de Hirsch (1981/2009), para o estudo do C.A.T. (Children's Apperception Test), no qual estabelece nove pautas a serem interpretadas. Importante salientar sobre as pautas, propriamente ditas, que elas cobrem as três áreas utilizadas por Phillipson em seu método para a análise das histórias (Hirsch, 1981/2009): a percepção da situação; as pessoas incluídas e suas relações; e a história como estrutura e como realização. A seguir, na Tabela 2, tem-se a descrição das pautas sugeridas e adaptadas neste estudo.

Tabela 2

Pautas de interpretação de Sara Hirsch (1981/2009).

Pauta	Proposta de interpretação
1	<i>Que personagens vê e como os vê. Omissões, acréscimos e distorções. Percepções e elaborações pouco usuais dos personagens.</i>
2	<i>Que outros elementos são vistos na prancha e de que maneira. Omissões, acréscimos e distorções no conteúdo da realidade.</i>
3	<i>Possibilidade de dar passado, presente e futuro à história.</i>
4	<i>Sequência lógica ou ilógica na construção da história.</i>
5	<i>Tipo de linguagem utilizado (riqueza, exatidão, adequação à idade, etc.).</i>
6	<i>Possibilidade de fantasiar, capacidade criativa.</i>
7	<i>Tipo de interação entre os personagens em nível descritivo. Colocação da problemática.</i>
8	<i>Qual é o tema das relações objetivas inconscientes na interação. Principais ansiedades associadas às relações fantasiadas. Principais meios de defesa.</i>
9	<i>Tentativa de resolver ou não o problema ou conflito na história. Tipo de solução obtida em função dos desejos, medos e defesas utilizadas. Como o mundo de objetos internos é conciliado com a realidade social mais consciente.</i>

Fonte: dados adaptados de Hirsch (1981/2009, p. 183).

Resultados

Para melhor compreensão sobre as participantes, faz-se necessária a caracterização das mesmas, demonstradas nas Tabelas 3, 4 e 5.

Tabela 3

Caracterização das Participantes

Idade	Escolaridade	Idade Gestacional	1º casamento? Casada há quanto tempo?	Número de gestações	Filhos vivos	Aborto/perda neonatal
27	Ens. Médio (Técnico)	30 semanas	Sim / Há 2 anos	4	1	2 Abortos
30	Superior Completo	30 semanas	Sim / Há 8 anos	1	0	0
34	Superior Completo	35 semanas	Sim / Há 6 anos	3	0	1 Aborto 1 Perda
31	Superior Completo	33 semanas	Sim / há 8 anos	2	1	0

Fonte: Guidugli, S. K. N. (2015)

Tabela 4

Dados sobre a Gestação

Gestação planejada?	Gestação desejada?	Sintomas físicos no início da gestação?	Sintomas emocionais a partir da gestação?
Sim	Sim	Não	Sim, mais sensível
Sim	Sim	Não	Sim, mais calma
Sim	Sim	Sim (enjoo)	Não
Sim	Sim	Não	Não

Fonte: Guidugli, S. K. N. (2015)

Tabela 5

O diagnóstico Fetal e suas Repercussões

H.D* com quantas semanas?	Reações emocionais diante do diagnóstico	Significado atribuído à doença	Compreensão sobre a doença e a proposta terapêutica	Investimento pessoal na gestação antes e após o diagnóstico
16	Impacto, tristeza, medo, Frustração	Culpa/Punição – “Por que comigo, com a gente?” (sic)	Boa	Pior
23	Impacto, tristeza, medo	Missão – “Deus acha que a gente pode carregar e cuidar dela” (sic)	Boa	Igual
24	Impacto, negação, tristeza, medo, frustração	Missão – “Acho que veio para ajudar outras crianças” (sic)	Boa	Igual
28	Impacto, tristeza, medo, Frustração	Culpa/Punição – “Será que eu me cuidei?” (sic)	Boa	Igual

Fonte: Guidugli, S. K. N. (2015) / *H.D. = Hipótese Diagnóstica

Quanto à tabela 5, cabe explicitar mais detalhadamente os itens acima a fim de evitar possíveis dúvidas em sua interpretação. O item “Hipótese diagnóstica (H.D.) com quantas semanas?” refere-se ao momento em que a gestante relatou que recebeu a primeira notícia de que havia uma patologia no coração do feto, mesmo não tendo ainda o diagnóstico confirmado do tipo de cardiopatia. O item “Reações emocionais diante do diagnóstico”, está relacionado ao que a gestante percebeu sobre suas reações à época da comunicação da notícia da malformação fetal. A categoria “Significado atribuído

à doença”, refere-se às informações trazidas sobre às conjecturas das próprias gestantes acerca do significado que deram à doença cardíaca, sendo observada a responsabilização de si mesma através da culpa, ou ainda, defensivamente relatando como a atribuição de uma “missão” que somente aquela família pode desempenhar.

Quanto à categoria “compreensão sobre a doença e a proposta terapêutica”, busca avaliar o entendimento da gestante acerca da doença de seu filho, a partir do que lhe foi explicado pela equipe médica, e ainda, sobre como será o tratamento da criança, no que se refere à(s) cirurgia(s) e outros procedimentos, permanência e recuperação na UTI, todo e qualquer tipo de riscos envolvidos no tratamento, dentre outros.

A última categoria intitulada “Investimento pessoal na gestação antes e após o diagnóstico”, diz respeito ao investimento libidinal da gestante ao bebê, antes de receber a notícia do diagnóstico, e após, objetivando identificar possibilidades de rejeição do filho doente, mesmo que inconsciente, assim como dificuldades na vinculação mãe-bebê.

Quanto aos dados obtidos na aplicação das três pranchas do TAT, as tabelas a seguir buscam apresentá-los de forma didática, considerando a análise qualitativa realizada. Vale ressaltar que, com a finalidade de preservar o sigilo e a confidencialidade das participantes, todos os nomes utilizados na descrição dos resultados, são fictícios.

Tabela 6

Prancha1 – “O menino e o violino” (continua)

PAUTAS	Andrea	Bruna	Carolina	Diana
1	Vê o menino e a mãe.	Vê o menino e os pais.	Vê Menino e “alguém em casa”, sugerindo que seja um familiar.	Vê o menino e os pais.
2	Distorção inicial: Livro. Consegue, no entanto, visualizar o objeto esperado – violino – e é capaz de construir a história baseada nele.	As outras três gestantes veem o violino como única percepção de elementos, o que é esperado para a Prancha.		

3	Todas as participantes conseguem verbalizar histórias com passado, presente e futuro – adequação às instruções.			
4	Todas as participantes construíram a história com uma Sequência lógica.			
5	Todas as participantes utilizaram uma linguagem adequada à idade e ao perfil de instrução.			
6	Todas as participantes demonstraram capacidade criativa na elaboração das histórias, fantasiando e criando histórias que não se afastam muito de possibilidades habituais.			
7	Menino tem um desejo que procura satisfazer – aprender a tocar o violino. A personagem mãe tenta auxiliar na satisfação de seu desejo, mas não é suficiente na atuação materna. Há solidão projetada no menino.	Menino tem um desejo que procura satisfazer – aprender a tocar o violino. Os pais respeitam, apoiam e fornecem recursos para auxiliar a satisfação desse desejo.	Menino sente-se obrigado a cumprir a tarefa de tocar o violino para corresponder às expectativas de “alguém em casa”. Na interação com o outro há a necessidade de aprovação e sentimentos de tristeza e insatisfação.	Menino sente-se obrigado a corresponder às expectativas dos pais (rígidos e exigentes). Com habilidade, mostra outra opção de sucesso, e faz com que a família o aprove.
8	Nestes dois casos, há identificação das participantes com o personagem menino quanto à satisfação de desejos. A presença materna é precária, pois não lhe garante a satisfação de necessidades, não sendo considerada como uma <i>mãe suficientemente boa</i> , conforme teoria winnicottiana.		Há identificação com o personagem menino, mas a interação com o outro personagem - “alguém em casa” - é frágil. Há vivência de um ambiente pouco facilitador, com poucos recursos e que exige de si, a atuação egóica e superegóica solitária.	Há a identificação da participante com o personagem menino, mas a interação envolve um ambiente inicialmente sem o <i>holding</i> apropriado, tendo o menino que lutar contra a ação superegóica.
9	Tentativa e sucesso na resolução do problema apresentado, através dos próprios recursos, como uma comprovação de sua capacidade egóica.	Tentativa e sucesso na resolução do problema apresentado, através da própria superação, mas com o apoio parental.	Tentativa e sucesso com os recursos próprios, mas a resolução se dá como forma de preservar-se, evitando o possível <i>aniquilamento</i> (Winnicott), a partir das exigências superegóicas.	Tentativa e sucesso, através da forte atuação egóica, encontrando uma saída possível e aprovada pelos modelos parentais.

Fonte: Guidugli, S. K. N. (2015)

Tabela 7

Prancha 7MF – “Menina e boneca” (continua)

PAUTAS	Andrea	Bruna	Carolina	Diana
1	<p>Vê menina, boneca e mãe. Inicialmente sugere que vê uma mulher, mas a fala é interrompida para verbalizar que é uma adolescente.</p> <p><i>“...aqui é uma mu...adolescente...não quer deixar esse por último? Porque tá bem difícil esse desenho...”</i></p> <p>Em seguida relata que vê uma criança que quer ser mais velha ou fazer coisas de pessoas mais velhas. <i>“...fica pensando porque ela ainda é pequena, porque ela ainda é criança, porque não pode ser mais velha pra ir pra rua...”</i></p>	<p>Inicialmente vê a mulher mais velha como uma babá, posteriormente como a Mãe.</p> <p>Filha adolescente.</p> <p>Filha bebê que é vista como irmãzinha da personagem principal.</p>	<p>Adolescente; mãe; boneco. Inicialmente a adolescente é vista como mãe, em seguida a maternidade é negada pela “falta de cuidado” que é vista na prancha.</p> <p><i>“...acho que é uma mãe, que teve um bebê há pouco tempo, mas ela segura o bebê dela...não com uma forma de segurar o bebê normal...com uma...é uma pessoa do lado que eu não entendo o que é essa pessoa”.</i></p> <p>Há negação inicial da fig. materna também na fig. mais velha que está na cena, mas que só <i>a posteriori</i>, é vista como tal (conflito quanto à ligar-se afetivamente ao bebê - amor x distanciamento) –</p> <p><i>“...eu acho que é um boneco, porque se fosse um bebê ela tava segurando de uma outra forma mais delicada e não com as mãos cruzadas com ele lá embaixo”.</i></p>	Menina; boneco; mãe
2	Sem outros elementos.	Livro (implícito no ato da leitura)	Sem outros elementos.	Livro (implícito no ato da leitura)
3	Todas as participantes conseguem verbalizar histórias com passado, presente e futuro.			
4	Sequência lógica	Sequência ilógica. Presente, futuro e passado.	Sequência lógica	Sequência lógica

5	Todas as participantes utilizaram uma linguagem adequada à idade e ao perfil de instrução.		
6	Todas as participantes demonstraram capacidade criativa na elaboração das histórias.		
7	As personagens principais enfrentam o conflito da dependência x independência, além de imaturidade x maturidade. A problemática gira em torno da busca de atividades que não lhe são permitidas, pois são consideradas imaturas e precoces, pela figura materna.	A personagem enfrenta o conflito maternidade x afiliação, não conseguindo ao final, ajustar-se em um ou outro papel. Na função materna, não consegue sequer segurar seu bebê, transformando-o em um boneco, tampouco consegue se submeter às orientações da fig. materna.	A personagem enfrenta o conflito da aprovação parental pela tradicionalidade da família x a satisfação de desejos, necessidades e expectativas. A fig. materna desempenha papel importante na condução das escolhas e alcance dos objetivos da personagem.
8	<p>A personagem menina, busca a satisfação de desejos inconscientes, mas através da representação da relação com a fig. materna há a repressão destes.</p> <p>Os personagens acabam interagindo por meio da regressão e da racionalização.- ...a mãe tenta explicar pra ela o porquê, que tudo tem sua fase, tudo tem sua idade...mas depois ela entende a mãe dela e vai brincar com a boneca”.</p>	<p>A personagem adolescente tenta experimentar uma representação de maternidade, mas na relação com a própria fig. materna, é colocada na situação de subjugada, identificando-se no papel de dependente na relação.</p> <p><i>“Ela adolescente) pediu pra mãe pra ficar com a irmã, só que a mãe tem aquele medo e aquele cuidado porque é um bebezinho...”</i></p>	<p>A personagem revela uma maternidade desajustada e descuidada com o bebê. Conforme a abordagem winnicottiana, não se constitui uma “mãe suficientemente boa”, sendo incapaz de oferecer os cuidados básicos de holding para o seu bebê. –</p> <p><i>“...mas ela segura o bebê...não como uma forma de segurar o bebê normal...com uma...é uma pessoa do lado que eu não entendo o que é essa pessoa”.</i></p>
9	Resolução pela submissão da personagem menina, porém não resolve o conflito da imaturidade. A menina vai brincar porque não encontra outra saída, mas conflito permanece. A racionalização minimiza a angústia.	Resolução do conflito pela presença/cuidado da figura materna.	Conflito não resolvido, a personagem utiliza-se da rebeldia como forma de aplacar a angústia dos papéis materno e de filha, aos quais está identificada na história.

Fonte: Guidugli, S. K. N. (2015)

Tabela 8

Prancha 16 – “Em branco” (continua)

PAUTAS	Andrea	Bruna	Carolina	Diana
1	Adolescente Mãe Pai (autobiográfica)	Família (pai, mãe, filhos, cachorro). (autobiográfica)	Ela (paciente) Filha Esposo (autobiográfica)	Marido Esposa Filhos (autobiográfica)
2	Gravidez precoce	Cenário - “ <i>chácara do meu pai</i> ” – descreve um almoço em família.	Avião Aeroporto	Problema de saúde de um membro da família
3	Todas as participantes conseguem verbalizar histórias com passado, presente e futuro.			
4	Sequência lógica	Sequência ilógica (após estimulação estrutura uma sequência lógica)	Sequência lógica, mas incompleta (conscientemente não fala do presente, somente em parte do inquirido).	Sequência lógica
5	Todas as participantes utilizaram uma linguagem adequada à idade e ao perfil de instrução.			
6	Todas as participantes demonstraram capacidade criativa na elaboração das histórias.			
7	A personagem adolescente interage com os demais tendo a expectativa de aprovação e apoio da situação de gravidez precoce. A figura materna não oferece tanto apoio quanto à paterna, que lhe favorece a vivência da maternidade com mais liberdade.	<p>A personagem interage com os demais, através da idealização de uma família feliz e unida. Há dificuldades que são enfrentadas pelos personagens através do apoio mútuo, deixando claro em duas situações que as dificuldades se relacionam a problemas de saúde de um dos membros da família.</p> <p>“... muitas lutas, muitas batalhas, mas com muita alegria, muita união, algumas dificuldades, mas nada que o amor não supere, que o tempo não supere...”</p> <p>“... sou eu voltando pra casa com minha família, minha filha bem e já imaginando entrando no avião, com ela no colo e todo mundo esperando no aeroporto para recebe-la”.</p> <p>“... seguem uma vida normal e que de repente um deles descobre um problema de saúde onde todos tem que se unir e acreditar e serem fortes pra amparar quem precisa de ajuda”.</p>		

8	<p>A participante revela a sua história e a angústia vivenciada diante da gravidez precoce. Há a necessidade de aprovação da figura materna quanto à sexualidade da participante, sendo a angústia de castração aplacada, quando há a aceitação da figura paterna, ou seja, a liberação de sua “infração” das normas sociais, com o relaxamento superegótico. <i>“o pai tem a melhor reação do que a da mãe, que não era o esperado, ela leva adiante e de adolescente se torna uma mulher de um dia para o outro”.</i></p>	<p>A participante identifica-se com a personagem que interage com todos baseada numa relação de cuidado, sendo revelada uma condição de <i>holding</i> oferecida pela figura materna, através da descrição de um ambiente facilitador. Representação da figura materna como a <i>“mãe suficientemente boa”</i>, sugerida por Winnicott (1956/2000). <i>“não é uma família muito grande, mas uma família pequena, uma família unida, uma família que brinca, uma família que dá risada, uma família que supera tudo junto...”</i></p>	<p>A participante revela seu desejo de que a família ampliada esteja com ela apoiando o momento de dificuldade. Não há uma presença marcante de personagens no tempo presente, mas há a idealização de que eles estejam oferecendo apoio ao casal.</p>	<p>A participante identifica-se com a personagem que modifica seus hábitos, valores e costumes, em decorrência da necessidade de oferecer cuidados a um familiar doente, projetando-se na situação com relação às mudanças vivenciadas para oferecer o melhor recurso à filha cardiopata que está para nascer. Necessita de um conforto e o ambiente lhe oferece o <i>holding</i> necessário.</p>
9	<p>Resolução do conflito através do mecanismo da idealização. <i>“Tá se sentindo a melhor mulher do mundo, porque ela nunca imaginou em ser mãe, nunca imaginou casar e hoje é a pessoa mais feliz do mundo, com todas as dificuldades que já passou... risos... essa é a minha história”.</i></p>	<p>Resolução do conflito pela idealização. Os conflitos familiares são resolvidos através da felicidade e do apoio mútuo, aplacando a ansiedade de separação e o risco iminente de perdas. <i>“cada um seguindo com a sua vida, trabalhando, cuidando um do outro, estando em todos os momentos juntos... sempre muito em paz, muito feliz, mesmo com todas as dificuldades, família que segue em frente”.</i></p>	<p>A resolução do conflito se dá através da idealização e da negação de possibilidades de perda. <i>“Acho que a gente vai estar tão feliz (choro) que eu nunca quis estar no meio, só quero pensar no final”.</i> <i>“... a historia acaba boa, acaba bem, e que eles (personagens – ela e o marido) no final vão sorrir”.</i></p>	<p>Resolução do conflito através do apoio familiar, onde encontra segurança e força. Há o mecanismo da idealização também, inclusive com o uso de clichê. <i>“... todos tiraram proveito de outros tipos de valores humanos e não materiais. E da maneira possível, todos foram felizes para sempre (risos)”.</i></p>

Fonte: Guidugli, S. K. N. (2015)

Discussão

Na análise da Prancha 1, a qual traz a relação do sujeito com as figuras de autoridade, pode-se perceber a busca das participantes quanto à satisfação de desejos, aprovação e apoio das figuras parentais, as primeiras tidas como figuras de autoridade comumente. A presença materna se mostrou neste grupo de certa forma insuficiente, não sendo configurada em muitos momentos como a “mãe suficientemente boa”, conforme o conceito preconizado por Winnicott (1956/2000) para descrever a mãe que é capaz de reconhecer e atender à dependência do lactente, devido à identificação com o mesmo. A identificação é responsável por permitir-lhe saber qual é a necessidade do bebê, respondendo à mesma. Conforme Dias (2003), a mãe é *suficientemente boa* porque atende ao bebê, na medida exata de suas necessidades, e não conforme as suas próprias necessidades (da mãe), e vai progredindo no decorrer do desenvolvimento do bebê, passando de uma adaptação absoluta para uma adaptação relativa à necessidade do bebê. As participantes apresentaram tentativas de resolver suas problemáticas através de recursos próprios, embora houvesse a expectativa de apoio parental nas situações conflitivas que a Prancha evoca.

Na Prancha 7MF – a segunda aplicada - que reflete a relação com a figura materna especificamente, possibilitou às participantes manifestar a emergência de alguns conflitos, tais como: dependência x independência; imaturidade x maturidade para assumir a função materna; bem como a maternidade x afiliação que vem corroborar com o conflito anterior. A figura materna é vista como repressora ou ainda insuficiente em parte dos casos, mas sua presença ainda assim mostra-se significativa. Sendo assim, a participante demonstra encontrar-se na etapa da *dependência relativa* quando pensada à luz da teoria do amadurecimento de Donald W. Winnicott.

Já a Prancha em branco, traz em todos os relatos a projeção de histórias autobiográficas, os quais foram apresentadas de forma que os conflitos relacionados ao diagnóstico fetal de cardiopatia ficaram evidentes. Foram observadas repercussões emocionais como: necessidade de aprovação da figura materna, corroborando com os dados da prancha 1; necessidade de

apoio e conforto familiar; imaturidade quanto à gravidez atual; angústia de morte relacionada ao bebê. Nesta Prancha também foram observados os mecanismos de defesa da idealização e da negação.

A angústia de morte evidenciou-se como uma repercussão importante e repetidamente manifesta nos relatos e nas técnicas projetivas, inclusive interferindo sobre a condição da gestante se projetar no futuro próximo, imaginando como seria o tratamento do bebê após seu nascimento, bem como buscando preparar-se para as situações que poderia enfrentar. A insegurança, o medo e o sentimento de incapacidade – podendo este último ser relacionado a gerar um bebê malformado e também a não poder “salvá-lo” – fizeram parte da interpretação dos dados em diversos momentos.

O medo do desconhecido – entende-se aqui do próprio diagnóstico e do tratamento - foi expresso em ambas as técnicas projetivas, assim como nos relatos das gestantes, revelando dificuldades no enfrentamento, bem como nas fantasias acerca do bebê malformado, que nestes casos - das cardiopatias – não podem ser visualmente observados, porém fantasiosamente, pode surgir a ideia de um bebê “monstruoso”, tornando ainda mais difícil o investimento libidinal da mãe em seu bebê.

As ansiedades relacionadas ao parto também foram significativas nesta pesquisa, sendo as principais questões relacionadas ao encontro com o bebê e ao encontro consigo mesma, a partir de suas próprias experiências infantis que se atualizam com o nascimento do filho. O medo referente à sua própria integridade física também se fez presente no decorrer do estudo. Os mecanismos defensivos também foram apresentados de diversas formas, sendo verificados os seguintes: negação, regressão, identificação, racionalização e idealização. Sendo estes os mecanismos mais utilizados pelas pacientes, sobre os quais, discorreu-se anteriormente, o acompanhamento psicológico pode oferecer o espaço e os instrumentos necessários para se favorecer o trabalho emocional das pacientes, antes do encontro com o bebê fora dela, objetivando também, auxiliar na aproximação da mãe com o bebê, apesar dos diversos conflitos relacionados à maternidade e à feminilidade para exercer o papel materno que as participantes apresentaram.

Percebeu-se também, dentre as formas de enfrentamento que as gestantes de fetos cardiopatas apresentaram mais frequentemente, que sentiam a capacidade de proteger o bebê das manifestações e riscos da cardiopatia, a partir da manutenção deste em sua barriga, o que pode tornar a vivência do parto manifestamente mais angustiante que o habitual, onde se tem a angústia, mas também se tem a curiosidade e ansiedade por conhecer o bebê. A identificação entre pessoas que estejam passando pela mesma situação, bem como a tentativa de ajudar o outro como forma de ajudar, também surgiu tanto nos relatos quanto nas histórias do TAT.

Considerações finais

Diante das repercussões emocionais apresentadas conforme na análise das pranchas 1, 7MF e 16 do TAT nota-se primeiramente que houve uma riqueza de material obtido através do uso reduzido do instrumento, o que pode contribuir para que o mesmo seja cada vez mais utilizado e de formas variadas - ampliada ou reduzida - considerando as várias possibilidades que o TAT oferece. Além disso, o uso estendido com pacientes grávidas que não tenham diagnósticos fetais cardiológicos, também pode ser importante e possível uma vez que as participantes desta pesquisa fazem parte de uma pequena amostra da população que se encontra no rol das cardiopatias congênitas e isto pode favorecer a compreensão do profissional sobre o conteúdo inconsciente dos participantes que deseje estudar.

Concluiu-se que, as repercussões emocionais observadas, tão dificilmente relatadas de forma consciente, puderam ser expressas de maneira que não oferecessem “a sensação” de risco psicológico às gestantes, ou seja, quando o conteúdo emocional de cada participante foi projetado na história das pranchas – portanto, não de si mesma – pareceu tornar-se menos ameaçador, havendo maiores possibilidades de ser manifesto.

Quanto aos mecanismos de defesa prioritariamente apresentados nas histórias desta pequena amostra, concluiu-se que se trata de um nicho da população de gestantes de alto risco que traz um sofrimento profundo quanto à realidade que lhes é imposta na situação de malformação cardíaca do feto, o

que lhes faz buscar uma saída “idealizada” ou também “negada” para este sofrimento, como forma de tornar possível ou mais suportável seu enfrentamento.

De acordo com Sarmiento e Setúbal (2003, p. 268) “... de um modo geral, a ideia de um bebê malformado é sempre pior do que a realidade”. Sendo percebida a intensidade do sofrimento das gestantes, destaca-se a importância da intervenção psicológica nos casos de gestação com diagnóstico de cardiopatia fetal, corroborando com reflexões de Maldonado (2002, p. 24) que, por ser um “estado temporário de equilíbrio instável”, a pessoa em crise fica mais vulnerável e acessível à ajuda. Sendo assim, as intervenções eficientes tendem a ser mais rapidamente aproveitadas do que em períodos de maior estabilidade, quando há uma atuação mais rigorosa dos mecanismos defensivos.

Percebe-se frequentemente nesta clínica, a necessidade materna de proteger a criança em seu ventre e para algumas dessas mães, o nascimento pode significar ela mesma tornar-se impotente, pois a partir daí, seu bebê estará “jogado à própria sorte” (Guidugli, 2013, p. 30). A demanda das gestantes, por escuta, acolhimento e intervenção profissional, constitui-se de campo fértil para a atuação de psicólogos, psicanalistas e outros profissionais da área.

Tendo em vista a fragilidade de uma estruturação psíquica fundamentada nos mecanismos de idealização e negação, decorrentes do intenso sofrimento diante do diagnóstico fetal e ainda, por se levar em consideração a difícil realidade do pós-natal, na qual os bebês serão muito provavelmente submetidos a cirurgias e/ou outros procedimentos médicos, destaca-se a importância do acompanhamento psicológico durante todo o ciclo gravídico- puerperal. Isto poderá contribuir para que as gestantes/puérperas estejam mais fortalecidas emocionalmente para vivenciar a gestação e acompanhar o tratamento e o provável período de hospitalização do bebê na UTI Neonatal e até uma possível situação de óbito do recém-nascido.

Referências

- Aguirre, A. M. B. (1995). *Aspectos psicológicos de adolescentes grávidas: entrevistas clínicas e Rorschach no contexto hospitalar*. Tese de Doutorado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo. 141p.
- Bardin, L. (1979). *Análise de conteúdo* (70a ed.) (L. A. Reto & A. Pinheiro, trad.). São Paulo: Martins Fontes (Trabalho original publicado em 1977).
- Barros, I. P. M. (2004). *Características psicológicas da primeira e da segunda gravidez: o uso do DFH e do T.A.T. na assistência pré-natal*. Dissertação de Mestrado. Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo. 214p.
- Dias, E. O. (2014). *A teoria do amadurecimento de D. W. Winnicott*. Rio de Janeiro: Imago.
- Herzberg, E. (1986). *Aspectos psicológicos da gravidez e suas relações com a assistência hospitalar*. Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo. 188p.
- Herzberg, E. (1993). *Estudos normativos do Desenho da Figura Humana e do Teste de Apercepção Temática (TAT) em mulheres: implicações para o atendimento à gestante*. Tese de Doutorado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo. 224p.
- Hirsch, S. B. (2009). Guia de interpretação do teste de apercepção infantil (C.A.T.- A) de Bellak. In M. L. S. Ocampo, M. E. G. Arzeno & E. G. Piccolo (Orgs.). *O processo psicodiagnóstico e as técnicas projetivas* (11a ed.) São Paulo: Martins Fontes (Trabalho original publicado em 1981)
- Guidugli, S. K. N. (2013). *Coração aflito: a gestante à espera do bebê cardiopata*. In S. M. C. Ismael & J. X. A. Santos (Orgs.). *Psicologia hospitalar: sobre o adoecimento... articulando conceitos com a prática clínica* (pp. 27-34). São Paulo: Atheneu.
- Guidugli, S. K. N. (2015). *Coração aflito: repercussões emocionais na gestante de feto cardiopata*. Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 132p.
- Langer, M. (1981). *Maternidade e sexo: estudo psicanalítico e psicossomático* (2a ed.) (Maria Nestrovsky Folberg, trad.). Porto Alegre, RS: Artes Médicas.
- Lourenção van Kolck, O. L. (1984). *Testes projetivos gráficos no diagnóstico psicológico*. São Paulo: EPU.
- Maldonado, M. T. P. (2002). *Psicologia da gravidez: parto e puerpério*. (16a ed.). Petrópolis, RJ: Vozes.
- Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas (2010). *Gestação de alto risco: manual técnico*

- (5a ed.). Recuperado em 19 de abril de 2015, de <bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestacao_alto_risco.pdf>.
- Minayo, M. C. S. (2010). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde* (12a ed.). São Paulo: Hucitec.
- Murray, H. A. (2005). *T.A.T.: Teste de Apercepção Temática* (3a ed.) (M. C. V. M. Silva, adapt. ampl.). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Quayle, J. (2005). Gestantes de alto risco: a atuação do psicólogo. In S. M. C. Ismael (Org.). *A prática psicológica e sua interface com as doenças* (pp. 185-208). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Rosa, R. C., Rosa, R. F., Zen, P. R., Paskulin, P. A. (2013). Cardiopatias congênitas e malformações extracardíacas. *Revista Paulista de Pediatria*, 31(2), 243-51.
- Sarmiento, R., & Setúbal, M. S. V. (2003). Abordagem psicológica em obstetrícia: aspectos emocionais da gravidez, parto e puerpério. *Revista Ciências Médicas Campinas*, 12(3), 261- 268.
- Soifer, R. (1986). *Psicologia da gravidez, parto e puerpério*. (4a ed., I. V. de Carvalho, trad.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Szejer, M., & Stewart, R. (2002). *Nove meses na vida da mulher: uma aproximação psicanalítica da gravidez e do nascimento* (2a ed., M. N. B. Benetti, trad.). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Tripp, D. (2005). Pesquisa-ação: uma introdução metodológica. *Educação e Pesquisa*, 31(3), 443-466.
- Winnicott, D. W. (2000). A preocupação materna primária. In *Da Pediatria à Psicanálise* (pp. 399-405). Rio de Janeiro: Imago Editora. (Trabalho original publicado em 1956).