

# Representação da relação mãe-bebê através do procedimento desenho-estória em gestantes adolescentes e tardias

*Juliana Negrão Worms de Brisac*

*Sonia Hentringer Perin*

*Julieta Quayle*

## Resumo

O vínculo que a mãe estabelece com seu bebê começa a ser construído durante o processo gestacional e é influenciado por aspectos pessoais e culturais. O objetivo deste trabalho foi investigar a representação de gestantes primíparas adolescentes e tardias em relação a seu feto, por meio de entrevistas semidirigidas e do procedimento Desenho-Estória de Trinca (1997). Participaram deste estudo qualitativo 14 mulheres com idades entre 15 e 44 anos. Observamos indícios de dificuldades nessa representação que podem estar associadas à ambivalência materna, bem como ao pensar essa criança como bebê, sujeito autônomo. Os resultados apontam para a importância de se disponibilizar um espaço de acolhimento e escuta durante a gestação para que tais aspectos possam ser mais facilmente elaborados.

Palavras-chave: gestação; representação; vínculo.

## Abstract

The mother baby bond starts in the womb and is influenced by both personal and cultural aspects. This study objective is to investigate the representation of teenagers and older first time mothers in relation to her fetus through semi-structured interviews and Desenho-Estória procedure of Trinca. This qualitative study was applied on 14 pregnant women aged between 15 and 44 years. Both older and younger mothers showed representation difficulty that may be associated with maternal ambivalence, and the belief of child being an autonomous subject. The results indicate the importance of providing those mom's mean of support and listening during pregnancy where these issues can be more easily developed.

Keywords: pregnancy; representation; bond.

## Introdução

Atualmente a maternidade, como instituição, passa por um momento peculiar: de um lado, há condições de exercê-la mais facilmente, de outro, a mulher se torna cada vez mais ativa no mercado de trabalho (Stern, 1997). Ser mãe é apenas uma das alternativas femininas.

Tornar-se mãe é uma tarefa que exige o reconhecimento da própria finitude para dar espaço a uma nova vida e também a uma nova geração (Debray, 1988). Tal tarefa se constrói também no imaginário. Esse papel implica um “outro”, o bebê.

Concomitantemente ao início das mudanças físicas, ocorre um intenso processo psíquico de redirecionamento das preocupações da gestante, às quais se agregam as representações da relação materna com o bebê, importantes já no período gestacional (Maldonado, 1985).

Na adolescência, ocorre um intenso trabalho subjetivo para elaborar uma série de ligações que a prendia ao mundo infantil e iniciar buscas pela organização de sua identidade. Ocorre, paralelamente a essas organizações, a elaboração das perdas (do corpo infantil, da proteção dos pais, perdas simbólicas da realidade passada) (Rappaport, 1993). Além disso, na atualidade, a jovem tende a investir em sua formação profissional (Hrdy, 2001), o que frequentemente deixa a maternidade para um período posterior. É de se esperar que viver a maternidade durante a adolescência represente uma “dupla crise”: organizar sua identidade por meio da independência e ser mãe.

Num outro extremo, as mulheres que protelaram a maternidade e estão próximas ao climatério possuem biológica e comparativamente menor capacidade de reprodução, o que frequentemente traz à tona fantasias de malformação ou perda fetal.

Buscando compreender melhor esses dois momentos, investigamos através deste estudo as representações psicológicas sobre o feto em mulheres que estão em duas faixas etárias distintas: grávidas adolescentes, com até 18 anos, e grávidas tardias, a partir de 30 anos de idade, para, dessa maneira, traçarmos um comparativo.

## A Maternidade e a Relação com o Bebê Imaginário

Historicamente, apesar de a maternidade ser um tema antigo, o vínculo materno é um conceito recente. Durante alguns séculos, as mães tiveram a função exclusiva de conceber e procriar (Maldonado, 1985).

Do ponto de vista psicológico, a gravidez suscita na mãe experiências de sua própria infância, a relação com seus próprios pais e fantasias imaginárias sobre seu

filho. Como diz Quayle (1997), o imaginário dos pais já está repleto de associações, e são ativadas com a confirmação da gravidez. Os pais atribuem ao filho todas as perfeições e expectativas de realizar os desejos que eles não puderam concretizar. Assim, o bebê é um projeto de continuação narcísica para seus pais (Debray, 1988), representa não somente o investimento narcísico, como também o amor a si mesmo por meio do outro. Ocorre, ainda, a retomada da escolha infantil em relação ao seu objeto de amor: um complemento libidinal do instinto de autopreservação, necessário para o desenvolvimento sexual humano e, em suas proporções, presente em todos os seres vivos (Freud, 1914, 1996).

Inicialmente, predomina em todo bebê um autoerotismo, não caracterizado como narcisismo porque o ego não está formado. Ele precisa ser amado e o investimento libidinal da mãe protegerá o recém-nascido das primeiras situações de perigo e oferecerá os cuidados necessários, processo esse que o marcará por toda a sua vida. O bebê se apoiará na estrutura psíquica materna para desenvolver a sua própria, isto é, ele necessita do olhar materno (que o investe libidinalmente) para formar seu ego.

Segundo Piontelli (1995), nenhum feto desenvolve-se em absoluto isolamento e seu comportamento é reflexo da interação com o ambiente pré-natal pela placenta que está em constante troca com o ambiente externo por meio de estímulos tácteis, sinestésicos, térmicos, vestibulares, gustativos e dolorosos.

No início da gestação, a mulher fica mais vulnerável, e fantasias inconscientes de perda do bebê, histórias de abortos anteriores ou perdas vividas podem sensibilizá-la mais, podendo remetê-la a retomar psicologicamente sua própria concepção (Raphael-Leff, 1997). As mudanças hormonais, orgânicas e psicológicas provocam o aumento do sono e certa regressão, consciente ou inconsciente, possibilita estabelecer uma via de contato com o feto.

Algumas gestantes percebem a gestação somente no quarto ou quinto mês em razão da falta de sintonia com o próprio corpo, de angústia ou de negação das transformações geradas pela gestação. O mesmo ocorre em relação à motilidade fetal a partir do quarto mês de gestação, sentida por algumas, e não por outras. A movimentação do feto representa um marco concreto de que está vivo e gera fantasias maternas referentes a representações (Maldonado, 1985).

O advento da ultrassonografia facilitou a percepção, possibilitando às mães métodos diagnósticos mais efetivos, melhor detecção de anomalias, caracterização da idade gestacional e imagens efetivas do bebê, contribuindo

para a personalização do feto (Quayle & Zugaib, 2002). Isso ocorre particularmente a partir do quarto mês de gestação, quando as representações se tornam mais ricas pelo fato de a mãe ver com mais clareza seu bebê e, em parte, pelo início da movimentação fetal, que também identifica o quarto mês de gestação (Stern, 1997).

Quayle (2005) diz que é a partir do terceiro mês que o bebê se torna mais factível, porque, até então, a gestação é permeada por ambivalências e intenso medo de perda. Passado esse período, a mãe se permite mais representar o bebê, pela maior chance de concretizá-lo. Até o sétimo mês essa representação se mantém fértil, mas, nos últimos dois meses, decresce, característica da atitude de defesa da mãe de discordar a imagem do bebê imaginário e do real (Stern, 1997).

Mais próximo ao parto, esses sentimentos se intensificam. Winnicott (2000) denomina esse estado de preocupação materna primária, uma sensibilidade desenvolvida durante a gravidez, uma retomada de sua fase mais primitiva, como uma dissociação esquizoide absolutamente normal. A mãe preocupa-se com o bebê e essa preocupação sobrepõe-se a qualquer outro interesse. É somente nesse estado que ela conseguirá se sentir no lugar do bebê e, assim, atender dedicadamente as necessidades dele. Esse relacionamento favorece o desenvolvimento da sensação de estabilidade.

O parto representa um momento de separação desses dois organismos e pode ser vivido com angústia, mesmo antes de sua ocorrência. Torna-se necessário elaborar a perda do filho imaginário para se entrar em contato com o filho real, principalmente quando a mãe idealiza seu filho tão diferente do concebido. É importante ressaltar que a origem da representação do filho imaginário está na elaboração do Édipo, em que a menina começa a marcar seu desejo de ter um filho e passa a idealizá-lo (Freud, 1933, 1996).

De acordo com Stern (1997), o bebê imaginário tem início nas fantasias de ser mãe, na infância e na adolescência, entre brincadeiras de boneca e interações relacionais com a própria mãe (ou figura substituta). Esse filho imaginário fica preso a uma imagem ideal e narcísica de herdeiro de toda a satisfação possível. No entanto, essa busca é reprimida. Configura-se a tríade denominada por Freud de complexo de Édipo, em referência à peça de teatro grega de Sófocles (Jaquetti & Mariotto, 2004, p.52).

Após o nascimento do bebê, essas representações são reavaliadas e os novos papéis deverão ser trabalhados pela mãe nos meses subsequentes, de filha de seus pais (filha-de-sua-mãe) passa para mãe-de-seu-filho (Stern, 1997).

## Objetivo

Nesta pesquisa, tivemos como objetivo investigar as representações psicológicas sobre o feto em mulheres primíparas adolescentes e tardias, por meio de entrevistas semidirigidas e do procedimento Desenho-Estória de Trinca (1997), para traçarmos um comparativo entre ambas as faixas etárias.

## Casuística e Método

Participaram deste estudo 14 gestantes primíparas, sendo 5 adolescentes denominadas “grupo A” e 9 gestantes tardias denominadas “grupo B”. Todas as gestantes apresentavam idade gestacional a partir do segundo trimestre e realizavam o pré-natal do Hospital e Maternidade Leonor Mendes de Barros, em São Paulo. Estabelecemos o período de um mês para a coleta de dados e optamos por adotar como critério de inclusão gestantes em idades compreendidas entre 12 e 18 anos, bem como 30 e 45 anos para compor os grupos “A” e “B”, respectivamente.

Os dados foram colhidos por meio de entrevistas individuais que duraram entre 20 e 30 minutos, realizadas durante o período em que as gestantes esperavam a consulta de pré-natal. Todas as participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, aprovado pelo Comitê de Ética do Hospital e Maternidade Leonor Mendes de Barros e pela Universidade Anhembi Morumbi.

Como instrumento para a coleta de dados, utilizamos o Questionário Sociodemográfico e Antecedentes Obstétricos, bem como o procedimento Desenho-Estória, de Walter Trinca (adaptado), composto por dois desenhos com tema seguidos de duas estórias. O tema do primeiro desenho foi “Desenhe seu bebê” e o do segundo “Desenhe você e seu bebê”.

As produções foram avaliadas de acordo com o referencial de Trinca (1997) e fundamentadas na abordagem psicanalítica com o objetivo de possibilitar maior compreensão da dinâmica de personalidade e conflitos inconscientes.

## Resultados e Discussão

### Dados Sociodemográficos e Obstétricos

Os dados coletados por meio de anamnese estão sumarizados na Tabela 1.

Todas as participantes são brasileiras, exceto uma do grupo A, cuja nacionalidade é boliviana. Elas residem próximo ao hospital. A renda pessoal oscila entre R\$ 400,00 (quatrocentos reais) e R\$ 2.000,00 (dois mil reais). Das seis que trabalham, a carga horária cumprida é de 6 a

9 horas por dia para três delas; as outras três trabalham mais de 10 horas por dia. Em relação à escolaridade, apenas uma delas cursou até o ensino superior (incompleto); mais da metade cursou até o ensino médio.

Apenas uma do grupo B não se encontrava em uma relação estável e foi a única que não sabia exatamente o nome do pai. Das dez que moram com o pai da criança, todas possuem um quarto privado para o casal. As quatro (duas adolescentes e duas tardias) que não coabitam possuem dormitório próprio. Todos os parceiros estão empregados.

Tabela 1 - Dados sociodemográficos das gestantes

GESTANTE	IDADE	IDADE GESTACIONAL (SEMANAS)	FATOR DE RISCO	ESCOLARIDADE	OCUPAÇÃO	ESTADO CIVIL	MORA COM O PAI DA CRIANÇA
A.L.M	44	24	sim	primário	doméstica	casado/ mora junto	sim
D.K.S	31	40	sim	fundamental incompleto	não trabalha	casado/ mora junto	não
G.F.S	38	27	sim	ensino médio	balconista de farmacia	casado/ mora junto	sim
A.E.L.A	30	27	sim	ensino superior incompleto	auxiliar de escritório	casado/ mora junto	sim
L.V.S	15	15	não	ensino fundamental I	não trabalha	casado/ mora junto	sim
D.M.D.S	15	16/17	não	ensino fundamental I	não trabalha	solteira	não
T.C.F.L	37	37	sim	ensino médio	cabeleireira	casado/ mora junto	sim
S.S.M	40	38	sim	ensino fundamental I	doméstica	casado/ mora junto	sim
M.S.M	30	36	sim	ensino médio	doméstica	casado/ mora junto	não
M.G.S	17	35	não	ensino médio	não trabalha atualmente	solteira	não
Z.L.S	33	24	sim	ensino médio	auxiliar de produção	casado/ mora junto	sim
M.C.S	34	22	sim	ensino médio	nao trabalha	casado/ mora junto	sim
G.C	17	25	não	ensino médio	telefonista	casado/ mora junto	sim
F.L.T.P	15	24	não	ensino fundamental I	costureira	casado/ mora junto	sim

Na Tabela 2, percebemos que o número de parceiros sem filhos com outra mulher é maior do que os que já viveram essa experiência, não influenciando a aceitação da gravidez. Esses dados também sugerem a existência de um contexto, a princípio, favorável para o exercício da parentalidade. Apenas um parceiro não assumiu a paternidade.

Tabela 2 - Associação entre aceitação da gestação pelo parceiro e existência de filhos

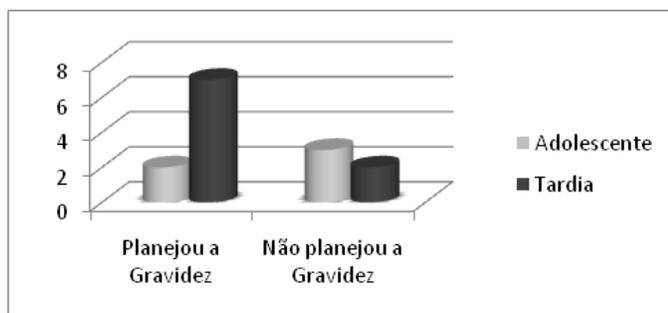
	Pai da Criança Aceitou a Gravidez	Pai da Criança Não Aceitou a Gravidez
<b>Não tem filhos com outra mulher</b>	8	--
<b>Tem Filhos com outra mulher</b>	3	--
<b>Não sabe / Não Respondeu</b>	2	1

A seguir, tratamos de itens específicos relacionados à gestação – *Planejamento da gestação*, *Percepção da gestação*, *dos movimentos fetais e da relação com o feto* e *Tratamento pré-natal e saúde* -, observados por meio dos dados obtidos nas entrevistas.

### Planejamento da gestação

Com relação ao planejamento da gravidez (Figura 1), chamou nossa atenção o fato de que parte das adolescentes já o fazia há pelo menos um ano. Em contraposição, observamos ocorrências de gestantes tardias que não planejaram a gestação, mas também não estavam utilizando nenhum método contraceptivo.

Figura 1 – Distribuição das gestantes de acordo com o planejamento da gestação e a idade



b) *Percepção da gestação, dos movimentos fetais e da relação com o feto*

No que concerne à percepção da gestação, os sintomas variaram entre atraso da menstruação, enjoos ou vômitos. Apenas duas não perceberam por meio de sintomas corporais: uma foi avisada pelo médico e outra pelo marido, que “sentiu” e a avisou.

A Tabela 3 demonstra o mês da percepção da gestação e o trimestre da percepção dos movimentos fetais.

Tabela 3 - Associação entre gestação e percepção dos movimentos fetais em gestantes

	Gestação Trimestre	PERCEPÇÃO DA GESTAÇÃO			
		1 mês	2 mês	3 mês	Não Respondeu
PERCEPÇÃO DOS MOVIMENTOS FETAIS	1 Trimestre	-	2	-	-
	2 Trimestre	1	5	1	2
	3 Trimestre	1	-	1	-
	Não Respondeu	1	-	1	-

É comum primíparas demorarem mais para associar uma sintomatologia vaga à ocorrência de gravidez. De maneira similar, a percepção dos movimentos fetais pode demorar alguns meses entre mulheres que não têm parâmetros anteriores, podendo, inclusive, estar associada à ambivalência tão comum no início do processo gestacional.

Segundo Maldonado (1985) a gestante pode sentir que o feto não está protegido por não parecer suficientemente “preso” em seu útero, causando fantasias de aborto. Estas fantasias podem suscitar tentativas propositais ou ‘acidentais’ por exemplo, excesso de exercícios e atividades físicas, propensão exagerada a tombos entre outras.

Segundo Rappaport, Ruffino, Goldenberg, Pennachi, Hassan, Gurfinkel e Gurfinkel (1993), a adolescência é um período no qual o indivíduo deve se reapropriar de sua imagem corporal transformada, pois sofreu alteração do corpo infantil. No entanto, com base nos dados coleta-

dos, observamos que todas as adolescentes entrevistadas perceberam a gravidez entre o primeiro e o segundo mês, sugerindo certa integração com seu corpo.

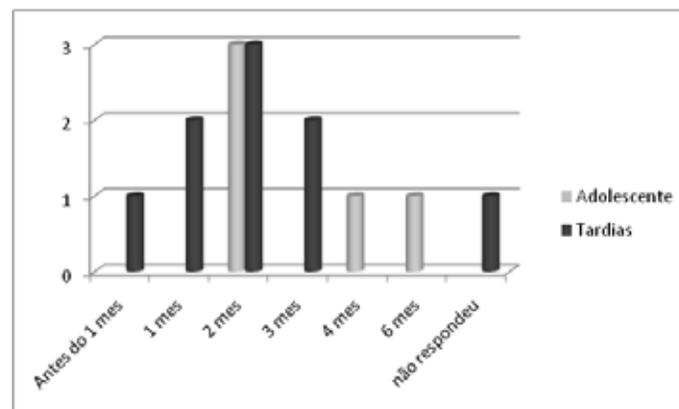
Das tardias, uma se percebeu grávida antes de um mês; curiosamente, os movimentos fetais só foram sentidos por ela no sétimo mês. Essa mulher apresentou antecedente de perda fetal no sexto mês de gestação. Não sentir o feto poderia, nesse caso, ser uma questão física ou decorrente de características defensivas em virtude do histórico de perdas.

A percepção dos movimentos fetais está associada à personificação do feto. De acordo com a interpretação dos movimentos, podemos atribuir ao feto características pessoais, por exemplo, se são percebidos como suaves, o feto pode ser sentido como “afetivo”.

c) *Tratamento pré-natal e saúde*

O tratamento pré-natal (Figura 2) foi iniciado entre o primeiro e o sexto mês.

Figura 2 – Época de início do pré-natal em gestantes adolescentes e tardias



Observamos que, apesar de as adolescentes terem consciência corporal no tocante à rápida percepção da gravidez, algumas parecem ter lidado com os cuidados exigidos no início e transcorrer da gestação de forma tardia, sugerindo mecanismo de negação atuante.

### Dados Obtidos por meio do Procedimento Desenho-Estória

As gestantes adolescentes se envolveram mais na estória e na elaboração dos desenhos, tornando-os mais lúdicos e detalhados, o que é próprio da fase em que se encontram; já as gestantes acima de 30 anos apresentaram mais insegurança, resistências e dificuldades na elaboração do tema.

O resultado da primeira produção gráfica da adolescente boliviana não pôde ser considerado como simbolis-

mo, porque a entrevistada não fala português. O marido dela foi o intérprete e a orientou sobre o que desenhar. No caso, uma flor como representação do bebê. Ela também não conseguiu realizar as duas estórias.

*a) Considerações sobre os aspectos formais*

Quanto aos aspectos formais dos desenhos, eles estão elencados na Tabela 4, que também apresenta a sumarização dos dados obtidos. A interpretação dos aspectos gráficos foi feita com base nas sugestões de Buck (2003), Kolck (1984) e Campos (2009).

*Tabela 4 – Súmula dos aspectos formais dos desenhos*

ASPECTOS FORMAIS		1 desenho	2 desenho
Posição na Folha	alterado	5	8
	não alterado	9	6
Localização na Página	esquerdo	11	12
	direito	1	-
	central	2	2
Tamanho em relação a Folha (1/8 para desenhos pequenos, de 1/8 a 3/8 para médios, e excedendo 3/8 desenhos grandes)	pequeno	5	4
	médio	8	9
	grande	1	1
Simetria do Desenho	sim	13	12
	não	1	2
Qualidade da Linha	leve	3	1
	normal	8	9
	pesada	3	4
Qualidade do Traçado (Alguns desenhos apresentaram mais do que uma característica)	normal /contínuo	2	2
	tremulo	1	2
	peludo	1	2
	ondulado	2	1
	passado e repassado	5	6
	emendado e retocado	3	1
	repetido	2	2
	negrito	3	3
anguloso	2	2	
Transparência	sim	4	1
	não	10	13
Sombramento	sim	5	8
	não	9	6
Cores	sim	3	2
	não	11	12
Compatibilidade (do tema da estória com a idade, do título com o desenho, do título com a estória)	tema da estória com a idade	13	
	título com o desenho	13	
	tema do desenho com a idade	12	
	título com a estória	9	
Estimulação Verbal	sim	8	
	não	6	

O posicionamento do desenho alterado em 5/14 no primeiro desenho e 8/14 no segundo desenho sugere discreta oposição ou negativismo.

No que concerne à localização na página, houve predominância do quadrante esquerdo tanto no primeiro quanto no segundo desenho, essa escolha pode estar associada ao movimento regressivo da gestação ou à elaboração de conflitos os quais, nesse período, são frequentemente revisitados.

A maioria das entrevistadas (13) produziu desenhos simétricos, sugerindo que apesar da crise do ciclo gravídico-puerperal, existe equilíbrio adaptativo. A exceção é sugerida em um dos desenhos em que as proporções entre os dois lados da figura estão alteradas.

No que tange à qualidade da linha, o traçado forte foi prevalente no grupo das adolescentes, tal fato pode associar-se à tensão. Já os traçados leves foram unicamente realizados pelas gestantes tardias, podendo representar sentimentos de inadequação, indecisão ou medo de derrota.

Esses sentimentos também apareceram no momento de realizar a tarefa, pois houve necessidade de estimulação verbal em sete delas, uma apresentou resistência na realização tanto do desenho quanto da estória. Segundo Kolck (1984), isso pode indicar uma atitude de negação, podendo assumir outros significados como intensa inferioridade da pessoa. Esse retraimento também aparece na predominância de desenhos acromáticos. Nos poucos desenhos em que as cores foram utilizadas, nos dois grupos, as escolhas foram limitadas a azul, vermelho, verde, marrom, amarelo e rosa. Essas cores sugerem desejo de afirmação, impulsividade emocional, inibição e sentimentos de culpa ligados à sexualidade. A forma da utilização das cores pode sinalizar a necessidade dessas gestantes de projetar certo controle sobre a/o criança/filho, especialmente no que concerne à adequação ao filho idealizado. Ainda, se considerarmos que a maioria delas desenhou crianças maiores, e não bebês ou fetos, podemos hipotetizar que tal movimento está associado ao medo de perder, de não dar conta, de ficar à mercê da realidade.

Sentimentos de insegurança também surgiram na qualidade do traçado que foi predominantemente passado e repassado e anguloso. Somente nos desenhos das adolescentes foi observado traçado peludo, sugerindo personalidade que age mais por instinto. Essa imaturidade também foi projetada por meio das transparências em cinco desenhos, sendo quatro deles do grupo das adolescentes. Para Kolck (1984), isso sugere deficiência de evolução, geralmente representada em desenhos de

crianças muito pequenas, denotando tendências regressivas próprias da fase de gestação.

No grupo das adolescentes também foram encontrados reforços no sombreamento, podendo indicar ansiedades ou conflitos. Nas demais produções apareceram de forma leve, sugerindo um movimento saudável, pois representam abstração e certa sensibilidade ao ambiente.

Em relação à compatibilidade do tema da estória com a idade, compatibilidade do tema da estória como o desenho e adequação do título à estória prevaleceu a adequação. A inadequação se deu 4/14 em relação ao título com o desenho, sendo que esses apresentaram infantilização e regressão nas representações gráficas.

A quase totalidade das gestantes (13/14) representou no primeiro desenho uma criança, e não um bebê, como requisitado. Questionamos a dificuldade em desenhar, como também a dificuldade em aceitar tanto a fragilidade do bebê quanto a falta de credibilidade pessoal no potencial materno de gerar.

Apenas uma adolescente representou o primeiro desenho com uma família completa: ela, a criança, o pai da criança, seu pai, sua mãe e seu cachorro. Isso pode se relacionar com a percepção da necessidade das figuras parentais para a criação da criança ou à percepção de apoio de figuras de sua rede social para “dar conta” de seu novo papel. Apesar de desenhar um bebê dentro da barriga no segundo tema, apenas ela incluiu o pai da criança na representação gráfica no primeiro tema.

#### b) Considerações sobre o conteúdo das estórias

Para interpretação dos desenhos e estórias, utilizamos a padronização de Trinca (1997), cujos aspectos estão sumarizados na primeira coluna da Tabela 5.

#### **Atitude em relação a si própria e em relação ao mundo**

Nesse item, grande parte das entrevistadas apresentou insegurança. Isso pode ser atribuído à necessidade de proteção, abrigo e ajuda, atitudes de submissão, isolamento, bloqueio, percepção do mundo como desprotetor. Três gestantes sugeriram isso em seus desenhos, e suas falas reforçam identificação negativa e insegurança. Isso não está circunscrito às jovens. DKS, 31 anos, apresentou o mesmo perfil de insegurança e identificação negativa.

#### 2) Figuras significativas

Observamos que a maior parte das figuras significativas eram maternas, com predominância de características positivas, principalmente para as adolescentes (4/5).

Tabela 5 – Dados associados aos conteúdos das produções gráficas das gestantes

CONTEÚDO DAS ESTÓRIAS		Adolescentes	Tardias
<b>Atitude em Relação a Si Própria e em Relação ao Mundo</b> (Alguns desenhos tiveram a predominância de mais de uma atitude)	aceitação	2	1
	oposição	1	-
	insegurança	3	7
	identificação positiva	-	-
	identificação negativa	1	1
<b>Figuras Significativas</b> (Alguns desenhos tiveram a predominância de mais de uma figura)	materna positiva	4	2
	paterna negativa	2	1
	fraterna positiva	-	2
	não observado	1	6
<b>Sentimentos Expressos</b>	instinto de vida	1	4
	instinto de morte	1	-
	derivados do conflito	3	5
<b>Tendência e Desejos em relação à Criança</b> (Alguns desenhos tiveram a predominância de mais de uma tendência ou desejo)	suprir faltas básicas	2	6
	tendência destrutiva	1	1
	tendência construtiva	2	7
	não observado	1	-
<b>Impulsos</b>	amoroso	3	8
	destrutivo	1	1
	não observado	1	-
<b>Ansiedades</b>	paranóide	3	4
	depressiva	-	2
	não observado	2	3
<b>Mecanismos de Defesa</b> (Alguns desenhos tiveram a predominância de mais de um mecanismo de defesa)	cisão	-	-
	projeção	4	8
	repressão	-	2
	negação/ anulação	3	4
	regressão a estágios primitivos	3	4
	racionalização	1	1
	idealização	1	3
<b>Fenômenos Expressos</b>	ambivalência	2	5
	embotamento	1	2
	comportamento histriônico	1	-
	introversão	-	1
	regressão	-	1
	necessidade de proteção	1	-
	solidão	-	1
	medo	-	1
	infantilização	1	-
	<b>Simbolismos Apresentados</b>	não observado	5

As relações da gestante com a mãe são ambivalentes, o que pode ser atribuído à necessidade de enfatizar características positivas (e negar as negativas) como parte do processo de identificar-se com ela, tê-la como referência e também para receber apoio. Já a figura paterna configura-se como negativa no grupo das adolescentes comparativamente às tardias (2/5).

Devemos levar em conta que a gestante está convivendo com sentimentos opostos de desejo e rejeição, naturais nos relacionamentos interpessoais. Essa ambivalência também pode provir de sentimentos de culpa (reais ou fantasiosos) infantis referentes a agressões

cometidas ou pensadas contra a própria mãe (também reais ou fantasiosas) e pelo desejo de ocupar seu lugar. Segundo Soifer (1992), esses aspectos vão estruturar a vida psíquica da gestante.

Nas raras ocasiões em que apareceram figuras fraternas, foram positivas e representadas unicamente pelo grupo das gestantes tardias.

### 3) *Sentimentos expressos*

De maneira geral, as produções expressam ligação maior com aspectos vitais do que com aspectos tanatológicos. Os sentimentos mais construtivos foram alegria, energia e amor.

Quando houve manifestação de conflitos, possivelmente estavam associados a ambivalências, próprias do processo gestacional, em que aspectos de vida e de morte se entrelaçam e vêm acompanhados de sentimentos de culpa, medo de perda, abandono, solidão, tristeza, ciúme depressivo etc. A produção de uma das entrevistadas parece estar associada a aspectos mais destrutivos, como ódio, autoagressividade, heteroagressividade, voracidade e desprezo.

No desenho de uma gestante tardia, observamos a possibilidade de ser adotada uma solução patológica que predominará na relação da mãe com a criança tanto no título do desenho “Meu filho, um amigo”, quanto na estória, “Me sinto muito sozinha aqui em São Paulo”. Dessa maneira, estabelece uma expectativa de que o bebê vai preencher certas necessidades neuróticas, como evitar a solidão (Maldonado, 1985).

### 4) *Tendências e desejos em relação à criança*

Os desejos em relação à criança oscilaram entre a necessidade de suprir faltas básicas isoladamente, isto é, mais primitivas, de proteção, abrigo, manter coisas da infância, afeição primitiva e necessidades orais, e a necessidade das mães de suprir faltas básicas em relação ao bebê, somadas às tendências construtivas: mais evoluídas, de aquisição, de realização, de autonomia, liberdade, crescimento, desligar-se de coisas infantis, entre outras.

Também verificamos evidências de tendências destrutivas, necessidade de se vingar, atacar, destruir, hostilizar.

### 5) *Impulsos*

Houve predominância de impulsos amorosos. Apenas em 2/14 das gestantes foram observados impulsos destrutivos.

### 6) *Ansiedades*

Para Trinca (1997), as ansiedades podem aparecer como paranoides, dirigidas ao ego, ou depressivas, dirigidas ao objeto. Em nenhuma adolescente foi observada ansiedade depressiva. Já as gestantes tardias apresentaram

relatos que reportam a esses aspectos. Na maioria das vezes, pode ser observada ansiedade dirigida contra o próprio indivíduo.

### 7) *Mecanismos de defesa*

Todas das entrevistadas expressaram mecanismos de defesa, mostrando uma flexibilidade de ego. Observamos a tendência da utilização de mecanismos projetivos, mais primitivos, em 12 gestantes. Isso não caracteriza uma estereotipia defensiva rígida, mas favorece lidar com os mecanismos da própria gravidez. Um dos indicadores da projeção foi a dificuldade de separar o bebê representado graficamente distinto de si.

### 8) *Fenômenos expressos*

A ambivalência, predominante entre as gestantes, é característica do período gravídico-puerperal e reflexo do medo da perda em oposição ao ganho que o bebê trará à mãe.

### 9) *Simbolismos*

Não houve representações de símbolos religiosos, folclóricos ou míticos.

Tomando como base o objetivo deste estudo e as estórias relatadas, observamos diferença entre a verbalização das gestantes tardias e das adolescentes. Constatamos que as preocupações das tardias envolvem medos de como vão sustentar o bebê ou mesmo remanejar seu tempo para cuidar dele. Mostrando-se menos preocupadas com essas questões, as adolescentes incluíram no discurso ou no desenho suas mães auxiliando na atenção do recém-nascido. Talvez isso se dê, como cita Stern (1997), pelo fato de os novos papéis ainda não terem sido reavaliados por essas adolescentes, permanecendo elas como filhas-de-suas-mães.

Na idealização do filho, as gestantes utilizaram o cabelo como o símbolo mais frequente, em detrimento às demais características físicas. Segundo Chevalier e Gheerbrant (2003), o cabelo está associado a um símbolo vital, simbolizando a potência e a capacidade. Isso pode ter caráter identificatório das mães.

As estórias das gestantes tardias oscilaram entre características físicas, de educação e de saúde, uma projeção de realização pessoal e, em alguns casos, uma simbiose em que a criança realiza exatamente o que a mãe faz. Já as adolescentes buscam em suas fantasias um futuro baseado em contos de fadas, sem nenhuma dificuldade e com muitas realizações. Seus relatos remetem a situações ego-cêntricas, prevalecendo sempre os próprios sentimentos e expectativas. Seus filhos farão por si só seus caminhos durante a vida, quase como se não precisassem ser educados e encaminhados. Contam com a família como base de apoio para a criação do bebê. Os dois grupos ignoram

o período de maiores cuidados que um bebê exige e se referem a uma criança já independente.

Em suma, com essas gestantes, contrariamente à hipótese de que observaríamos grandes diferenças na representação da relação mãe-bebê em gestantes adolescentes e tardias, constatamos que não há diferenças tão marcantes. Há predominância de processos regressivos intensos, conforme a literatura aponta, mas esses acontecem de formas diferentes, inclusive com os indivíduos de mais idade que teriam o desenvolvimento psicológico e adaptativo mais elaborado. Muitas têm essa relação permeada por culpa, possivelmente pela própria ambivalência de querer e não querer o bebê. O não querer pode significar inconscientemente o desejo de que ele não nasça ou o abandono. Essa fantasia simboliza as possibilidades de morte do bebê para a mãe.

Os mecanismos de defesa mais frequentes foram a projeção, a regressão e a negação, todos comuns e adaptativos nessa fase.

### Considerações Finais

Apesar de atualmente a escolha de ser mãe constituir-se apenas como mais uma das alternativas femininas, observamos que para as adolescentes entrevistadas essa era uma situação esperada e, em parte, até planejada. A maternidade parece ser uma via de integração de seu “conto de fadas” com o passaporte para o mundo adulto.

As gestantes tardias parecem ver a gravidez como uma tarefa de reconhecimento de sua própria finitude ou da aproximação do final de um ciclo de sua vida. Desejam às suas crianças a saúde, o sucesso e a realização que muitas vezes elas próprias não obtiveram. Por terem protelado a maternidade e por estarem mais próximas ao climatério, fantasias a respeito de malformação e perda fetal são mais frequentes.

Em ambos os grupos a gravidez reacendeu na mãe experiências de sua própria infância, a relação com seus pais e as fantasias sobre seu filho.

O bebê apareceu, nesta pesquisa, como um projeto de continuação narcísica. A criança imaginária foi relatada como maravilhosa, onipotente, dotada de todas as qualidades, sem nenhuma deficiência, o que se associa, também, às fantasias maternas de onipotência.

Nesse contexto, o acesso a serviços psicológicos de caráter terapêutico e preventivo pode contribuir significativamente para a vivência de um processo gestacional mais harmonioso e para a resolução da crise gravídico-puerperal de forma mais satisfatória. A oferta de uma escuta diferenciada por parte do profissional da saúde mental, bem como o preparo da equipe de saúde para lidar com a gestante de maneira individualizada, considerando sua história de vida e o devir de cada gestação, podem favorecer o equilíbrio emocional da gestante e

de seu companheiro com repercussões no curto e no longo prazo.

Esses cuidados podem facilitar o manejo dos processos que essas gestantes vivenciam, proporcionando as condições e a elaboração do luto pelo filho idealizado, para um melhor relacionamento da mãe com o feto, favorecendo o desenvolvimento do futuro bebê. Tendo efeito potencialmente profilático, podem marcar como o bebê exercerá futuramente sua parentalidade.

### Referências Bibliográficas

- BUCK, J. (2003). *H-T-P: casa-árvore-pessoa, técnica projetiva de desenho: manual e guia de interpretação*. São Paulo, SP: Vetor.
- CAMPOS, D. M. de S. (2009). *O teste do desenho como instrumento de diagnóstico de personalidade*. Petrópolis, RJ: Vozes.
- CHEVALIER, J. & GHEERBRANT, A. (2003). *Dicionário de símbolos: mitos, sonhos, costumes, gestos, formas, figuras, cores, números*. Rio de Janeiro, RJ: José Olympio.
- DEBRAY, R. (1988). *Bebês/mães em revolta*. Tratamentos Psicanalíticos Conjuntos dos Desequilíbrios Psicossomáticos Precoces. Porto Alegre, RS: Artes Médicas.
- FREUD, S. (1996). Sobre o narcisismo: uma introdução. In *Obras Completas de Sigmund Freud: edição standard brasileira* (Vol. 14, pp. 81-108). Rio de Janeiro: Imago (Original publicado em 1914).
- FREUD, S. (1996). Feminilidade. In *Obras Completas de Sigmund Freud: edição standard brasileira* (Vol. 22, pp. 113-134). Rio de Janeiro, RJ: Imago (Original publicado em 1933).
- HRDY, S. B. (2001). *Mãe natureza*. São Paulo, SP: Campus.
- JAQUETTI, R. C. & MARIOTTO, R. M. M. (2004, Junho) Maternidade contemporânea: novos significantes, velhos desejos. *Estilos da Clínica*, 16 (9), 50-57.
- KOLCK, O. L. (1984). *Testes projetivos gráficos no diagnóstico psicológico*. São Paulo, SP: E.P.U.
- MALDONADO, M. T. (1985). *Psicologia da gravidez: parto e puerpério*. Petrópolis, RJ: Vozes.
- PIONTELLI, A. (1995). *Do feto à criança: um estudo observacional psicanalítico*. Rio de Janeiro, RJ: Imago.
- 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*. São Paulo, SP: Casa do Psicólogo, Vol. 2, pp. 185-208.
- QUAYLE, J. (1997). Óbito fetal e anomalias fetais: repercussões emocionais maternas. In M. Zugaib, J. J. A. Tedesco & J. Quayle (Orgs.), *Obstetria Psicossomática*. São Paulo, SP: Atheneu, Vol. único, 216-227.
- QUAYLE, J. & ZUGAIB, M. (2002). Aspectos psicológicos envolvidos na ultra-sonografia obstétrica. In M. Okumura & M. Zugaib (Orgs.), *Ultra-sonografia em obstetria*. São Paulo, SP: Sarvier.
- RAPHAEL-LEFF, J. (1997). *Gravidez: a história interior*. Porto Alegre, RS: Artes Médicas.
- RAPPAPORT, C., RUFFINO, R., GOLDENBERG, R., PENNACHI, R., HASSAN, S. GURFINKEL, A., GURFINKEL, D. (1993). *Adolescência: abordagem psicanalítica*. São Paulo, SP: EPU.
- SOIFER, R. (1992). *Psicologia da gravidez, parto e puerpério*. Porto Alegre, RS: Artes Médicas.
- STERN, D. (1997). *A constelação da maternidade: o panorama da psicoterapia pais/bebê*. Porto Alegre, RS: Artes Médicas.
- TRINCA, W. (1997). *Formas de investigação clínica em psicologia*. São Paulo, SP: Vetor.
- WINNICOTT, D. (2000). *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas*. Rio de Janeiro, RJ: Imago (Original publicado em 1956).

Submetido em: 13-3-2012

Aceito em: 31-7-2012