

DH
FERR/ML1

INSTITUTO SUPERIOR DE PSICOLOGIA APLICADA
MESTRADO EM PSICOSSOMÁTICA

TESE DE MESTRADO

ATRASO DE CRESCIMENTO INTRA-UTERINO E
DEPRESSIVIDADE MATERNA

Maria Leonor de Brito Ferreira nº 1585

ORIENTADOR: António Coimbra de Matos

Instituto Superior de Psicologia Aplicada



2004

ISPA Instituto Superior de Psicologia Aplicada
Centro de Documentação

Registo: 16359
Data: 2/12/05

Tel: 21 001 17 00 • ispa@ispa.pt

Ao Dr. Coimbra de Matos pelo seu saber, apoio e dedicação ao longo do processo de elaboração do presente estudo.

Ao Dr. Carlos Ferraz pela sua amabilidade na cedência de material de apoio à investigação, sem o qual a mesma não teria sido possível.

À Professora Doutora Maria do Céu Machado pela sua compreensão e pelo seu auxílio.

À Professora Doutora Teresa Botelho pela motivação constante.

Aos meus pais e às minhas irmãs pela paciência com que acolheram os períodos de recolhimento e indisponibilidade.

À Filipa Alvarez com quem partilhei dúvidas e inquietações.

Ao Carlos pelo seu saber e pelo seu estímulo.

Ao João pela disponibilidade na discussão e na revisão da escrita.

À minha colega Filipa Fonseca pela cedência de material científico útil para o estudo.

Um agradecimento especial ao casal que aceitou participar neste estudo, manifestando interesse em contribuir para o avanço dos conhecimentos na área da saúde materno-infantil.

Resumo

O atraso de crescimento intra-uterino é uma situação clínica importante e que poderá pôr as crianças em risco de adquirir perturbações no desenvolvimento. Alguns autores referem a influência do estado emocional da grávida na vida fetal, considerando algumas patologias fetais e neonatais como capazes de serem condicionadas em parte pela vivência da gravidez pela mãe e pelo pai. Foi feito um estudo de caso de atraso de crescimento intra-uterino, tendo como objectivo explorar as representações e a depressividade maternas. Neste caso, não se constatou depressividade materna, todavia verificou-se um impasse afectivo e relacional, por parte quer da mãe quer do pai, que poderá ter tido um impacto na vida emocional fetal e condicionado o seu equilíbrio psicossomático. Estes progenitores terão investido deficitariamente no seu bebé-feto.

A patologia psicossomática do feto terá sido o espelho das dificuldades de gestão dos afectos pelos pais, tendo-os colocado em risco de um adoecer somático.

A presente investigação permitiu reflectir sobre a influência exercida pelo relacional, ligado aos processos de identificação/construção da identidade, à família uni ou biparental e ao adoecer psicossomático, numa patologia fetal pouco frequente mas considerada de risco.

A análise deste caso poderá conduzir a um estudo científico, baseado em técnicas quantitativas, sobre a personalidade dos pais de bebés com atraso de crescimento intra-uterino assimétrico e a avaliação psicológica destes bebés.

ÍNDICE

| | |
|--|----|
| INTRODUÇÃO..... | 1 |
| FUNDAMENTAÇÃO..... | 3 |
| Gravidez..... | 3 |
| Aspectos biológicos..... | 3 |
| Aspectos culturais e históricos..... | 4 |
| Aspectos psicológicos e corporais..... | 6 |
| Aspectos psicológicos..... | 8 |
| Aspectos corporais..... | 10 |
| Maternidade..... | 10 |
| Feto..... | 12 |
| Emoções maternas e feto..... | 18 |
| Atraso de crescimento intra-uterino..... | 22 |
| Diagnóstico | 23 |
| Causas..... | 23 |
| Classificação | 26 |
| Riscos pré-natais, perinatais e neonatais..... | 26 |
| Desenvolvimento psicomotor..... | 27 |
| Depressão, depressividade e depressão falhada..... | 29 |
| Depressão..... | 29 |
| Componentes fisiológicos..... | 29 |
| Componentes psicopatológicos..... | 30 |
| Depressão materna..... | 36 |
| Depressividade..... | 37 |
| Depressão falhada, sonho falhado e zanga amordaçada..... | 41 |
| METODOLOGIA..... | 44 |
| Formulação do problema..... | 44 |
| Tipo de estudo..... | 44 |
| Amostra | 44 |

| | |
|--|----|
| Instrumentos..... | 45 |
| Entrevista clínica semi-estruturada..... | 45 |
| Entrevista R..... | 45 |
| Escala de Depressividade..... | 48 |
| Procedimento..... | 50 |
| APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DE RESULTADOS..... | 51 |
| Caso clínico..... | 51 |
| História pessoal..... | 51 |
| Avaliação das representações e da depressividade maternas..... | 53 |
| Análise do caso..... | 57 |
| CONCLUSÃO..... | 62 |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... | 64 |
| ANEXOS..... | 69 |
| Anexo A – Entrevista semi-estruturada..... | 70 |
| Anexo B – Entrevista R..... | 73 |
| Anexo C – Escala de Depressividade..... | 84 |

Lista de Quadros

| | |
|--|----|
| Quadro 1: Resumo das respostas à Entrevista R..... | 41 |
| Quadro 2: Síntese das diferenças entre Depressividade e Depressão falhada..... | 55 |

INTRODUÇÃO

A mulher grávida atravessa um duplo estado: biológico (alterações corporais e fisiológicas próprias) e psíquico (investimento de um objecto não configurado, secreto, pouco distinto da própria mãe). O feto é um objecto exteriorizado através da ecografia e do discurso social. O que a mulher grávida sente consiste num ventre portador de mistérios e que explica a experiência de um bebé com rosto desconhecido (Bydlowski, 1995). No início da gravidez, o feto é uma ideia mantida pelas percepções sensoriais. É investido narcisicamente, é um objecto que faz parte da própria mãe e que invade ou alimenta o seu psiquismo.

Os estudos científicos mostram que os desvios hormonais da gravidez têm um impacto nas oscilações emocionais da mãe. A progesterona, o estrogénio, os corticosteróides e outras hormonas envolvidas nas alterações endócrinas da gravidez têm algum efeito na modulação das emoções, particularmente na depressão.

A grávida vive com um ambiente interno químico alterado. As hormonas não alteram o estado dos sentimentos de um modo directo e consistente para todas as mulheres. Elas podem influenciar a intensidade de um sentimento, mas a sua qualidade e conteúdo dependem do contexto, da vida interior e exterior da grávida. A interacção de factores de ordem física, ambiental e cultural, faz parte da experiência da gravidez.

Algumas observações têm constatado a forma como o feto é influenciado pelos humores e pelo comportamento da mãe (Colman & Colman, 1994). Qualquer coisa que provoque a contracção do sistema circulatório da mãe impedirá o afluxo de sangue à placenta e privará o feto de oxigénio, pelo menos, momentaneamente. Por exemplo, o stress crónico pode criar uma situação de privação crónica de oxigénio que atrasa o crescimento fetal, mas isto só ocorre em situações extremas. Porém, as variações normais no fluxo sanguíneo, causadas por flutuações previsíveis nos níveis de stress da mãe, criam alterações normais, às quais o feto se pode adaptar (Colman & Colman, 1994).

A gravidez constitui um sistema biológico triádico constituído pela mãe, a placenta e o feto (Soulé, 1999). O disfuncionamento desta tríade biológica é visível em algumas situações, sendo uma delas a do atraso de crescimento intra-uterino (ACIU).

Esta situação clínica pode surgir por doenças (por exemplo, infecções, doenças cardíacas), pelo estado emocional da grávida (hipertensão arterial), por alterações fetais (anomalias cromossómicas) e da placenta (alterações na sua estrutura e função).

Dado existirem, também, alterações neurofisiológicas nos estados depressivos, este trabalho pretende ser uma reflexão sobre a depressividade materna e o aparecimento do atraso de crescimento no feto.

Numa primeira parte abordam-se os aspectos elementares do processo gravídico, seguindo-se de uma breve exposição sobre a maternidade. Antes de salientar as características do quadro clínico do atraso de crescimento intra-uterino, considerou-se importante referir alguns estudos realizados sobre a vida fetal. Depois é feita uma abordagem da depressão, dos conceitos de depressividade, depressão falhada, sonho falhado e zanga amordaçada de Coimbra de Matos.

Numa segunda parte, é exposta a metodologia de estudo de caso; na terceira e quarta, os resultados obtidos e a conclusão final do estudo.

FUNDAMENTAÇÃO

Gravidez

A gravidez é um processo bem definido em termos temporais. Abrange aproximadamente um período de 40 semanas. Durante este período a mulher tem a possibilidade de se preparar para ser mãe. Tem oportunidade de ensaiar cognitivamente papéis e tarefas maternas, ligar-se afectivamente à criança, iniciar o processo de reestruturação de relações para incluir o novo elemento, incorporar a existência do filho na sua identidade e aprender a aceitá-lo como pessoa única, com vida própria. Os nove meses de gravidez permitem a construção gradual do projecto de maternidade (Canavarro, 2001).

Aspectos Biológicos

A gravidez constitui para os biólogos um paradoxo imunológico: é a não rejeição, durante nove meses, de um “enxerto” semi-alogénico. Representa um processo que repousa sobre um sistema complexo que lhe permite desenvolver-se graças a um sistema de tolerância induzida pelas hormonas imuno-supressoras (esteróides e progesterona). Em certas patologias, os conflitos imunológicos entre sistema HLA do pai e da mãe podem ter consequências fetais (Soulé, 1999).

Duas teorias parecem tentar explicar as relações biológicas entre o feto e a mãe. A primeira considera que o feto é totalmente independente do útero; e a segunda salienta uma conexão das suas circulações sanguíneas (Soulé, 1999).

Existe “uma barreira placentária”, ora permeável ora impermeável. Anatomicamente não há uma ligação directa, mas apenas trocas através das membranas e das células. As vilosidades placentárias, mergulhadas em sangue

materno, constituem uma membrana que separa a mãe do feto. É nestas circunstâncias que as células da placenta ou do feto podem aproveitar certas fragilidades nas paredes uterinas e passarem para a circulação materna. Elas desencadeiam reacções de defesa pelos linfócitos que chegam a destruir a célula “invasora” e “guardam na memória” esta faculdade de defesa rápida (Soulé, 1999). Mais tarde, um novo feto, um segundo irmão, que respeite a barreira placentária, terá de sofrer o assalto dos linfócitos. O sistema imunitário da grávida poderá, assim, assaltar o equilíbrio fisiológico do feto.

Aspectos Culturais e Históricos

Os nossos antepassados atribuíam à mulher grávida e à fertilidade uma qualidade divina, que era necessário venerar. A arqueologia testemunha o valor da gravidez como objecto de adoração, através de descobertas de estátuas de mulheres fecundadas com grandes seios e barrigas (Colman & Colman, 1994). Ao longo dos séculos a fecundidade foi tida como um bem divino e a infertilidade como um castigo (Cruz, 1990).

A gravidez simboliza fecundidade, alimentação, amor incondicional e criatividade, pois o feto precisa da ajuda da mãe para sobreviver. Constitui um acontecimento da mulher grávida, mas tem também significado para os outros. E dimensiona os papéis e as relações da mulher num novo contexto, tornando-a mais dependente da ajuda de um sistema social de apoio, e criando-lhe necessidades intensas de apoio amoroso, atenção e aceitação por parte dos outros. A existência de suporte social durante a gravidez e a maternidade tem sido consistentemente associada à adaptação da mulher e à qualidade dos cuidados que presta à criança durante este período (Canavarro, 2001). A grávida tem, geralmente, um estatuto privilegiado.

Quando uma mulher escolhe procriar, ela entra num domínio que vai para além da sua experiência pessoal e que se liga ao colectivo. A mulher pode sentir que as outras pessoas estão a ver os seus estereótipos de gravidez e não a grávida como uma pessoa. Às vezes sente que está a ser dominada por algo maior, que a transcende; por vezes melhorando a sua vida, por vezes em competição com o seu verdadeiro ser (Colman & Colman, 1994).

Segundo Colman & Colman (1994) o significado da gravidez muda com o tempo no interior de uma cultura. A gravidez pode significar para as mulheres:

- uma forma de adquirir auto-estima e satisfação pessoal;
- uma resposta ao desígnio de Deus de ser fértil e de se multiplicar;
- um modo de permanecerem dependentes de outras pessoas (no caso de gravidez contínua) ficando libertas das pressões profissionais e sociais;
- uma sensação de segurança e de que estão completas (quando se sentem desconfortáveis como adultos independentes, preferem a gravidez porque faz senti-las completas; elas estão a criar o bebé por forma a criar uma mãe e para estar na relação simbiótica que as faz sentir mais seguras). (Colman & Colman, 1994).

As mães esperam que os seus bebés preencham algumas das suas necessidades, ambições e desejos pessoais de reparação dos seus insucessos e desilusões. Muitas pensam no seu bebé como:

- *substituto da mãe ideal*;
- *elemento de substituição* (ocupa o lugar do morto);
- *anti-depressivo* (substitui a mãe não estimuladora e não responsiva);
- *bebé vicariante* (através do filho a mãe tenta reparar e refazer o seu passado, tornando-se aquele um prolongamento desta no futuro; a mãe tenta viver vicariamente através do filho) (Stern e Stern, 2000).

Isto tem um efeito nas atitudes em relação à gravidez e em relação ao bebé, sobretudo quando ele ainda está no útero e não afirma a sua própria personalidade (Colman & Colman, 1994).

Todas as pessoas têm uma imagem de uma mãe perfeita e outra imagem oposta, a da má mãe, que rejeitou, não protegeu e que nunca amou o suficiente. Estas imagens transportam uma mensagem difícil para a grávida: para ser uma boa mãe tem que ser perfeita nos cuidados para com o filho. Ela pode ter receio de que alguns dos seus pensamentos negativos possam prejudicar o seu filho para o resto da vida; que qualquer trauma na vida do filho seja culpa sua (Colman & Colman, 1994).

Qualquer mulher tem a crença de que uma mãe deve proteger a sua criança de todo o sofrimento e ela quer ser essa mãe. Para realizar este ideal a própria mãe tem de estar protegida num ambiente onde possa dedicar-se à gestação, nascimento e criação do seu bebé. Quanto mais próximo do nascimento, mais importante é que a mulher esteja em segurança de modo a poder parir o seu filho em paz (Colman & Colman, 1994).

O factor mais importante na determinação da capacidade de uma mãe para ser sensível às necessidades de uma criança e para responder de forma altruísta e amorosa é a qualidade de atenção que recebeu quando ela própria foi bebé. Inconscientemente uma progenitora repete a sua primeira relação. Isto pode ser reconfortante ou difícil (Colman & Colman, 1994).

Durante a gravidez, a mulher é mãe e criança numa única entidade física e psíquica, psicossomática. Mas a mãe está sempre sob a custódia da sua própria consciência e o feto está sempre a desenvolver-se no sentido da separação e da formação da crescente individuação.

O feto tem um impacto poderoso sobre a grávida, mas é menos claro o impacto que ela tem sobre o feto, muito embora não seja menor.

Algumas grávidas poderão ter uma maior labilidade emocional, dependendo isto da estrutura da sua personalidade, do tipo de stress a que estão sujeitas, e da qualidade do apoio que recebem. É provável que as mudanças hormonais desempenhem um papel importante e podem ser muito diferentes de uma gravidez para outra. Todas as mulheres grávidas participam neste estado emocional alterado, mas muitas não parecem conscientes disso (Colman & Colman, 1994).

Têm uma perspectiva irrealista do parto, das crianças e dela própria e não fazem o “trabalho” psicológico da gravidez. Não conseguem adaptar a sua vida interior e exterior às mudanças que acompanham a condição de ser mãe. Todavia, a convulsão emocional na gravidez pode ser uma reacção apropriada e adaptativa aos acontecimentos da vida (Colman & Colman, 1994). É a crise que impõe uma nova organização. “As crises podem levar à catástrofe, mas também a novos rumos, mais produtivos” (Coimbra de Matos, 2004, p.271).

A gravidez parece fornecer a sua própria protecção equilibradora contra o colapso nervoso.

Aspectos Psicológicos e Corporais

Cada gravidez é única. Toda a mulher reage à sua própria maneira ao encadeamento perfeito dos acontecimentos fisiológicos. A mesma mulher pode reagir diferentemente de gravidez para gravidez (Colman & Colman, 1994).

Durante a gravidez a mulher vive dois tipos de mudanças evolutivas: mudanças físicas e emocionais no interior de si mesma, e o crescimento do feto no seu útero. O modo como ela se sente com estas mudanças varia de acordo com alguns factores (por exemplo, ser uma gravidez desejada, ser o primeiro filho). Para a maioria das mulheres a gravidez é um período de emoções fortes, frequentemente ambivalentes.

As mudanças no corpo, as secreções hormonais, a confusão de apoios sociais em mudança e as expectativas culturais são espelhadas na psique, na vida mental da mulher grávida. Assim, as mudanças na identidade acompanham as mudanças no corpo e nos papéis sociais (Colman & Colman, 1994).

Os estudos científicos mostram que os desvios hormonais da gravidez têm um impacto nas oscilações emocionais da mãe. A progesterona, o estrogénio, os corticosteróides e outras hormonas envolvidas nas alterações hormonais da gravidez têm algum efeito na medição das emoções, particularmente na depressão. A grávida vive com um ambiente interno químico alterado que, em interacção com todos os outros factores de ordem física, ambiental e cultural, vão fazer parte da experiência da gravidez. As hormonas não alteram o estado dos sentimentos de um modo directo e consistente para todas as mulheres. Elas podem influenciar a intensidade de um sentimento na vida interior e exterior da grávida, mas a sua qualidade e conteúdo dependem do contexto socio-cultural e do texto intra-subjectivo.

Algumas observações têm constatado a forma como o feto é influenciado pelos humores e pelo comportamento da mãe (Colman & Colman, 1994). Qualquer coisa que provoque a contracção do sistema circulatório da mãe impedirá o afluxo de sangue à placenta e privará o feto de oxigénio, pelo menos, momentaneamente. Por exemplo, o stress crónico pode criar uma situação de privação crónica de oxigénio que retarda o crescimento fetal, mas isto só ocorre em situações extremas. As variações normais no fluxo sanguíneo, causadas por flutuações previsíveis nos níveis de stress da mãe, criam alterações normais, às quais o feto se pode adaptar (Colman & Colman, 1994).

O bebé está "presente" na família antes de nascer e é influenciado pelo meio, as vozes, a música e humores que o rodeiam. Porém, não há grande especificidade sobre a influência dos humores da mãe no bebé em desenvolvimento (Colman & Colman, 1994).

São várias as fases pelas quais passa uma mulher em relação ao seu novo estado gravídico. Inicialmente ela identifica-se com o feto em crescimento como uma “parte integrante de si mesma” (Bibring e al., 1961 in Klaus e Kennel, 1993). Depois passa a ter consciência do bebê no útero como um indivíduo independente, quando começa a sentir os movimentos fetais. Começa a atribuir algumas características de personalidade e a desenvolver o sentimento de apego. Esta fase prepara a mulher para o nascimento e para a separação física do seu filho.

O apego dos pais é evidenciado ao longo da gravidez por alguns comportamentos parentais relativamente ao feto, tais como tocar o feto através da parede abdominal, falar com o feto através do ventre materno. O feto por sua vez responde através de movimentos.

As mulheres mais conscientes das mudanças da gravidez têm menos problemas em se adaptar depois do bebê nascer. Estas mulheres não serão vítimas do “síndrome de gravidez radiante”, situação em que a mulher reconhece apenas sentimentos positivos e optimistas, durante a gravidez, mas mergulha em desespero quando nasce.

Aspectos Psicológicos

A gravidez é um período que faz parte do processo normal do desenvolvimento e que envolve reestruturação e reajustamento a várias dimensões.

Um estudo de Leifer (1977) sobre a gravidez demonstrou a coexistência frequente de um desequilíbrio emocional característico e de uma nova etapa na maturação adulta. Constatou, também, que as reacções no início da gravidez seriam preditivas da futura adaptação à gravidez e ao comportamento materno (in Gauthier & al., 1985).

Para se adaptar ao estado de gravidez a mulher tem de sentir ansiedade, tem de incorporar o feto como parte do seu esquema corporal e adaptar-se a diferentes ritmos metabólico, hormonal e fisiológico. Neste período transitório dá-se uma nova definição de papéis e uma mudança de identidade, a grávida além de filha e mulher passa a ser mãe.

Esta redefinição dos papéis pode reactivar conflitos inconscientes como: sentimentos de incapacidade de competir com os próprios pais, querer ser melhor que eles ou até encarar o filho como um irmão mais novo, rivalizando pelo afecto do pai e da mãe.

Se estas alterações bio-psico-sociais não são importantes para a mulher, então a gravidez é mantida distante da consciência.

Um estudo sugere que “uma mulher que nega e rejeita o seu corpo achará a gravidez e a maternidade difíceis e conflituosas” (J. Hees-Stauthamer, 1985 in Colman & Colman, 1994).

As grávidas com antecedentes obstétricos manifestam ansiedade que se exprime, por exemplo, no aparecimento do fantasma da criança malformada (in Gauthier & al., 1985).

A mutualidade e a complementaridade entre mãe e bebé sedimentam uma ligação muito profunda que se inicia durante a gravidez (Sá, 2001).

Na gravidez existem vários processos e representações que dizem respeito ao controlo do corpo, ao relacionamento conjugal, à família de origem, ao relacionamento com o filho e às experiências existenciais (Canavarro, 2001).

A grávida está em contacto íntimo com o seu mundo interior. Os processos inconscientes estão mais à superfície e muito mais ao alcance do que em outros momentos da sua vida. Há um re-investimento narcísico e um investimento no feto.

A suas fantasias e sonhos fornecem provas acerca das alterações que acontecem no seu funcionamento psicológico. O mundo exterior torna-se menos importante e o mundo interior relativamente mais importante. Os sonhos parecem invadir a imaginação à medida que o feto ocupa o abdómen. Podem existir sentimentos latentes e inconscientes de medo, ressentimento e mesmo de raiva assassina contra o bebé, que se manifestam repetidamente em sonhos (Colman & Colman, 1994).

A mulher grávida tem uma variedade de medos: medo de negligenciar o bebé, medo de “perder “o bebé (medo de abortar espontaneamente ou de o parto correr mal). Os psicanalistas consideram que algumas depressões pós-parto podem estar relacionadas com este sentido de perda na separação física do bebé do corpo da mãe (este medo aparece por volta do 7º mês). Eles realçam a importância da “morte” que ocorre paralelamente ao nascimento, pois a chegada de uma criança impõe a perda de um feto (Colman & Colman, 1994). O parto representaria um momento de separação, diferenciação e individualização do bebé.

A realidade psicológica da gravidez não é sobreponível aos acontecimentos fisiológicos. Pode haver quem se sinta psicológica e emocionalmente grávida antes

da concepção ter ocorrido ou, mais raramente, haver quem possa estar psicológica e emocionalmente alheio da gravidez até o bebê nascer (Colman & Colman, 1994).

Aspectos Corporais

A gravidez é um teste à funcionalidade do corpo feminino. A fertilidade é muitas vezes perspectivada como a prova de ter um corpo que funciona normalmente, um corpo capaz de cumprir todas as funções que lhe estão reservadas. Muitas mulheres despendem muitos anos a controlar a sua fertilidade, mas repentinamente podem confrontar-se com a ausência de controlo. Para Tobin (1999), a gravidez representa, para algumas mulheres, deixar de ter controlo sobre o seu corpo (in Canavarro, 2001). Uma mulher grávida pode sentir que o seu corpo está ao serviço da espécie, que ela se tornou pouco mais que um recipiente para o feto, ou uma máquina de leite e de conforto para o bebê.

Para as mulheres que consideram um corpo grávido como fisicamente pouco atraente, existe o medo de uma vida a desenvolver-se dentro de si. A gravidez parece-lhes que distorce a sua imagem física, fazendo-as engordar e produzir leite, modificando as suas capacidades de sedução e vida sexual (Canavarro, 2001).

Os movimentos do feto juntamente com as alterações externas do corpo da mulher são uma lembrança constante do futuro bebê e uma preparação mental para a maternidade (Stern & Stern, 2000).

Embora a realidade física da gravidez desempenhe um papel importante na preparação da mulher para a maternidade, não é indispensável porque as mulheres que adoptam bebês também desenvolvem a organização psíquica da maternidade sem passarem pelas mudanças do corpo (Stern & Stern, 2000).

Maternidade

“Com o nascimento, para além de ter de assegurar a sobrevivência do bebê, enquanto mãe, a mulher é confrontada com a responsabilidade de desenvolver uma relação íntima de amor com este novo ser humano. A relação com o bebê põe em acção os seus dons para amar, partilhar, relacionar, dar e receber” (Stern & Stern, 2000, pg.121).

No desenvolvimento natural do ser-se mãe, uma mãe passa de uma união quase total com o filho, de um corpo indiferenciado do outro, para uma recém-mãe com um bebê singular e diferenciado. (in Colman & Colman, 1994).

Independentemente de qualquer teoria, a maternidade é vista como uma ligeira variação à organização psíquica pré-existente. A vida interior de uma mulher muda com o nascimento de um bebê. A mulher desenvolve uma organização psíquica diferente da que possuía anteriormente, entrando num mundo de novas experiências (Stern & Stern, 2000).

O bebê determinará por um certo período de tempo os seus pensamentos, os seus medos, as suas esperanças e as suas fantasias; influenciará os seus sentimentos e as suas acções e fortalecerá os seus sistemas sensoriais e de processamento de informações. Ter um bebê implica repensar as suas preferências, gostos e alguns valores (Stern & Stern, 2000).

“A maternidade permite à mulher repensar em si própria e reinventar-se como pessoa. Segundo alguns autores constitui uma crise normativa que obriga a uma reorganização parcial da habitual forma de ser e exige que a mãe se recomponha. O início da maternidade é uma crise construtiva, oferecendo um tempo e espaço em que a mudança pessoal é necessária” (Stern & Stern, 2000).

Ter filhos é transmitir heranças e aceitar a diferença da individualidade. Do ponto vista desenvolvimental, ser pai e mãe parecer estar associado ao conceito de maturidade. A gravidez e a maternidade jogam-se no (des)equilíbrio entre estar junto, dar continuidade, proteger e estar separado, promover a descontinuidade e a autonomia (Canavarro, 2001).

É a passagem da família de criação (onde foram criados) para a família de procriação (onde educarão uma nova criatura): ter pai e mãe, ser pai com uma mãe (Coimbra de Matos, 2002a).

Bettelheim (1988), Tobin (1999) e Winnicott (1955) têm considerado que uma mãe que se encontre longe da perfeição não é necessariamente uma má mãe. Surge, assim, o conceito de “mãe suficientemente boa” e a possibilidade das mães se confrontarem de forma menos ansiosa com os sentimentos ambivalentes que, por vezes, possam ter em relação aos filhos (in Canavarro, 2001).

O único limite para a “boa mãe” parece ser a sua capacidade pessoal de sacrificar as suas próprias necessidades – de privacidade, espaço, tempo e coisas materiais- em favor das do seu filho (Tobin, 1998 in Canavarro, 2001).

Os estudos empíricos têm tentado estabelecer associações entre as tarefas de desenvolvimento que caracterizam este período e o desenvolvimento cronológico da gravidez e puerpério (Canavarro, 2001).

Canavarro (2001) distinguiu as tarefas de desenvolvimento que caracterizam cada fase da maternidade e que se associam ao desenvolvimento cronológico da gravidez e puerpério: aceitar a gravidez; aceitar a realidade do feto; reavaliar e reestruturar a relação com os pais; reavaliar e reestruturar a relação com o cônjuge ou companheiro; aceitar o bebé como pessoa separada; reavaliar e reestruturar a sua própria identidade; e reavaliar e reestruturar a relação com outro(s) filho(s).

A sociedade atribui um papel social à maternidade, o que a coloca sob a influência de expectativas. A mãe pode opor-se a esse papel ou aceitá-lo com prazer, mas não lhe poderá escapar (Stern & Stern, 2000).

Feto

A palavra embrião aparece no século XIV e designa o produto da concepção entre o período do ovo fecundado e o do feto (Soulé, 1999).

No século XVI, Ambroise Paré emprega o termo feto para nomear nos “animais vivíparos o produto da concepção, contido no útero, e que começa a apresentar as características da espécie” (Soulé, 1999, pg.30).

Entre 1960 e 1990, a “medicina fetal” conheceu rápidas mutações. Actualmente, todas as gravidezes, excepto as não vigiadas, são acompanhadas através da ecografia, técnica introduzida pelo escocês Ian Donald, em 1970. Esta técnica veio-se juntar à amniocentese descoberta pelo inglês Bevis em meados dos anos 1960 e ao seguimento cardíaco do feto, descoberto por Claude Sureau em meados dos anos 1950 (Milliez, 2002).

A ecografia, com a utilização do aparelho Doppler que mede os fluxos, permite ver a precisão de entradas e saídas do líquido amniótico. O feto engole e rejeita pela boca. Ele inala e rejeita pelo nariz. Mas o líquido pode entrar por um dos orifícios e sair por outro. O líquido flui nas fossas nasais e na oro-faringe, isto é, na faringe. Esta cavidade desempenha um papel precoce na sensibilidade e na motricidade (Soulé, 1999).

De acordo com alguns autores como Lewin (1946) e Isakower (1938), a combinação cavidade oral e mão servem de modelo à primeira estrutura do Eu depois do nascimento. É possível que as sensações da cavidade bucal se reunam com as do tecido cutâneo externo. Segundo Glover (1930) esta dupla fonte de sensações e de experiências constitui um núcleo do Eu (in Soulé, 1999).

Para Spitz, o nascimento constitui uma mudança, não só em função da aspiração de ar, mas também em função da falta de subida do líquido na cavidade da faringe. Constitui um choque a ausência de líquido amniótico e de todas as sensações inerentes. Assinala-se a diferença súbita de temperaturas entre a do líquido amniótico (37°) e do ar ambiente (22°) que o substitui (Soulé, 1999).

Mancia (1981) fala de alguns sinais de maturação do feto que se relacionam com as funções motoras, sensoriais e integrativas do sistema nervoso central durante o seu desenvolvimento.

O feto já tem uma série de competências antes de nascer. Ele possui uma organização neurofisiológica que o torna apto a perceber e a tratar as informações sensoriais provenientes do meio. Contudo, tratam-se de experiências difusas e não discriminativas (Bydlowski, 1995).

Segundo Mistretta e Bradley (1975 in Bydlowski, 1995) a evolução cronológica da maturação dos diferentes sistemas sensoriais do feto faz-se em função da sua idade em meses gestacionais. A mais precoce é a sensorialidade cutânea perioral e olfactiva (aos dois meses de gestação). As papilas gustativas estão maduras aos três meses de vida intra-uterina e todas as estruturas auditivas entre o quinto e o sexto mês.

Relativamente ao toque, ao contacto, o feto está comprimido no útero materno. Os movimentos e as vibrações constituem os elementos da sua vida quotidiana. Ele recebe uma série de mensagens: as idas e vindas da sua mãe, os seus períodos de sono e alerta organizam as alternâncias entre a instabilidade e a estabilidade do meio. O útero exerce uma pressão constante sobre as costas, a nuca, as nádegas e é neste fundo de tensão permanente que intervêm movimentos e vibrações (Bouchart-Godard, 1988 in Bydlowski, 1995).

De acordo com o estudo sobre os movimentos fetais de Corner (1977 in Mancia, 1981), a motilidade está presente no feto humano sob a forma de explosões tónicas e fásicas. Na 7ª semana de gestação, podem-se observar movimentos generalizados de natureza reflexa no feto sob a forma de respostas defensivas. Na 14ª

semana é possível observar respostas que são específicas e têm características que são mais positivas que negativas: um estímulo na zona que envolve a boca, por exemplo, produz um movimento específico da cabeça em direção ao estímulo. A inibição dos movimentos fetais aparecerá com a maturação do sistema nervoso central (Mancia, 1981).

Os movimentos oculares estão ausentes nos primeiros meses de vida intra-uterina e começam a aparecer entre a 28ª e a 30ª semana de gravidez. Com o crescimento, a motilidade corporal diminui, mas os movimentos oculares aumentam na sua complexidade (Mancia, 1981).

O uso que o feto faz desta sensorialidade para a sua maturação associa-se à relação com o ventre materno. O “mundo objectal” do feto é representado pelo ambiente no qual se desenvolve (Mancia, 1981).

As capacidades sensoriais (paladar, audição, tacto) e as modificações no sono (ritmos intra-uterinos) do feto estão ligadas às relações específicas que cada um estabelece com a sua mãe e parecem indicar a formação de um aparelho mental rudimentar (Reis, 2001a).

Há algumas marcas de referência no desenvolvimento do feto. Assim, aos três meses ele engole; aos três meses e meio ele abre a boca, engole e não há nenhum movimento dos lábios; os movimentos automáticos de bocejo podem ver-se desde os três meses e meio (das 12 às 14 semanas); às 11/12 semanas, o estômago e o esófago são funcionais; movimentos da boca e ele engole mais; aos quatro meses e meio, ele engole, rejeita pela boca ou pela narina; a faringe é uma zona em que passam diversas correntes; e a partir das 20/24 semanas (6 meses), ele chucha, mama, engole e rejeita. Os movimentos dos lábios constituem-se (Soulé, 1999).

A boca efectua os movimentos automáticos, depois tornam-se funcionais pela deglutição e pela rejeição do líquido amniótico. Os lábios começam a funcionar por sua própria conta. Nas últimas semanas a sua boca e os seus lábios tornam-se num órgão de preensão e de exploração da sua mão, do seu polegar, do seu pé, do cordão umbilical (Soulé, 1999).

Segundo um estudo de Schaal et Rouby (1990 in Bydlowski, 1995), há uma continuidade sensorial transnatal. As influências exógenas sobre os aspectos químicos no período pré-natal terão consequências pós-natais, sobretudo sobre as preferências gustativas e olfactivas no momento da independência alimentar. O feto

terá, assim, capacidades psicobiológicas necessárias à sua economia de sobrevivência pós-natal.

Da parte da mãe há uma série de aspectos que se salientam quando se aborda a questão da vida fetal. Assim, é importante o sistema vascular com variações no ritmo cardíaco e na pressão sanguínea; o sistema respiratório com a sua ritmicidade; o líquido amniótico que permite ao feto flutuar; a posição do corpo que terá repercussões na posição fetal em termos de gravidade; a constância da temperatura do ventre materno; os ruídos que podem ser ouvidos no útero, entre os quais está o ritmo cardíaco, a voz da mãe e qualquer estímulo exterior que podem atingir o feto depois de serem filtrados e atenuados pelos tecidos do corpo materno e pelo líquido amniótico; ritmo endócrino modificado pela própria gravidez; ritmos circadianos, nomeadamente o ritmo sono-vigília com as variações hormonais e vegetativas que isto envolve (Mancia, 1981).

Relativamente ao feto, tem-se em conta os movimentos corporais e da cabeça que afectam os receptores articular e cutâneo assim como os proprioceptores vestibulares, os ritmos cardíacos do feto e o estímulo intestinal (Mancia, 1981).

A característica básica e essencial da interacção materno-fetal sensório-motora é a constância e a ritmicidade que, por sua vez, caracterizam os objectos externos ao feto durante o crescimento. Como resultado destas qualidades, o feto percebe estes objectos como “ideais” ou como “modelos” (Greene, 1958 in Mancia, 1981).

A passagem dos produtos maternos através da placenta não só garante ao feto o fornecimento de oxigénio, de alimentos, de imunidade e de defesas, mas também representa a “verificação” materna dos ritmos biológicos intrínsecos do feto (Mancia, 1981).

Este complexo de funções dominará a relação entre a mãe e o feto durante a gravidez e permitirá que a mãe transmita ao feto elementos não só do seu próprio estado biológico, mas também do seu próprio mundo mental e emocional (Mancia, 1981).

Investigações com prematuros humanos de 6 e 7 meses de gestação (Dreyfus-Brisac, 1968 in Mancia, 1981) demonstraram um estado de sono contínuo e atípico com características similares às que aparecem no recém-nascido de termo durante o sono activo (análogo ao sono REM) tais como movimentos de partes do corpo, e com características de sono calmo, tais como ausência de movimentos oculares.

O sono activo pode ser considerado uma situação biológica ideal para transmissão do código genético ao feto sob a forma de elementos que caracterizam o sono REM, no plano fisiológico. Contudo, pode ser avançada a hipótese de que os elementos de natureza psicológica podem também ser transmitidos ao feto durante o sono activo como “representações internas”. Estas podem ser integradas nas experiências sensoriais de modo a constituir núcleos protomentais (Mancia, 1981).

Este núcleo é permeável às representações alcançadas através do mundo interno assim como das experiências sensoriais que são alcançadas através do mundo externo e materno (Mancia, 1981). A voz do pai e da mãe são sentidas diferencialmente. Enquanto que a do primeiro é ouvida claramente mas abafada pela parede abdominal da grávida, a da mãe surge com alguma distorção ou ressonância, demasiado perto e pouco nítida.

O estado prolongado de sono activo no qual o feto se encontra a ele próprio pode ser pensado como uma “estrutura de referência” para a experiência mental de tipo primitivo e proto-onírico, capaz de contribuir para a criação e desenvolvimento dos núcleos da actividade mental. Tal actividade mental primária pode consistir num processo de “leitura” ou “descodificação” do estímulo constante e rítmico que atinge o feto no ventre materno. Em virtude da sua ritmicidade e constância, o mundo objectal do feto pode constituir a base de um “relógio biológico primitivo” que atravessa o núcleo psíquico pré-natal. A tarefa deste núcleo será a de transformar, durante o sono activo, a informação sensorial que chega ao feto a partir dos objectos exteriores em experiências capazes de criar “objectos internos” sob a forma de representações (Mancia, 1981).

Contudo, Rascovsky (1971 in Mancia, 1981) considera a existência de objectos internos ou representações independentes de qualquer experiência com objectos externos no feto. A independência em relação aos objectos externos permite ao ego fetal viver na idealização de uma relação intra-uterina e num estado de onipotência ao qual o nascimento põe um fim abrupto. No feto estão activas experiências internas positivas e negativas, que desencadeiam bem-estar ou mal-estar, que por sua vez despertam qualquer coisa com amor ou raiva. Mas a relação do feto com a mãe (com o fornecimento de oxigénio, de calor e de comida) através do cordão umbilical pode neutralizar o instinto de morte, favorecendo a vida.

Mancia (1981) acrescenta que o sono activo contribui para a neutralização dos instintos de morte no feto.

Mancia (1981) considera que alguns aspectos da vida pré-natal estão relacionados com a sensorialidade, vista como a função básica que permite ao feto relacionar-se com o que chega até ele através do ventre materno; uma função que inicialmente aparece indiferenciada mas que com a experiência e a maturação é capaz de tornar-se progressivamente diferenciada numa função física e mental.

O continente materno não só fornece ao feto oxigénio e comida, como também estabelece uma relação com ele, centrada sobre uma série de estímulos que o atingem com constância e ritmicidade (Mancia, 1981).

A pele tem como função favorecer a formação da relação entre continente e conteúdo, que é indispensável para a criação de um aparelho de sentimentos e pensamentos (Bion, 1962 in Mancia, 1981).

A informação sensorial transmitida pela pele, pelas mucosas e pelos órgãos dos sentidos será trabalhada pelos núcleos psíquicos pré-natais durante o sono activo como elementos *beta* e transformados em elementos *alfa* (Bion, 1962 in Mancia, 1981). A intensa actividade motora do feto no estado de vigília e no sono activo pode estar relacionada com a evacuação de elementos *beta*, que escapam de serem transformados em *alfa*. Tem a função de eliminação de lixos como o sonho.

Paralelamente a uma função fisiológica que garante uma homeostase ao feto enquanto ele passa de um meio líquido com estímulos constantes e rítmicos para um meio aéreo com estímulos imprevisíveis, a pele toma a função de contenção das partes do Self e de mediação entre o mundo externo e interno. É esta função que, no início indiferenciada, será capaz de se diferenciar num componente físico e psíquico (Mancia, 1981).

Bick (1968 in Mancia, 1981) atribui à pele do recém-nascido a primeira função de juntar as partes da personalidade enquanto não estão diferenciadas das partes do corpo. A pele, enquanto objecto capaz de conter experiências, é representada por qualquer estímulo sensorial que consegue prender a atenção do bebé, embora o mamilo na boca seja o melhor objecto para ele, juntamente com o ser agarrado, ouvir as palavras da mãe e sentir os cheiros familiares (Bick, 1968 in Mancia, 1981). Qualquer distúrbio nesta função primária da pele psíquica pode conduzir à formação de uma "segunda pele" que pode envolver o sistema muscular. Este é usado pelo recém-nascido para atingir uma certa integração e organização do Self (Mancia, 1981). Esta segunda pele psíquica ou pele psíquica secundária é a contenção tónica que emprega a musculatura.

Mancia (1981) considera que a formação de uma função continente da pele pode ser antecipada nos últimos meses de vida fetal. Neste período os núcleos mentais começam a formar-se no feto.

Emoções Maternas e Feto

Actualmente, estudos científicos têm-se debruçado não só sobre o conhecimento das capacidades do feto, das suas competências e sensorialidade, mas também sobre a relação deste com a mãe e o ambiente externo mais próximo, as continuidades e descontinuidades entre a vida intra-uterina e extra-uterina e os processos que estão na base da vida psíquica (Reis, 2001b).

Os métodos usados até meio do século eram imprecisos e não permitiam o desvendar dos inúmeros mistérios que rodeavam a vida do feto durante a gravidez. Desta forma, foram procuradas novas formas de obter informação, para as quais contribuíram os avanços da tecnologia (por exemplo, a ecografia por ultra-som) (Piontelli, 1987; 1988; 1989; 1995; Negri, 1997 in Reis, 2001b).

O vínculo da mãe ao feto diz respeito ao controlo da realidade psíquica. Ao considerar a noção que o “bebé é uma pessoa”, em função das suas competências, pode-se pensar que a vida imaginária e fantasmática da mãe durante a gravidez tem um papel importante na pré-história afectiva do bebé (Bydlowski, 1995, pg. 1884).

A psicologia tem vindo a considerar a influência potencial da emoção materna no feto.

Um estudo de Connolly e Cullen em 1983 (Chamberlain, 1995 in Sousa, 2001) verificou o impacto no feto de sentimentos maternos, atitudes, *stress* situacional e conflitos interpessoais durante a gravidez que se traduziram em anomalias benignas (deficiência de membros) ou malignas (nado-mortos).

Assim, atitudes negativas face à gravidez parecem correlacionadas com diversas anomalias físicas. Para Chamberlain (1995) também o *stress* vivenciado por acontecimentos no final da gravidez foi relacionado com a morte neonatal (Sousa, 2001).

As condições perturbadoras “in utero” compreendem a doença grave com febre alta e respiração oprimida, o ingerir de alimentação tóxica ou de droga, a violência entre os cônjuges, os acidentes ou outras ameaças à segurança que atingem

o útero numa mistura variada de sons, agitações e inundação hormonal (Chamberlain, 1995 in Sousa, 2001).

Um bebé no útero pode ter uma representação psíquica, sexuada, portadora de um nome, como normalmente se verifica no fim da gravidez ou pode ser ainda um “hóspede estranho e estrangeiro” (Didier, 1992 in Sousa, 2001).

O primeiro trimestre da gravidez é o momento ideal para diagnosticar uma malformação do útero que pode repercutir-se no crescimento do bebé, como, por exemplo, no atraso de crescimento intra-uterino que é uma das causas mais importantes de prematuridade (Sousa, 2001).

Há indicadores comportamentais (por exemplo, maneira como o feto se desloca, a vivacidade dos seus movimentos, a capacidade de abrir a mão e de afastar os dedos) que dão conta de certas afecções que atingem o psiquismo do bebé (in Sousa, 2001).

A técnica ecográfica revela a vida fetal nos seus aspectos mais íntimos. Demonstra como um bebé pode já agir de maneira pessoal, tendo os seus próprios ritmos de sono, movimentando-se quando quer, deglutindo, urinando, brincando com as mãos e os pés (Sousa, 2001).

“As transformações que aparecem na tríade biológica mãe-feto-placenta podem ter consequências sobre o desenvolvimento fetal, mas também poderão ser retomadas após o nascimento sobre o plano da relação” (Soulé, 1999, p.29).

William Liley (1972), referido por Chamberlain (1995 in Sousa, 2001) fez alusão à personalidade do feto, descrevendo-o como um “viajante activo, evitando as pressões sobre as partes salientes, reagindo com violência às punções feitas com uma agulha e às injeções de soluções frias, sensível às cócegas, demonstrando preferência por certos gostos e chegando a chorar no útero”.

O feto sente dor. Foram identificados os receptores da dor no feto, os chamados receptores nociceptivos com as respectivas terminações nervosas, com uma densidade e uma conseqüente probabilidade de funcionalidade que aumenta com a idade gestacional. O feto tem a sensação de dor a partir dos quatro meses e meio de gestação. O seu tecido cerebral também produz endorfinas – derivados morfínicos naturais – as hormonas que o organismo segrega quando reage a um estímulo doloroso (Milliez, 2002).

A medicina fetal demonstra-nos como um feto se pode defender, pelos seus próprios meios, contra certas doenças. Bessis (1991) cita o exemplo de um feto

contaminado pela toxoplasmose poder fabricar, por si próprio, anticorpos capazes de destruir os parasitas. O feto é um ser activo (in Sousa, 2001).

Actualmente, sabe-se que o feto possui uma actividade própria, que se desdobra nas diferentes modalidades sensoriais, na sua actividade motora e nos seus estados de comportamento, actividade essa que lhe permite perceber e integrar dados referentes ao meio onde se encontra (Reis, 2001b).

A ideia que o ambiente intra-uterino é escuro, silencioso, quente e isolado, protegendo o feto de qualquer estimulação e interferência exterior, não é coincidente com o que acontece na realidade. O ambiente intra-uterino é permeável a influências externas, sujeito a mudanças e variações, mesmo ao nível dos seus elementos: a placenta e o cordão umbilical (Piontelli, 1995 in Reis, 2001b), colocando o feto em contacto com o meio que lhe é exterior.

A história do interesse pela vida fetal começa seis séculos antes de Cristo com Hipócrates ao referir a existência de actividade no feto perto do nascimento (Negri, 1997 in Reis, 2001b).

Os povos gregos, os romanos e cristãos consideravam que o embrião tinha um estatuto de pessoa, que tinha alma, a partir do quarto mês, quando apareciam os movimentos (Milliez, 2002).

Nos finais do século XIX, o método mais sofisticado na observação da vida fetal era a apalpação directa da parede abdominal da mãe, muitas vezes acompanhada do uso do estetoscópio.

Em 1885, Preyer defendeu a ideia de que os movimentos fetais se iniciavam antes da 12ª semana de gestação, sendo estes movimentos mais que simples respostas a estímulos externos (Piontelli, 1995 in Reis, 2001b). Este autor acreditava que os movimentos do feto eram semelhantes àqueles que os recém-nascidos exibiam, tendo descrito a ingestão de líquido amniótico no ambiente intra-uterino.

No século XX, Minkowski (1928 citado por Piontelli, 1995 in Reis, 2001b) estudou os mesmos aspectos da vida intra-uterina através da observação de fetos abortados não viáveis.

Estudos de Walters (1964), Edwards e Edwards (1970) e Sadowsky (1979), referidos por Piontelli (1995 in Reis, 2001b), baseados nos relatos das mães acerca das sensações que tinham dos movimentos fetais, constataram que a percepção dos primeiros movimentos do feto surge por volta da 16ª semana de gestação e que isto é

associado ao seu bem-estar; a ausência de movimentos é encarada pelas mães como um sinal de alarme e de sofrimento.

Estes estudos contribuíram para o avanço do conhecimento da vida fetal, porém, usavam técnicas subjectivas, imprecisas e não aplicáveis às primeiras semanas de gestação (Reis, 2001b).

Com a descoberta do ultra-som e do seu uso na observação da vida intra-uterina foi feito um grande avanço no campo de investigação nesta área.

São vários os estudos experimentais e observacionais realizados para uma compreensão mais completa e profunda da vida intra-uterina (Reis, 2001b).

Os estudos experimentais investigam determinadas capacidades do feto ou de algum aspecto da sua vida; visam temas como a motilidade, o comportamento ou a sensorialidade.

Os estudos observacionais baseiam-se nos trabalhos de Ester Bick de 1968 e 1964. Bick (1987) salienta a importância da presença de um meio ambiente que seja capaz de sustentar e dar coesão à vida psíquica do recém-nascido, o que constituiria uma espécie de pele psíquica, fundamental no desenvolvimento precoce e na possibilidade de o bebé interiorizar essa função de limitação e contenção (in Sousa, 2001).

Esta autora também postula um método inovador de observação de bebés. Bick (1987) e Harris (1987) consideram que a observação de bebés permite uma experiência única e de grande intensidade emocional, que é a observação do desenvolvimento de um bebé na sua família (in Reis, 2001b).

Vários foram os autores das teorias dinâmicas que se interessaram pela vida fetal; entre eles destacam-se Freud, Balint, Ferenczi, Mancia e Winnicott (Reis, 2001b).

Dos estudos mais recentes salientam-se os de Piontelli (1995 in Reis, 2001b) que se baseavam na observação longitudinal de gestações singulares e gemelares e posteriormente dos bebés até aos 2 anos, e onde a autora procura investigar “a vida pré-natal e o seu impacto sobre o futuro desenvolvimento do indivíduo”.

Piontelli procurou investigar a influência da vida pré-natal no desenvolvimento futuro de cada indivíduo. Dos seus estudos foi possível pensar que o feto vai criando, ao longo da gravidez, a sua individualidade que se traduz na sua actividade motora, comportamental, sensorial e nas suas posturas preferidas, e também na sua maneira particular de se relacionar com o meio.

Atraso de Crescimento Intra-Uterino

Segundo Soulé (1999), o sistema biológico da mãe e o do feto não se encontram num mútuo face-a-face, mas constitui-se como um sistema biológico triádico constituído pela mãe, pela placenta e pelo feto.

Este autor considera que, no plano das interacções biológicas, a verdadeira mãe do feto é a placenta. Enquanto que o corpo da mãe é o organismo sobre o qual o ovo se implanta e contra o qual se defende, a placenta é aquele elemento com o qual o feto tem interacções biológicas vitais, traduzidas em relações nutritivas e num sistema de comunicação. De facto, a placenta permite a sua sobrevivência (fornece-lhe oxigénio e alimento) e o seu crescimento (fornece-lhe hormonas).

A mãe e a placenta também estabelecem relações interactivas bidireccionais. Estas relações adaptam-se às condições da mãe. A placenta fornece informação e ordens tanto do feto como da mãe, tornando-se numa mediadora (Soulé, 1999).

Certas excitações biológicas vindas da mãe tomam um valor traumático para o feto se a placenta não desempenhar a sua função biológica de para-excitação. Enfim, a placenta *tempera, modera e desintoxica*.

Segundo Eduardo Sá (2001), a estabilidade fetal pode ser condicionada pela angústia e depressão maternas. O feto “emociona-se, angustia-se, constrange-se com as expressões mais rígidas da personalidade da mãe, alegra-se e aviva os seus ritmos, deprime-se a ponto de inibir o seu crescimento” (p.91). Estas experiências emocionais podem-se transformar num traço de personalidade do feto. Este autor fala de depressão fetal quando há alterações dos ritmos biológicos, devido a estímulos hormonais e sensoriais intra e extra uterinos.

Assim, o disfuncionamento da tríade biológica é visível em algumas situações, sendo uma delas a do atraso de crescimento intra-uterino (ACTU).

Diagnóstico

Os obstetras usam várias técnicas para avaliarem o crescimento do feto de forma a preverem anomalias a este nível. Assim, a avaliação dos marcadores bioquímicos (avaliação dos marcadores hormonais e proteicos da mãe) e do fundo uterino permite a detecção de algum défice do crescimento fetal. Uma das técnicas mais usada e mais eficaz é o ultrassom. Esta técnica avalia o diâmetro biparietal, o diâmetro da cabeça, o diâmetro abdominal (é a medida mais útil que reflecte a nutrição fetal) e o diâmetro *transverse cerebellar* (tem uma boa correlação com a idade gestacional) (in Weiner, 1994).

Em termos de diagnóstico, os recém-nascidos com Atraso de Crescimento Intra-uterino são aqueles recém-nascidos cujo peso à nascença se situa abaixo do Percentil 10 para a idade gestacional, de acordo com tabelas padronizadas para o efeito (curvas de crescimento estabelecidas por Lubchenco e Babson). Este atraso não é habitualmente detectado antes das 23-24 semanas.

Muitos destes recém-nascidos são normalmente pequenos, sendo designados por leves para a idade gestacional (LIG) ou pequenos para a idade gestacional (PIG) (Gabbe, 1991). Todos os recém-nascidos com ACIU são LIG, mas nem todos os recém-nascidos LIG são ACIU.

Os bebés com atraso de crescimento intra-uterino são identificados como estando em risco de morbilidade e mortalidade périnatal (Gabbe, 1991). De facto, este atraso constitui uma das principais causas de mortalidade périnatal depois do parto prematuro (Gabbe, 1991).

Causas

Os clínicos têm-se interessado pelo estudo do ACIU e, com um maior conhecimento desta situação, melhoraram a sua capacidade de monitorizar o crescimento fetal e de avaliar o bem-estar do feto. Contudo, o conhecimento da regulação e das aberrações do crescimento fetal normal permanece rudimentar (Gabbe, 1991).

As investigações têm detectado alguns factores maternos que influenciam negativamente o crescimento fetal. Consideram importante as infecções intra-uterinas como herpes, citomegalovírus, rubéola e toxoplasmose. O processo infeccioso produz uma rotura precoce do crescimento fetal durante a fase da hiperplasia celular o que resulta num mau prognóstico a nível do desenvolvimento. As doenças vasculares da mãe, tais como hipertensão crónica, pré-eclampsia e diabetes com vasculopatia, têm sido associadas a alterações no crescimento fetal (Prada & Tsang, 2002).

De acordo com um estudo de Kramer, Platt, Yang, McNamara e Usher (1999), os determinantes patológicos relacionados com hipertensão antes e durante a gravidez e o consumo de tabaco parecem produzir maiores efeitos no atraso de crescimento intra-uterino mais severo. Constataram neste estudo que a primiparidade, a estatura pequena, o excesso de peso antes da gravidez, o seu aumento durante a mesma e o consumo de tabaco têm grandes efeitos nos ACIU de termo. A hipertensão durante a gravidez tinha uma influência maior nos ACIU prematuros, o que é explicado pelo efeito da hipertensão durante a gravidez no parto prematuro espontâneo ou induzido.

A redução na oxigenação materna, em mulheres que vivem em altas altitudes ou nas que têm uma doença cardíaca, pode ser responsável pelo ACIU. As hemoglobinopatias e anemias que alteram a oxigenação materna e fetal estão ligadas ao atraso no crescimento do feto.

O fraco ganho de peso materno durante a gravidez tem sido, também, reconhecido como um factor de risco para o atraso no crescimento fetal. Todavia, os autores não são unânimes quanto à influência da má nutrição da grávida no crescimento do feto (in Gabbe, 1991).

Uma investigação nas tribos da Guatemala concluiu que uma má nutrição proteica antes das 26 semanas de gestação pode resultar num atraso simétrico do crescimento intra-uterino (in Gabbe, 1991). Uma má nutrição severa no terceiro trimestre de gravidez reduz o peso do feto (Chiswick, 1985).

A glicose é um nutriente fetal crítico e se o seu fornecimento é reduzido pode provocar atraso no crescimento fetal. Khouzami (in Gabbe, 1991) observou uma associação significativa entre a hipoglicémia materna no teste de tolerância à glicose durante 3 horas e o subsequente nascimento de bebés com ACIU.

A ingestão materna de drogas pode provocar ACIU devido ao efeito directo sobre o crescimento fetal. O tabaco produz fetos com ACIU simétrico, pois reduz o fluxo sanguíneo no útero e altera a oxigenação fetal. O consumo de álcool conduz a aspectos dismórficos e alterações no crescimento fetal (Gabbe, 1991).

Galbraith e Tejani (in Gabbe, 1991) demonstraram que a existência de ACIU em gravidezes anteriores constitui um factor obstétrico frequentemente associado ao subsequente nascimento de um bebé ACIU.

Para além dos factores maternos existem aspectos ligados ao feto e à placenta que contribuem para o ACIU.

O crescimento intra-uterino está parcialmente sob o controlo do feto (determinantes genéticos e hormonais), mas também depende do fornecimento e da transferência de energia e nutrientes através da placenta (in Chiswick, 1985).

Algumas anomalias cromossómicas (por exemplo, trissomia 14, 18 e 21) e malformações congénitas (por exemplo, agenésia renal) têm sido associadas ao ACIU (Gordo, 1991; Gabbe, 1991).

Pedersen *et* Molsted-Pedersen (in Gabbe, 1991) observaram que os fetos de mães diabéticas insulino-dependentes, sobretudo naquelas em que a diabetes não estava controlada, tinham um atraso no crescimento entre as 7 e as 14 semanas gestacionais. Estes bebés teriam maior probabilidade de apresentar malformações *major* no parto ou exibir alterações na motricidade grossa, no desenvolvimento da fala e da linguagem aos 4 e 5 anos de idade.

Relativamente à placenta, a diminuição da sua massa afecta a quantidade de substracto que o feto recebe e isto parece preceder um ACIU, de acordo com uma avaliação ultrassonográfica. Uma rotura, um enfarte, ou um hemangioma na placenta podem resultar num atraso de crescimento. Numa gestação prolongada, a diminuição da massa e da função placentária relativamente ao aumento do tamanho do feto pode prejudicar, posteriormente, o crescimento fetal. A presença de uma única artéria umbilical, a posição da placenta e a redução do fluxo sanguíneo uteroplacentário, associada a uma diminuição na transferência de nutrientes para o feto, são responsáveis por grande parte dos casos de ACIU (in Gabbe, 1991).

Numa gravidez gemelar, a diminuição da massa placentária em relação à massa fetal está frequentemente relacionada com um atraso no crescimento intra-uterino. Este constitui uma das causas de morbilidade nos gémeos (Gabbe, 1991).

Classificação

Os bebés com ACIU são classificados em 2 principais categorias, tendo em conta a sua etiologia. Assim, os ACIU assimétricos são aqueles fetos que mantêm um crescimento da cabeça normal, mas que apresentam uma redução no tamanho do fígado, do coração, baço, pâncreas e glândulas adrenais. São longos e magros, devido à perda de gordura subcutânea, e apresentam uma cabeça grande (in Chiswick, 1985). O diâmetro da cabeça (DC) é maior do que o do corpo. A relação entre o DC e o diâmetro do abdómen (DA) é elevado. O DA é mais pequeno devido à diminuição do volume do fígado. O padrão assimétrico está habitualmente relacionado com a hipertensão materna (Gabbe, 1991).

Os ACIU simétricos apresentam um peso baixo, um comprimento e um perímetro cefálico reduzidos, o que conduz a um atraso no crescimento cerebral (Chiswick, 1985). Este atraso ocorre muito precocemente na gestação. São frequentes nas gravidezes complicadas por infecções intra-uterinas e anomalias cromossómicas. Nestes fetos o DC e o DA estão reduzidos e a relação entre estes dois diâmetros é normal (Gabbe, 1991).

Riscos Pré-Natais, Perinatais e Neonatais

Os obstetras avaliam o estado do feto em termos de idade gestacional e de crescimento com vista a medirem o risco de prematuridade, caso optem por antecipar o parto, e de ameaça de morte fetal (Gabbe, 1991). Assim, os ACIU são colocados inevitavelmente sob o potencial risco neonatal da prematuridade.

Malformações severas e anomalias cromossómicas influenciam o período neonatal e alguns dos bebés ACIU falecem pouco depois de nascerem (Chiswick, 1985).

O recém-nascido prematuro com ACIU está mais vulnerável a uma asfíxia intrauterina e às complicações neonatais da prematuridade (Gabbe, 1991). As trocas gasosas da placenta ficam comprometidas no feto com ACIU (devido às baixas reservas de glicogénio cardíaco) o que o torna intolerante à asfíxia. Este tipo de feto

está em grande risco durante o parto, altura em que há a diminuição do fluxo uteroplacentário (Chiswick, 1985).

A severidade e a duração da asfixia perinatal determinam o estado do bebé ao nascer. Alguns bebés que são reanimados necessitam de suporte ventilatório contínuo devido à hipertensão pulmonar e à síndrome de aspiração de mecónio (Chiswick, 1985). Os recém-nascidos ACIU sofrem mais frequentemente desta síndrome do que os recém-nascidos com crescimento normal. Porém, a aspiração de mecónio raramente é vista antes das 34 semanas de gestação e é sobretudo um problema dos ACIU de termo (Gabbe, 1991).

Alguns dos problemas neonatais mais comuns nos ACIU dizem respeito a situações de hipoglicémia, hipocalcémia, policitémia (por causa da hipóxia e da transferência do volume sanguíneo da placenta para o feto), hiperbilirrubinémia, hipertensão pulmonar, enfarte cerebral, enterocolite necrozante, hiponatrémia (devido a alterações na função renal) e hipotermia (que contribui para a deterioração metabólica) (Chiswick, 1985; Gabbe, 1991).

Desenvolvimento Psicomotor

O ACIU tem um efeito controverso no crescimento a longo-termo, pois as suas influências no neurodesenvolvimento permanecem difíceis de provar.

Os aspectos adversos mais importantes nas consequências neurodesenvolvimentais dos bebés ACIU são as malformações, a baixa idade gestacional, as complicações perinatais e o perímetro cefálico pequeno ao nascer (Georgieff, 1998; Strauss, e Dietz, 1998). O estatuto socio-económico dos pais e a educação parecem, também, desempenhar um papel importante na determinação do futuro desempenho intelectual.

Os bebés ACIU que nasceram de termo têm apenas um risco acrescido, pouco significativo, de *handicaps* major, tais como paralisia cerebral e atraso mental. Alguns podem apresentar uma disfunção cerebral mínima, sob a forma de problemas da fala e da linguagem, défices de atenção, problemas da aprendizagem e problemas neurológicos minor. De facto, a maioria das crianças com paralisia cerebral não sofreram um atraso no crescimento intra-uterino (Gabbe, 1991).

Os défices neurodesenvolvimentais a longo termo nos bebés com ACIU devem-se mais a factores ambientais pós-natais do que ao único efeito biológico do ACIU no desenvolvimento do cérebro do feto (Georgieff, 1998).

O ACIU simétrico parece ter um efeito prejudicial no desempenho verbal subsequente, na memória visual e no desempenho neurodesenvolvimental aos 7 anos (Georgieff, 1998).

Nas crianças com ACIU, parecem predominar mais as incapacidades cognitivas do que as incapacidades motoras (Georgieff, 1998).

Strauss e Dietz (1998 in Georgieff, 1998) concluíram dos seus estudos que a restrição do crescimento fetal afecta o peso e o comprimento a longo-termo, mas o neurodesenvolvimento só é afectado se existe microcefalia ao nascer.

Os autores sugerem que os défices neurodesenvolvimentais assinalados nos estudos anteriores sobre ACIU podem dever-se à falta de controlo dos factores genéticos ou ambientais (Georgieff, 1998).

As crianças ACIU estão em risco de sequelas neurodesenvolvimentais moderadas que podem afectar o desempenho escolar ou social, apesar dos estudos considerarem Quocientes de Inteligência normais aos 7 anos de idade destas crianças. Os instrumentos usados para medir os efeitos neurodesenvolvimentais não avaliam outros aspectos cognitivos mais específicos como a memória espacial (Georgieff, 1998).

Num estudo efectuado por Kumar et al. (in Gabbe, 1991) com bebés ACIU de muito baixo peso ao nascer (abaixo das 1066 gramas), concluiu-se que as consequências neurológicas dependem do grau de ACIU e da imaturidade neonatal. Uma anomalia precoce, entre as 10 e 17 semanas de gestação, pode limitar a multiplicação das células neuronais e, desta forma, pode ter um efeito profundo na função neurológica.

Num estudo nacional, verificou-se que os bebés com ACIU tinham uma taxa de mortalidade perinatal 4 a 10 vezes superior aos restantes recém-nascidos, e também um risco aumentado de atraso do desenvolvimento psicomotor e atraso intelectual (Rodrigues, Teles, Miguel, Pereira, e Barros, 1996).

A prevalência de ACIU é um melhor índice de saúde materno-infantil do que a prevalência de baixo peso ao nascer. Há uma maior facilidade de intervenção médica no peso do que na idade gestacional (Rodrigues, Teles, Miguel, Pereira, e Barros, 1996).

Depressão, Depressividade e Depressão Falhada

Depressão

Componentes Fisiológicos

Considera-se que o excesso de produção de citocinas pró-inflamatórias pode ser uma das causas de depressão. As citocinas são um grupo heterogêneo de polipeptídeos produzidos por diferentes leucócitos em resposta a uma série de estímulos fisiológicos e patológicos (Song, 2000).

As citocinas podem passar através da barreira sanguínea do cérebro até ao Sistema Nervoso Central (SNC). A administração central ou periférica de algumas citocinas pró-inflamatórias muda a neurotransmissão, induz a secreção do CRF (corticotropin-releasing-factor) e do cortisol, e produz um comportamento ansioso e stressante nos seres humanos e nos animais estudados (Song, 2001).

A *corticotropin-releasing-factor* (CRF) é um peptídeo aminoácido que é o maior regulador fisiológico da secreção da hormona adrenocorticotrófica (ACTH) na glândula pituitária. No SNC, o CRF encontra-se muito concentrado nos neurónios do cortex, no sistema límbico e na raiz do núcleo cerebral. As funções destas regiões do cérebro estão envolvidas na regulação cognitiva, emocional e autónoma.

A distribuição do CRF indica que este integra não só respostas endócrinas, mas também neurofisiológicas e imunológicas ao stress.

A libertação de citocinas pró-inflamatórias na resposta imune pode modular a neurotransmissão, activar o eixo hipotálamo-pituitária-adrenal, e mudar o humor e o comportamento (Song, 2000).

A neurohormona melatonina descoberta em 1958, e cuja secreção está sob a dependência da luz, exerce, pela sua acção sobre o sistema nervoso central, um papel de modulação, de coordenação e de ressincronização dos ritmos fisiológicos. Estudos recentes referem as relações entre a desregulação dos seus ritmos circadianos e as desregulações do humor (Leydenbach, 2001).

É inegável que as rupturas do balanço bioquímico desempenham um papel essencial num grande número de situações depressivas. Todavia, é difícil determinar em que medida elas são causa ou consequência da doença (Leydenbach, 2001).

Componentes Psicopatológicos

O termo depressão foi introduzido no início do século para substituir o da melancolia. A nosografia da depressão resulta sob a forma de classificações dicotómicas: depressão psicogénea oposta a depressão endógena (Kreapelin, 1915), depressão reactiva oposta a depressão autónoma (Gillespie, 1929), depressão neurótica oposta a depressão psicótica (Buzzard, 1930) (in Leydenbach, 2001, p. 122).

Segundo o Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais da Associação Psiquiátrica Americana (1996), as perturbações depressivas são englobadas nas perturbações de humor e incluem a perturbação depressiva *major*, a perturbação distímica e a perturbação depressiva sem outra especificação.

De acordo com Leydenbach (2001), a semiologia do estado depressivo situa-se sobre o humor depressivo e a inibição psicomotora, associando-se a ela diferentes graus de ansiedade, problemas somáticos e problemas do carácter.

“O humor depressivo traduz um vivido penoso, doloroso e pessimista: o sujeito não experimenta qualquer prazer, e já não encontra na relação com o outro a possibilidade de melhorar. A tristeza, o desinteresse e a depreciação de si, os sentimentos de inutilidade, de culpabilidade e de vergonha governam a monotonia e a interminável duração do tempo vivido” (Leydenbach, 2001, p. 121).

Acrescenta ainda que a inibição psicomotora manifesta-se por fadiga e por lentidão (lentidão dos gestos, do débito verbal e dos movimentos faciais). O pensamento é lento, com dificuldades de atenção e concentração.

Os sintomas somáticos da depressão são quase constantes e de aparecimento precoce.

Os problemas digestivos são dominados pela anorexia, emagrecimento e obstipação; por vezes, surge bulimia e aumento de peso. Os problemas sexuais são frequentes: diminuição do desejo, impotência ou frigidez. Uma série de queixas somáticas podem ser registadas: cefaleias, dores musculares, parestesias, problemas urinários, taquicardia (Leydenbach, 2001, p. 122).

Do ponto de vista psicossomático, a depressão define-se, segundo Sami-Ali, como ligada ao recalçamento da função do imaginário, com a supressão da subjectividade que permite conformar-se com um super-eu que elimina todo o conflito (Bensoussan, 2001).

Nacht e Racamier (1952 in Coimbra de Matos, 2001, p. 44) consideram a depressão como “depressão clínica, manifesta e com sintomas evidentes”.

Para Bibring (1953 in Coimbra de Matos, 2001, p.45) a depressão “é o efeito da paralisia do Eu porque se descobre incapaz de fazer face ao perigo”.

“A depressão de inferioridade de Pasch está ligada ao ideal do Eu megalómano” (Coimbra de Matos, 2001, p. 46) e aproxima-se do conceito depressividade de Coimbra de Matos.

A depressão narcísica é “a desfeita narcísica que provoca um sentimento de humilhação e de raiva, que desencadeia por sua vez uma atitude de afastamento ou abandono do objecto de amor, investido de uma forma mais narcísica do que libidinal, conduzindo a um estado depressivo”.

Esta depressão caracteriza-se por uma dor psíquica, uma ferida que corrói a auto-imagem e a auto-estima, e pelo ferimento narcísico por onde se escoa o investimento libidinal do Eu (Coimbra de Matos, 2001).

É uma depressão vivida sem culpa, mas com sentimentos de insuficiência ou de inferioridade, correspondendo à disposição depressiva e à depressividade ou depressão narcísica.

Segundo Coimbra de Matos (2001), neste tipo de depressão, a relação de objecto é de tipo narcísico. A luta contra a depressão narcísica vai-se realizar à custa de dois tipos de contra-investimentos narcísicos:

- constrangimento do investimento narcísico – com apatia, desinteresse por si próprio, afundamento vivencial;
- reinvestimento narcísico – imagens de compensação narcísica, traços comportamentais narcísicos, carácter narcísico.

Desta luta resulta uma “resignação narcísica” que poderá conduzir, por sua vez, a uma debilidade neurótica ou a um investimento falo- narcísico do próprio.

A nível fenomenológico, a depressão narcísica apresenta-se com um fundo de pessimismo, mas onde existe alguma esperança, pois o objecto não está perdido. É um objecto inacessível a nível genital (Coimbra de Matos, 2001).

“A doença depressiva é uma só e o que encontramos são quadros mistos em que predominam mais estes ou aqueles condicionantes, mecanismos psíquicos e contornos afectivos” (Coimbra de Matos, 2001, pg. 58).

Abraham (1911 in Coelho, R. e Prata, J, 1999) formulou a primeira tentativa de compreensão analítica da depressão. Comparou-a com a angústia e considerou-a como resultante de um recalçamento. Para este autor, a oralidade era um aspecto importante nos indivíduos deprimidos. Desta forma, elaborou um novo estágio de desenvolvimento – a fase sádica-oral.

Em 1924, sugere a existência de duas subfases na fase oral, sendo a segunda (fase oral sádica) caracterizada pelo aparecimento dos dentes e da actividade de morder. Assim, a perda objectal seria o repetir de uma depressão primária- depressão “princeps”, depressão original, a paratimia primária de Abraham – resultante de uma frustração ocorrida durante este período de desenvolvimento (in Coelho, R. e Prata, J., 1999).

Mais tarde, Abraham mudou a sua teoria original da depressão ao introduzir o conceito de predisposição oral, existência de um défice narcísico anterior à resolução da fase edipiana e a possibilidade de na idade adulta uma repetição desse desapontamento infantil ser capaz de reactivar a condição primária de predisposição (in Coelho, R. e Prata, J., 1999). Este autor considera a “distimia primária” como núcleo original da depressão do adulto, estando a sua etiologia na desilusão com os pais (Coimbra de Matos, 2001).

Coelho e Prata (1999), no seu artigo “depressão e afecto depressivo”, fizeram uma revisão teórica dos principais autores que abordaram a questão da depressão e do afecto depressivo.

Para Freud (in Coelho e Prata, 1999) a depressão é a reacção a uma perda do objecto, real ou fantasiada, não sendo a essência do fenómeno depressivo a perda propriamente dita, mas antes o processo pelo qual essa perda é codificada (fantasias inconscientes e pensamentos conscientes que organizam a forma como essa perda é vivenciada). Na depressão, a perda do objecto deverá ser acompanhada de uma persistência do desejo do objecto e pela representação da impossibilidade de o alcançar.

Segundo Bleichmar (1996, in Coelho e Prata, 1999), o estado depressivo consiste não só no facto do desejo ser impossível de atingir, mas também, na representação de si próprio da sua incapacidade de satisfação.

A partir dos trabalhos de Abraham e de Freud surgiram como aspectos essenciais da depressão:

- a precaridade na organização do objecto interno (défice narcísico com diminuição da auto-estima e com um objecto interno convertido em instância crítica que constrange constantemente toda a expansividade do ser);
- a experiência interna da perda do amor objectal e a idealização do objecto (Coimbra de Matos, 1986 in Coelho e Prata, 1999).

Rado (1928, 1951 in Coelho e Prata, 1999) considera que os indivíduos com predisposição para a depressão seriam aqueles com uma necessidade intensa de gratificação narcísica (necessidade de amor e aprovação pelos outros).

De acordo com Bleichmar (1983 in Coelho e Prata, 1999), existem na Psicanálise duas grandes teorias acerca da depressão:

- a sustentada por Fenichel ou Bibring e em que a depressão aparece como um decréscimo da auto-estima;
- a defendida por Klein e em que a depressão é a consequência dos impulsos agressivos.

Para Fenichel (1945), no deprimido há uma perda da auto-estima ou perda da fonte que assegura a auto-estima. Passa-se da ênfase na perda do amor do objecto para uma perda da auto-estima do sujeito. A depressão surge quando há a perda de um objecto que é investido com a auto-estima do próprio. A base da depressão é a introjecção do objecto amado, introjecção esta apenas enquanto fonte de narcisismo (in Coelho e Prata, 1999).

A partir de uma revisão da literatura psicanalítica da depressão, Bibring (1953 in Coelho e Prata, 1999) distingue dois tipos de depressão:

- depressão simples, endógena ou ligeira;
- depressão melancólica com uma constelação típica de lesão narcísica, mecanismos de recompensação oral e auto-agressão (o deprimido dirige para si próprio a agressão para com o objecto).

Para Bibring, a depressão é um afecto básico ou reacção de base do Eu face a situações de frustração narcísica que resultariam em sentimentos de desamparo e impotência.

O afecto depressivo seria independente das vicissitudes da agressão e da oralidade (Hoffman, 1992 in Coelho e Prata, 1999).

Bibring considera que frustrações repetidas das necessidades não preenchidas da criança podiam inicialmente levar a ansiedade e raiva; com a continuação a raiva seria substituída por sentimentos de desespero, desamparo, impotência e depressão. Esta experiência precoce, de um estado de desamparo do Eu, constituiria o factor mais importante de predisposição à depressão.

Para Freud o luto e a melancolia envolviam uma inibição do Eu. Contudo, Bibring interpretou a inibição do Eu como característica fundamental do estado depressivo. A depressão seria uma regressão do Eu a um determinado estado, isto é, uma reactivação de um estado primitivo do Eu compreendendo sentimentos de desamparo e impotência.

Bleichmar (1996 in Coelho e Prata, 1999) nota que a inibição do Eu na depressão tem três características: existência de um desejo, antecipação desse desejo como irrealizável, e a fixação nesse desejo, ou seja, impossibilidade de passar a outro, mantendo-se o impasse.

Bibring salienta ainda o papel central dos sentimentos de desamparo e impotência na constituição do fenómeno depressivo, considerando que a predisposição à depressão era determinada pela fixação àquele tipo de experiências primitivas.

A facilidade e intensidade com que este estado estruturado do Eu era reactivado dependeria da capacidade constitucional e individual de tolerância à frustração narcísica, e da gravidade e intensidade das experiências precoces de desamparo e de impotência (in Coelho e Prata, 1999).

Para Rapaport (1959 in Coelho e Prata, 1999) e Bibring, o desenvolvimento do Eu requer a presença de estímulos adequados como o amor objectal. Se estes estímulos forem sucessivamente ausentes surge um determinado estado primitivo do Eu cuja reactivação posterior leva à depressão.

Para Joffe e Sandler (1965), a depressão constitui uma resposta afectiva básica contrariando a ênfase dada por Bibring à auto-estima e à frustração narcísica. A reacção depressiva seria uma resposta de natureza biológica na qual a agressividade tem um papel fundamental. Esta reacção não seria tanto uma reacção à perda do amor do objecto mas antes uma reacção à perda de um estado de bem-estar do self (Coelho e Prata, 1999).

Para Klein (1934), a problemática depressiva assume-se como uma experiência básica de acesso ao crescimento ou ao desvio psicopatológico. Esta autora postulou a existência de duas posições no primeiro ano de vida:

-posição esquizo-paranóide – parte inicial do desenvolvimento, a ansiedade sentida seria paranóide e o estado do Eu e dos seus objectos caracterizar-se-iam pela divisão.

-posição depressiva – há o reconhecimento e uma relação com um objecto total; o objecto é igualmente fonte do que é bom e do que é mau (Segal, 1975).

Existiria desde o nascimento um Eu suficientemente estruturado capaz de experimentar angústia, utilizar mecanismos de defesa e estabelecer relações objectais na fantasia e na realidade (Segal, 1975 in Coelho e Prata, 1999).

Segundo Klein, com a integração do bom e do mau objecto a agressão gera culpa. O esquema kleiniano supõe o seguinte encadeamento de carácter tipo causal: a agressão determina culpa que leva à depressão (apesar da autora reconhecer que a agressão não induziria automaticamente culpa).

Para Grinberg (1992 in Coelho e Prata, 1999), a culpabilidade depressiva é o desejo de reparar o objecto que se sente ter sido lesado pelos impulsos destrutivos do próprio. O sentimento de luto por ter destruído (em fantasia) o objecto e a ansiedade de o manter em segurança constituem o fundamento da posição depressiva. Os sentimentos de depressão correspondem à experiência de perda produzida na separação materna (ruptura do cordão umbilical) ou à lesão do *self* e do objecto e representam (inconscientemente) uma perda de partes do Eu e da própria mãe. Existe precocemente um Eu capaz de experimentar sentimentos de depressão face à perda ou lesão do *self* ou do objecto.

Winnicott (1955) propôs a designação de estado de inquietude, tendo valorizado os conceitos de “depressão maturativa” e de “doença depressiva” e embora desse importância à resolução da posição depressiva não situou a patologia depressiva a partir de uma falha na sua elaboração (in Coelho e Prata, 1999).

Para Coimbra de Matos (2001), a depressão envolve uma tristeza cujo motivo se procura negar para manter intacto o narcisismo, a auto-imagem. O depressivo apresenta um deficiência narcísica.

O deprimido seria aquele que sofre psiquicamente e pode vir a curar-se. O depressivo seria aquele que adoece somaticamente e /ou provoca sofrimento nos

outros, na sociedade pois usa distímias irritadas e descargas agressivas (Coimbra de Matos, 2003).

Depressão Materna

A depressão materna pode ser um factor potencial que coloca as crianças em risco de desenvolvimento socio-emocional deficitário (Campbell, Cohn e Meyers, 1995).

O distanciamento social e a tristeza que caracterizam a depressão podem resultar em baixos níveis de expressão de afecto positivo por parte da mãe e numa baixa responsividade materna. Tudo isto é importante no desenvolvimento da competência da comunicação diádica, da regulação afectiva (Tronick, 1989) e da vinculação segura (Cumming e Cicchetti, 1990) (in Campbell, Cohn e Meyers, 1995).

Na interacção com o bebé, a mãe deprimida comunica através de expressões faciais e verbais de tonalidade negativa (in Figueiredo, 2001). Descreve negativamente o bebé, sendo menos afectuosa, mais critica e hostil com ele. O envolvimento emocional positivo com o bebé é diminuto.

O impacto da depressão materna na criança é mediado pela qualidade parental. As crianças podem ser vulneráveis ao impacto da depressão materna porque dependem da qualidade dos cuidados maternos e da responsividade emocional (Beardslee, Bemporad, Keller & Klerman, 1983 in Campbell, Cohn & Meyers, 1995).

Campbell, Cohn & Meyers (1995) observaram a interacção de mulheres deprimidas e mulheres não deprimidas com os seus bebés em situação de alimentação, de face-a-face e de jogo. Nos testes de follow-up destas mulheres verificaram que aquelas com depressão crónica eram menos positivas com os seus bebés durante a interacção face-a-face do que as mulheres cuja a depressão era transitória.

As mães com depressão crónica (mais de 6 meses) foram menos positivas durante o jogo e menos competentes na tarefa alimentar (Campbell, Cohn & Meyers, 1995).

Há uma interacção pouco partilhada emocionalmente e pouco sincronizada comportamentalmente (Figueiredo, 2001).

Depressividade

Trata-se de um termo usado por Coimbra de Matos para um traço de personalidade presente em indivíduos propensos à depressão na ausência da sua sintomatologia mais comum (Ferraz et al., 1997). O indivíduo não está deprimido e não manifesta os sintomas comuns de abatimento e de tristeza (Coimbra de Matos, 2001).

É um traço de personalidade que pode actualizar-se, de forma sintomática, sob a forma de depressão. Manifesta-se por sentimentos de inferioridade e de incapacidade (ligados ao defeito do Eu e à exigência do Ideal do Eu, sobretudo em situações de competitividade) e por um esforço contínuo para evitar a depressão pelo recurso a diversas defesas (Coimbra de Matos, 1980 in Ferraz et al., 1997). Isto pode traduzir-se em sentimentos de grandiosidade e em formas ligeiras de exibicionismo, produto do desejo de ser apreciado, que aligeiram o peso do sentimento de não realização e aliviam o afecto depressivo. São, também, indivíduos que apreciam poder queixar-se quando encontram ressonância no ouvinte e que sentem medo de falhar (Coimbra de Matos, 2001).

Coimbra de Matos (1982 in Ferraz et al., 1997) considera a depressividade como uma estrutura limite entre o narcisismo e a genitalidade. Na sua etiologia está o medo da perda mas não a perda real. “Mais do que a perda trata-se da percepção das limitações da realidade” (Coimbra de Matos, 1982 citado por Ferraz et al., 1997). Há, assim, a idealização do objecto e o investimento em projectos irrealistas e irrealizáveis que conduzem a mais sentimentos de perda e de inferioridade.

Na depressividade existiria uma “ferida narcísica” que seria o produto da introjecção amorosa do objecto idealizado e da introjecção agressiva da sua parte interditora a que se juntariam sentimentos de não ser suficientemente narcisado (Coimbra de Matos, 1982 in Ferraz et al., 1997).

Isto conduziria a um funcionamento responsável pela obediência automática à autoridade (Coimbra de Matos, 1987 in Ferraz et al., 1997), pela negação das pulsões e pelo evitamento.

Coimbra de Matos (1986, in Coelho, R. e Prata, J., 1999) define como traços característicos da organização depressiva: a dependência oral-anaclítica, a insuficiência da compleição narcísica e a severidade do Super-Eu.

O sistema relacional do depressivo seria marcado pela dependência de um objecto que provê os elementos de satisfação (objecto oral) e que apoia (objecto anaclítico) a relação oral-narcísica e relação de dependência.

A deficiência narcísica e o *self* real diminuto são dois aspectos do indivíduo ao nível do investimento e da representação. A severidade do Super-Eu tem por base um Super-Eu precoce, cuja origem é sobretudo pré-edipiana, que não perdoa e castiga a menor transgressão e que na depressão tipo melancólica é sobretudo de génese oral. Aliado a este Super-Eu existe um Ideal do Eu de uma exigência extrema e perfeição absoluta.

Estes traços de personalidade (baixa de auto-estima, culpabilidade, severidade do Super-Eu, vulnerabilidade à perda e idealização do passado) são egossintónicos e correspondem a uma depressão crónica latente ou larvada.

Coimbra de Matos (1985) fala de depressividade quando a existência de um conflito permanente com os introjectos acarreta uma constante situação de esmagamento do *self* e de esgotamento do Eu. Isto traduz-se num vago sentimento de inferioridade e/ou num comportamento de relativa incapacidade e revela, também, um esforço defensivo contínuo para não se deixar deprimir: ficar deprimido pela cedência à opressão do objecto interno, ou deprimir-se, sentir-se triste e com sentimentos de solidão, pelo abandono desse objecto tutor (in Coelho, R. e Prata, J., 1999).

Para este autor a estrutura depressiva organiza-se por efeito de pequenas perdas cumulativas ou como sequela de uma reacção depressiva. Mas também na vigência e na sequência de uma relação patogénica em que o sujeito dá mais do que recebe, vivendo num sistema de perda contínua; trata-se de um amor não correspondido. O sujeito depende de um objecto imaturo e narcísico, que suga e só dá para receber mais em troca. Este objecto é ao mesmo tempo um objecto culpabilizante, que desvaloriza, humilha e ridiculariza o sujeito, e um objecto narcísico e desnarcisador, desamante, crítico, agressivo, controlador e repressivo (in Coelho, R. e Prata, J., 1999).

No funcionamento depressivo há o investimento inconsciente do objecto de amor perdido, a compensação narcísica e o curto-circuito da erotização da relação e a reparação patológica.

Para Nacht e Racamier (1952 in Coimbra de Matos, 2001), a depressividade é a depressão sem depressão em que há a ausência de sintomatologia de depressão, mas em que existe uma depressão latente, mais ou menos encoberta por mecanismos antidepressores. Faz - se na base da satisfação do narcisismo do objecto.

Coimbra de Matos (2001) salienta algumas características da personalidade depressiva. Trata-se de sujeitos com tendência a deprimir-se, mas que não manifestam os sintomas de abatimento e tristeza próprios da depressão. Apreciam poder queixar-se quando encontram ressonância no ouvinte e apreciam poder exhibir algumas facetas da sua grandiosidade, que o interlocutor admire e aclame. Têm o sentimento de falha (e o medo de falhar) e o sentimento de incapacidade ligado ao defeito do Eu e à exigência do Ideal do Eu, sobretudo em situações de competitividade.

Na depressão o objecto idealizado é conservado no interior (Coimbra de Matos, 2002a).

Para Fairbairn, a ansiedade de separação é condicionada pela dependência infantil e imatura. Esta dependência em relação ao objecto é encontrada na personalidade depressiva. O depressivo está muito dependente do seu objecto; mas ele depende mais do amor do objecto do que do próprio objecto em si. “A necessidade de ser amado é primordial e insaciável. O indivíduo quer ser o alvo único e especial do amor do objecto” (Coimbra de Matos, 2002c, p.61).

O depressivo depende do amor do objecto, sofre de ansiedade depressiva, do medo de perder o afecto do objecto. A depressão surge quando há a sua perda.

A ameaça de perda ou a perda do amor do objecto (ou do objecto enquanto objecto de amor) não causa ansiedade de separação ou insegurança, mas ansiedade depressiva ou depressão (Coimbra de Matos, 2002c). O depressivo depende do amor do objecto. Torna-se abatido, zangado, diminuído e culpado pois persiste na representação do objecto.

A insuficiência narcísica no depressivo manifesta-se através de inferioridade.

Coimbra de Matos (1980) refere que “o funcionamento depressivo situa-se na secção neurótica da personalidade e que, por isso, o depressivo está orientado para os objectos e ama os seus objectos” (in Coimbra de Matos, 2002c, p.62).

O depressivo vive num mundo interno que está saturado de objectos, bons e maus; alguns são idolatrados e outros são malévolos. Vive ocupado em reparar os objectos e em controlar a agressão (Coimbra de Matos, 2002c).

Fairbairn defende que a personalidade constrói-se na relação e que é a relação objectal que determina a atitude libidinal e a reacção agressiva.

Na depressão existe uma divisão do self: um self cego e com raiva contra o mau objecto e um self encantado e que suplica pelo objecto ideal. O objecto, quando ausente, é idealizado; quando presente é mau e intolerável (in Coimbra de Matos, 2002c).

Segundo Coimbra de Matos (2003), é a relação de amor que preside ao nascimento e desenvolvimento da vida mental, permitindo o crescimento do narcisismo essencial que cimenta a estrutura e a actividade da pessoa.

O que falta ao depressivo é o amor da mãe, o qual foi perdido prematuramente. Num momento muito precoce da sua vida, o depressivo experimentou um abandono afectivo. Há várias razões para o não-investimento materno: mãe chorosa, mãe narcísica que não tolera a progressiva afirmação da criança; a isto acrescenta-se uma criança vulnerável e hipersensível (Coimbra de Matos, 2002c).

Com base em Fairbairn, e em termos de relação de objecto, o grande problema do depressivo é a não aceitação da realidade da perda. “O depressivo não nega a realidade perceptiva (como na psicose), mas nega a realidade afectiva, ou a perda afectiva” (Coimbra de Matos, 2002c, p. 70).

Como a perda é difícil de confirmar pela razão, ela torna-se dolorosa e o indivíduo escolhe ignorá-la. De acordo com Fairbairn, a perda é dolorosa devido à dependência afectiva do indivíduo (Coimbra de Matos, 2002c).

De facto, a intolerância à perda é devido à deficiência narcísica e aos sentimentos de inferioridade e incapacidade. O indivíduo considera como impossível a substituição do objecto perdido, sentindo-se ele próprio incapaz de encontrar outro ou conquistar outro.

“O depressivo considera difícil progredir do amor infantil (amor pré-genital, protector) para o amor adulto, genital (amor de cooperação) – como indica Fairbairn – um amor complementar e criativo” (in Coimbra de Matos, 2002c, p. 71).

Depressão Falhada, Sonho Falhado e Zanga Amordaçada- Psicossomática

Coimbra de Matos na sua obra *Mais Amor Menos Doença - a psicossomática revisitada* (2003), diferencia depressividade de depressão falhada. A primeira consiste num traço de personalidade ou numa perturbação estável, egossintónica e permanente. Poderá associar-se a quadros de toxicoddependência, de perturbações do comportamento alimentar, sexual agressivo e doença psicossomática. A depressão falhada é uma depressão “sem depressão”, uma “depressão sem objecto. É uma depressão que não se organiza mentalmente, não se desenvolve, encontrando-se muito ligada à disposição psicossomática.

O quadro 1 representa uma síntese das diferenças entre estes dois conceitos no que toca à sua definição, características, factores psicopatológicos e etiologia, à luz da teoria de Coimbra de Matos (2003).

| | Depressividade | Depressão Falhada |
|----------------------------------|---|--|
| Definição | Traço de personalidade; Depressão latente ou larvar. | Depressão sem depressão; Depressão não organizada mentalmente. |
| Características | Perturbação estável; Permanente; Egossintónica; Predisposição para a doença depressiva. | “Depressão biológica, imunitária”; Diminuição da reactividade dos sistemas biológicos de adaptação; Abatimento da auto-regulação homeostática. |
| Factores psicopatológicos | Supereu severo; Abatimento geral, desânimo e susceptibilidade à desistência; Inibição fóbica; Diminuição da auto-estima. | Anterior à representação mental do objecto investido; Sem depressão anaclítica e introjectiva; “Vivência” da perda não consciencializada, ausência da resposta empática necessária e desejada. |

| | Depressividade | Depressão Falhada |
|------------------|--|---|
| Etiologia | Perdas afectivas cumulativas na primeira infância e proibição excessiva do comportamento espontâneo e reactivo (carência afectiva e repressão precoces). | Desarmonia afectiva da díade; Falência da afinação afectiva por parte do objecto; Ausência de uma adequada resposta objectal de contacto e conforto e satisfação da necessidade de aconchego. |

Para este autor, a vulnerabilidade psicossomática surgirá da clivagem entre razão e emoção, com desinvestimento afectivo e hiperinvestimento no real. O desenvolvimento cognitivo e adaptativo processa-se sem a cor do afecto. Existe uma sobrevivência incolor, sem vivência, que conduz ao sonho falhado, à ausência de sonho.

Se não há afecto e amor então não há a possibilidade de perda de amor, emergindo a depressão falhada.

“A carência afectiva, não consciencializada e elaborada psiquicamente, repercute-se no organismo biológico, através de hipotonia geral e perturbação da regulação neurovegetativa, endócrina e imunitária” (Coimbra de Matos, 2003, p.35).

Na ausência de afecto, a frustração não é elaborada conscientemente e produz uma irritabilidade no funcionamento fisiológico devido à acumulação de tensões sem descarga comportamental. O autor designa isto por zanga amordaçada.

Sperling considera que na doença psicossomática os impulsos são canalizados para o interior do soma em vez de serem descarregados no exterior. “É um acto orientado para dentro (um *acting-in*), o agir através dos órgãos internos” (Coimbra de Matos, 2003, p. 88). A etiologia estaria na descarga agressiva sobre os órgãos internos.

Quando o sofrimento psíquico não é manifestado através de emoções, pensamentos, palavras e acções, o sujeito põe em risco a sua saúde física.

A depressão falhada, sonho falhado e a zanga contida constituem aspectos que podem precipitar perturbações psicossomáticas. “A incapacidade para fazer a leitura dos afectos e emoções predispõe para o adoecer somático”(Coimbra de Matos, 2003, p.147).

Nos sujeitos com doenças psicossomáticas, há uma zanga interior que não é libertada para o exterior e portanto age sobre o funcionamento orgânico. O indivíduo não consegue reconhecer a sua zanga interior, não podendo, assim, libertá-la para o exterior.

“A patologia psicossomática é a hiperadaptação pragmática com limitação ao mínimo da relação emocional com o outro” (Coimbra de Matos, 2002a, p. 25).

De acordo com Coimbra de Matos (2003), existe na personalidade psicossomática um narcisismo reactivo e uma defesa maníaca. O psicossomático é conformista e submisso, regendo-se mais pela lei da razão lógica do que pela lógica dos afectos. O tipo de relação predominante é o binário, angular ou bifocal. Na etiologia desta patologia estaria encontram-se factores de natureza afectivo-relacional. Trata-se de indivíduos que não foram investidos suficientemente como únicos e com apreço e estima pelos seus pais. Não receberam “aquele olhar apaixonado que cria a beleza do rosto, a coesão do *self* e a intencionalidade do eu” (Coimbra de Matos, 2003, p.120).

O psicossomático não ama nem odeia. Situa-se num impasse afectivo e relacional. Logo, não alcança a depressão mas uma organização pré-depressiva, de depressividade. Ao descompensar faz uma depressão falhada, depressão com abatimento das funções biológicas, nomeadamente ao nível do sistema imunitário.

Segundo a escola psicossomática de Paris, a doença somática relaciona-se com uma estrutura de personalidade em que predomina o pensamento operatório e a pobreza da fantasia (Coimbra de Matos, 2003). Para Pierre Marty, existiria nos psicossomáticos uma “depressão essencial”, uma depressão branca pois haveria uma perda precoce (antes dos seis meses de idade), anterior à constituição do objecto libidinal. Haveria uma perda precoce do investimento materno, ou seja, haveria uma leitura deficitária das necessidades do Eu imaturo do bebé por parte da mãe.

METODOLOGIA

Formulação do Problema

O objectivo deste trabalho é analisar, numa perspectiva psicossomática, a relação entre a depressividade materna e o atraso de crescimento intra-uterino.

Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo de caso inserido no método clínico. Pretende-se recolher dados que sejam esclarecedores da problemática abordada. Baseia-se, sobretudo, numa descrição subjectiva do tema em questão.

Amostra

A amostra foi recolhida na Unidade de Neonatologia do Hospital Fernando Fonseca.

Seleção aleatória de 1 caso de recém-nascido com atraso de crescimento intra-uterino simétrico ou assimétrico, cujos pais apresentem disponibilidade para participar no estudo.

Instrumentos

Dados os objectivos deste trabalho, foram utilizados como instrumentos de avaliação a entrevista clínica semi-estruturada (ver anexo A), a Entrevista R. de Stern, Robert-Tissot, Besson, Rusconi-Serpa, Muralt, Cramer e Palacio (1989) (ver anexo B) e a Escala de Depressividade (ED) de Ferraz, Pina e Ricardo (1997) (ver anexo C).

Entrevista clínica semi-estruturada

Optou-se pela utilização de uma entrevista clínica com questões abertas e fechadas com vista a diminuir a influência do investigador e simultaneamente a evitar a perda de informação.

Entrevista-R

Foi escolhida para este estudo a Entrevista-R, a fim de avaliar as representações maternas implicadas directamente na relação que a mãe estabelece com a sua criança. As representações dizem respeito às fantasias da mãe, aos seus medos, desejos, distorções, percepções selectivas, atribuições, entre outros. Tudo o que está implicado nas perturbações da relação entre a mãe e a criança sofre as influências patogénicas das representações maternas, em termos de fantasmas e identificações (Fraiberg et al., 1975; Lebovici, 1983; Cramer, 1986; Stern, 1985; Cramer et Stern, 1988 in Stern et al, 1989).

A Entrevista R nasceu da constatação da importância clínica das representações maternas e da necessidade de poderem ser medidas através de um instrumento standardizado.

As representações podem ser consideradas sob diferentes aspectos. Podem ser vistas em termos de *contéudo* (por exemplo, temas conflituais comuns específicos)

ou *independentes dos conteúdos* (por exemplo, a coerência e a consistência das representações, independentemente do conteúdo).

As representações podem também ser consideradas em termos de *dimensões* (por exemplo, riqueza versus pobreza; representação dominada por fantasmas ou livre de fantasmas) ou em termos de *categorias* (por exemplo, representação contaminada por fantasmas ou separada de fantasmas) ou em referência às categorias de vinculação de Ainsworth. O acento pode ser colocado sobre os aspectos afectivos, cognitivos ou temáticos das representações.

A entrevista pode ser feita na presença ou ausência da criança. A sua duração é de aproximadamente 40 a 60 minutos. A entrevista aborda 10 temas gerais e compreende 28 questões.

O tema *descrição da criança* é composto por 4 questões: uma descrição verbal espontânea acerca da criança, uma descrição verbal com ajuda, uma descrição perceptual e uma descrição semântica/episódica. A questão 1 permite aceder a 2 aspectos das representações maternas: em primeiro lugar, a riqueza/pobreza dos descritores utilizados (sobretudo, os adjectivos) pela mãe a propósito da sua criança. O número e a diversidade de adjectivos constituem uma medida bruta da amplitude ou do tamanho das suas descrições. Em segundo, a tonalidade hedónica ou afectiva dos descritores revela se estes são positivos, negativos ou mistos.

A questão 2 tem como objectivo obter um grande número de descritores e de evidenciar uma diferença de tonalidade afectiva entre a descrição espontânea e aquela que é dada com ajuda. A ordem de produção dos adjectivos é uma reflexão da sua posição hierárquica na representação da mãe.

Na questão 3, pede-se que a mãe avalie a sua criança em relação a 16 pares de características ou adjectivos, numa escala bipolar, em que em cada extremo de uma linha são apresentados dois adjectivos opostos.. Para cada par de características, ela indica como vê actualmente a sua criança.

Na questão 4, pede-se à mãe que forneça um exemplo específico ilustrando um ou outro dos adjectivos dados como resposta à questão 1. A adequação entre o adjectivo e o exemplo permite apreciar a coerência ou a consistência da sua representação. O fundamento conceptual desta análise reside no facto que o descritor ou o adjectivo utilizado na questão 1 provém da memória semântica, ainda que os detalhes do exemplo provenham da memória episódica. Todo o deslocamento ou

desvio de sentido entre estes 2 aspectos pode ser revelador da ausência de coerência da representação.

O tema *papel dos acontecimentos importantes do passado da criança* compreende 2 questões. A questão 5 procura identificar os factos e os temas importantes do passado da criança, aqueles que desempenham um papel na construção da representação que a mãe tem da criança.

A questão 6 é uma forma de obter uma medida das mudanças nas respostas à questão anterior.

O tema *auto-descrição da mãe* envolve as questões 7, 8, 9 e 10 e dizem respeito ao papel da mãe e não ao da criança.

O tema é *papel da sua própria mãe* composto pelas questões 11, 12, 13 e 14. O acento recai sobre a representação que a mãe tem da sua própria mãe. A questão 15 contém 6 sub-questões e diz respeito às *mudanças na relação com a sua mãe*. A ideia subjacente a cada uma delas é avaliar todo o tipo de mudança no comportamento da mãe em relação à sua própria mãe. Supõe-se que uma nova relação entre a mãe e a sua própria mãe é uma medida potencialmente sensível da mudança durante esta fase de vida.

O tema *semelhanças com a família* é composto pelas questões 16 e 17 que se referem à forma como é identificada a criança na família..

Na questão 18, a mãe descreve-se a si própria enquanto pessoa e na questão 19 ela descreve o pai da criança enquanto pessoa.

A questão 20 centra-se na identificação e influência dos acontecimentos passados da mãe sobre a representação que ela faz da criança e na quantificação da sua actual influência.

O tema dos *afectos ligados às representações* refere-se às questões 21 e 22 através das quais se procura obter uma descrição da tonalidade afectiva da representação materna da criança.

O tema dos *desejos e medos* abrangem as questões 23 e 26 que permitem alcançar os aspectos das representações maternas que tenham escapado nas questões anteriores. Diz respeito ao futuro.

Na questão 27, a mãe refere-se como se sente na sua pele.

A questão 28 serve para acrescentar alguma informação suplementar que não tenha sido referida.

Resumindo, a Entrevista-R permite medir a mudança intrapsíquica num período de tempo relativamente pequeno. Assim, existem seis aspectos da representação que podem ser avaliados através desta entrevista. O tamanho e a riqueza da representação permite avaliar a quantidade e a variedade das facetas da representação que a mãe pode codificar verbalmente (questões 1, 2, 7 e 8). A tonalidade hedónica da representação fornece uma perspectiva conjunta satisfatória acerca da tonalidade afectiva ligada à criança e ao papel maternal (questões 1, 2, 7, 8, 21 e 22). A identificação das crianças com os seus pais é fornecida pelas questões 3, 18 e 19. As questões 9 e 13 permite uma avaliação da identificação da mãe com a sua própria mãe relativamente ao papel maternal. A coerência da representação é medida pelas respostas às questões 1, 10 e 14. Os núcleos e os temas conflituais específicos que exercem uma acção patogénica sobre a criança são abordados nas questões 5, 6 e 20.

Escala de Depressividade

A Escala de Depressividade (ED) permite avaliar o constructo depressividade de acordo com o quadro teórico elaborado por Coimbra de Matos. Este constructo designa um traço de personalidade presente em indivíduos propensos à depressão, na ausência da sua sintomatologia aberta (Reis e Moreno, 2001).

Esta escala foi construída após a análise de escalas e questionários usados em estudos sobre depressão, narcisismo e auto-estima. Os autores destacaram alguns itens destes testes que correspondiam ao racional teórico pretendido e acrescentaram itens criados por si mesmos.

Após estudarem três formas de escala, em termos de validade e precisão, alcançaram uma versão final composta por 20 itens que apresentam um bom nível de diferenciação. Os itens estão distribuídos de modo a que uns vão no sentido da depressividade (Id) e outros no sentido da normalidade (In), sendo a proporção final a seguinte:

Id = 13 (itens: 2, 3, 4, 5, 7, 9, 10, 13, 14, 15, 17, 18, 20)

In = 7 (itens: 1, 6, 8, 11, 12, 16, 19)

O tempo aproximado de resposta a esta escala é de sete minutos.

A ED é auto-ministrada e a instrução consiste em informar os sujeitos de que “o questionário é composto por uma série de frases, cada uma seguida por cinco opções de resposta: discordo inteiramente, discordo, não concordo nem discordo, concordo, concordo inteiramente. Leia atentamente cada frase e assinale a opção de resposta que lhe parecer mais adequada. Obrigada pela sua colaboração”.

Na validação discriminativa da ED os autores encontraram uma fraca correlação entre a ED e a BDI (Beck's Depression Inventory) e uma correlação moderada entre a ED e o SEI (Self-Esteem Inventory). Assim, a forma final da ED não mede a depressão (tal como a Beck's Depression Inventory) nem a auto-estima (Self-Esteem Inventory).

Reis e Moreno (2001) estudaram a existência ou não de correlação entre a escala CES-D (Center for Epidemiologic Studies – CES- National Institute of Mental Health), desenvolvida por Locke e Putnam, e a ED. Os resultados deste estudo indicam que as duas escalas não medem o mesmo constructo, embora pelo facto de medirem constructos muito próximos, se apresentem correlacionadas.

Em termos estatísticos, foi obtida uma média de 50.76, numa amostra de 135 pessoas (51 do sexo masculino e 84 do sexo feminino; com idades entre os 35 e os 68 anos), e um desvio padrão de 7.52.

Neste estudo foi feita um análise factorial dos principais componentes dos 20 itens da ED para a amostra. Foram examinados 4 factores para a ED com uma nível de significância de 0.5:

Factor 1 – itens: 1, 6,8,12,19

Factor 2 – itens: 9,13,14

Factor 3 – itens: 2,4,10,11,18

Factor 4 – itens: 3,5,15,17,20

Estes factores foram agrupados com base em considerações teóricas tecidas pelos autores do estudo. Desta forma, o **factor 1** diz respeito à capacidade em investir em novos objectivos/objectos, frágil na depressividade, e que se traduz numa desistência prévia (defesa contra a depressão), medo de falhar e sentimentos de incapacidade, quando perante desafios. Este factor está relacionado com a dificuldade do depressivo em empreender novos projectos. É constituído por itens construídos no sentido da normalidade. São itens que representam um “passo para a cura”.

O **factor 2** parece relacionado com a dependência infantil dos depressivos e com a necessidade de um objecto provisor e protector, implicada na relação de objecto anaclítica.

O sentimento de não ser amado e não valorizado está presente no **factor 3**. Estão em causa o défice narcísico e a idealização do objecto.

O **factor 4** refere-se ao afecto depressivo e os itens estão significativamente correlacionados com os itens que constituem o factor “afecto depressivo” na escala CES-D.

Procedimento

Num primeiro momento, foram contactados os pais cujo filho se encontrava internado na Unidade de Neonatologia com o diagnóstico clínico de atraso de crescimento, não tendo sido excluídos bebés que apresentavam outros diagnósticos adicionais. Em seguida, e após obtenção do consentimento informado, procedeu-se a uma entrevista semi-estruturada. Por fim, aplicaram-se a Entrevista R e, posteriormente, a Escala de Depressividade à mãe.

APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DE RESULTADOS

Este capítulo aborda um caso clínico. Primeiro, são expostos alguns dados da história pessoal do bebé e da família que foram considerados como mais pertinentes para o estudo proposto. Prossegue-se com a avaliação e apresentação dos resultados da Entrevista R e da Escala de Depressividade, seguidas da análise do caso. Para garantir a confidencialidade dos dados recolhidos os nomes próprios dos intervenientes são fictícios.

Caso Clínico

História Pessoal

Os pais do Filipe foram abordados na Unidade de Cuidados Especiais Neonatais (UCEN), tendo sido depois encaminhados para um gabinete. O pai referiu que teriam que se ausentar do Hospital dali a alguns minutos.

Foram informados acerca do estudo: o seu objectivo e as suas implicações práticas. O pai concordou em participar, mas passou a palavra à mulher, justificando que ela iria ter mais autonomia para se deslocar ao Hospital. A mãe mostrou-se receptiva, declarando que se era para ajudar outras pessoas então estava disponível.

O pai colocou questões acerca do significado de “atraso de crescimento intra-uterino”, tendo ficado satisfeito com a explicação que lhe foi facultada.

Inicialmente foram recolhidos alguns dados de anamnese.

O Filipe é o primeiro filho deste casal que co-habita há dois anos. Nasceu às 35 semanas e 2 dias de gestação, com 1405g de peso, tendo sido considerado um atraso de crescimento intra-uterino assimétrico. A gravidez foi desejada, planeada e vigiada. Às 24 semanas de gestação souberam o seu sexo e às 34 semanas detectou-

se o atraso no crescimento fetal. Na altura, a mãe ficou assustada com o diagnóstico. Pensou que seria melhor ele nascer mais cedo porque se permanecesse no útero as coisas podiam-se complicar.

A gravidez foi atravessada com mal estar físico manifestado através de enjôos, de duas constipações e de uma infecção dentária que a obrigou a tomar antibiótico. Por outro lado, o seu trabalho era stressante, podendo ter afectado o bebé (segundo a mãe).

A Sofia é secretária administrativa e tem 28 anos. O Rui, tem 32 anos e é empregado de escritório. Vivem juntos há dois anos. A Sofia é a segunda de uma fratria de 2 raparigas. O Rui é o quarto de uma fratria de 5. A avó materna tem um tumor benigno na tiróide, o avô paterno teve um enfarte e a avó paterna faleceu, há 23 anos, com cancro no cólon.

Durante a gravidez, a mãe costumava acariciar a sua própria barriga e falar com o feto, momentos que não eram partilhados com o marido. Era um pai “não pai”, não ligado ao filho-feto.

Segundo a mãe, a sua barriga era muito pequena. Mas engordou muito. O feto era muito mexido. Encontrava-se sentado no canto direito da barriga, o que obrigou a um parto por cesariana devido ao posicionamento pélvico do bebé.

O pai considera o Filipe um bebé bonito e parecido com o avô materno, sobretudo a testa. Opinião também partilhada pela mãe. O pai não reconhece ligação física com o filho (parecenças fisionómicas) como a mãe também não, a mãe vê-o mais como um filho edípiano, filho do seu próprio pai. Não se constituiu, no imaginário e simbólico dos pais, numa família biparental.

Quando nasceu, o pai foi o primeiro a vê-lo; a mãe só o viu e tocou no dia seguinte, pois tinha sido submetida a cesariana.

Foi ao colo da mãe há poucos dias, ela não conseguiu verbalizar o que tinha sentido na altura.

A mãe tem participado nos cuidados ao filho, nomeadamente ao nível da higiene (mudar a fralda) e da alimentação (dar o biberão). Só há poucos dias atrás o pai tomou a decisão de pegar no filho. Paternidade assumida em atraso e debilmente.

Ao 11º dia de vida do Filipe, foi feito novo contacto com a mãe na UCEN. O Filipe estava na incubadora a chorar. A mãe, acabada de chegar, abriu a incubadora e aproximou a sua mão ao corpo do filho. Iniciou um diálogo com o filho a fim de perceber a causa do seu desconforto: “O que se passa?...Porque estás assim?”. Face à

manutenção do choro, colocou-lhe a chucha; então ele acalmou durante um tempo e depois retomou o choro.

Devido à preocupação da mãe, combinou-se outro dia para dar continuidade à investigação.

Avaliação das Representações e da Depressividade Maternas

I. Ao 15º dia de vida do Filipe, aplicou-se a Entrevista R só na presença da mãe. Descreve espontaneamente o filho como sendo lindo, quase perfeito, meiguinho e pouco exigente (exemplo, “só chora quando tem fome”). Não acrescentou mais adjectivos quando solicitada.

Os traços pessoais do Filipe passam por ser activo, calmo, nem agressivo nem pacífico, sociável, nem inibido nem desinibido, alegre (“quando está acordado, só se lhe fizerem algum mal é que fica triste”, diz a mãe), fácil, bonito, nem inteligente nem não inteligente, receptivo, caloroso, nem dependente nem independente, confiante, vivo, nem preocupado nem despreocupado, afectuoso, perfeito, meigo e exigente.

A mãe escolheu o ser exigente e o sociável para descrever um episódio ilustrativo destes dois adjectivos. “É exigente porque é um relgiozinho...berra que se farta...Quando tem o leite acalma.”. “É sociável quer vá para o meu colo ou para o do pai ou da avó está sempre bem disposto, não chora”.

Não referiu nenhum facto importante do passado da criança que desempenhasse um papel na construção da representação que ela tem do Filipe.

Enquanto mãe, descreve-se como paciente, calma, carinhosa (“dar amor”), presente (“estar sempre ao lado, é uma vida nova”). Teve dificuldade em descrever-se enquanto mãe, em pensar sobre si própria, de modo que antes de responder afirmou “Não sei auto-avaliar-me!”.

De acordo com os quinze pares de descritores fornecidos, a mãe considera-se afectuosa, tolerante, nem confiante nem medrosa, nem disponível nem ocupada, mãe-galinha, paciente, nem autoritária nem condescendente, brincalhona, controladora (“às vezes”), nem generosa nem pouco generosa, preocupada, satisfeita no seu papel como mãe (“até à data”), papel de mãe nem fácil nem difícil, nem calma nem nervosa e amorosa.

Esta mãe não tem bem consistente a sua descrição enquanto mãe, porque ora diz que é calma ora põe isso em causa.

Considera-se preocupada porque “eu saio daqui (do Hospital) mas a minha cabeça está sempre aqui...como é que ele está...”; e “mãe-galinha” visto que “todos os dias, quando venho para aqui, quero notícias: como se portou, se está estável...”.

A avó materna do Filipe é descrita espontaneamente como “mãe-galinha”, amorosa, atenciosa e sempre preocupada.

Em termos de traços pessoais, é vista como afectuosa, tolerante, bastante confiante, disponível, “mãe-galinha”, nem paciente nem impaciente, nem autoritária nem condescendente, brincalhona, controladora, generosa, preocupada, satisfeita no seu papel de mãe, papel de mãe difícil (“se calhar não foi fácil para ela...”), atenciosa e amorosa.

É “mãe-galinha” “porque sempre está preocupada comigo e com a minha irmã. E é atenciosa pois “esquece-se dela para me satisfazer”.

Não houve mudanças na relação com a sua própria mãe no que diz respeito ao pensar nela. Sente que há menos contacto, mas que a sua mãe está mais próxima. Considera-se mais implicada no seu papel de filha e que a sua compreensão melhorou. Em termos gerais, a relação com a sua própria mãe é mais positiva. Houve um maior aproveitamento da captação das capacidades da própria mãe.

O Filipe é careca como o avô materno e parecido com o pai porque “manda vir quando as coisas não são como ele quer....quando não tem a chucha”. Manifesta medo que o filho seja uma cópia do pai, exigente e pouco atento às necessidades da mãe.

Enquanto pessoa, a Sofia é activa, nem calma nem excitada, pacífica, sociável, nem inibida nem empreendedora, alegre, nem difícil nem fácil, nem bonita nem feia, inteligente, receptiva, calorosa, viva, nem independente nem dependente, nem medrosa nem confiante, preocupada e afectuosa (“para quem merecer”).

O pai como pessoa é visto pela mãe como activo, nem calmo nem excitado, pacífico, sociável, empreendedor, alegre, nem difícil nem fácil, bonito, inteligente, nem receptivo nem pouco receptivo, caloroso, independente, confiante (“parece ser”), vivo, preocupado e afectuoso.

Não refere qualquer acontecimento do passado e do presente dela que pudesse ter influência nas suas representações maternas. Apenas afirmou que “ser a época de Natal custa mais...”, pois faltava pouco tempo para a consoada.

Emocionalmente, a mãe acrescenta que “sozinha penso: isto é meu!...Às vezes tenho vontade de chorar. Depois do parto a pessoa fica mais sensível...não sei...e quando os outros bebês têm alta...Não sei se ele está a sofrer ou não”. Sente que o filho não é dela, revelando, provavelmente o seu desejo inconsciente de não ter este filho devido às exigências de afecto do bebé.

Neste momento, segundo a mãe, os afectos predominantes são a ansiedade e o orgulho. Sente às vezes alegria, tristeza e culpabilidade. Não sente curiosidade, cólera, vergonha e desgosto. Vive emoções nem positivas nem negativas.

A mãe formula os seguintes desejos em relação ao Filipe: “tudo de bom...tudo o que estiver ao meu alcance - amor, carinho, uma família, compreensão para com ele, bem estar”.

O seus medos em relação ao filho passam pelo medo de o perder, que fique doente, que lhe aconteça algo.

Enquanto mãe, deseja ser boa mãe e que o filho possa contar com ela sempre que precisar.

A mãe tem medo que lhe possa acontecer alguma coisa e que não seja capaz de ajudar o filho.

Termina dizendo que a sua auto-estima nem é boa nem má.

Quadro 2 - Resumo das respostas à Entrevista R

| Questões | Respostas |
|------------------------------------|--|
| Descrição do bebé (espontânea) | Riqueza dos descritores. Diversidade de adjectivos. Tonalidade afectiva positiva dos descritores. |
| Descrição do bebé (com ajuda) | Não acrescentou mais dados. |
| Descrição perceptual | Avaliação positiva da criança. |
| Descrição semântica/episódica | Consistência na representação materna da criança. |
| Acontecimentos do passado do bebé | Não referiu nenhum acontecimento importante do passado. |
| Influência desses acontecimentos | Não referiu nada. |
| Auto-descrição da mãe (espontânea) | Resistência inicial em responder: “não sei auto-avaliar-me”. Contudo, depois elabora uma resposta com descritores positivos. |

| Questões | Respostas |
|---|--|
| Descrição da mãe (com ajuda) | Resistência em pensar sobre aspectos negativos do seu papel de mãe. |
| Auto-descrição da mãe – descrição perceptual | Descreveu-se positivamente como mãe, mas considerou-se muito controladora. |
| Auto-descrição da mãe – semântica/episódica | Consistência na representação de si como mãe. Escolheu os adjectivos preocupada e mãe-galinha para se descrever. |
| Descrição do papel da sua própria mãe (espontânea) | A sua mãe detém algumas das suas características, sendo descrita positivamente. |
| Descrição do papel da sua própria mãe (com ajuda) | Não quis acrescentar mais informação. |
| Descrição do papel da sua própria mãe - perceptual | Descrição positiva da sua própria mãe. Porém, considerou que o papel da sua mãe era difícil. |
| Descrição do papel da sua própria mãe - semântica/episódica | Consistência na representação da sua própria mãe. Escolheu “mãe-galinha” e “atenciosa” para descrever a sua mãe. |
| Mudanças na relação com a sua mãe | A relação é positiva. Melhorou na aproximação, no seu papel de filha e compreensão; mas tem menos contacto com a mãe. |
| Semelhanças com a família (espontânea) | Avô materno (“é careca”) e pai (“mandar vir quando as coisas não são como ele quer, quando não tem a chucha”). |
| Semelhanças com a família (com ajuda) | Não acrescentou mais informação. |
| Descrição da mãe como pessoa | Activa, pacífica, sociável, alegre, inteligente, receptiva, calorosa, viva, preocupada e afectuosa, considerando-se neutra relativamente a: calma/excitada, desinibida/inibida, fácil/difícil, bonita/feia, independente/dependente e medrosa/confiante. |
| Descrição do pai como pessoa | Activo, pacífico, sociável, empreendedor, alegre, bonito, inteligente, caloroso, independente, confiante, vivo, preocupado, afectuoso. E mais ou menos calmo/excitado, fácil/difícil e receptivo/pouco receptivo. |

| Questões | Respostas |
|--|--|
| Influência do passado e do presente da mãe | Não referiu nada. |
| Três emoções mais fortes | Preocupação, tristeza e sensibilidade. |
| Afectos | Existência de ansiedade e orgulho. Nada de curiosidade, cólera, vergonha e desgosto. Não define a alegria, tristeza e culpabilidade. |
| Desejos em relação ao bebé | Bem estar, sentimentos positivos (amor, carinho) e uma família. |
| Medos em relação ao bebé | Medo de perde-lo, medo que ele fique doente e que lhe aconteça algo. |
| Desejos enquanto mãe | Ser uma boa mãe e ajudá-lo sempre que ele necessitar. |
| Medos enquanto mãe | Que haja alguma coisa e que não seja capaz de o ajudar. |
| Estima da mãe | A sua auto-estima nem é boa nem má. |

II. Aos 11 dias de vida do Filipe, a mãe foi convidada a responder à Escala de Depressividade.

De acordo com os resultados do questionário, a mãe considera-se uma pessoa com força, interessante, auto-realizada. É ela mesma, não se auto-recrimina, aceitando os seus erros. É optimista, independente. Sente-se gostada, segura e independente dos juízos dos outros. Gosta de receber elogios. Tem uma boa imagem de si e sente-se bem consigo. É uma pessoa bem sucedida. Todavia, não se sente uma pessoa atraente e contente consigo própria.

As suas respostas encontram-se dentro da média. O seu valor total na escala foi de 53, sendo a média 50,76 e o desvio padrão de 7,52. Este resultado é sugestivo de ausência de depressividade nesta mãe.

Análise do Caso

O Filipe nasceu no seio de um casal jovem que, apesar de referirem que desejaram e planearam a sua vinda, manifestaram alguma dificuldade e ansiedade em enfrentar a situação de uma primeira gravidez.

A ansiedade faz parte da vivência do processo gravídico, pois trata-se de uma forma de preparar a energia emocional dos pais para a vinculação ao bebé

(Brazelton, 1994). Contudo, este estado afectivo poderá ter tido um impacto demasiado forte para esta mãe que se sentiu desamparada e sozinha, não encontrando mecanismos internos compensatórios. Ela própria contou que estabeleceu uma relação com o feto e tentou conhecê-lo, não sendo esta intimidade partilhada com o pai. Este referiu que não se sentia confortável para tocar na barriga. Provavelmente, estava pouco disponível para se envolver no processo gravídico, ou excluiu-se ou foi levado a excluir-se. O pai pode-se ter sentido de fora ou a mãe pode ter invejado a sua liberdade e sentido a gravidez como um fardo, responsabilizando-o inconscientemente por isso e excluindo-o (Brazelton, 1994).

O Filipe parece não ter tomado um lugar na representação mental do pai, ou seja, não se ter constituído como uma representação investida de afecto, um objecto interno (Coimbra de Matos, 2004). Não se constituiu como projecto de continuidade e de diferença. De facto, a biparentalidade e a relação privilegiada dupla são fundamentais para o bebé. Sabe-se que o pai é um parceiro de relação com o filho desde o nascimento (Coimbra de Matos, 2004).

Durante a gravidez, esta mulher necessitava de ter alguém que dirigisse a sua vida, não parecendo segura em confiar no seu companheiro (Colman e Colman, 1994). O contexto emocional poderá ter potencializado o aparecimento de alguns sintomas somáticos, tais como enjoos, relatados pela mãe. Estes enjoos seriam a expressão da incerteza e do conflito de sentimentos acerca da possibilidade e da desejabilidade da gravidez (Andrade, 2001).

O aparecimento de outros problemas somáticos (constipações e infecção dentária) veio reforçar o conflito marcado pela coexistência de um desejo consciente de estar grávida e uma recusa inconsciente do mesmo estado (Haynal, Pasini e Archinard, 1998).

A ansiedade e a tensão sentidas pela mãe foram, em parte, justificadas pela sua actividade profissional muito activa. O investimento profissional seria um modo de escapar às exigências internas da gravidez. O exterior impõe-se em detrimento do interior. A mãe transmite ao feto elementos do seu próprio estado biológico e do seu próprio mundo mental e emocional (Mancia, 1981).

A mulher grávida orienta o seu interesse e energia para dentro de si mesma como forma de reservar a sua vitalidade para si e para o bebé (Haynal, Pasini e Archinard, 1998). Sendo assim, esta mãe necessitou constantemente de repôr energias físicas; o que poderá ter tido repercussões no feto, já que este depende, em

apreciável medida, do investimento materno. Enquanto a mãe engordava o feto diminuía de peso. O próprio corpo era a manifestação das ambivalências desta gravidez, visto que a sua barriga “era muito pequena”. Tratou-se de uma grávida não com uma barriga para fora, em expansão, como afirmação do materno, do outro que está em si, mas com uma barriga virada para dentro, retraída, concentrada, conferindo muito pouco espaço para o amadurecimento e autonomização do bebé, processos indispensáveis a uma gravidez de termo (Botelho e Leal, 2001).

O atraso de crescimento intra-uterino poderia ser a manifestação da depressão do feto relacionada com a depressão parental, ou narcisismo parental, e com o “desinvestimento inconscientemente agido do feto” (Sá, 2001 in Coimbra de Matos, 2004). De facto, o Filipe parece ter ocupado pouco espaço no interior psíquico dos pais. Não foi pensado nem sentido pelos pais (Depressão falhada? ou Depressão caracterial?)

O nascimento prematuro foi vivido com alguma satisfação pela mãe, pois temia o agravamento da situação do feto. O desconforto sentido pelo seu estado gravídico levou esta mulher a desejar o estado anterior.

Esta gravidez “branca”, pouco vivida e sentida, teve como corolário a não descrição dos seus sentimentos perante a primeira visão do bebé real. O vazio na expressão afectiva traduziria o confronto com o conflito interno vivenciado ao longo da gravidez.

Aos 8 dias de vida do bebé, caracterizou-o espontânea e positivamente. Salientou a sua exigência na alimentação “é um relógio...berra que se farta” e a sua sociabilidade “vai para o colo do pai e da avó sempre bem disposto” como as características mais evidentes no momento. Isto é revelador da consciencialização e assunção da tarefa materna, que passa por estar disponível para satisfazer as necessidades biológicas e psicológicas do bebé, e da “tristeza” por não haver, por parte do Filipe, uma gratificação dessa disponibilidade através do reconhecimento do colo da mãe como mais agradável do que os dos outros familiares, por exemplo.

É a biparentalidade que enriquece a vida mental e relacional do bebé, possibilitando as diferentes identificações no sentido de facilitar a identificação idiomórfica.

A mãe demonstrou dificuldade em se descrever enquanto mãe, ou seja, em olhar interiormente para si. O internamento neonatal do filho, em consequência do atraso de crescimento intra-uterino e prematuridade, poderá ter condicionado a

resistência em falar de si como mãe e o medo de ser avaliada nas suas competências maternas. Todavia, conseguiu elaborar uma imagem positiva de si enquanto mãe. Descreveu-se por identificação alotriomórfica e não idiomórfica. Ou seja, descreveu-se por identificação ao modelo - à sua própria mãe (Coimbra de Matos, 2002a).

Não conseguiu definir se ser mãe é difícil e gerir o impasse implícito na aquisição desse novo papel social. Definiu melhor a sua própria mãe do que a si própria como mãe, dada a “prematuridade” do seu novo estatuto. Não houve, assim, o desenvolvimento de uma identidade idiomórfica, construída sobre o seu próprio modelo, sobre as suas próprias competências e experiências. Ela é como o outro, a sua própria mãe. É uma cópia da sua mãe. Não construiu a sua própria identidade, através de um crescimento endógeno, interior (Coimbra de Matos, 2004). Assim, a sua identidade afirma-se como exógena e enxertada.

Começou a elaborar o papel materno como algo de exigente que envolve preocupação e “submissão” às necessidades do filho (colocando-se numa posição narcísica), tal como acontece com a sua mãe que se esquece dela própria para satisfazer a filha. Copiou a mãe, em vez de crescer como mãe.

O relacionamento da mãe com a sua própria mãe foi sentido pela primeira como mais positivo do que aquele que existia antes de se tornar mãe. Teve menos contacto com ela, provavelmente menos do que desejaria; mas sentiu-a como mais próxima, valorizando o seu papel de filha e compreendendo-a melhor. Isto evidencia a “omnipresença” do modelo de identificação.

O Filipe foi identificado com o avô materno e com o pai, reforçando a sua pertença à classe masculina e afastando-o das figuras femininas da família com patologia orgânica. Foi buscar características do seu próprio pai para dar uma identidade masculina ao filho. Como se houvesse um Édipo mal resolvido, e o filho fosse fruto de uma relação incestuosa.

Enquanto pessoa, a mãe definiu-se apenas com base em qualidades, porém, mostrou-se indefinida relativamente ao estado de tensão, de inibição, de dependência, de confiança, de dificuldade e de beleza. Nesta descrição fez apelo à defesa narcísica, apontando e valorizando apenas a suas qualidades. Pareceu auto-centrada, não havendo espaço para o objecto (feto/bebé).

O pai foi descrito positivamente como pessoa. Contudo, surgiram dúvidas quanto a ser calmo, fácil e receptivo. Estas qualidades teriam sido importantes para securizar a mãe durante a gravidez.

Durante o período neonatal, as emoções mais fortes desta mãe foram preocupação (pelo estado clínico do bebé), tristeza (pelas circunstâncias da gravidez e do nascimento, sem marido/pai) e sensibilidade (das competências maternas).

A mãe foi dominada por um misto de ansiedade, relativa aos cuidados neonatais, e orgulho, por ter um bebé perfeito, ou “quase perfeito”. Iniciando o bebé o processo de identificação imagóico-imagética, de assimilação da identidade atribuída pelos pais, nomeadamente pela mãe. O Filipe é como a mãe o vê. O jogo interactivo da díade é precoce e constrói os alicerces para a organização narcísica futura da criança (Marques, 2003).

A alegria e a culpabilidade não foram sentimentos afirmados nem negados, assim como a tristeza, anteriormente considerada um sentimento predominante.

Relativamente ao filho, a mãe desejou o seu bem estar, afecto e uma família, talvez porque não sentiu o apoio do pai (marido). Os seus principais medos centraram-se na perda, na doença e em algo que pudesse acontecer ao filho. Não houve a vivência de uma família biparental, mas uniparental.

Enquanto mãe, deseja ser boa mãe e ajudar sempre o filho. Receia que surja algo e que não consiga ajudá-lo. Continua-se a centrar nela própria: deverá ser boa mãe para ser amada e admirada.

De acordo com a Escala de Depressividade, e apesar da turbulência emocional desta gravidez, a mãe do Filipe é uma pessoa com capacidade em investir em novos objectivos e objectos e que se sente valorizada e amada como tal; o que poderá ter favorecido a evolução clínica positiva do filho, no período neonatal. Não houve sinais de afecto depressivo. Contudo, parece existir nesta mãe, mulher, uma depressão falhada, em que há o desinvestimento afectivo (do feto) e o hiperinvestimento no real (na actividade profissional).

Segundo Coimbra de Matos (2003), a clivagem entre razão e emoção, negligenciando o afecto e hiperinvestindo no real e lógico contribuirá para o desenvolvimento da vulnerabilidade somática. Esta clivagem poderá ter estado presente nesta mãe que, durante a gravidez, centrou-se mais no real (na sua actividade profissional) e menos no afecto, investindo pouco no feto. Este terá respondido a esta escassez de desejo entusiástico através de uma recusa em crescer colocando em causa o seu instinto de vida.

CONCLUSÃO

A expressão somática é a forma preferencial do bebê manifestar o seu mal-estar relacional e psicológico. Este mal-estar traduz-se em dificuldades nas funções corporais que têm um grande significado relacional. Isto permite colocar a hipótese da existência de doenças psicossomáticas no feto. Assim, o atraso de crescimento intra-uterino poderá ser a manifestação de um desconforto relacional, de um mal-estar interno num contexto situacional muito específico.

Estando o feto numa simbiose fisiológica com a sua mãe pode-se considerar que o estado emocional desta, nomeadamente o estado depressivo, poderá ter repercussões psicossomáticas no feto. Neste trabalho pretendeu-se fazer uma reflexão sobre a ligação possível entre a depressividade materna e o atraso de crescimento intra-uterino.

O caso analisado permitiu explorar as vivências e representações maternas em relação ao bebê com atraso de crescimento intra-uterino. E fazer algumas considerações sobre a função primordial de uma família biparental, onde um pai e uma mãe se dispõem a relacionar com o bebê, na vivência psicossomática da gravidez e na vida do próprio feto.

O processo gravídico exige a ambos os membros do casal uma adaptação a um novo elemento da família, desconhecido, invisível (ou visível através das ecografias), mas sentido através das pressões que exerce sobre a parede abdominal da grávida e dos seus movimentos. O alheamento relativo a este sentir poderá ter consequências sérias para o feto. Trata-se de um ser sensível, inteligente e capaz de agir especularmente em relação à figura materna num momento em que se encontram numa simbiose fisiológica única.

“Antes de nascer, o feto já nasceu no interior psíquico dos pais” (Coimbra de Matos, 2004). O bebê ocupa um lugar no desejo e imaginário dos pais. Um défice no funcionamento do sistema emocional leva a que o corpo seja atingido directamente

pelos agressores (Coimbra de Matos, 2003), surgindo o adoecer psicossomático. Este facto poderá assumir-se como importante no atraso de crescimento do feto.

Constituiria-se uma patologia psicossomática que derivaria de uma hiperadaptação pragmática com limitação ao mínimo da relação emocional com o outro (Coimbra de Matos, 2002a). Surge, assim, a depressão falhada, em que predomina o desinvestimento afectivo e o hiperinvestimento no exterior.

Um impasse afectivo e relacional, por parte quer da mãe quer do pai, poderá ter um impacto na vida emocional fetal. Um narcisismo dependente poderá caracterizar aqueles progenitores cujo o *locus* de controlo é externo e, portanto investem deficitariamente no outro, no bebé, no feto (Coimbra de Matos, 2003).

Considerar-se-á que a patologia psicossomática do feto será o espelho das dificuldades de gestão dos afectos por parte dos pais, colocando também estes em risco de um adoecer somático.

A presente investigação permitiu reflectir sobre a influência exercida pelo relacional, ligado aos processos de identificação/construção da identidade, à família uni ou biparental e ao adoecer psicossomático, numa patologia fetal pouco frequente mas considerada de risco.

O facto de se tratar de um estudo de caso limita o valor desta investigação, todavia possibilitou uma abordagem mais incisiva da problemática em causa.

Optou-se por uma postura de não directividade, o que poderá ter contribuído para uma pobreza de dados informativos. Com esta opção pretendeu-se manter a espontaneidade do discurso dos protagonistas.

Considera-se pertinente que, em futuras investigações, se possa proceder a uma avaliação da situação de atraso de crescimento intra-uterino, através das ecografias e do comportamento fetal, e da relação dos pais com o feto antes e após o conhecimento desta patologia. Seria interessante e entusiasmante caracterizar a qualidade das relações com os familiares directos dos progenitores, designadamente os seus próprios pais, e a sua influência nos mesmos.

Seria, igualmente, interessante avaliar longitudinalmente o desenvolvimento psico-emocional das crianças com atraso de crescimento intra-uterino, de forma a compreender as influências exercidas pelo funcionamento parental. Paralelamente, tornar-se-ia útil a avaliação da personalidade de ambos os pais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

American Psychiatric Association (1996). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais* (4ª ed.) Lisboa: Climepsi. (Obra original publicada em 1994).

Andrade, M.P. (2001). *Pensar e agir: As doenças genéticas e o diagnóstico pré-natal*. Coimbra: Quarteto Editora.

→ Bensoussan, M. (2001). De la psychiatrie à la psychosomatique, la dépression. In Sami-Ali, Armand-Gerson, V., Bensoussan, M., Bosom, D., Cady, S., Coelho, R., Gauthier, JM., Gorot, J., Jabir, M., Mendes Pedro, A., Rotbard, S. & Schwab, S., *La dépression*. Paris: EDK.

→ Botelho, T. e Leal, I. (2001). *Personalidade materna e prematuridade*. Lisboa: Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência.

Brazelton, B. (1994). *Tornar-se família: O crescimento da vinculação, antes e depois do nascimento*: Lisboa. Terramar.

Bydlowski, M. (1995). La relation foeto-maternelle et la relation de la mère à son fœtus. In Lebovici, S., Diatkine, R. & Soulé, M., *Nouveau Traité de Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*, III. Paris: P.U.F.

→ Canavarro, M. (2001). *Psicologia da gravidez e da maternidade*. Coimbra: Quarteto Editora.

Campbell, S., Cohn, F. & Meyers, T. (1995). Depression in first-time mothers: Mother-infant interaction and depression chronicity. *Developmental Psychology*, 31, 3, 349-357.

Chiswick, M. (1985). Intrauterine growth retardation. *British Medical Journal*, 291, pp. 845-847.

Coelho, R. & Prata, J. (1999). Depressão e afecto depressivo. *Revista Portuguesa de Psicanálise*, 18, pp. 71-82.

Colman, L. & Colman, A. (1994). *Gravidez: A experiência psicológica*. Lisboa: Edições Colibri. (Obra original publicada em 1991)

Drossart, F. (2001). Affects et émotions chez la mère en période de post-partum: La préoccupation maternelle secondaire. *Journal de la Psychanalyse de l'enfant*, pp. 215-234. Paris: Bayard.

Ferraz, C., Pina, D. & Ricardo, I. (1997). *Fundamentação e construção de uma Escala de Depressividade*. Lisboa. Não publicado.

Figueiredo, B. (2001). *Mães e bebés*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Gabbe, S. (1991). Intrauterine growth retardation In Gabbe, S., Niebyl, J. & Simpson, J., *Obstetrics: Normal and problem pregnancies*, (2th ed.), USA: Churchill Livingstone.

Gauthier, Y., Molenat, F., Mangin, P. & Dudan, E. (1985). Grossesse et vulnérabilité. *Neuropsychiatrie de L'Enfance*, 33, (2-3), pp. 95-102.

Georgieff, MD. (1998). Intrauterine growth retardation and subsequent somatic growth and neurodevelopment. *The Journal of Pediatrics*, 133, 1.

- Haynal, A., Pasini, W. e Archinard (1998). *Medicina psicossomática: Perspectivas psicossociais*. Lisboa: Climepsi Editores. (Obra original publicada em 1978)
- Klaus, M. e Kennell, J. (1993). *Pais e bebês: A formação do apego*. Porto Alegre: Artes médicas.
- Kramer, M., Platt, R., Yang, H., McNamara, H. e Usher, R. (1999). Are all growth-restricted newborns created equal (ly)?, *Pediatrics*, 103, 3, 599-602.
- Leydenbach, T. (2001). Les maladies dépressives. Le biologique et le relationnel In Sami-Ali, Armand-Gerson, V., Bensoussan, M., Bosom, D., Cady, S., Coelho, R., Gauthier, JM., Gorot, J., Jabir, M., Mendes Pedro, A., Rotbard, S. & Schwab, S., *La dépression*. Paris. EDK.
- Mancia, M. (1981). On the beginning of mental life in the foetus, *International Journal of Psycho-Analysis*, 62, pp. 351-357.
- Marques, C. (2003). Depressão Materna e representações mentais, *Análise Psicológica*, 1 (XXI), pp. 85-94.
- Matos, A. Coimbra de (2001). *A Depressão*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Matos, A. Coimbra de (2002a). *Adolescência*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Matos, A. Coimbra de (2002b). *Psicanálise e psicoterapia psicanalítica*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Matos, A. Coimbra de (2002c), The problem of melancholia in the work of Fairbairn In Pereira, F and Scharff, D., *Fairbairn and relational theory*. London: Karnac.
- Matos, A. Coimbra de (2003). *Mais amor menos doença*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Matos, A. Coimbra de (2004). *Saúde mental*. Lisboa: Climepsi Editores.

- Milliez, J. (2002). *A eutanásia do feto: Medicina ou eugenismo?* Porto: Ambar.
(Obra original publicada em 1999)
- Prada, J. & Tsang, R. (2002). *Biological mechanisms of environmentally induced causes of IUGR*. Consultado em 31 de Agosto de 2002 através de <http://www.causesofiugr.pt>
- Reis, N. (2001a). De feto a bebé. In Sá, E., *Psicologia do feto e do bebé* (pp.15-30). Fim de Século.
- Reis, N. (2001b). A vida fetal. In Sá, E., *Psicologia do feto e do bebé* (pp.67-86). Fim de Século.
- Reis, P. e Moreno, V. (2001). *Escala de Depressividade: Contributos para a validade discriminativa*. Investigação em Psicologia Clínica. Lisboa: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação.
- Rodrigues, T.; Teles, T.; Miguel, C.; Pereira, A. & Barros, H. (1996), Recém-nascidos leves para a idade gestacional: Influências das curvas padrão de peso ao nascimento no cálculo da sua prevalência e dos factores de risco. *Acta Médica Portuguesa*, 9, pp. 335-340.
- Sá, E. (2001). Psicologia do feto. In *Psicologia do Feto e do Bebé* (pp.87-104). Fim de Século.
- Segal, H. (1975). *Introdução à obra de Melanie Klein*. Rio de Janeiro: Imago.
- Song, C. (2000). Cytokines, stress and depression: A mechanism involving corticotrophin-releasing factor. In G. Fink, *Encyclopedia of stress, vol.1, A-D*. USA: Academic Press.
- Soulé, M. (1999). La vie du foetus. Son étude pour comprendre la psychopathologie périnatale et les prémices de la psychosomatique. In *La psychiatrie de l'enfant*, XLII, 1. P.U.F.

- Sousa, S. (2001). A saúde do feto. In Sá, E., *Psicologia do feto e do bebé*. (pp.39-66). Fim de Século.
- Stern, D. & Bruschiweiller-Stern, N. (2000). *O nascimento de uma mãe*. Porto: Ambar. (Obra original publicada em 1998)
- Stern, D., Robert-Tissot, C., Besson, G., Rusconi-Serpa, S., Muralt, M., Cramer, B. & Palacio, F. (1989). L'Entretien R: Une méthode d' évaluation des representations maternelles. In Lebovici, S., Mazet, P. & Visier, J. *L'Evaluations des interactions précoces entre le bébé et ses partenaires*. Genève: Eshel.
- Strauss, R & Dietz, W. (1998). Growth and development of term children born with low birth weight: Effects of genetic and environmental factors. *The Journal of Pediatrics*. 133, 1.
- Weiner, C. (1994). Fetal growth deficiency and its evaluation. In James, D., Steer, P., Weiner, C. & Gonik, B. *High risk pregnancy: Management options*. London: Saunders Company.

ANEXOS

ANEXO A

ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

| ENTREVISTA CLÍNICA | | | |
|---|---|-----------------------------|---|
| Nome do bebé: Filipe | | | |
| Diagnóstico médico: atraso de crescimento intra-uterino assimétrico e prematuridade. | | | |
| Antecedentes Familiares | | | |
| Mãe, 28 anos, secretária administrativa Pai, 32 anos, empregado de escritório | | | |
| Doenças familiares: avó paterna-polipos e cancro no cólon; avó materna-tumor benigno na tiróide; avô paterno-enfarte | | | |
| Período Pré-Concepcional | | | |
| Dificuldades em engravidar S / N | | | |
| Período Pré-Natal | | | |
| Planeada S / N | Desejada S / N | Vigiada S / N | Nº de consultas: mais de 5 consultas |
| Estado físico e emocional: Mal estar, enjoos, duas constipações e uma infecção dentária. | | | |
| Amniocentese S / N | Diagnóstico pré-natal S / N às 34 semanas Motivo: atraso de crescimento intra-uterino. | | |
| Intern. pré-natal S / N | | | |
| Quando souberam o sexo do bebé? Aos 6 meses de gravidez | | | |
| Vinculação ao feto A mãe costumava acariciar a sua própria barriga e falar com o feto. Mas o pai não participava nestes momentos. Era um feto muito mexido. | | | |
| Parto / pós parto | | | |
| Tipo de parto: cesariana | | | |
| Estado físico e emocional da mãe no pós-parto: não revelou nada. Boa recuperação. | | | |
| Dados do bebé | | | |
| IG: 35 semanas | Peso: 1405gramas | Comprimento: 39,5 cm | Perímetro cefálico: 29,5 cm |
| Índice de apgar: 9/10 | | Reanimação S / N | |
| Amamentação S / N | | | |

Vinculação

Percepção dos pais:

Ambos os pais consideram o Filipe bonito e parecido com o avô paterno, sobretudo a testa.

A mãe refere que é calmo e um "relogozinho" (chora quando tem fome)

Expectativas/preocupações dos pais:

Que seja saudável.

Primeiros contactos com o bebé:

O pai foi o primeiro a vê-lo. A mãe só o viu e tocou no dia seguinte. Fez-lhe uma carícia nas mãos. Refere que foi uma sensação indiscretaível.

Outros aspectos

Participação dos pais nos cuidados:

O pai ajuda a tirar a fralda. A mãe presta-lhe todos os cuidados principais: muda a fralda, dá o biberão e dá banho.

Visitas dos pais / outras visitas:

Os pais visitam diariamente o filho. Às vezes, os avós maternos também o visitam.

ANEXO B

ENTREVISTA R

E-R

NOME:Filipe

IDADE:15 dias

1. Lista de descrição da cr. (esp.)

- 1.lindo
- 2.quase perfeito
- 3.meiguinho
- 4.só chora quando tem fome
- 5.

2. Lista de descrição da cr. (c/aj.)

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

3. Traços pessoais (cr.)

- | | | |
|----------------------|-------------|-----------------|
| a) inactiva | ----- ----- | activa |
| b) calma("sem fome") | ----- ----- | excitada |
| c) agressiva | ----- ----- | pacífica |
| d) introvertida | ----- ----- | sociável |
| e) empreendedora | ----- ----- | inibida |
| f) alegre | ----- ----- | triste |
| g) difícil | ----- ----- | fácil |
| h) bonita | ----- ----- | feia |
| i) não inteligente | ----- ----- | inteligente |
| j) receptiva | ----- ----- | pouco receptiva |
| k) distante | ----- ----- | calorosa |
| l) independente | ----- ----- | dependente |
| m) medrosa | ----- ----- | confiante |

| | | |
|------------------|-------------|-----------------|
| n) viva | ----- ----- | pouco viva |
| o) despreocupada | ----- ----- | preocupada |
| p) afectuosa | ----- ----- | pouco afectuosa |
| q) perfeito | ----- ----- | imperfeito |
| r) meigo | ----- ----- | não meigo |
| s) exigente | ----- ----- | não exigente |

4. Descrição episódica vs semântica (cr.) exs específicos para 2 adjectivos

1. Exigente - é um relógiozinho. Berra que se farta. Quando tem o leite acalma.

2. Sociável - quer vá para o meu colo, para o do pai ou da avó está sempre bem disposto, não chora.

5. Lista dos acontecimentos importantes do passado da cr.

Não referiu nenhum acontecimento

6. Influência dos acontecimentos importantes

Acontecimento 1

Nenhuma influência |-----|-----| infl.mto grande

Acontecimento 2

Nenhuma influência |-----|-----| infl.mto grande

Acontecimento 3

Nenhuma influência |-----|-----| infl.mto grande

Acontecimento 4

Nenhuma influência |-----|-----| infl.mto grande

Acontecimento 5

Nenhuma influência |-----|-----| infl.mto grande

Acontecimento 6

Nenhuma influência |-----|-----| infl.mto grande

7. Lista das descrições da própria como mãe (esp.)

"Não sei auto-avaliar-me!"

1. "Paciente";

2. "Calma";

3. "Dar amor";

4. "Estar sempre ao lado. É uma vida nova".

8. Lista das descrições da própria como mãe (c/aj.)

Não referiu nada.

9. Traços pessoais: a própria como mãe

| | | |
|--------------------|-------------|---|
| a) pouco afectuosa | ----- ----- | afectuosa |
| b) tolerante | ----- ----- | intolerante |
| c) medrosa | ----- ----- | confiante |
| d) disponível | ----- ----- | Ocupada ou preocupada com outras coisas |
| e) mãe-galinha | ----- ----- | desprendida |
| f) impaciente | ----- ----- | paciente |
| g) autoritária | ----- ----- | condescendente |
| h) sisuda | ----- ----- | brincalhona |
| i) controladora | ----- ----- | permissiva |

| | | |
|-------------------------------------|-------------|------------------------------------|
| j) pouco generosa | ----- ----- | generosa |
| k) despreocupada | ----- ----- | preocupada |
| l) Satisfeita no seu papel como mãe | ----- ----- | Insatisfeita no seu papel como mãe |
| m) papel de mãe difícil | ----- ----- | papel de mãe fácil |
| n) calma | ----- ----- | nervosa |
| o) amorosa | ----- ----- | não amorosa |

10. Descrição episódica vs semântica da mãe: exs específicos para 2 adjectivos

1. "Preocupada - eu saio daqui, mas a minha cabeça está sempre aqui: como é que ele está...";

2. "Mãe-galinha - todos os dias, quando venho para aqui quero notícias: como se portou, se está estável..."

11. Lista da descrição da sua mãe como mãe (esp.)

1. Mãe-galinha
2. Amorosa
3. Atenciosa
4. Sempre preocupada

12. Lista da descrição da sua mãe como mãe (c/aj.)

Não referiu nada.

13. Traços pessoais: a sua mãe como mãe

- | | | |
|--------------------------------------|-------------|---|
| a) pouco afectuosa | ----- ----- | afectuosa |
| b) tolerante | ----- ----- | intolerante |
| c) medrosa | ----- ----- | confiante |
| d) disponível | ----- ----- | ocupada ou preocupada com outras coisas |
| e) mãe-galinha | ----- ----- | desprendida |
| f) impaciente | ----- ----- | paciente |
| g) autoritária | ----- ----- | condescendente |
| h) sisuda | ----- ----- | brincalhona |
| i) controladora | ----- ----- | permissiva |
| j) pouco generosa | ----- ----- | generosa |
| k) despreocupada | ----- ----- | preocupada |
| l) satisfeita no seu papel como mãe | ----- ----- | insatisfeita no seu papel como mãe |
| m) papel de mãe difícil | ----- ----- | papel de mãe fácil |
| ("Se calhar não foi fácil para ela") | | |
| n) atenciosa | ----- ----- | não atenciosa |
| o) amorosa | ----- ----- | não amorosa |

14. Descrição episódica vs semântica da sua mãe como mãe exs específicos para 2 adjectivos

1. "Mãe-galinha" - "sempre preocupada comigo e com a minha irmã".
2. "Atenciosa" - "esquece-se dela para me satisfazer e aos outros".

15. Mudanças na relação com a sua mãe

- | | | | |
|----|--|---------------|---|
| | | A mesma coisa | |
| a) | Bastante menos contacto | ----- ----- | Bastante mais contacto |
| | | A mesma coisa | |
| b) | Penso bastante menos na minha mãe | ----- ----- | Penso bastante mais na minha mãe |
| | | A mesma coisa | |
| c) | Bastante mais distante | ----- ----- | Bastante mais próxima |
| | | A mesma coisa | |
| d) | Bastante menos implicada no seu papel de filha | ----- ----- | Bastante mais implicada no seu papel de filha |
| | | A mesma coisa | |
| e) | Compreensão pior | ----- ----- | Compreensão bem melhor |

Em conclusão:

- | | | | |
|----|------------------------|-------------|------------------------|
| a) | Bastante mais negativa | ----- ----- | Bastante mais positiva |
|----|------------------------|-------------|------------------------|

16. Semelhanças com a família (esp.)

Pessoas com quem a cr. se parece / por que característica (s):

"Ainda é muito cedo para ver as parecências"

1. "Parece-se com o avô materno: é careca";

2. "Parece-se com o pai: manda vir quando as coisas não são como ele quer, por exemplo, quando não tem a chucha".

17. Lista de descrição da cr.

Pessoas com quem a cr. se parece / por que característica (s):

Não referiu nada.

18. Traços pessoais: você própria como pessoa

| | | |
|---------------------------------------|-------------|-----------------|
| a) inactiva | ----- ----- | activa |
| b) calma | ----- ----- | excitada |
| c) agressiva | ----- ----- | pacífica |
| d) introvertida | ----- ----- | sociável |
| e) empreendedora | ----- ----- | inibida |
| f) alegre | ----- ----- | triste |
| g) difícil | ----- ----- | fácil |
| h) bonita | ----- ----- | feia |
| i) não inteligente | ----- ----- | inteligente |
| j) receptiva | ----- ----- | pouco receptiva |
| k) distante | ----- ----- | calorosa |
| l) independente | ----- ----- | dependente |
| m) medrosa | ----- ----- | confiante |
| n) viva | ----- ----- | pouco viva |
| o) despreocupada | ----- ----- | preocupada |
| p) afectuosa ("para quem merecer") | ----- ----- | pouco afectuosa |

19. Traços pessoais: o pai da cr. como pessoa

| | | |
|-----------------|-------------|----------|
| a) inactivo | ----- ----- | activo |
| b) calmo | ----- ----- | excitado |
| c) agressivo | ----- ----- | pacífico |
| d) introvertido | ----- ----- | sociável |

| | | |
|--------------------|-------------|-----------------|
| e) empreendedor | ----- ----- | inibido |
| f) alegre | ----- ----- | triste |
| g) difícil | ----- ----- | fácil |
| h) bonito | ----- ----- | feio |
| i) não inteligente | ----- ----- | inteligente |
| j) receptivo | ----- ----- | pouco receptivo |
| k) distante | ----- ----- | caloroso |
| l) independente | ----- ----- | dependente |
| m) medroso | ----- ----- | confiante |
| n) vivo | ----- ----- | pouco vivo |
| o) despreocupado | ----- ----- | preocupado |
| p) afectuoso | ----- ----- | pouco afectuoso |

20. Influência do passado e do presente da mãe

Não indicou nada.

Acontecimento 1

Nenhuma influência |-----|-----| infl.mto grande

Acontecimento 2

Nenhuma influência |-----|-----| infl.mto grande

Acontecimento 3

Nenhuma influência |-----|-----| infl.mto grande

Acontecimento 4

Nenhuma influência |-----|-----| infl.mto grande

Acontecimento 5

Nenhuma influência |-----|-----| infl.mto grande

Acontecimento 6

Nenhuma influência |-----|-----| infl.mto grande

21. As três emoções mais fortes

1. "Sozinha penso: isto é meu? Às vezes, tenho vontade de chorar. Depois do parto a pessoa fica mais sensível, não sei...quando os outros bebés têm alta...";

2. "Não sei se está a sofrer ou não".

3. Não referiu.

22. Afectos

Alegria

Nada |-----|-----| mto

Tristeza

Nada |-----|-----| mto

Ansiedade-medo

Nada |-----|-----| mto

Curiosidade

Nada |-----|-----| mto

Cólera

Nada |-----|-----| mto

Culpabilidade

Nada |-----|-----| mto

Orgulho

Nada |-----|-----| mto

Vergonha

Nada |-----|-----| mto

Desgosto

Nada |-----|-----| mto

Equilíbrio entre emoções

Emoções positivas |-----|-----| emoções negativas

23. Desejos em relação à criança

1. "Tudo de bom"
2. "Tudo o que estiver ao meu alcance: amor, carinho, uma família..."
3. "Compreensão para com ele"
4. "Bem estar".

24. Medos em relação à criança

1. "Medo de perdê-lo"
2. "Medo que ele fique doente"
3. "Medo que lhe aconteça algo"

25. Desejos enquanto mãe

1. "Espero ser uma boa mãe"
2. "Que possa contar sempre comigo, sempre que precisar"

26. Medos enquanto mãe

1. "Que possa acontecer alguma coisa e que não seja capaz de o ajudar"

27. Estima da mãe

má |-----|-----| boa

28. Exploração livre de temas importantes

(ver entrevista clínica)

ANEXO C

ESCALA DE DEPRESSIVIDADE

ED**INSTRUÇÕES**

Este questionário é constituído por frases que são seguidas por cinco opções de resposta:

| | | | | |
|--------------------------|----------|------------------------------|----------|--------------------------|
| Discordo inteiramente | Discordo | Não concordo nem discordo | Concordo | Concordo inteiramente |
|--------------------------|----------|------------------------------|----------|--------------------------|

Leia atentamente cada frase e assinale apenas a opção de resposta que lhe parecer mais adequada.

Não existem respostas certas ou erradas. Descreva as suas opiniões da forma mais precisa e sincera possível.

Responda a todas as questões.

1. Geralmente sinto que sou capaz de levar um projecto avante.

| | | | | |
|--------------------------|----------|------------------------------|----------|--------------------------|
| Discordo inteiramente | Discordo | Não concordo nem discordo | Concordo | Concordo inteiramente |
|--------------------------|----------|------------------------------|----------|--------------------------|

2. Considero a maioria das pessoas mais interessantes do que eu.

| | | | | |
|--------------------------|----------|------------------------------|----------|--------------------------|
| Discordo inteiramente | Discordo | Não concordo nem discordo | Concordo | Concordo inteiramente |
|--------------------------|----------|------------------------------|----------|--------------------------|

3. Sinto-me frequentemente desiludido com o que faço.

| | | | | |
|--------------------------|----------|------------------------------|----------|--------------------------|
| Discordo inteiramente | Discordo | Não concordo nem discordo | Concordo | Concordo inteiramente |
|--------------------------|----------|------------------------------|----------|--------------------------|

4. Quando alguma coisa corre mal sinto muitas vezes que a mereço.

| | | | | |
|--------------------------|----------|------------------------------|----------|--------------------------|
| Discordo inteiramente | Discordo | Não concordo nem discordo | Concordo | Concordo inteiramente |
|--------------------------|----------|------------------------------|----------|--------------------------|

5. Sinto que as pessoas só se interessam por mim se eu for como elas desejam.

| | | | | |
|--------------------------|----------|------------------------------|----------|--------------------------|
| Discordo inteiramente | Discordo | Não concordo nem discordo | Concordo | Concordo inteiramente |
|--------------------------|----------|------------------------------|----------|--------------------------|

6. Geralmente não me sinto envergonhado quando cometo erros.

| | | | | |
|--------------------------|----------|------------------------------|----------|--------------------------|
| Discordo inteiramente | Discordo | Não concordo nem discordo | Concordo | Concordo inteiramente |
|--------------------------|----------|------------------------------|----------|--------------------------|

7. Devo muito aos outros e sinto que tenho que os compensar.

| | | | | |
|--------------------------|----------|------------------------------|----------|--------------------------|
| Discordo inteiramente | Discordo | Não concordo nem discordo | Concordo | Concordo inteiramente |
|--------------------------|----------|------------------------------|----------|--------------------------|

8. Sinto-me geralmente optimista em relação às coisas que faço.

| | | | | |
|--------------------------|----------|------------------------------|----------|--------------------------|
| Discordo inteiramente | Discordo | Não concordo nem discordo | Concordo | Concordo inteiramente |
|--------------------------|----------|------------------------------|----------|--------------------------|

9. Gosto bastante que os outros tomem conta de mim.

| | | | | |
|--------------------------|----------|------------------------------|----------|--------------------------|
| Discordo inteiramente | Discordo | Não concordo nem discordo | Concordo | Concordo inteiramente |
|--------------------------|----------|------------------------------|----------|--------------------------|

10. Sinto que os outros gostam pouco de mim.

| | | | | |
|--------------------------|----------|------------------------------|----------|--------------------------|
| Discordo inteiramente | Discordo | Não concordo nem discordo | Concordo | Concordo inteiramente |
|--------------------------|----------|------------------------------|----------|--------------------------|

11. Acho que a maior parte das minhas qualidades são boas.

| | | | | |
|--------------------------|----------|------------------------------|----------|--------------------------|
| Discordo inteiramente | Discordo | Não concordo nem discordo | Concordo | Concordo inteiramente |
|--------------------------|----------|------------------------------|----------|--------------------------|

12. Sinto-me geralmente seguro de mim.

| | | | | |
|--------------------------|----------|------------------------------|----------|--------------------------|
| Discordo inteiramente | Discordo | Não concordo nem discordo | Concordo | Concordo inteiramente |
|--------------------------|----------|------------------------------|----------|--------------------------|

13. É fundamental que os outros gostem de mim.

| | | | | |
|--------------------------|----------|------------------------------|----------|--------------------------|
| Discordo inteiramente | Discordo | Não concordo nem discordo | Concordo | Concordo inteiramente |
|--------------------------|----------|------------------------------|----------|--------------------------|

14. Quando as pessoas me elogiam consigo sentir-me muito melhor.

| | | | | |
|--------------------------|----------|------------------------------|----------|--------------------------|
| Discordo inteiramente | Discordo | Não concordo nem discordo | Concordo | Concordo inteiramente |
|--------------------------|----------|------------------------------|----------|--------------------------|

15. As situações em que me sinto avaliado são-me desconfortáveis.

| | | | | |
|--------------------------|----------|------------------------------|----------|--------------------------|
| Discordo inteiramente | Discordo | Não concordo nem discordo | Concordo | Concordo inteiramente |
|--------------------------|----------|------------------------------|----------|--------------------------|

16. Considero-me uma pessoa muito atraente.

| | | | | |
|--------------------------|----------|------------------------------|----------|--------------------------|
| Discordo inteiramente | Discordo | Não concordo nem discordo | Concordo | Concordo inteiramente |
|--------------------------|----------|------------------------------|----------|--------------------------|

17. Geralmente não me sinto muito contente comigo próprio.

| | | | | |
|--------------------------|----------|------------------------------|----------|--------------------------|
| Discordo inteiramente | Discordo | Não concordo nem discordo | Concordo | Concordo inteiramente |
|--------------------------|----------|------------------------------|----------|--------------------------|

18. A imagem que tenho de mim próprio nem sempre é muito boa.

| | | | | |
|--------------------------|----------|------------------------------|----------|--------------------------|
| Discordo inteiramente | Discordo | Não concordo nem discordo | Concordo | Concordo inteiramente |
|--------------------------|----------|------------------------------|----------|--------------------------|

19. Acho sempre que vou ser bem sucedido naquilo que tento fazer.

| | | | | |
|--------------------------|----------|------------------------------|----------|--------------------------|
| Discordo inteiramente | Discordo | Não concordo nem discordo | Concordo | Concordo inteiramente |
|--------------------------|----------|------------------------------|----------|--------------------------|

20. Prefiro não pensar muito em mim porque isso me entristece.

| | | | | |
|--------------------------|----------|------------------------------|----------|--------------------------|
| Discordo inteiramente | Discordo | Não concordo nem discordo | Concordo | Concordo inteiramente |
|--------------------------|----------|------------------------------|----------|--------------------------|