

Universidade de Coimbra  
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

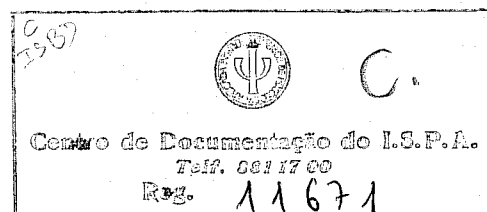
DM  
LOUR/I1

## **Contribuição ao Estudo das Fantasias Maternas em Grávidas Toxicodependentes**

ISABEL JOANA ARAGÃO DE RIO SERRA LOURINHO

Bolseira da Junta Nacional de Investigação Científica e Tecnológica

Coimbra  
1997



Dissertação de Mestrado em Psicologia, na  
Área de Especialização em Psicologia Clínica  
do Desenvolvimento, apresentada à Faculdade  
de Psicologia e de Ciências da Educação da  
Universidade de Coimbra, sob a orientação do  
Professor Doutor Carlos Amaral Dias.

Ao Paulo, à Nini e aos meus Pais a quem dedico este trabalho... foi inestimável ter podido contar convosco.

Há sempre um sonho a colorir cada dia e tantos mais quanto os pudermos partilhar...

Ao Professor Doutor Carlos Amaral Dias, orientador da dissertação, queremos aqui prestar a nossa profunda gratidão pela forma como acolheu e apoiou o desenvolvimento deste projecto.

Estamos também muito reconhecidos ao Professor Doutor Eduardo Sá, a quem devemos preciosos esclarecimentos no âmbito da prática clínica, nomeadamente, através da oportunidade concedida no âmbito da realização do estágio na U.I.P. da Maternidade Bissaya Barreto.

A todos os que nas Instituições contactadas nos possibilitaram recolher os dados de suporte à investigação empírica, em especial, ao Dr. Vicente Pinto, Director da Maternidade Alfredo da Costa, Dr. Vicente Souto, Director da Maternidade Bissaya Barreto, Dra. Teresa Nunes Vicente, Directora do C.A.T. de Coimbra, Dr. Belarmino Spencer, Director do Centro de Saúde Arnaldo Sampaio, Dr. Américo Orfão, Director do Centro de Saúde Gorjão Henriques, o nosso muito obrigada, extensivo naturalmente, às utentes dos referidos Serviços que se disponibilizaram a colaborar.

Um particular agradecimento ao Dr. Carlos Vieira pela disponibilidade e cuidadosa apreciação dos protocolos recolhidos.

A simpatia e o contributo prestado pela Dra. Florbela Vitória no tratamento estatístico dos resultados merecem-nos também aqui o nosso apreço.

À Cecília, à Esmeralda, à Isabel e à Violeta o reconhecimento pela sempre manifesta amizade e solidariedade.

## ÍNDICE

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	11
<b>CAPÍTULO I - PERSPECTIVAS PSICANALÍTICAS DE ANÁLISE E COMPREENSÃO DA TOXICODEPENDÊNCIA</b>	
1. BREVE REVISÃO DA LITERATURA .....	14
2. TOXICODEPENDÊNCIA NO FEMININO? .....	30
<b>CAPÍTULO II - ASPECTOS PSICOLÓGICOS ASSOCIADOS À GRAVIDEZ</b>	
1. PRELÚDIOS .....	43
2. GRAVIDEZ: UMA OPORTUNIDADE DE CRISE E DESENVOLVIMENTO .....	51
3. OS ESTÁDIOS DA GRAVIDEZ .....	59
3.1. O primeiro trimestre .....	61
3.2. O segundo trimestre .....	65
3.3. O terceiro trimestre .....	69
4. TOXICODEPENDÊNCIA E GRAVIDEZ .....	75
4.1. Factores de risco biológico .....	77
4.2. Factores de risco socio-familiar .....	81
4.3. Factores de risco psicológico .....	83
<b>CAPÍTULO III - EM REDOR DO CONCEITO FANTASIA(S) EM PSICANÁLISE</b> .....	
	91

**CAPÍTULO IV - INVESTIGAÇÃO DE CAMPO**

1. CONSIDERAÇÕES GERAIS .....	102
2. MÉTODO	
2.1. Formulação de hipóteses e seu enquadramento no problema em estudo .....	104
2.2. Instrumentos utilizados .....	106
2.3. Procedimento .....	114
2.4. Caracterização da amostra .....	117
2.5. Decodificação e tratamento estatístico dos dados recolhidos.....	131
2.6. Apresentação dos resultados.....	136

**CAPÍTULO V - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS..... 161****CONCLUSÕES..... 170****BIBLIOGRAFIA..... 172****ANEXOS..... 187**

## ÍNDICE DE QUADROS

### QUADRO I

- Fantasias relativas ao *Bébé* nos grupos “não toxicod dependente” e “toxicod dependente” segundo a sua frequência e ordem de aparição ..... 137

### QUADRO II

- Fantasias relativas à *própria como mãe* nos grupos “não toxicod dependente” e “toxicod dependente” segundo a sua frequência e ordem de aparição..... 139

### QUADRO III

- Resultados na escala bipolar referentes ao *Bébé* nos grupos “não toxicod dependente” e “toxicod dependente” ..... 141

### QUADRO IV

- Resultados na escala bipolar referentes à *própria como mãe* nos grupos “não toxicod dependente” e “toxicod dependente” ..... 142

### QUADRO V

- Resultados relativos à coerência ou consistência das respostas na escala bipolar referentes ao *Bébé* nos grupos “não toxicod dependente” e “toxicod dependente” ..... 143

### QUADRO VI

- Resultados relativos à coerência ou consistência das respostas na escala bipolar referentes às *próprias como mães* nos grupos “não toxicod dependente” e “toxicod dependente” ..... 144

### QUADRO VII

- Componentes afectivas privilegiadas nos grupos “não toxicod dependente” e “toxicod dependente” segundo a sua frequência e ordem de aparição..... 146

### QUADRO VIII

- Resultados item a item da escala *Afectos* nos grupos “não toxicod dependente” e “toxicod dependente” ..... 148

### QUADRO IX

- Resultados na escala *Auto-estima* nos grupos “não toxicod dependente” e “toxicod dependente” ..... 149

### QUADRO X

- Fantasias relativas às *semelhanças do bebé com familiares* nos grupos “não toxicod dependente” e “toxicod dependente” segundo a sua frequência e ordem de aparição..... 150

**QUADRO XI**

- Correlações entre os resultados da escala bipolar relativa ao *bébé* e os das escalas referentes à *própria* e ao *pai do bebé* nos grupos “não toxicodépendente” e “toxicodépendente” ..... 151

**QUADRO XII**

- Resultados na escala bipolar referentes à *própria* nos grupos “não toxicodépendente” e “toxicodépendente” ..... 152

**QUADRO XIII**

- Resultados na escala bipolar referentes ao *pai do bebé* nos grupos “não toxicodépendente” e “toxicodépendente” ..... 153

**QUADRO XIV**

- Resultados na escala bipolar referentes às *suas próprias mães* nos grupos “não toxicodépendente” e “toxicodépendente” ..... 154

**QUADRO XV**

- Resultados relativos à coerência ou consistência das respostas na escala bipolar referentes às *suas próprias mães* nos grupos “não toxicodépendente” e “toxicodépendente” ..... 155

**QUADRO XVI**

- Temáticas/Fantasias projectadas pelo grupo das grávidas “não toxicodépendentes” e “toxicodépendentes” na prancha 7GF ..... 157

**QUADRO XVII**

- Temáticas/Fantasias projectadas pelo grupo das grávidas “não toxicodépendentes” e “toxicodépendentes” na prancha 8GF ..... 159

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

<b>GRÁFICO 1</b>	
- Distribuição da amostra segundo o estado civil.....	119
<b>GRÁFICO 2</b>	
- Distribuição da amostra segundo as habilitações literárias.....	120
<b>GRÁFICO 3</b>	
- Distribuição da amostra segundo a situação profissional.....	121
<b>GRÁFICO 4</b>	
- Distribuição da amostra segundo a composição do agregado familiar.....	122
<b>GRÁFICO 5</b>	
- Distribuição da amostra segundo o responsável pelos recursos financeiros.....	123
<b>GRÁFICO 6</b>	
- Distribuição da amostra segundo a zona de residência.....	124
<b>GRÁFICO 7</b>	
- Distribuição da amostra segundo os prestadores de cuidados durante a infância.....	125
<b>GRÁFICO 8</b>	
- Distribuição da amostra segundo o número de gestações.....	126
<b>GRÁFICO 9</b>	
- Distribuição da amostra segundo o número de IVG.....	127
<b>GRÁFICO 10</b>	
- Distribuição da amostra segundo o tempo de confirmação da gravidez.....	128

## INTRODUÇÃO

### *“Tóxicô*

*Sacrifiquei a voz ao corpo, para que este fosse desejo. Porém a voz do desejo não fala mais em mim. Hoje sou apenas carência e falta. Aonde a tempestade dos meus sinais biológicos pedia ordenação à linguagem, símbolos, palavras, rebentou o vazio de mim, essa soberba, ávida e insaciável, aonde se esgotam todos os ritos de compreensão, todos os sinais de solidariedade”.*

( cit. in Amaral Dias, 1991, pág. 17)

É certo que abordar a problemática da toxicodependência e, concretamente, no âmbito da gravidez e maternidade, como nos propomos no presente trabalho, representa, em si, um desafio. Consideramo-lo subtil e pertinente tendo em conta que, quer a perspectiva psicológica e científica onde nos inserimos quer, também, a apreensão social que esta problemática continua a suscitar, não nos deixa ficar indiferentes. Situamo-nos ainda num quadro de leitura teórico-clínico que torna inviável descontextualizar o nosso estudo e, de forma muito particular, os resultados por nós alcançados, da vertente essencialmente humana. Neste caso, a do sofrimento e da dor.

Elegemos a análise das fantasias relativas ao bebé e à maternidade em grávidas toxicodependentes uma vez que, como se sabe, as fantasias traduzem por excelência a realidade interna, psíquica. Em simultâneo, esta opção permitirá considerar a vertente da relação precoce mãe-bébé, numa

fase inicial, não descurando um domínio de intervenção cada vez mais reconhecido, o domínio profilático.

Assim, tomando por referência a perspectiva psicanalítica, elaboramos no capítulo I uma revisão dos contributos que nos parecem fundamentais na compreensão da toxicodependência. Introduziremos um percurso retrospectivo, desde os autores clássicos aos contemporâneos, por forma a procurar situar nas diferentes propostas teóricas uma linha de continuidade susceptível de identificar os conceitos mais intrinsecamente relacionados com a problemática em questão. E porque o nosso tema remete directamente para a mulher enquanto grávida toxicodependente dedicaremos também, neste capítulo, algumas considerações acerca de possíveis especificidades associadas à toxicodependência no feminino.

No capítulo II detemo-nos, sobretudo, na abordagem do período gravídico como período de confluência das vicissitudes desenvolvimentais e, portanto, como momento privilegiado de reorganização psico-afectiva. Apresentaremos os estádios comumente admitidos como partes integrantes deste processo, destacando a componente psicológica e relacional. Referimo-nos ainda à gravidez da mulher toxicodependente como *gravidez de risco*, integrando três dos principais factores que contribuem para esta designação: factores de risco biológico, socio-familiar e psicológico.

No capítulo III procuramos sistematizar, de acordo com a abordagem psicanalítica, outro conceito central deste nosso trabalho, o de fantasia(s). Começaremos por o situar no seu quadro teórico de referência,

relacionando-o, posteriormente, com o período gestacional e, de forma particular, com as noções de *bébé imaginário/bébé da fantasia*.

No capítulo IV apresentamos a investigação empírica realizada, que consistiu num estudo de carácter diferencial, comparando as fantasias relativas ao bebé e à maternidade em grávidas no último trimestre de gestação, com e sem história de consumo dependente de heroína. Deste modo, equaciona-se o problema em estudo, descrevem-se detalhadamente as opções metodológicas e os resultados obtidos.

Por último, reflectimos acerca dos resultados alcançados e tecemos as considerações conclusivas.

## CAPÍTULO I

### PERSPECTIVAS PSICANALÍTICAS DE ANÁLISE E COMPREENSÃO DA TOXICODEPENDÊNCIA

#### 1. BREVE REVISÃO DA LITERATURA

A abordagem da problemática da toxicodependência no âmbito da teoria psicanalítica não tem sido, sem dúvida alguma, pelo menos até à actualidade, tarefa pacífica. Além da diversidade dos quadros teóricos aos quais se referem os autores para explicarem e compreenderem os comportamentos aditivos, encontramos, também, uma ampla e densa interpenetração de conceitos.

A este propósito, Anna Freud (cit. *in* Clifford, 1970) apresenta como justificação o facto dos analistas terem procurado explicar este quadro clínico em função do relevo atribuído, em cada época, a certos termos. Para Ali Magoudi (1986) esta perspectiva mantém-se pertinente, tendo em conta que, na sua óptica, desde Freud até aos autores contemporâneos, os textos sobre a toxicodependência parecerem sobretudo revelar os pólos de interesse de cada um dos autores em detrimento do estudo específico desta problemática.

Não descurando estas considerações, pensamos, contudo, que a dificuldade de abordagem no âmbito teórico e da prática clínica da

toxicodependência se encontra, também, relacionada com a sua intrínseca complexidade, ponto de vista que é igualmente salientado, entre outros, por Rosenfeld (1961).

Porque o contributo da psicanálise nos parece essencial na compreensão da dinâmica toxicodependente propomo-nos agora, ainda que de forma sucinta, tentar encontrar uma certa continuidade e relação nas diferentes propostas teóricas dos autores, socorrendo-nos de um percurso retrospectivo.

A análise da literatura revela-nos um certo paralelismo evolutivo entre o domínio dos conhecimentos sobre a toxicodependência (quer ao nível de formulação de hipóteses, quer ao nível do aprofundamento conceptual) e o da teoria das pulsões. Nesta medida, embora alguns autores (nomeadamente Ali Magoudi, *op. cit.* e Charles-Nicolas, 1992) admitam que, no âmbito da toxicodependência, o contributo freudiano foi pouco focalizado, parece-nos primordial tomá-lo em consideração.

Ao longo dos seus trabalhos que comumente inserimos na primeira teoria das pulsões, até 1920, (Laplanche e Pontalis, 1985) encontramos o tema da toxicodependência apresentado em relação às questões do prazer, concretamente à masturbação infantil, e às do estágio oral do desenvolvimento.

Numa carta a Fliess (datada de 22 de Dezembro de 1897) Freud, ao descrever a ligação entre masturbação e comportamento aditivo, propõe: “sou levado a acreditar que a masturbação era o único grande hábito, a

necessidade primitiva, e que as outras necessidades, de álcool, morfina, tabaco, apenas são substitutos, produtos de substituição”.

Em “Os lapsos e as suas relações com o inconsciente” (1905) a substância tóxica (no caso o álcool) é considerada como susceptível de libertar as inibições tornando deste modo acessíveis as fontes de prazer que se encontravam reprimidas.

Parece-nos, pois, possível concluir que Freud inscreveu a toxicod dependência numa dinâmica de “prazer-desprazer”. Charles - Nicolas (*op. cit.*) sugere-nos também esta possibilidade.

Em “Três ensaios sobre a teoria da sexualidade” (1905) Freud salienta ainda uma “constitucionalidade” diferenciada que tornaria, à partida, certas crianças com maior “sensibilidade erógena da zona labial” mais predisponentes para, quando adultas, se tornarem consumidoras habituais de álcool e de tabaco. É também nesta obra que Freud estabelece uma grande afinidade clínica entre as neuroses e as toxicod dependências.

Um conceito central que percorre todo o pensamento freudiano, com progressivas reformulações e aprofundamentos, é o de “narcisismo”. Constatamos igualmente, neste caso, que a ampla transformação que vai sofrendo acompanha a própria evolução da teoria dual das pulsões.

O motivo pelo qual fazemos apelo ao conceito de narcisismo e ao seu enriquecimento na obra de Freud prende-se, no âmbito da temática que agora explanamos, à importância que os autores (tanto clássicos como

contemporâneos) lhe atribuem, concretamente ao insistirem na sua ligação à toxicodependência.

Rado (1933), que de acordo com Ali Magoudi (*op. cit.*) é o primeiro autor a interessar-se de forma global e específica pelo problema da toxicomania, abstraindo o do alcoolismo, afirma-o claramente ao referir: “(...) esta doença <sup>1</sup> é uma desordem narcísica, uma destruição através de meios artificiais da organização natural do Eu” (*op. cit.* pág.609).

Considerando todas as possíveis formas de toxicodependência como modalidades de uma única e mesma doença, o autor atribui a sua origem àquilo a que designa por “tense depression” <sup>2</sup>, que é, por este motivo, considerada como “depressão inicial”. Esta, na sua óptica, caracteriza-se por uma grande ansiedade dolorosa e, simultaneamente, por um elevado grau de intolerância à dor. “Neste estado de espírito, o interesse psíquico concentra-se sobre a necessidade de alívio. Quando o doente encontra a droga, estará então convenientemente preparado para sentir os seus efeitos. O papel da depressão é então o de sensibilizar o doente para o efeito prazer-farmacogénico” (*ibid* pág.606). O efeito é basicamente descrito como proporcionando um aumento da auto-estima e uma elevação da tonalidade afectiva, isto é, da euforia. Esta euforia é produzida pelo Eu que reencontra, assim, a sua dimensão narcísica original e a sua onnipotência.

---

<sup>1</sup> Rado no artigo citado, “La psychanalyse des pharmacothymies”, propõe o termo “farmacotimia” para designar a doença caracterizada pela necessidade de drogas. O autor justifica esta opção terminológica face à dupla significação que o termo farmacotimia contém; este combina o sentido de “necessidade de drogas” com o de “necessidade de magia” que exprime precisamente, segundo o autor, a natureza desta doença.

<sup>2</sup> Na versão francesa do seu artigo a designação “dépression anxieuse” não é considerada satisfatória. Partilha desta opinião Amaral Dias (1980).

Enquadrando esta proposta no processo de desenvolvimento do Eu, Rado salienta que a sua evolução implica progressivos reajustamentos face ao confronto com a realidade. Deste modo, a um estado de “omnipotência narcísica” (Eu original) sucede, nos casos de desenvolvimento sadio, um “regime de realidade” no qual o princípio da realidade e o processo secundário são preponderantes.

A dinâmica psicológica prevalecente na “depressão ansiosa” caracteriza-se, segundo o autor, na comparação que o Eu realiza entre, por um lado, a sua dificuldade em fazer face às frustrações e, por outro, a sua dimensão narcísica original que se mantém como um ideal. Nestas circunstâncias, se o efeito prazer-farmacogénico ocorre, o Eu como que exorcisa “magicamente” a sua fragilidade e mau estar, suscitando a ideia de que tudo, afinal, não passou de um terrível pesadelo. No entanto, o estado de euforia - decorrente do prazer-farmacogénico - apresenta-se na sua própria essência com um carácter eminentemente transitório e, assim, a situação emocional prevalecente na depressão inicial ressurge. Desta vez, porém, de uma forma ainda mais exacerbada, tendo em conta o contraste entre um Eu, no qual a euforia viabilizou uma dimensão gigantesca, quase subtraindo-o à realidade, e um Eu do pós-efeito, retraído, face ao qual a realidade surge como mais esmagadora. Instala-se um processo cíclico mediante o recurso compulsivo (acrescentaríamos) do Eu a uma técnica artificial que lhe possibilita evitar a experiência dolorosa e reconquistar a sua auto-estima. De acordo com Rado, esta nova etapa representa uma mudança do Eu que passa do regime de realidade ao regime farmacotímico. Simmel (cit. *in* Amaral Dias 1980, 1984; Charles Nicolas, 1992), ao considerar que o uso de droga remete inicialmente para o problema da masturbação genital (com a problemática conflitual a ela ligada), admite,

além disso, que o seu consumo regular provoca uma regressão a etapas mais arcaicas do desenvolvimento, concretamente até à fase oral.

Para Fenichel (1945) e, no seguimento das propostas de Rado (*op. cit.*), existe uma relação específica entre “droga-drogado” na qual está patente uma expectativa de realização de um desejo profundo e primitivo. Deste modo, no seu acesso à “psique” e ao corpo, a droga desencadearia a quebra da organização genital, conduzindo a uma regressão massiva a diferentes pontos de fixação ligados à evolução da sexualidade infantil. Subjacente a esta facilidade de “quebra da libido-objectal” encontrar-se-ia uma ausência no passado de relações objectais suficientemente securizantes, bem como uma fixação narcísica e passiva perante a qual os objectos apenas são reconhecidos numa perspectiva funcional, isto é, como dispensadores de cuidados. Em termos da génica da relação objectal é, então, sugerida uma dominância erógena da zona oral e da própria pele<sup>3</sup>.

Verificamos, portanto, que as primeiras conceptualizações acerca da toxicodependência, no contexto de um quadro de leitura analítica, atribuem grande importância à problemática do narcisismo, à dor mental e ao movimento pulsional que lhe está subjacente. Embora estas contribuições tenham vindo a sofrer reajustamentos sucessivos no decurso dos trabalhos que se seguiram, as propostas mais recentes não ignoram, em nosso entender, o contributo teórico dos autores clássicos.

O trabalho de Rosenfeld (1961) intitulado “Acerca da toxicomania” é, quanto a nós, disso ilustrativo. Adoptando um modo de referência

---

<sup>3</sup> Esther Bick no artigo intitulado “L’expérience de la peau dans les relations objectales précoces”, aborda a concepção de pele como parte integrante da fonte corporal e da pulsão oral.

kleiniano (Bleichmar e Bleichmar, 1992), o autor situa a temática da toxicod dependência na teoria das relações objectais. A este propósito referem-nos o seguinte: “(...) apesar do toxicod dependente ter acedido, em parte, à posição depressiva, ele encontra-se fixo a uma fase infantil precoce, a que Melanie Klein designou por «situação esquizo-paranóide». (...) São sobretudo o Eu do toxicómano e os mecanismos de defesa do Eu que regrediram a esta situação precoce” (Rosenfeld, 1961, pág.889). O Eu do toxicómano surge-nos, assim, como intrinsecamente frágil, necessitando recorrer a processos defensivos que, tendo a sua origem na fase «esquizo-paranóide», se mantêm simultaneamente associados às angústias e aos mecanismos paranóides e depressivos. Face a esta fragilidade, o Eu e os seus objectos encontram-se excessivamente cindidos, numa tentativa de controlo onnipotente do outro no qual o Eu se projectou. Este recurso massivo ao processo de projecção torna-o ainda mais dependente desse outro e, por conseguinte, mais vulnerável relativamente a ele.

A idealização, a identificação a um objecto ideal, o controlo onnipotente dos objectos (inteiros ou parciais), a clivagem (mantendo a parte agressiva do Eu cindida) são os mecanismos de defesa que Rosenfeld considera como preponderantemente utilizados pelo toxicod dependente na tentativa de negar toda a frustração e toda a angústia, sobretudo a angústia de perseguição.

Não encontramos noutros trabalhos mais recentes do autor (1965, 1972, 1987, cit. in Mancia 1992) uma menção explícita à base narcísica das relações de objecto no toxicod dependente. Pensamos, todavia, ser possível admitir essa ligação tanto mais que Rosenfeld (1987, pág.41 e 42) afirma: “Nas relações objectais narcísicas desempenham um papel proeminente as

defesas contra qualquer reconhecimento de separação entre self e objecto. A consciência da separação leva a sentimentos de dependência do objecto e, portanto, à angústia. A dependência relativa ao objecto implica sentir amor por ele e o reconhecimento do seu valor, e este facto conduz à agressividade. (...) Para além disso, a dependência provoca inveja na medida em que é reconhecida a bondade do objecto. As relações objectais de tipo narcísico e onipotente permitem, assim, fugir, tanto dos sentimentos agressivos provocados pela frustração, como do reconhecimento da inveja”.

Retomando o seu artigo de 1961, verificamos que Rosenfeld também se refere à relação entre a toxicomania e a depressão. Como factor essencial desta relação, aponta a identificação a um objecto “doente ou morto”. Consideramos, de acordo com Mancia (*op. cit.*), que este objecto apresenta fortes analogias com o conceito de “mãe morta” (Green, 1980). Trata-se de uma mãe não fisicamente morta, mas psicologicamente ausente, incapaz e inadequada para elaborar a ansiedade e satisfazer os desejos da criança. Deste modo, “mãe morta” é essencialmente um objecto de desilusão para a criança, um objecto trauma, suscitando-lhe o recurso a objectos “substitutos”, cuja função é a de compensar uma falta afectiva e a de enfrentar os sentimentos de impotência, o confronto com a realidade.

Poderíamos, talvez, também admitir, numa linguagem winnicotiana, que esses objectos “substitutos” tendem a constituir-se como suporte, ainda que inadequado, à “capacidade para estar só” (Winnicott, 1958). Entramos, assim, no domínio da patologia do “espaço transicional” e do “falso-self” (Winnicott, 1951 e 1960), tendo como resultante uma organização

megalómana e defensiva do self relativamente à vulnerabilidade narcísica do sujeito numa área central do seu funcionamento psíquico: a da vida afectiva.

É por demais conhecida a importância e a relevância que o autor atribui ao conceito de “mãe suficientemente boa”. Ao abordá-lo, Winnicott (1983) refere-se a um profundo processo de identificação da mãe ao seu bebé, a uma adaptação “quase a 100%” que torna viável a passagem gradual da “ilusão” da unidade diádica mãe-bebé à “desilusão” que a aquisição do sentido da realidade envolve. Contudo, e de acordo com Winnicott, tal tarefa desenvolvimental só é exequível na medida em que a mãe tenha proporcionado previamente ao bebé possibilidades suficientemente significativas de “ilusão”.

O alcance desta proposta é-nos nomeadamente fornecido por Pinheiro e Amaral Dias (1983), Amaral Dias (1988), Sá (1990), ao salientarem que a ilusão de continuidade com o objecto primário permanece sempre como essencial ao núcleo do “self”, permitindo a protecção ilusória, num mundo longe da mãe.

Considerando que as identificações primárias decorreram de forma deficitária, Soulé (1974) inscreve precisamente a problemática da toxicodependência numa procura incessante de uma área de ilusão, de um espaço transicional<sup>4</sup>. Constatamos, portanto, que também nesta linha de ideias é dado ênfase à dificuldade, nos toxicodependentes, da elaboração da

---

<sup>4</sup> Uma vez que Soulé toma como referência as conceptualizações de Winnicott, e concretamente as relativas ao conceito de espaço transicional importa ter em conta, tal como salienta Ogden (1985), que o termo “ilusão” é frequentemente empregue com dois sentidos diferentes. No primeiro, a forma de ilusão é a do objecto subjectivo na qual a reactividade empática da mãe protege o bebé da consciência prematura de si próprio e do outro; no segundo, a vivência da unidade com a mãe e a vivência da separação coexistem numa oposição dialéctica, que é a própria essência do espaço transicional.

posição depressiva e do que lhe é inerente, a saber, o processo de separação-individação.

Perante tal diversidade de conceptualizações parece-nos novamente oportuno assinalar qual é, em nosso entender, o denominador comum, o pano de fundo mais ou menos explícito, mais ou menos tomado como ponto de partida, dos diferentes contributos teóricos apresentados. A “brecha no narcisismo primário” (designação que adoptamos de Coimbra de Matos, 1960) surge-nos como o elemento aglutinador, mesmo nos trabalhos dos autores mais recentes, como veremos em seguida.

Olievenstein (1988, 1991) recorre à noção de “estádio do espelho quebrado”, procurando, assim, tornar perceptível a carência narcísica no quadro da toxicomania. Baseia-se na concepção lacaniana de formação da identidade, segundo a qual a criança, por intermédio de um espelho (real ou simbólico), acede à sua descoberta como individualidade, rompendo a existência fusional que mantinha com a mãe. Na sua óptica, “para o futuro toxicómano, vai-se passar qualquer coisa de intermédio entre um estágio do espelho bem sucedido e um estágio do espelho impossível” (Olievenstein, 1988, pág.55). O elemento paradoxal deste quadro e, simultaneamente, considerado pelo autor como fundamental, deriva do facto do espelho se constituir como tal e de, precisamente, nesse instante, se quebrar. Esta quebra resultaria da manutenção, por parte da figura materna, do envio não reelaborado dos “choques” a que a criança está sujeita, ficando assim bloqueada a consolidação do seu Eu. A quebra é, portanto, enquadrada na dinâmica da relação mãe-bébé.

Pensamos não poder deixar de referir o que Bion (cit. in Grinberg et al. 1973 e Bion, 1987), numa linguagem muito própria e num referencial teórico diferente, nos propõe ao falar da relação *continente-conteúdo* e da oscilação pendular entre posição *esquizo-paranóide* e *depressiva*. Para Bion, há um funcionamento normal, no qual a identificação projectiva se constitui como um dos factores principais da comunicação humana e determina a relação de empatia com o objecto, pela possibilidade de se colocar no lugar do outro e compreender melhor os seus sentimentos. Contudo, uma disposição congénita na qual haja prevalência de partes narcísicas dominadas pela inveja e pela perseguição em detrimento de partes libidinais que aceitam o redimensionamento da onnipotência e da dependência ao outro, bem como uma incapacidade por parte da mãe em receber-conter-transformar as violentas emoções que a criança nela projecta, um defeito na “*rêverie*”, dá lugar ao recurso mais ou menos sistemático e preponderante a uma forma de identificação projectiva patológica. Nesta situação, a simbolização fica comprometida, a comunicação é dominada por processos evasivos e pelo aborrecimento, a personalidade desenvolve defensivamente a onnipotência e a onisciência, substituindo-se a um consistente crescimento mental um processo de imitação, no qual verdadeiro e “*falso-self*” se confundem. Surge, no fundo, uma situação de intolerabilidade do Eu face a si próprio que, deste modo, se encontra muito pouco disponível para lidar com os inevitáveis momentos de desorganização, sofrimento e frustração associados ao crescimento <sup>5</sup>.

---

<sup>5</sup> O conceito de *mudança catastrófica* em Bion (cit. in Amaral Dias e Flemming, 1994) encontra-se precisamente associado às questões relativas ao crescimento mental e, portanto, ao desenvolvimento da capacidade para pensar os pensamentos, sendo teoricamente enquadrado pelo autor no seu modelo *continente-conteúdo*. Bion designa por *mudança catastrófica* “o conjunto de acontecimentos que ocorrem no momento em que surge uma ideia nova” (op. cit. pág.23). A ideia nova, mediante a qual a mudança proposta pode ser mais ou menos violenta, contém em si uma disrupção associada a três características fundamentais: *violência*, *invariância* e *subversão do sistema*. A *violência* é inerente à transformação durante a qual se produz a *mudança catastrófica*. O seu desenvolvimento

Incluindo a disposição aditiva no âmbito da falha da regulação narcísica, Brusset (1984) propõe igualmente que se considerem as noções clínicas de farmacodependência e de psicodependência como intimamente relacionadas com as de imaturidade, incapacidade para estar só, impossibilidade de estabelecer relações consistentes com um objecto autonomamente investido, pobreza imaginária e fragilidade no sentimento de identidade acompanhado de uma sensação avassaladora de vazio.

Amaral Dias (1984) define a toxicomania como “(...) uma organização fenomenologicamente narcísica” (*op. cit.* pág.77). A forma pela qual os toxicómanos, principalmente os dependentes de opiáceos se apresentam, reenvia, na sua óptica, para uma relação de objecto narcísica em que o outro é desconhecido na sua diferença.

Outros autores (Gourarier e Mille, 1994; Marcelli, 1994) defendem um ponto de vista similar. Aliás, Charles Nicolas (*cit. in* Marcelli, 1994 pág.283) acrescenta ainda: “nem todos os que experimentam o consumo de substâncias tóxicas - mesmo as vulgarmente designadas como «drogas duras» - evoluem para um quadro de toxicodependência; a patologia aditiva é tanto mais grave quanto se situar exclusivamente no registo narcísico. Quanto mais o sujeito for «toxicómano», mais a sua problemática narcísica é dominante”.

Apesar de termos procurado sistematizar os vários contributos teóricos de modo a encontrar pontos de confluência na abordagem da temática que aqui nos ocupa, não defendemos de modo algum, tal como

---

implica necessariamente *momentos de crise* nos quais a transformação atinge potencialmente tal intensidade e qualidade que vivenciá-la implica a desorganização e a concomitante dor mental.

salientámos no início, que exista uma perspectiva unívoca na compreensão da dinâmica toxicodependente. Pensamos, contudo, que este nosso esforço de sistematização não invalida, antes sustenta, a tese na qual é defendida que a toxicomania não pode corresponder a uma estrutura psicopatológica específica. A este propósito, a afirmação de Amaral Dias (1980) é, em nosso entender, profundamente ilustrativa: “Se pretendermos dar uma perspectiva geral sobre os trabalhos revistos, torna-se óbvia a inexistência de uma estrutura de base única, quer dizer, um sistema regulador defensivo e pulsional que caminhe sempre em direcção à toxicomania (...) é preciso, no entanto, reconhecer a existência de um certo número de traços de funcionamento - mas somente de funcionamento - comuns às diferentes estruturas implicadas na toxicomania” (op. cit. pág.59-60).

É precisamente essa dinâmica funcional que procuramos reter ao longo dos trabalhos apresentados, sem que houvesse, da nossa parte, a preocupação de a inserir nas diferentes estruturas psicopatológicas. Esta opção prende-se essencialmente a duas ordens de factores. Por um lado, o conceito de estrutura em psicanálise é polémico e não extensível a todas as fases desenvolvimentais (Ferbos, 1986a; Guedeney, 1986; Ali Magoudi, 1986) e, por outro, vários trabalhos (nomeadamente Moralès, 1986) apontam para a diversidade estrutural dos toxicodependentes.

O contributo de Bergeret (1981, 1988), que não deixa de merecer referência, representa de facto um persistente esforço em salvaguardar o “polimorfismo” próprio ao quadro clínico da toxicodependência, caindo contudo paradoxalmente, através do recurso à noção de “arranjos económicos parciais”, na tentativa de o inserir num quadro psicopatológico comum. Como salienta Bergeret (1988, pág.65) “(...) não existe, com efeito,

uma categoria única de toxicómanos. A cada categoria estrutural clássica, definida pela caracterologia contemporânea, corresponde uma possibilidade de funcionamento toxicomaniaco. (...) Nós somos levados a concluir que uma farmacodependência qualquer que seja a natureza química pode desenvolver-se, quer sobre qualquer tipo de estrutura mental, quer corresponder a qualquer momento da evolução dessa mesma estrutura se determinadas condições se realizarem”. Simultaneamente, o autor mantém o conceito de toxicomania ao precisar a existência de “arranjos económicos parciais” independentes das estruturas subjacentes e comuns às diferentes formas estruturais de adição. Nesta linha de ideias, caracteriza os comportamentos aditivos pela ausência de secundarização mental e libidinal face à cólera original, pela angústia proveniente das dificuldades identificatórias e da precaridade do anaclitismo relacional, traduzindo-se numa pobreza do imaginário e, conseqüentemente, numa maior tendência pelas condutas agidas (manifestações comportamentais em detrimento da elaboração mental ou “acting-out”).

Não deixa de ser interessante, em nosso entender, constatar o paralelismo existente entre esta caracterização e a que o autor (1970) estabelece para os “estados limites”. Nestes casos “(...) encontrei na origem do bloqueio do desenvolvimento libidinal um traumatismo precoce (...). Os elementos dominantes deste instante crítico constituem-se pela existência simultânea de três factores: a imaturidade afectiva, a provocação pulsional excessivamente precoce e, enfim, a regressão específica de tais estados” (op. cit. pág.619-620). Ao nível do Eu encontramos “(...) um simples arranjo, nem muito inconstante, nem muito rígido, mas fixo ao objecto com angústia (de perda) em termos de anaclitismo e não em termos de conflito Edipiano (ibid, pág.623-24). (...) “A clivagem do estado limite é

acompanhada por uma falha dos processos normais de integração e de desenvolvimento dos sistemas identificatórios com predominância das introjecções negativas face à intensidade dos impulsos agressivos e das frustrações. (...) Quando o narcisismo primário foi suficientemente constituído, é possível aceder a uma economia edipiana e neurótica. Quando o narcisismo primário se encontra claramente infundado, permanece-se numa economia fusional à mãe, autística e psicótica. O estado limite situa-se a meio caminho entre estas duas soluções: o narcisismo primário pode, *grosso modo*, constituir-se, mas com uma falha, uma ferida não sarada, e aparentemente não sarável” (ibidem, pág.626-27).

Kernberg (1989), que opta por utilizar a expressão “organização limite” em vez de “estados limite”, reconhece não haver consenso acerca deste quadro, embora defenda a existência de uma forma relativamente estável e sobretudo específica da estrutura patológica do Eu. Neste âmbito, considera que “(...) imagens de si primitivas e não realistas persistem no Eu, conservando características contraditórias impeditivas de que um conceito de Eu integrado se possa desenvolver; a integração das imagens do objecto não é possível e, conseqüentemente, entrava a possibilidade de uma apreciação mais objectiva dos objectos externos. A constante projecção de imagens de si e do objecto «totalmente más» perpetua um mundo de objectos perigosos e ameaçadores contra o qual, para se defender, o paciente utiliza imagens de si «totalmente boas» e elabora imagens de um Eu ideal megalomaniaco” (op. cit. pág.64). Ainda segundo o autor, é a presença de introjecções e de identificações contraditórias a responsável pelo aspecto “como se”<sup>6</sup> destes pacientes.

<sup>6</sup> Em Deutsch e Lacan (cit. in Ferbos, 1986b) esta expressão é mantida sem tradução da inglesa “as if”. É também referida no contexto da descrição de uma forma de identificação adesiva onde não há acesso a uma verdadeira identificação simbólica.



Conscientes de que esta breve revisão teórica apenas representa uma de entre as inúmeras possibilidades de reflexão, pensamos, contudo, poder ter contribuído para salientar, uma vez mais, a complexidade inerente à problemática da toxicodependência. Não será esta uma das particularidades que melhor caracteriza a sua natureza clínica, tornando-a, assim, inacessível a uma abordagem que a circunscreva liminarmente a um domínio restrito?

“(…)

AMARAL DIAS

Você está querendo dizer o que eu estava querendo dizer.

Que tóxicô, tal como o concebemos é inefável, ou seja, escrito na água.

ANALISTA

Isso. Quer dizer, ele assim só existe como ficção do pensamento clínico. Se você não o vir, ele não se vê através de si.

AMARAL DIAS

E eu não me vejo através dele. Atravessada a parede de papelão do gabinete, o que sabemos *realmente* dele?

ANALISTA

O que aprendemos com ele. Mas espero que saiba guardar-lhe os segredos.”

(cit. in Amaral Dias, 1991, pág.46-47)

## 2. TOXICODPENDÊNCIA NO FEMININO?

Se, como constatámos anteriormente, o domínio de estudo da problemática toxicodependente permanece um campo de contínuas reformulações e novos contributos teórico-clínicos, a abordagem dessa mesma problemática no feminino revela-se ainda mais ambígua e questionável. Contrastando com a diversidade e multiplicidade de trabalhos consagrados à farmacodependência, a literatura referente às raparigas toxicómanas mantém-se extremamente escassa <sup>7</sup>. Com efeito, a representatividade dos trabalhos não focaliza a distinção por sexos. Pensamos ser admissível considerar vários condicionalismos como sustentando tal situação.

Pierre e Sylvie Angel (1983) apontam para o menor número de utentes do sexo feminino, comparativamente aos do sexo masculino, que recorrem aos centros de atendimento a toxicodependentes <sup>8</sup>. Contudo, segundo os autores, este dado não corresponde ao que se passa quando é tido em conta o consumo de outros tóxicos, lícitos ou ilícitos, que não a heroína.

---

<sup>7</sup> Não deixa de ser notório, na actualidade, um crescente interesse pelo seu estudo, nomeadamente no que respeita à mulher enquanto grávida toxicodependente. Teremos oportunidade de aprofundar esta questão, mais tarde, neste nosso trabalho.

<sup>8</sup> Vários trabalhos em Portugal (Amaral Dias, 1980; Marcelino e Santos, 1990) realizados, respectivamente, no Centro de Estudos e Profilaxia da Droga - Zona Centro (actual C.A.T.-Coimbra) e Centro das TAIPAS (área da grande Lisboa) apontam também para uma preponderância do sexo masculino, numa proporção aproximada de 4:1.

É do conhecimento geral dos técnicos que trabalham neste campo de intervenção que o número de toxicodependentes tem aumentado significativamente nos últimos anos, sendo esta constatação extensível a ambos os sexos.

Pensamos dever ter em consideração que os dados estatísticos cuja análise se baseia no número de indivíduos que solicita e/ou prossegue tratamento apenas constitui um reflexo, pouco nítido, da situação real. Estima-se ser ainda muito significativo o número de consumidores dependentes que não recorrem a apoio psicoterapêutico/institucional. Além destes casos, há também a considerar os utentes de clínicas e consultórios privados, cujo acesso à abordagem estatística se encontra mais dificultado.

Também na sua óptica, são bastante frequentes os clínicos que, no âmbito do estudo da toxicod dependência, não destacam as especificidades do funcionamento mental relativas ao sexo.

A reflexão em torno do desenvolvimento psico-sexual infantil conduziu Freud a uma procura incessante de esclarecimento das singularidades relativas a ambos os sexos. O percurso das teorizações no que concerne ao sexo feminino não parece, no entanto, ter-se constituído como satisfatório, levando-o mesmo a considerar a mulher ou, mais concretamente, a sexualidade feminina, como “continente negro”. Em 1932, conclui da seguinte maneira: “Eis tudo o que eu tinha a dizer sobre a feminilidade. A minha exposição é certamente incompleta, fragmentária e, por vezes, pouco agradável. Não esqueçam, no entanto, que não estudamos a mulher senão enquanto ser determinado pela sua função sexual. O papel dessa função é realmente considerável mas a mulher integra, antes de mais, a condição humana” (op. cit. pág.851).

Até que ponto esta tomada de posição não terá, mais ou menos implicitamente, influenciado a tradição do pensamento psicanalítico, mesmo em autores contemporâneos?

Será com certeza difícil obter uma resposta cabal a esta questão, o que ultrapassaria igualmente os propósitos do nosso trabalho. Parece-nos, contudo, importante considerá-la quando nos confrontamos com a reduzida produção de trabalhos no âmbito da abordagem da temática da toxicod dependência no feminino.

Pierre e Sylvie Angel (*op. cit.*), embora focalizem a sua atenção para este pólo de interesse, admitem a existência de numerosos aspectos similares durante a infância das raparigas e rapazes que, mais tarde, mantêm uma relação de dependência com drogas. O seu estudo, recaindo num grupo de heroinómanas, destaca no entanto algumas constatações clínicas que, comparativamente aos utentes do sexo masculino, são encontradas com maior predominância nas raparigas. É o caso da sintomatologia depressiva e ansiosa, das perturbações mais vincadas no âmbito da auto-estima, um massivo vivido persecutório e uma manipulação essencialmente provocatória do próprio corpo. A tónica é sobretudo colocada nos distúrbios da identidade sexual, vistos como frequentemente associados a um ideal sexual hermafrodita.

A propósito do conceito de “identidade sexual” a formulação de Milheiro (1988) revela-se, a nosso ver, como um contributo importante.

O autor começa por reconhecer que o termo “identidade” é, em Psicanálise, relativamente recente e utilizado com diferentes acepções, embora sempre ligadas aos movimentos de identificação (por exemplo, a de Margaret Mahler e, mais correntemente utilizada, a de Erik Erikson). Considera ainda que existe um sentido fundamental associado ao sentimento de identidade, “o de continuidade vinculativa do próprio entre o seu passado, o seu presente e o seu futuro” (*op. cit.* pág.3). Neste contexto, propõe que a aquisição da identidade, decorrendo de forma evolutiva e progressiva no âmbito do desenvolvimento psíquico e sexual, resulte da instalação de três tipos de vínculos: espacial, temporal e social.

No primeiro, fomenta-se a existência de uma coesão interna, o que vai viabilizar a diferenciação entre o Self e o não Self (o Eu e o Outro). O segundo, remete para a integração e coesão entre as diversas representações do Self ao longo do tempo, estabelecendo entre elas uma continuidade, o que constitui um contributo básico e indispensável ao alicerçar do sentimento de si. O terceiro vínculo reporta-se à integração social da identidade, organizando-se na relação entre o Self e os objectos, na sua interacção, isto é, através dos mecanismos de identificação, projecção e identificação projectiva ou introjectiva.

Consideramos ser de particular interesse para o estudo que aqui nos ocupa o facto de Milheiro salientar a relação de interdependência existente entre o desenvolvimento da “identidade” e o da “identidade sexual”. Como ele próprio afirma, “a identidade sexual ou consciência de si como indivíduo sexualmente definido representa o aspecto mais íntimo e profundo da identidade em sentido lato e o aspecto fundamental da sua construção” (*op. cit.* pág.5). Ainda que de uma forma menos explícita, Alvim (1962), referiu-se também à identidade sexual como protossentimento da identidade.

O processo de desenvolvimento ou, por outras palavras, a conquista da identidade, surge-nos, portanto, como indissociável da evolução da psicosexualidade. Torna-se, assim, pertinente abordar, ainda que de forma sumária, o percurso desta evolução.



Ao longo da sua obra, Freud retoma, por diversas vezes, procurando completar e clarificar, um conceito que se mantém central na actualidade,

embora tendo também sido naturalmente sujeito a reformulações: o complexo de Édipo.

Em “Algumas consequências psíquicas da diferença anatómica entre os sexos” (1925) Freud propõe que na rapariga, contrariamente ao rapaz, o complexo de Édipo constitua uma formação secundária. Este ponto de vista baseia-se no pressuposto de que a organização genital (tanto no sexo masculino como feminino) contém um significado fálico ou castrado, tendo em conta que apenas um órgão sexual se encontra acessível ao conhecimento da criança, o órgão masculino. Assim, o rapaz apercebia-se que as raparigas eram diferentes, não possuindo um pénis como ele, e as raparigas observavam, por seu turno, que lhes faltava qualquer coisa que, desde essa altura, passava a ser significativamente investida. Esta temática da castração, podendo assumir várias formas, desde a inveja de um pénis equivalente ao do rapaz, até à sensação de o ter já possuído mas de o ter perdido em função de uma punição exercida pelo pai ou pela mãe, pode ser vivenciada como merecida (culpabilidade) ou não (raiva). No rapaz, o complexo de castração marca o declínio do complexo de Édipo, ao passo que na rapariga, pelo contrário, constitui-se como o promotor dos desejos edipianos. Nesta óptica, a organização genital realizar-se-ia mediante uma primazia fálica: medo da castração no rapaz, desejo do pénis na rapariga associado ao ódio em relação à mãe que a fez sem esse órgão ou lho retirou. A rapariga abandonaria a sua afeição primária à mãe através da renúncia ao pénis, substituindo-o pelo desejo de ter um filho (“filho=pénis”). Na prossecução desta tentativa, aproximar-se-ia afectivamente da figura masculina (o pai), inscrevendo simultâneamente a figura feminina (a mãe) como rival.

A diferença entre os efeitos do complexo de castração nos dois sexos apoiar-se-ia, portanto, nas diferenças anatómicas.

Em “Acerca da sexualidade feminina”, Freud (1931) atribui grande relevo à fase pré-edipiana na menina. Situa basicamente o seu problema edipiano numa dupla necessidade: a mudança de objecto e a mudança de órgão (passagem da zona erógena predominante - do clitóris à vagina). Esta tarefa desenvolvimental é, pois, vista como mais complexa comparativamente à do rapaz. São então assinalados vários casos em que existe uma fixação primitiva da menina à mãe, não ocorrendo, verdadeiramente, a mudança de objecto.

Em a “Feminilidade”, Freud (1932) considera que a rapariga, quer em função da sua constitucionalidade, quer em função da pressão social, é conduzida a reprimir as suas pulsões agressivas, o que concorre para a formação de tendências fortemente masoquistas, tornando-se estas num modo de funcionamento essencialmente feminino. A menina é considerada como menos agressiva e mais dependente que o menino. Contudo, Freud defende que até ao início da fase fálica não existem diferenças significativas entre feminino e masculino.

Outros autores procuraram completar e aprofundar o contributo freudiano, nomeadamente no que concerne à definição do feminino-masculino.

Deutsch (1925), revelando grande proximidade teórica a Freud, salienta também, entre outros aspectos, a maior “sobrecarga” desenvolvimental a que a rapariga se encontra sujeita. Enquanto no rapaz,

alcançado o estágio fálico apenas necessita elaborar a situação edipiana, a rapariga tem, além disso, que renunciar à masculinidade ligada ao clitóris e passar da fase fálica à vaginal, ou seja, descobrir um novo órgão genital. Esta passagem é considerada pela autora como tarefa muito árdua.

Brunswick (1940), embora se enquadre numa perspectiva similar à de Freud, defende que o complexo de Édipo não deverá apenas ser entendido como uma ligação positiva e inconscientemente privilegiada da criança com o progenitor do sexo oposto mas, também, como uma situação triangular. A fase pré-edipiana é, em ambos os sexos, o período de ligação à mãe, anterior à constituição do pai como figura rival (relação dual). No menino, a fase pré-edipiana teria uma duração reduzida, enquanto que na menina essa fase transformar-se-ia em vínculo edipiano à mãe, tendo o pai como rival, exactamente como o menino. A descoberta da castração conduziria posteriormente a rapariga ao Édipo positivo passivo dirigido ao pai, sendo então a mãe constituída como figura rival<sup>9</sup>.

Como principais diferenças entre os sexos são apontadas a maior e massiva repressão da sexualidade infantil na menina bem como, o que nos parece fundamental, o facto de ela ter que reagir distintamente do rapaz à descoberta da castração da mãe. A rapariga não consegue afastar-se tão linearmente de alguém em quem se reconhece.

E. Jones (1927, 1935) mantém uma posição mais distanciada da de Freud e afirma claramente: “contrariamente a Freud, pensamos que a menina é, desde o início, mais feminina que masculina, mais centrada no

---

<sup>9</sup> Numa óptica mais divergente da de Freud, Brunswick postula que o desejo de ter um filho é muito anterior à inveja do pénis e que em ambos os sexos se encontra relacionado com o desejo de possuir o que a mãe onnipotente possui, isto é, um bebé.

interior do corpo que no exterior” (1935, pág.50). Os estádios “sádico-oral” e “sádico- -anal”, que se manifestam por ataques contra o corpo da mãe, são considerados como muito intensos na menina, resultando, portanto, uma angústia bastante pronunciada em comparação com a do menino. Ela não dispõe de um órgão externo onde localizar os seus receios relativamente à expectativa de retaliação por parte da mãe contra o interior do seu próprio corpo. Além disso, encontra-se fantasmaticamente impedida de deslocar o seu sadismo para a figura paterna.

No entanto, é proposta a existência de um medo fundamental e comum aos dois sexos, o temor da abolição da sexualidade (*aphanisis*). Este temor ultrapassaria o da castração, sendo reactivado face à não satisfação dos desejos edipianos. É admitido que o medo da *aphanisis* se manifeste diferentemente consoante o sexo. Sendo a rapariga mais dependente que o rapaz no sentido da sua satisfação sexual (por motivos anátomo-fisiológicos), continuará a recear a *aphanisis* sob forma de separação, de onde é então suposto provir o medo feminino de ser abandonada.

Para Melanie Klein (1932) o medo fundamental da menina refere-se ao interior do seu próprio corpo. Tal como E. Jones (*op. cit.*) evidencia o facto da menina, ao temer a retaliação dos ataques que dirigiu (na fantasia) contra o interior do corpo da mãe não poder, como o menino, verificar a inoperância desses receios.

Klein (*op. cit.*) reconhece, além disso, a existência de um conflito edipiano precoce. No caso da menina, após as primeiras frustrações orais por parte da mãe, realiza um afastamento do seio, desejando receber satisfação do pénis paterno, sob forma de incorporação oral;

simultaneamente, seriam desencadeadas as pulsões genitais em relação ao pénis paterno. De acordo com esta perspectiva, o Édipo na rapariga não se instala indirectamente mediante as suas tendências masculinas, mas directamente sob a acção dominante de elementos *pulsionais* femininos. Face à predominância das funções femininas receptivas, a menina tem uma maior tendência em incorporar e guardar o pénis do pai, isto é, o objecto edipiano. Caso o pénis interiorizado constitua um “bom objecto”, ela encontra-se em condições para apaziguar os temores em relação ao seu corpo; se o pénis interiorizado fôr excessivamente “mau”, a prova da realidade decorre a partir de um “pénis sádico” susceptível de destruir os maus introjectos mas, concomitantemente, perpetuando vivências persecutórias. O menino, de forma mais directa, pode investir narcisicamente o seu pénis, enquanto a menina, em contrapartida, investe o pénis paterno introjectado, tornando-a, assim, mais dependente dos objectos internos e externos.

Não é pois possível deixar de ter em consideração que a relação da menina com o pai (imago paterna) e, portanto, com o seu super-ego, se encontra intimamente associada à relação primária que estabelecer com a mãe (imago materna), o que aliás também não deixa de ser válido para o caso do menino. Como nos salienta a própria Melanie Klein, “nós sabemos a importância que tem, no desenvolvimento sexual da rapariga, uma boa *imago* materna na criação de uma boa *imago* paterna. Quando uma rapariga pode confiar, em termos da sua orientação interior, na autoridade reconhecida de um super-ego paterno, isso significa que ela seja igualmente constituída por boas *imagos* maternas, uma vez que antes de se poder entregar ao super-ego paterno tem que confiar suficientemente numa «boa» mãe interiorizada, em objectos benevolentes no interior de si própria” (op.

cit. pág.248). Encontramo-nos, novamente, no âmbito da problemática do narcisismo primário, questão a que dedicámos particular atenção na primeira parte deste capítulo.

Gédance (1983) e Grunberger (1988) defendem existir, à partida, na díade mãe-bébé do sexo feminino dificuldades acrescidas na relação. Ambos sustentam a hipótese da menina geralmente se confrontar com a necessidade de ultrapassar o *handicap* resultante de se constituir menos como objecto de desejo da mãe que o menino, surgindo assim um maior risco no desenvolvimento consistente do seu narcisismo primário. De igual modo, admitem que a mãe também não pode ser um objecto sexual satisfatório para a menina como o é para o menino. “Neste caso penso que, na menina, os estádios pré-genitais são ainda mais frustrantes, já que o objecto materno que supostamente provoca satisfações é, ele também, somente um substituto do objecto sexual adequado, e que essa situação de base propriamente feminina é, em si, causa de perturbações” (Grunberger, *op. cit.* pág.82) <sup>10</sup>.

Gédance coloca ainda a tónica na questão, já referida por alguns dos autores clássicos, da menina ser mais susceptível a uma não diferenciação entre o seu corpo e o da mãe, tornando-se, assim, mais vulnerável à instauração de uma boa identidade feminina secundária, no sentido de poder vir a usufruir da feminilidade e do corpo na qual ela se inscreve <sup>11</sup>. Na sua

<sup>10</sup> De acordo com o autor, o menino debate-se com outro tipo de vicissitudes. Ele dispõe de um objecto sexual adequado, podendo apoiar-se nele tanto no que se refere à sua confirmação narcísica quanto ao que concerne ao conflito edipiano, mas é desde mais cedo frustrado na sua satisfação genital edipiana, o que pode também acarretar uma ferida narcísica precoce.

<sup>11</sup> Gédance considera que o menino, apesar de ter que efectuar uma maior distanciação no sentido de constituir a sua identidade masculina a partir de uma ligação intimamente precoce e prolongada à mãe, pode recorrer ao pénis como demarcação entre o seu corpo e o dela.

óptica, a rivalização com a figura materna é fundamental na prossecução destes objectivos desenvolvimentais, mas apenas possível caso a mãe o viabilize dando abertura à libidinização da relação da menina com o pai.



Após esta incursão pelas propostas de vários autores que procuraram caracterizar o binómio feminino/masculino teremos uma resposta à questão por nós colocada de início, isto é, existirá uma toxicodependência no feminino?

Parece-nos plausível concluir, face ao exposto, que associadas às especificidades do desenvolvimento psico-afectivo das raparigas e dos rapazes se encontram, também, potencialmente associadas diferentes formas de expressão das dificuldades ao nível desse mesmo desenvolvimento.

Como nos refere Melanie Klein na obra citada (1932), quer nos encontremos no domínio do normal quer no domínio do patológico, o estudo da personalidade tomada no seu todo remete-nos forçosamente para um conhecimento adequado dos processos identificatórios do Eu e das relações que estabelece nesse âmbito. Da possibilidade de integrar as várias *imagos*, ou seja, conseguir esbater aquelas que são mais ameaçadoras e deixar prevalecer as mais gratificantes, particularmente no que respeita à figura materna e paterna, deriva, ou não, um equilíbrio psicológico harmonioso. É portanto fundamental que as principais figuras de referência concedam oportunidades reparadoras relativamente aos conflitos inerentes aos processos identificatórios, primários e secundários. No contexto de tais processos, como vimos, as raparigas debatem-se com algumas vicissitudes,

concretamente, a prova da realidade encontra-se dificultada o que conduz a uma maior necessidade de apoio no mundo exterior e, de forma particular, nos objectos. Deste modo, desenvolve-se um predomínio dos mecanismos de introjecção e projecção com a concomitante necessidade de reassegurar de forma permanente a confiança básica nesses mesmos objectos e na relação que com eles mantém. Também por este motivo se verifica, neste caso, uma maior inibição dos mecanismos de *acting-out* ou, por outras palavras, do agir a dor mental associada ao desenvolvimento.

É, então, no contexto apresentado, que compreendemos e interpretamos a perspectiva de autores como Pierre e Sylvie Angel (já enunciada) e de Nuno Miguel (1990), ao abordarem a temática da toxicodependência no feminino.

Tenhamos presente que os autores atribuem grande relevo ao facto das raparigas toxicodependentes evidenciarem dificuldades acrescidas ao nível da organização da sua sexualidade. Nuno Miguel (*op. cit.*) considera mesmo existir, neste caso, uma clara recusa da identificação feminina, negando o reconhecimento da sua feminilidade, enquanto nos rapazes, o que lhe surge como mais evidente, reporta-se ao desejo de identificação masculina, que é, no entanto, sobretudo sentida como insuficiente. Ainda na sua óptica, a questão da maternidade nas raparigas toxicodependentes surge sempre como uma questão não resolvida. Contudo, é aqui considerado existir intensa ambivalência e angústia: a maternidade é qualquer coisa que se deseja mas para a qual se vivencia fortemente o sentimento de não se ser capaz.

Para além dos “traços de funcionamento comuns” reconhecidos por vários autores no âmbito da toxicodependência (Amaral Dias, 1980, por exemplo) e relativamente aos quais já fizemos alusão, há portanto algumas evidências teórico-clínicas que apontam no sentido de existirem *nuances* ao nível desta problemática consoante se trate de um ou de outro sexo. Por um lado e, comparativamente, surgem no sexo feminino maiores dificuldades no que se refere aos processos identificatórios, com manifesta oposição e recusa, por outro, parece perpetuar-se de forma mais pronunciada o desejo de vir realmente a ser o bebé de alguém. Talvez por isso mesmo tantos psicoterapeutas sintam que é menos difícil intervir junto dos rapazes do que das raparigas toxicodependentes.

## CAPÍTULO II

### ASPECTOS PSICOLÓGICOS ASSOCIADOS À GRAVIDEZ

#### 1. PRELÚDIOS

São inúmeros os autores, dos clássicos aos contemporâneos, a situarem na infância a origem do projecto e do desejo de ter um filho. Através da dinâmica relacional do indivíduo com os pais e mediante a sua própria evolução pulsional vai-se consubstanciando tal projecto e desejo que, também, não permanece alheio à progressiva interiorização dos valores morais e culturais.

“O desejo de maternidade não se inicia no dia em que uma jovem mulher, submetendo-se a um programa de planificação dos nascimentos, decide ter um filho. Ser mãe ou ser pai corresponde a um desejo e, para alguns, a uma pulsão universal que surge desde a mais tenra idade, certamente, nas raparigas, mas também nos rapazes” (Lebovici, 1983, pág. 256).

Encontramo-nos, portanto, perante um processo complexo que começa muito antes da fecundação, na fantasia que a criança faz de ter um filho. Nos primeiros anos de vida a criança fantasia muito acerca da vida sexual dos adultos, sobre a concepção e o parto, adaptando a genitalidade pouco conhecida a experiências familiares.

Freud (cit. in Golse, 1992) atribuiu particular relevo às “fantasias originárias”, considerando-as inscritas no nosso património filogenético (elementos inconscientes inatos do id) e de importância fundamental no desenvolvimento do ser humano. De entre as várias “fantasias originárias” que identificou, descreveu a da “cena primitiva”, evidenciando a frequência com que as crianças constroem um romance familiar. A curiosidade relativa ao casal parental está integrada nos conflitos inconscientes da criança, sendo progressivamente elaborada através dos processos de identificação aos pais. O desejo de um bebé, tanto no menino como na menina, começa por se inscrever na fantasia da cena primitiva, traduzindo o desejo de possuir o poder do casal parental.

Embora Freud tenha feito diversas alusões às fontes pré-edípicas e pré-fálicas do desejo de um bebé em ambos os sexos (“Análise da fobia de um menino de cinco anos”, 1909, entre outros trabalhos), ele acaba por situar a sua mais decisiva origem no desejo edípico feminino de ser fecundada pelo pai, obtendo assim um bebé, formação substitutiva do “desejo do pénis” ou o seu equivalente simbólico (Freud, 1932). O bebé é primeiro fantasmaticamente criado de acordo com o modelo do que é ingerido (assimilado) e do que é expelido (bébé = bolo fecal). No decurso da “fase fálica”, a menina deseja fazer um filho à mãe ou ter um dela (Freud, *op. cit.*). Ao constatar que é diferente do menino, que não tem pénis, e que não só ela como a sua mãe são desprovidas desse órgão, apoiar-se à nessa decepção (“complexo de castração”) para realizar o seu afastamento à figura materna, aproximando-se da paterna. O desenvolvimento da situação edípica conduzirá à identificação com a mãe, constituindo-a como rival, e ao desejo de receber um filho do pai. A actividade lúdica da menina com bonecas é para Freud, a este respeito, ilustrativa. De início, há através desse

jogo uma identificação à mãe activa; posteriormente, a boneca passa a representar o filho do pai.

Entre os autores clássicos, Brunswick (1940) focalizou igualmente a sua atenção no estudo da origem do desejo de um filho. Concretamente, considerou-o proveniente de uma fonte “oral assexuada” e de um desejo “anal passivo” de receber um bebé da própria mãe. A evolução do desejo de um filho prosseguirá subordinada ao desenvolvimento da situação edipiana. No caso da menina, a transformação do desejo passivo em activo conduz à necessidade de um pénis para que possa dar um bebé à mãe. Este desejo peniano activo transformar-se-à, uma vez mais, em desejo passivo, quando a menina edípica procurar fantasmaticamente receber o pénis do pai, para iniciar a fecundação e o parto.

Também para Deutsch (1945) o processo de reprodução tem uma pré-história, dividindo-a em dois períodos: fase infantil e fase púbere.

Na fase infantil é igualmente proposto que a vida fantasmática das crianças de ambos os sexos identifique regularmente o feto com o conteúdo intestinal. No entanto, a diferença anatómica entre os sexos conduz, segundo a autora, o menino a deslocar o seu interesse do interior para o exterior do corpo de modo mais rápido e estável do que a menina. Esta, por seu turno, irá elaborar a ausência do pénis desviando gradualmente o interesse do exterior para o interior do corpo. O abandono progressivo das reacções emotivas da menina face à ausência de pénis, permite, nesta óptica, a feminilização da sua vida fantasmática, isto é, que o seu interesse pela ideia de um filho se consolide, embora mantendo ainda, durante algum tempo, a representação da reprodução e do bebé associada ao acto

digestivo, em conformidade com o seu desconhecimento do aparelho reprodutor.

Assim, numa perspectiva similar à de Freud, defende que o “traumatismo genital” e a correlativa “inveja do pênis” estejam na base de um mais consistente desejo de um filho. Admite, apesar disso, que nem todas as meninas considerem o bebé como uma compensação face à sua “inferioridade anatómica”, tendo em conta que, no decurso da infância e da puberdade, o que não existe (o bebé), não pode constituir-se realmente como tal.

Deutsch precisa ainda que é ao transferir o seu interesse do exterior para o interior do corpo que a menina, geralmente, aí introduz fantasmaticamente o pênis, atribuindo-lhe o estatuto de órgão interno. Pênis e bebé tornam-se, deste modo, susceptíveis de serem identificados como partes integrantes do seu próprio corpo. “Em muitas mulheres, a gravidez suscita por si a ideia arcaica de uma coisa possuída no interior do corpo, continuando a ser intensamente identificada com o órgão sexual masculino” (*op. cit.*, vol.II, pág.55).

Durante a infância, o bebé não representa um objecto desejado no mundo exterior. É algo possuído na fantasia, incorporado num conjunto de elementos psíquicos, em que as partes existentes ou desejadas do corpo da menina (fezes, pênis, bebé) não se encontram ainda claramente diferenciadas no inconsciente. “O desejo de um filho (na infância) não tem muito em comum com a experiência afectiva ulterior da maternidade; ele exprime uma tendência instintiva para possuir algo” (*ibid.*, pág.56).

Na puberdade, por seu turno, é alcançada uma recrudescência biológica que orientará a menina, a partir desse momento, no sentido da realização. A sua atitude face à função de reprodução não deixa no entanto de incluir, do ponto de vista da autora, um permanente reviver dos acontecimentos da infância. O movimento emocional suscitado pelo aparecimento da menstruação e as componentes edipianas ainda não totalmente resolvidas, povoam a vida fantasmática da jovem como que assegurando a futura concretização da maternidade.

Numa óptica que se pode considerar divergente das anteriores, tanto E. Jones (1935) como M. Klein (1932) admitem uma atitude vaginal primária inerente à criança do sexo feminino, conduzindo-a, desde logo, a um importante investimento no interior do seu corpo. Tal investimento acaba por se traduzir na vivência fantasmática de possuir um ventre fecundo, susceptível, portanto, de receber e ter bebés (fantasias orais e anais do coito). Neste contexto, os autores defendem não ser correcto considerar a “inveja do pénis” como inicialmente decorrente da “decepção do clítoris”, mas como oriunda do que o pai dá à mãe, isto é, dos bebés que esta assim pode ter. É, então, proposto que o desejo de um filho não constitua uma compensação face à ausência de pénis, mas um desejo feminino em si.

Quanto ao período púbere, Klein (*op. cit.*) admite, igualmente, que o aparecimento das primeiras regras reactiva, mesmo na menina com um desenvolvimento normal, as situações ansiógenas do passado. No entanto, em geral, proporciona também grande satisfação, pois coloca em evidência a prova da sua maturidade sexual e da sua condição feminina. Simultaneamente, o aparecimento das primeiras menstruações, representa um reassegurar da satisfação dos seus desejos sexuais e de fecundidade.

“As transformações biológicas da puberdade e a experiência do acto sexual produzem modificações consideráveis nas funções da vagina, concluindo o desenvolvimento psicológico da menina, tornando-a uma mulher na acepção mais global da palavra” (Klein, *op. cit.* pág.230). A autora salvaguarda, contudo, que tal aquisição desenvolvimental apenas se torna possível caso a menina tenha consolidado na infância a sua posição feminina, como vimos no capítulo anterior.

Contributos actuais continuam a referir-se ao desejo de um filho como tendo a sua origem no início do desenvolvimento infantil.

Para Michel Soulé (1987), este desejo traduz-se mediante a emergência da representação de um “bébé imaginário”<sup>12</sup>, cujo percurso o autor retrança, mantendo-o indissociável dos processos identificatórios e das organizações defensivas que os acompanham.

Karl Abraham, no início da psicanálise e, ultimamente, Maria Torok (cit. *in* Vincent, 1985) constataram, por seu turno, que desejos de gravidez e fecundação real podem encontrar-se intimamente associados a perdas de objecto. A relação da maternidade ao luto estabelecer-se-ia, nesta perspectiva, numa vertente narcísica de negação fantasmática de uma parte de si.

Segundo os autores, estes dados não parecem apenas revelar os vários níveis de restituição do objecto perdido na gravidez mas, também, a importância da função organizadora do objecto de amor externo, contribuindo para reelaborar o luto pela infância.

---

<sup>12</sup>

Conceito que retomaremos oportunamente.

A análise levada a cabo por Cukier - Hemeury et al. (1987), com um carácter mais abrangente, sublinha a extrema complexidade que encerra a noção do “desejo de um bebé” e a grande diversidade de significados que lhe estão subjacentes. É então preconizada a não exacta correspondência entre o desejo de um filho, o de gravidez, e a decisão de concretizar um nascimento.

Como já tínhamos constatado através do contributo de outros trabalhos, o desejo de um bebé pode estar presente sem que isso signifique o desejo de uma gravidez ou a procura de realizar na prática uma fecundação <sup>13</sup>.

Noutros casos, o desejo específico de estar grávida representa, por si só, um estado de grande prazer, um sentimento de completude, frequentemente associado à possibilidade de verificação da integridade e bom funcionamento físico ou como forma de preencher um vazio existencial.

O nascimento de um bebé inclui, portanto, implicitamente, uma relação ao desejo, ao imaginário no qual foi concebida.

Admitindo que certas manifestações do desejo de um filho remontam a uma fase muito precoce do desenvolvimento da criança, Cukier - Hemeury et al. (op. cit.) consideram que, desde a infância, a menina se

---

<sup>13</sup> No já citado trabalho de H. Deutsch (1945), não só há referência ao desejo de um filho inserido no âmbito do desenvolvimento das dimensões infantis inconscientes como, também, é feita alusão ao desejo de um filho que se mantém completamente exterior ao acto de procriação. Neste caso, há rejeição de toda e qualquer sensualidade, mas estas mulheres mantêm-se obsessivamente ligadas à ideia de maternidade, dedicando-se inteiramente aos filhos de outras mulheres. A personagem “Tia Tulla”, descrita por Miguel de Unamuno, é apresentada por Deutsch como ilustrando claramente uma situação desta natureza.

encontra submetida a normas sociais precisas no que concerne ao seu papel e à sua relação com um bebé, coexistindo, assim, factores individuais e sócio-culturais. A relação dinâmica entre estas duas ordens de factores assume, deste ponto de vista, um papel decisivo na determinação das motivações subjacentes ao desejo de um filho. “É através das características biológicas, sociais e culturais que emerge, na mulher, o desejo ou o não desejo de ter um filho, mediante a consciência mais ou menos assumida da sua feminilidade e dos seus projectos de vida, procurando alcançar um estatuto adulto ou um valor social, por identificação materna ou por afirmação de si própria ou, ainda, de consolidação da identidade, etc, (tudo) extremamente relacionado com as condições sócio-económicas ou religiosas da época” (Cukier - Hemeury et al., *op. cit.*, pág.80).



A incursão que acabamos de realizar, em sincronia com uma linha de pensamento psicanalítica acerca da origem e evolução do desejo de um filho, pretendeu sobretudo salientar a extensão e ubiquidade de tal desejo, as vicissitudes às quais se encontra sujeito no âmbito do desenvolvimento da psicosexualidade infantil.

Convém, talvez, também frisar que constatar a generalidade deste desejo não significa descrever um instinto maternal, mas apenas pôr em relevo a sua importância (Lebovici, 1983; Cukier - Hemeury et al., *op. cit.*). Todavia, como também salientam estes autores, para os casais «primíparos» a vivência de que desejam verdadeiramente um filho reveste-se de um prazer especial, assumindo-se como factor importante na adaptação a uma

gravidez e às eventuais dificuldades que a situação particular ou o contexto no qual se enquadra pode suscitar.

## **2. GRAVIDEZ : UMA OPORTUNIDADE DE CRISE E DESENVOLVIMENTO**

A gravidez tem sido e, continua a ser, alvo de múltiplas abordagens de estudo. São diversas as áreas científicas que elegem o período gravídico como campo privilegiado da sua investigação. Não descurando que todos os contributos permitem uma melhor compreensão do fenómeno, iremos debruçar-nos, especialmente, naquele que constitui o principal pólo de interesse deste trabalho: a abordagem psicológica.

De qualquer modo, mesmo circunscrevendo a nossa área de estudo a este domínio, devemos obrigatoriamente ter em conta que as mulheres vivenciam a gravidez, universalmente, como um acontecimento tanto psicológico como físico, o que aliás nem poderia ser de outro modo (Deutsch, 1945; Brazelton e Cramer, 1989; Colman e Colman, 1994; Justo, 1994; Gomes Pedro, 1982, entre outros).

Alterações na imagem corporal, secreções hormonais, o ajustamento dos apoios circundantes à mudança e as expectativas sócio-culturais reflectem-se, inevitavelmente e de forma dinâmica, na vida mental e psicológica da mulher grávida. Este, como qualquer outro período de tão profunda transformação, é por isso mesmo, comumente conceptualizado como “crise”.

Bibring (1959), Pines (1972, 1982) são autoras que claramente equacionam a turbulência emocional da gestação como reflexo de uma crise normativa, considerando a sua resolução um contributo no sentido da mulher conseguir alcançar um equilíbrio mais adequado ao desempenho da função materna. “A gravidez, como a puberdade ou a menopausa, é um período de crise envolvendo profundas mudanças somáticas e psicológicas. Estas crises representam etapas importantes do desenvolvimento, e têm em comum um conjunto característico de fenómenos. Na gravidez, tal como na puberdade e na menopausa, novas tarefas adaptativas e libidinais confrontam o sujeito, conduzindo-o ao reviver de conflitos ainda não totalmente resolvidos, próprios a fases precoces do desenvolvimento, e à emergência de soluções parciais ou inadequadas do passado. (...) A resolução desta crise é de importância fundamental para o domínio da fase agora iniciada (alcançar a maturidade, na puberdade; o envelhecimento, na menopausa; e a maternidade na gravidez” (Bibring, 1959, pág.116).

Chertok (cit. *in* Lopes Santos, 1993), inserindo-se numa óptica similar, ressalta que, do ponto de vista clínico, uma gestação sem qualquer sintoma de turbulência, longe de indiciar uma integração bem sucedida, assinala, quase sempre, a presença disfuncional de certas defesas.

Brazelton e Cramer (1989) propõem igualmente uma conceptualização muito dinâmica deste “estado de crise”, característico da gravidez. Na sua perspectiva, a angústia e ansiedade pré-natal revelam um mecanismo extremamente saudável, uma “reacção de alarme” face ao desconhecido, que vai possibilitar uma organização nova no contexto do desempenho da função parental.

Também para Libby e Arthur Colman (1994), à semelhança do que acontece com outras “crises existenciais”, a gravidez cria um equilíbrio delicado entre experiências positivas e negativas, entre expansão e regressão. Mas, para os autores, são raros os problemas emocionais graves no decurso da gravidez, circunscrevendo-se, maioritariamente, no âmbito de reacções normais à mudança e ao desenvolvimento.

De índole mais experimental, outros trabalhos (Pugh et al., 1963; Paffenbarger, 1964, entre outros) têm evidenciado uma menor eclosão de doenças de cariz psiquiátrico durante a gravidez, comparativamente a outros períodos do ciclo de vida da mulher. Para Wolkind e Zaslavsky (1981), um dos factores mais preditivos do desencadeamento de perturbações psiquiátricas na gravidez é a ocorrência anterior de algum episódio do mesmo tipo.

Estes dados parecem-nos sugerir que, embora a gravidez possa ser conceptualizada como um período de “crise maturativa” no qual, face às enormes transformações que lhe são inerentes, há toda uma maior susceptibilidade a situações ansiógenas e angustiantes, a mulher parece estar de alguma forma emocionalmente protegida para o enfrentar, sendo o seu equilíbrio efectivamente posto em causa sobretudo quando pré-existem situações de grande fragilidade psíquica.

Bibring et al. (1961) complementam esta linha de pensamento ao sustentarem que a “crise” da gravidez é um período essencial do crescimento e da integração maturativa da mulher, constatando-se variações individuais em função da sua estrutura da personalidade, do grau pessoal de

ajustamento ao início da gravidez, bem como da constelação e enquadramento familiar.

De qualquer modo e, seja qual for a circunstância, estar grávida representa um enorme esforço, tanto físico como psicológico. “O reajustamento dos vários mecanismos responsáveis pela manutenção da homeostase psíquica e biológica da mulher grávida consome a maior parte da energia disponível neste período da vida. O imaginário entrecruza-se com o presente na génese de um novo papel como mulher e esta adaptação absorve a maior parte do tempo útil da grávida” (Gomes Pedro, 1982, pág.17 e 18).

Já Deutsch na sua clássica obra (1945), afirma que, objectivamente, a existência da mulher no decurso da gravidez se modifica em dois sentidos: físico e psicológico. No que respeita ao primeiro, reporta-se ao aumento de peso e ao facto da mulher passar a ter uma vida mais limitada decorrente do seu corpo se encontrar ao serviço de qualquer coisa que não é ela própria. No que concerne ao segundo, há toda uma consciência que se vai desenvolvendo acerca de um novo ser ligado e idêntico a si, recriando novas possibilidades emocionais e um salto para o desconhecido que subentende, além disso, uma atitude de entrega. A experiência interior da mulher grávida é então vista como oscilando permanentemente e, em proporções ilimitadas, entre um enriquecimento infinito - «Eu sou o mundo» - e um empobrecimento infinito - «Eu não sou nada».

Outros contributos científicos revelaram que os desvios hormonais da gravidez exercem um impacto real nas oscilações emocionais da mãe. Considera-se que a progesterona, estrogénio, corticosteroides e outras

hormonas envolvidas nas alterações hormonais da gravidez têm algum efeito no âmbito emocional, particularmente na depressão e na exaltação. Mas como salvaguarda Colman e Colman (1994), isto não significa que as hormonas originem ou tenham qualquer influência no conteúdo das emoções. A grávida vivencia um ambiente interno químico alterado que, em interação com todos os outros factores - físicos, ambientais, culturais -, integram a sua experiência de gravidez. Nesta óptica, as hormonas podem influenciar a intensidade de um sentimento mas não a sua qualidade e conteúdo, que permanecem intimamente dependentes do contexto, da vida interior e exterior da grávida.

Pela possibilidade de constatar a sua integridade física e a capacidade para, tal como a sua própria mãe, estar apta a gerar, esta é uma oportunidade de reorganizar os medos e dúvidas que, a este respeito, invadiram desde a infância a sua vida fantasmática. Com efeito, uma das características mais frequentemente apontadas nesta fase de desenvolvimento e, considerada como fundamental, refere-se ao reactivar dos conflitos que coloriram a relação muito precoce da mulher com a sua mãe (Deutsch, 1945; Bibring, 1959, 1961; Delcros e Widlöcher, 1977; Bécache, 1987; Kestenberg, 1982, para apenas citar alguns autores).

A mulher grávida confronta-se, portanto, com a necessidade de reelaboração das vicissitudes desenvolvimentais relativas aos processos de separação/individuação e aos de identificação, nomeadamente, reorganizando os temas edipianos centrados na competição, culpa e retaliação. Deste modo, vai naturalmente estar sujeita a modificações do humor, alterações de sentimentos e de comportamentos que, globalmente, tornam notória uma labilidade emocional que escapa, com frequência, à sua

compreensão. Uma tal vulnerabilidade afectiva encontra-se, assim, relacionada com o medo de perigos desconhecidos, quer sejam interiores, quer sejam exteriores, geralmente sustentados por medos imaginários mais profundos.

Considerando-os mais frequentes nas primigestas nulíparas, Delcros e Widlöcher (1977) estabelecem, além disso, que os medos apresentam maior incidência com a proximidade do nascimento, embora possam estar presentes em qualquer momento da gravidez. Os mesmos autores salientam que após o parto, quando a mulher pode verdadeiramente tranquilizar-se quanto ao estado de saúde do seu bebé e quanto ao facto de, também ela, se encontrar incólume, os medos passam a ser mais facilmente expressos.

A investigação de Winget (cit. in Delcros e Widlöcher, 1977) utilizou o conteúdo manifesto dos sonhos como revelador dos medos das grávidas, tendo alcançado resultados complementares aos de outros inquéritos realizados em diferentes países <sup>14</sup>.

De entre os resultados obtidos o referido estudo pôs em evidência que as mulheres, globalmente, parecem encontrar-se mais inquietas em relação ao bebé do que em relação a elas próprias. O medo mais frequentemente mencionado foi o de o bebé não nascer saudável (com malformações ou “anormal”, ou mesmo morto). Também bastante representado, mas com menor expressão frequencial, surgiu a referência ao medo de um trabalho de parto difícil, com possibilidade de provocar feridas, dilaceração dos órgãos genitais ou, nalguns casos, a morte.

---

<sup>14</sup> Inglaterra, 1966 e 1969, estudos levados a cabo respectivamente pelo Colégio Real das Parteiras e por E. Mac. Donald; Estados Unidos da América, 1973, por H.K. Light; Israel, 1975, por Heymans.

Colman e Colman (1994), através do material recolhido interactivamente nas sessões que dinamizaram com um grupo de grávidas, salientam também que o medo de negligenciar o bebé é bastante comum. A sua perspectiva vai igualmente de encontro à ideia de que os medos das grávidas têm uma função adaptativa no contexto da relação mãe-bébé. “Embora o elemento «medo» esteja presente nos seus próprios impulsos destrutivos, é melhor encarar este aspecto da relação mãe-filho durante a gravidez, do que experienciar isso como um sentimento distorcido assim que o bebé efectivamente nasce” (op. cit. pág.51).

Parece-nos, pois, possível poder concluir, a partir da análise dos diferentes contributos a que temos feito referência, que a experiência psicológica da gravidez se constitui, não só como um período potencialmente orientado para uma dinâmica de cariz desenvolvimental, como além disso, subjacente a essa dinâmica, se começa a estruturar a relação mãe-bébé. Assim, surge-nos também como inevitável admitir que a forma como se irá processar essa relação após o nascimento se encontra intimamente associada ao modo como tal experiência foi elaborada e vivenciada pela grávida, pelo companheiro, em suma, pelo casal.

Embora menos contempladas nos estudos, é hoje comumente aceite que as alterações psicológicas características da gravidez não ocorrem apenas na mulher grávida mas, também, no marido ou companheiro. Benedek (1959) considerava plausível o reemergir das identificações objectais infantis no homem que acompanha o desenvolvimento da gestação. Este momento significaria igualmente uma oportunidade de reelaboração de experiências anteriores e, por conseguinte, uma possibilidade desenvolvimental. A *Síndrome de Couvade* é

frequentemente interpretada neste contexto. Gerzi e Berman (cit. in Justo, 1994), integrando conclusões de algumas pesquisas anteriores, apresentam uma lista das principais temáticas que invadem a vida psicológica dos pais que aguardam o nascimento de um filho. Esta inclui:

- a) Reactivação de experiências pré-edípicas e intensa necessidade de dependência;
- b) Reactivação de fantasias infantis relacionadas com a concepção e a gravidez, e medos relativos a essas fantasias;
- c) Reactivação dos desejos infantis reprodutivos e frustrados associada, concomitantemente, à inveja da capacidade da mulher em poder criar e dar à luz; identificação à figura materna incluindo, nomeadamente, os sintomas somáticos, e emergência das defesas fálicas contra essa identificação;
- d) Reactivação da rivalidade fraterna, representando inconscientemente o bebé esperado, o irmão mais novo e invejado; culpabilidade decorrente dessa rivalidade;
- e) Reactivação de experiências edípicas não resolvidas; fantasias de competição pelo afecto que a companheira dispensa ao bebé;
- f) Expectativas desajustadas quanto à possibilidade do bebé se vir a constituir como factor de equilíbrio numa relação de casal não gratificante;

g) Dificuldade em lidar com a necessidade de presença e de apoio que a companheira manifesta.

Ao aceitarmos, perante estes dados, a existência de todo um movimento identificatório dos pais expectantes relativamente à fase do ciclo de vida que as suas companheiras atravessam estamos, com certeza, a salientar a interpenetração dos processos desenvolvimentais e como eles são, neste âmbito, extensíveis tanto à mulher como ao homem.

Amaral Dias e Sousa Monteiro (1989) dizem-nos que só a mulher sabe gerar porque só ela realmente gera, mas, salvaguardando, que os homens têm possibilidade de transformar o único espaço em que podem conceber, o espaço do pensamento: “É como se o homem desejasse toda a vida «fazer como a mãe» mas para o conseguir tem que aprender a desejar «fazer como o pai»” (op. cit., pág.133).

Será que as alterações psicológicas a que nos referimos não traduzem essa tentativa?

### **3. OS ESTÁDIOS DA GRAVIDEZ**

Hélène Deutsch (1945) foi talvez pioneira na conceptualização de estádios no decurso da gravidez. Considerando as modificações que ocorrem ao longo do período gravídico como progressivas, admitiu que os fenómenos psicológicos que lhe estão associados se encontram na directa dependência dos processos biológicos. Recordando as suas próprias palavras: “Tenho por vezes a clara e curiosa impressão que as diversas fases

ontogenéticas do feto influenciam o material psicanalítico, em particular a vida fantasmática da mulher grávida” (*op. cit.*, vol. II, pág.142).

Numa primeira fase da gravidez preconiza a existência de uma organização narcísica particular que torna viável o desaparecimento das fronteiras entre o *Eu* e o *não Eu* conducente à estabilização da unidade mãe-criança. O acto de incorporação (fertilização) provoca uma regressão já evidente no coito. Vomitar representa o desejo de expelir a criança, sendo, então, contrabalançado por retenção anal. Uma vez que os vômitos cessam habitualmente depois do primeiro trimestre, o seu ponto de vista infere que a oralidade é sucedida pela regressão anal. Posteriormente, no período que se segue à percepção dos movimentos fetais, a libido retorna como narcisismo secundário, sendo o *ideal do eu* transposto para o bebé que ainda não nasceu. Segundo salienta a autora, são típicos desta fase os sonhos nos quais o bebé surge como mais crescido do que um recém-nascido e com traços onde se reconhece a realização dos desejos da futura mãe, como por exemplo, sexo e parencças. Frequentemente é retratado como um bebé ideal, representando a própria mãe dotada das suas melhores qualidades e de todas aquelas que ela gostaria de ter.

Bibring (1961) sustenta um ponto de vista similar. Também na sua óptica as mudanças anatómicas e fisiológicas dos primeiros meses de gravidez suscitam na mulher um aumento da concentração da libido no *Self* o que permite a integração “do corpo estranho”, transformando-o numa parte de si própria. A percepção dos primeiros movimentos fetais vem romper, habitualmente, este equilíbrio de completude narcísica e introduz pouco a pouco o bebé como um novo e distinto objecto de amor.

A autora considera, assim, dois momentos, ou “tarefas”, de tendência oposta durante a gravidez. No primeiro, há um movimento no sentido de aceitar a “intrusão” e incorporá-la de um modo bem sucedido; no segundo, trata-se de permitir a diferenciação, preparando a separação mãe-bébé aquando do parto.

Outros trabalhos mantêm esta referência das diferentes fases da gravidez, entre os quais, Brazelton e Cramer, 1989; Offerman-Zuckerberg 1980; Kestenberg, 1982; Colman e Colman, 1994. Iremos portanto continuar a admitir a evolução psicológica da gravidez “normal” como comportando, sucessivamente, as fases de incorporação, diferenciação e separação.

Apesar de não existir uma correspondência directamente sobreponível, a caracterização mais pormenorizada destas fases é usualmente realizada através da divisão da gravidez nos já clássicos trimestres <sup>15</sup>, abordagem a que nos dedicaremos em seguida.

### **3.1. O PRIMEIRO TRIMESTRE**

Fisiologicamente, a fecundação do óvulo pelo espermatozoide e a subsequente nidação constituem o início da gravidez (Nilsson et al. 1973). Do ponto de vista psicológico, tal início não se pode situar com tanta precisão. Neste caso, a variabilidade é grande. Pode ir de um extremo de

---

<sup>15</sup> Embora na actualidade seja mais comum, devido a avanços de ordem técnica, contabilizar o tempo de gravidez em semanas, Colman e Colman (*op. cit.*) justificam a manutenção dos trimestres como unidade de medida uma vez que os aspectos psicológicos não são tão precisos quanto os desenvolvimentos fisiológicos.

hipersensibilidade ao fenómeno até ao outro no qual a mulher aparenta, durante várias semanas ou mesmo meses, um total desconhecimento do facto (Justo, 1994; Lhomme e Gutton, 1984). Contudo, em geral, a primeira ausência da menstruação é o indicador que mais objectivamente se tem em consideração, despoletando o recurso a meios susceptíveis de infirmar ou confirmar essa possibilidade (Soifer, 1986).

Confirmada a gravidez e, de acordo com o que já mencionámos, o equilíbrio psicológico anteriormente alcançado pela mulher vai sofrer alterações. Todo um movimento centrípto parece ser a tónica destas primeiras semanas de gestação. Dirigindo prioritariamente o seu interesse para o bebé e para o desenvolvimento dos seus atributos maternos a jovem mãe incrementa o seu investimento narcísico por si e pela unidade mãe-feto em detrimento do meio circundante. Esta identificação de tipo regressivo da mãe para com a criança (Deutsch, 1945; Winnicott, 1956) representa um dos processos adaptativos à sua nova condição e manifesta-se em vários domínios.

É com frequência assinalado na literatura o aumento da necessidade de dormir, particularmente, durante as primeiras semanas de gravidez. Modificações no conteúdo dos sonhos também são referidas como ilustrando a indiferenciação primária mãe-bébé. A angústia proveniente dessa indiferenciação poderá contribuir para que os sonhos do primeiro trimestre aludam vulgarmente a ameaças e perigos imaginários dirigidos de forma indiferenciada à criança ou à mãe.

Igualmente característica desta fase de evolução da gravidez é a modificação do comportamento alimentar. É comum registarem-se condutas

bolímicas incontroláveis por compensação oral, podendo originar um aumento excessivo de peso. Culturalmente, estes excessos são, de forma usual, interpretados como expressão da carência de uma determinada substância, o que acaba por justificar os não raros apetites excêntricos da grávida. Para Delcros e Widlöcher (1977), as prescrições dietéticas nem sempre se apresentam como eficazes, principalmente quando não acompanhadas de uma «desdramatização da gravidez» e de um espaço no qual a mulher possa exprimir os seus medos e ambivalências. Náuseas e vômitos, igualmente muito frequentes durante este período são, não só atribuídos pelos autores às rápidas modificações do equilíbrio hormonal que se registam nesta altura como, além disso, lhes conferem um sentido psicossomático. Na sua perspectiva, eles exprimem sobretudo a insegurança da mulher no que respeita à realidade da concepção. Há como que um conflito entre, por um lado, sentimentos mais ou menos conscientes de rejeição e, por outro, sentimentos de aceitação. Esta ambivalência traduz também todo o movimento de reelaboração que a futura mãe tem de operar acerca do relacionamento mãe-criança que vivenciou na sua infância. Ocorrem, naturalmente, revivescências de sentimentos opostos, tais como, amor e raiva, frustração e satisfação, experienciados no passado, superados ou não, de acordo com o equilíbrio interno alcançado por cada mulher.

Assim, longe de constituírem uma verdadeira ameaça à “incorporação” do novo ser em desenvolvimento, tais sentimentos de ambivalência são normais e, até desejáveis, no decurso do primeiro trimestre de gravidez. Admitindo-se que a resolução deste conflito é atingida nos finais do primeiro trimestre, início do segundo, anunciando a aceitação do bebé e a reafirmação da nova identidade da mãe, torna-se compreensível que a contrapartida psicossomática (vômitos, náuseas, etc.)

perca o seu significado, conduzindo, na maioria dos casos, à sua extinção ou diminuição.

A este propósito, o trabalho conduzido por Chertok et al. (1963), de carácter mais empírico, revela a existência de uma associação estatisticamente significativa entre a manifestação do vômito incoercível da mulher grávida e a presença de sentimentos simultâneos de aceitação e rejeição da criança. Evidentemente que o meio circundante, em particular o pai do bebé, exercem grande influência na aceitação ou rejeição da gravidez podendo, portanto, diminuir ou reforçar o conflito.

Alterações no comportamento sexual são também frequentemente referidas na literatura. No entanto, parece constatar-se grande diversidade de atitudes. Colman e Colman (*op. cit.*) apontam como significativo tanto o número de mulheres que, neste período, sentem um desejo sexual acrescido como as que parecem reduzir substancialmente a sua disponibilidade. Incluem-se nestes casos, entre outros, as que sofrem de algias pélvicas durante ou imediatamente após o relacionamento sexual, reactivando grande angústia. O medo de perder ou danificar o feto pode então surgir como justificativo da redução da actividade sexual, muito embora se possa considerar que, nesta fase de reelaboração das vivências infantis, os sentimentos de culpabilidade invadam mais facilmente a vida fantasmática do casal, bloqueando as suas possibilidades de gratificação a este nível. Esta hipótese poderá ter algum fundamento tanto mais que no decurso do segundo trimestre a apetência sexual é normalmente restabelecida e, em muitos casos, de um modo jamais experienciado. Contudo, não será fácil alcançar considerações mais concludentes. Por exemplo, o trabalho de Masters e Johnson (*cit. in* Colman e Colman, 1994) descreve apenas um

decréscimo global no desempenho sexual, durante o primeiro trimestre, em mulheres primigestas nulíparas, mas uma reduzida variação em mulheres múltiparas.

É sempre algo artificial introduzir fronteiras em processos que constituem, por excelência, um contínuo, como é o caso da gravidez. Tentaremos, no entanto, continuar a descrever as modificações que sustentam uma tal divisão, passando ao estágio seguinte.

### 3.2 O SEGUNDO TRIMESTRE

Para muitos autores, a percepção dos primeiros movimentos fetais marca, habitualmente, o início de uma nova reorganização psicológica por parte da mulher. “ A experiência mais arrebatadora do segundo trimestre é sentir o bebé mexer. Mesmo se a mulher estava em condições de aceitar a realidade da sua gravidez no primeiro trimestre, a prova da gravidez virá no segundo” (Colman e Colman, *op. cit.*, pág.72).

De um modo geral, o movimento do bebé é sentido entre a décima oitava e a vigésima primeira semanas de gravidez. Esta prova irrefutável da sua viva presença contribui para que a mãe possa passar a concebê-lo como um ser com a sua própria individualidade e autonomia (fase da diferenciação psicológica mãe-feto). Paralelamente, este desenvolvimento evidencia quanto o bebé impõe as suas mudanças na mulher podendo, pela primeira vez, confrontá-la com a constatação de que o desenrolar do processo escapa ao seu total controlo. Torna-se compreensível que estas alterações sejam fonte de ansiedade, repercutindo-se a vários níveis e com

formas particulares de expressão consoante os casos. Algumas mulheres, por exemplo, só registam conscientemente os movimentos do seu bebé bastante mais tarde, no 5º ou mesmo 7º mês de gestação, recorrendo defensivamente a mecanismos como a negação e a projecção (Soifer, 1986). Contudo, na sua maioria, estes movimentos não passam despercebidos, parecendo haver uma outra forma, certamente mais adequada, de elaborar a ansiedade. De acordo com Soifer (*op. cit.*), o devaneio e as fantasias que lhe estão associadas acerca de um filho que sintetiza todas as qualidades mais desejadas e ambicionadas são o refúgio habitual que permite o prosseguimento da gravidez sem sobressaltos excessivos.

Colman e Colman, perante as inúmeras reuniões de grupo que dinamizaram, assinalam o facto das mulheres serem incharacteristicamente positivas ao referirem-se às sensações motivadas pelo movimento do bebé.

A vigilância médica, felizmente iniciada hoje em dia cada vez mais cedo, possibilita que a vida e desenvolvimento do feto, mediante a parte do exame clínico que lhe respeita directamente, sejam também representados à mãe. Os seus movimentos, percebidos pela mãe e detectados pelo médico, a altura do útero, a percepção por palpação dos polos fetais, a auscultação do barulho do coração fetal, constituem elementos clínicos actualmente completados pelas imagens ecográficas. Apesar do incontestável contributo da ecografia obstétrica, permanece, no entanto, um campo ainda pouco clarificado no que respeita às suas efectivas repercussões na organização dos estados emocionais suscitados pelo período gravídico, principalmente quando realizadas no início da gravidez (Vicent, 1985; Courvoisier, 1985). Há contudo quem valorize a perspectiva (Boyer e Porret, 1987) de que tais imagens ecográficas possibilitam mais

um suporte do que uma limitação dos processos imaginários, tornando dialecticamente mais real e diferenciada a presença do bebé e, contribuindo assim, para o seu melhor reconhecimento, facilitador do processo de separação-individação mãe-bébé <sup>16</sup>.

Por seu turno, parece haver ampla concordância de que há medida que se realiza tal diferenciação progressiva - francamente apoiada no desenvolvimento fisiológico do feto e seu correlativo, os movimentos fetais - a mãe introduz o bebé como um novo objecto de amor, daqui decorrendo o início da sua relação, ou mesmo "inter-relação", entre ambos <sup>17</sup>.

O bebé passa a representar, em simultâneo, uma parte do seu companheiro, introjectada e que a mãe tomou como sua, uma parte de si própria e um sujeito autónomo com a sua intrínseca individualidade (Bibring, 1959; Bibring et al., 1961). Neste contexto, as fantasias da mãe começam naturalmente a centrar-se sobre os possíveis e desejados atributos do seu bebé. Côr dos olhos, cabelo, sexo, ou mesmo características mais

<sup>16</sup> Embora esta seja, sem dúvida, uma questão muito pertinente sobre a qual refletir, merecendo em nosso entender, a atenção por parte dos investigadores, um estudo detalhado ultrapassaria obviamente o alcance deste nosso trabalho. No entanto, teremos que ter necessariamente em conta os elementos teóricos já disponíveis, parecendo-nos pois possível considerar, com base nessas referências, que a utilização excessivamente banalizada e pouco cautelosa é que poderá constituir um sério risco ao movimento natural, saudável e desejável da "gestação imaginária". Provavelmente, será árduo na prática ter na devida conta todos esses dados, o que não invalida a sensibilização para este problema das equipas clínicas que trabalham nesta área.

<sup>17</sup> Inúmeros autores, de S. Ferenczi a M. Mancia, admitem a existência de uma vida psíquica no feto. Mancia (1981), nomeadamente, encontra novos argumentos em defesa da organização de um núcleo psíquico pré-natal. O desenvolvimento da motricidade fetal destaca, na sua perspectiva, elementos a favor de um "relógio biológico" comportando aspectos tónicos e fásicos, observáveis desde a sétima semana, com a aparição de movimentos reflexos de defesa e, a partir da décima quarta semana de gestação, com a existência de respostas específicas. Através das diferentes modalidades que podem ser identificadas - entre as quais, táctil, cinestésica, térmica, vestibular - torna-se possível definir uma relação entre o feto *conteúdo* e a mãe *continente*. A mãe pode, assim, passar a constituir o mundo objectal do feto. Para Mancia (*op. cit.*) a interacção reveste-se de um carácter permanente cujas manifestações são periódicas. Nesta óptica, a mãe transmite ao feto não só um programa biológico como também a tradução do seu próprio universo afectivo e mental.

relacionadas com a maneira de ser invadem a sua vida imaginária. A comunicação passa igualmente a assumir um crescente significado. “Diálogos”, carícias no ventre, entre outras, são possibilidades que a mãe procura agora começar a explorar com grande interesse e entusiasmo. Para Leff (1980), a capacidade da mãe imaginar vários aspectos do seu futuro filho encontra-se subjacente ao estabelecimento da comunicação verbal e não verbal mãe-bébé, o que constitui, na sua óptica, o indicador externo de que o processo de familiarização entre ambos se está a desenvolver.

Segundo a perspectiva de alguns autores, entre os quais Kestenberg (1982), assiste-se, paralelamente, à revivescência de carácter anal, que facilita e auxilia o reconhecimento do feto como objecto distinto. Em complementaridade, surgem outros ajustamentos típicos.

“Com a nidação concluída e a placentação estabelecida, o genital interno torna-se o centro de enriquecimento narcísico, podendo o companheiro ser arrastado para o círculo mágico da nova existência dual, como protector, provedor e defensor da mãe e do feto” (Kestenberg, *op. cit.* pág.168).

Colman e Colman (1994) salientam o deslocamento da reelaboração psicológica anteriormente subordinada à temática da relação mãe-filha para a de reavaliação da relação com o companheiro, possibilitando uma conquista psico-afectiva muito importante no sentido da grávida poder introduzir o bebé numa relação triádica - pai, mãe, filho. Uma tal reorganização relacional é aliás considerada por alguns autores, nomeadamente, Amaral Dias (1986), como suporte à capacidade de reconhecimento efectivo do filho pela mãe. Mais especificamente, este

reconhecimento é tido como dependente da possibilidade da mãe colocar o bebé na genealogia das suas fantasias triangulares.

O conteúdo manifesto dos sonhos parece-nos, assim, poder ser interpretado neste contexto. Colman e Colman identificam alterações nesta fase, constatando o elevado número de casos em que a mulher deixa de sonhar de forma predominante com perigos e ameaças relacionadas indiferenciadamente consigo ou com o bebé - como ocorria mais nitidamente no trimestre anterior - para passar a sonhar com perigos e ameaças relacionadas com outro elemento da família ou com um estranho.

A reorganização psico-afectiva que se vivencia no casal, particularmente no "primíparo", poderá encontrar uma referência propiciadora de maior estabilidade através de um mais satisfatório relacionamento sexual. Como já tínhamos referido, a literatura, de um modo geral, aponta para as crescentes experiências de gratificação a este nível. Algumas das alterações fisiológicas ocorridas na mulher durante este período são susceptíveis de contribuir para tal optimização. Além da maior lubrificação vaginal e da maior irrigação sanguínea da zona pélvica, muito do desconforto físico (sonolência, enjôos, náuseas, vômitos), caso não se tenha extinguido, sofre, normalmente, um acentuado decréscimo.

### **3.3 O TERCEIRO TRIMESTRE**

Todo o trabalho de elaboração das fantasias respeitantes ao bebé, o que contribui para consubstanciar a sua identidade própria, parece continuar a ser investido de forma significativa pelas mulheres, ao longo deste último

trimestre. Colocam-se-lhes constantemente questões acerca das parecenças, da forma de cuidar dele, da sua maneira de ser... enfim, um interminável jogo de expectativas. Esta “imperiosa” necessidade de imaginar a criança manifesta-se, com frequência, nas inúmeras arrumações do enxoval do bebé, já para não falar da incansável procura de artigos que ajudem a completá-lo. A escolha de possíveis nomes é habitualmente também uma actividade a que os casais se dedicam, deixando transparecer o esforço realizado na individualização do novo ser. Como referem Colman e Colman, embora esta escolha possa ser um tema trabalhado desde o início da gravidez, é sobretudo no terceiro trimestre que serve a função particularmente importante de ajudar a família a preparar-se para a sua chegada que se avizinha.

À medida que os movimentos e os níveis de actividade fetal começam a inserir-se em ciclos e padrões, a mãe passa a reconhecê-los mais facilmente e, portanto, a apoiar-se mais neles. Ao aproximar-se o final da gravidez, as mulheres relatam reacções cada vez mais diferenciadas, que tentam interpretar, atribuindo ao bebé um temperamento, uma personalidade, ou mesmo - caso não o tenham querido confirmar através dos exames médicos, o que não é de todo pouco frequente - imaginam qual o seu sexo (Sadovsky, cit. *in* Brazelton e Cramer, 1989).

Todas estas formas de investir no bebé, traduzindo a necessidade de o personificar, parecem igualmente assegurar que a criança não seja, na altura do nascimento, uma estranha.

Todavia, a proximidade do parto volta a desencadear na mãe medos avassaladores de que não esteja tudo bem com o bebé e fortes suspeitas de

que possa ter incorrido nalguma forma de comportamento inadequado susceptível de o pôr em risco. De acordo com Brazelton e Cramer (*op. cit.*), estes medos são tão intensos que poucas mulheres conseguem falar abertamente deles. A personificação e a idealização do bebé é a forma a que normalmente recorrem para os contrabalançar, sobrevalorizando, igualmente, os movimentos e reacções característicos do feto que testemunham a sua integridade.

Lopes Santos (1993) partilha tal perspectiva, considerando que estas antecipações, vivenciadas com uma forte sugestão de realidade, suportam um sentimento de exaltação narcísica que ajudam a valorar afectivamente o objecto gerado. No entanto, salienta a necessidade da grávida conseguir, até ao fim da gestação, um distanciamento mínimo em relação às suas idealizações que viabilize uma relação saudável com o bebé real. Neste contexto, atribui aos temores reactivados pela proximidade do parto um carácter potencialmente adaptativo. “Confrontando a grávida com a perspectiva da morte ou de deficiência irreversível do filho, esses receios favorecem um trabalho de reequilíbrio interno que a descentra das percepções fundadas na fantasia. Como resultado, a normalidade da criança que vai nascer transforma-se cada vez mais no objecto quase exclusivo da consciência desiderativa da gestante, substituindo-se progressivamente às aspirações consubstanciadas no conteúdo megalómano de muitas das fantasias maternas” (*op. cit.* pág.486 e 487).

Kestenberg (1982), a partir do estudo que empreendeu, salienta que no terceiro trimestre, durante a preparação para “abandonar” o feto, as tendências uretrais de “soltar” actuam como suporte para a previsível conversão de um objecto interno noutra externo, isto é, o filho real.

Verificamos, assim, que ao longo das quarenta semanas de gravidez, o crescimento do feto é acompanhado por um desenvolvimento gradual da imagem do bebé na mente da mãe e que tal desenvolvimento não é alheio ao desfecho que, inevitavelmente, se aproxima: o parto.

Como nos anteriores trimestres, os sonhos parecem também agora, reflectir esta “nova” realidade. É frequente reportarem-se tanto a situações nas quais a mãe é confrontada com a necessidade de transpor perigos eminentes (fendas estreitas, quedas de grande altura, escapar ilesa de volumes consideráveis de água...), como aludem especificamente ao bebé, que pode surgir já crescido (falando e andando), por vezes com um sexo bem determinado, ou portador de deficiências. O medo associado à expectativa do parto, experiência sem dúvida inigualável, mesmo para as múltiparas, é considerado pela maioria dos autores como presente em todas as mulheres.

Actualmente, os riscos relativos à saúde da mãe e do bebé encontram-se substancialmente reduzidos. No entanto, apesar dos enormes progressos no domínio da obstetrícia e ciências afins, e embora o nascimento seja um fenómeno fisiológico, os acontecimentos que lhe são inerentes continuam a evocar situações próximas do patológico. Mesmo nas condições mais naturais e normais ele comporta dores, hemorragias que, fora deste contexto, apenas são usuais em estados mórbidos (Deutsch, 1945).

Contudo, um quadro de leitura psicanalítica, não descurando o real e presente estado de desconforto físico que a situação do nascimento comporta, atribui também a estes medos, consubstanciados na vida

individual de cada mulher, um significado simbólico. Nesta óptica, eles reenviam para um mais profundo e hereditário, o da morte, que acompanha paradoxalmente a nova vida que emerge do corpo da mãe.

De acordo com Colman e Colman (1994), jamais se está tão próximo de todos os ciclos da vida como estão as grávidas.

O “medo primário” da morte é considerado como incluindo várias componentes, sendo uma das principais o medo da separação (Deutsch, *op. cit.*). A mãe não só vivencia inconscientemente o sentimento de perder o bebê - e sabemos que o nascimento implica sempre a perda do bebê “interior”, da “fantasia” -, como o de que a criança a perde também a ela - pelo menos uma tal relação de proximidade e exclusividade -. Além disso, durante a gravidez, a criança pode ser apreendida como “uma criança pênis”, preenchendo de forma temporária o vazio e a falta simbólica; a angústia de castração torna-se, assim, fortemente solicitada através da separação que o parto acarreta (Bibring, 1959 e 1961; Deutsch, 1945, entre outros). Salvo condições adversas (inoportunidade do bebê, relação conjugal pouco gratificante ou mesmo inexistente...), o medo da separação é habitualmente reelaborado pela perspectiva que representa o ganho do bebê real.

Deutsch (*op. cit.*) aponta como outra fonte importante do medo de morrer no parto a relação da mulher com a mãe, relação não totalmente resolvida e imbuida de culpabilidade.

A preparação interna para o parto envolve, portanto, um aumento da ansiedade principalmente e, compreensivelmente, nas primigestas.

A grande alteração na imagem corporal - acompanhada pelo aumento da pressão no diafragma e estômago, irritação da bexiga, entre outros - insónias e o sentimento de uma inquietação geral, são queixas típicas das últimas semanas de gravidez. Muitas mulheres neste período, recorrem a um significativo aumento da sua actividade como atitude defensiva face ao medo.

Para Colman e Colman (*op cit.*), todo o trabalho da gravidez se articula no terceiro trimestre; a adaptação do casal e as suas ideias acerca do futuro podem agora ser apreciadas, observando as suas reacções ao *stress* crucial do nascimento. Mas, como também salientam, é um erro valorizar a ansiedade como experiência essencial que percorre o período gravídico. Existem problemáticas diferenciadas em cada estágio e cada um deles gera ansiedade. No entanto, na maioria dos casos, o sentimento dominante é o sentimento de alegria.

O último trimestre de gravidez como espaço privilegiado de relação mãe-bébé e como momento de preparação para o ajustamento da díade a partir do nascimento, é muito particularmente defendida numa das mais conhecidas e importantes teses formuladas neste âmbito: a *preocupação maternal primária* ( Winnicott, 1956).

Na perspectiva apresentada, existe na mãe saudável uma condição psicológica peculiar que pode ser comparada a um estado de hiper-sensibilidade, quase uma « doença », que se desenvolve gradualmente e atinge a sua máxima expressão durante a gravidez, especialmente no seu *terminus* . Mantém-se ainda durante algumas semanas após o nascimento e, a partir daí, as mães têm acentuada dificuldade em se recordarem desse

período. Como nos salienta o próprio autor, “ é de propósito que eu emprego a palavra «doença », porque uma mulher deve encontrar-se de boa saúde tanto para atingir este estado como para se poder libertar dele ” (op cit. pág. 170 ). A *preocupação maternal primária* consiste, então, numa capacidade empática tal que a mãe pode, sem excessiva angústia, identificar-se com o bebé e, deste modo, conseguir corresponder de forma adequada às suas necessidades desenvolvimentais, nomeadamente, de estruturação do Eu.

Tentaremos analisar de seguida uma situação específica - que constitui, aliás, tema central deste nosso trabalho - procurando circunscrever de forma mais sistematizada algumas das particularidades que, neste caso, são susceptíveis de comprometer o usual ajustamento da mulher à gravidez.

#### **4. TOXICODEPENDÊNCIA E GRAVIDEZ**

Atribuímos particular ênfase aos processos psicológicos que comumente acompanham a gravidez, condição na qual ela é assumida pela mãe e meio circundante, não se registando complicações significativas de natureza obstétrica e/ou psicológica.

Há, contudo, condições que podem comprometer o seu natural e desejável desenvolvimento. Actualmente, ainda não é possível avaliar de forma detalhada todas as fontes de perturbação nem precisar todos os seus possíveis efeitos, mas sabemos que as condutas toxicomânicas imprimem

aos aspectos da vida, incluindo, naturalmente, a gravidez e a maternidade, uma nota singular (Parquet e Bailly, 1988).

A problemática da toxicodependência e, de forma particular, nos últimos anos, no que respeita às suas repercussões na grávida e no bebé, tem sido alvo de numerosos estudos e pesquisas, constatando-se notáveis esforços no sentido de melhor a esclarecer e compreender. Já nos referimos, no primeiro capítulo, à dificuldade de análise desta problemática onde intervêm dinamicamente múltiplos factores, desde os biológicos aos psicológicos e socio-familiares que limitam, paralelamente, tanto um acompanhamento técnico regular e eficaz, como o acesso à história clínica completa e precisa dos sujeitos.

Apesar dos condicionalismos inerentes ao seu estudo, que tantas vezes contribuem para a disparidade ou menor concordância dos resultados alcançados, de um modo geral as pesquisas realizadas apontam para determinadas características associadas a esta população. No caso da mulher toxicodependente que engravida, Marcelino (1991) propõe que se sistematizem tais características de acordo com os três principais factores de risco: biológico, socio-familiar e psicológico. Tomaremos este ponto de referência na apresentação dos diversos trabalhos, salvaguardando contudo, uma vez mais, a estreita interdependência dos diferentes factores.

Iremos, igualmente, situar-nos nos estudos que fazem alusão ao consumo privilegiado de opiáceos, por ser aquele que mais directamente se relaciona com o nosso trabalho de campo, como veremos mais tarde.

#### 4.1. FACTORES DE RISCO BIOLÓGICO

Do ponto de vista obstétrico, os riscos biológicos determinam a designação de *gravidez de risco* e resultam da acção directa e/ou indirecta das drogas, nomeadamente o padrão de vida, tendo tradução patológica em diferentes órgãos, sistemas e funções (Marcelino, *op. cit.*).

A amenorreia é a mais frequente irregularidade menstrual, atingindo percentagens bastante elevadas nos grupos de consumidoras regulares de heroína (O'Connor, 1987). No entanto, o conceito anteriormente difundido acerca da menor fertilidade da mulher heroinodependente encontra-se posto em causa. Actualmente, admite-se que curtas abstenções no consumo possibilitem o desencadear dos mecanismos hormonais de ovulação, podendo conduzir à gravidez, mesmo em período de amenorreia (Marcelino, 1992). A autora, no trabalho anterior (1991), destaca que estas mulheres raramente recorrem aos métodos contraceptivos ao seu dispor, dado corroborado por outros investigadores (Amaral Dias e Nunes Vicente, 1979; Parquet e Bailly, 1988), sendo este comportamento atribuído, entre outros, a um funcionamento psíquico pouco estável, dominado pela dependência a uma droga.

Quando ocorre uma gravidez ela é, em grande parte dos casos, confirmada tardiamente (por volta do final do primeiro trimestre), evoluindo de forma corrente sob uma deficitária progressão ponderal e com frequência acompanhada de carências alimentares. Muitas das substâncias consumidas, concretamente a heroína, deprimem o apetite, sendo também provável que o seu elevado custo no mercado relegue, para segundo plano, os cuidados

alimentares (Martins Palminha et al., 1992; Marcelino, 1991; Martin, 1985).

A ocorrência de doenças infecto-contagiosas, tais como hepatite viral tipo B, sífilis, os HIV+ e o SIDA, para apenas citar algumas, são igualmente assinaladas na literatura (Martins Palminha et al., op. cit.; Marcelino, op. cit.; Harper et al., 1974).

Parece-nos importante ter presente que as modalidades de consumo estão intimamente relacionadas com o relevo alcançado pelas drogas na vida e economia psíquica do sujeito, constatando-se também, por este motivo, uma ampla diversidade nas repercussões sobre o organismo materno e o desenvolvimento fetal (Charles-Nicolas e Lecoguc, 1988). Mesmo quando a heroína é a droga preferida e a mais utilizada, regista-se com frequência a utilização em associação de outras substâncias, nomeadamente, o haxixe, a cocaína e os psicofármacos. Além disso, em geral, estas mulheres fumam bastante tabaco e, por vezes, também ingerem de forma significativa bebidas alcoólicas, não sendo contudo estes consumos valorizados, nem por elas considerados como potencialmente nocivos para o feto (Marcelino, 1991; Martins Palminha et al., op. cit.; Gomberg, 1986; Parquet et al., 1987).

Embora de natureza química muito diversa, a maior parte das substâncias utilizadas pelas toxicodependentes atravessam facilmente a barreira placentar. No caso da heroína, e aos 30 minutos após a toma, as concentrações materno-fetais apresentam-se na ordem de 4:1 (Parquet e Bailly, 1988; Martins Palminha et al. op. cit.).

Como referem Adams et al. (1989), vários estudos sugerem que a tendência para alterar os padrões de consumo só se regista após confirmação da gravidez, frequentemente tardia, tendo já ocorrido, nestas circunstâncias, assinaláveis danos no desenvolvimento do feto.

No respeitante à heroína, a iatrogenicidade embrio-fetal é identificada em vários domínios: diminuição da multiplicação celular, podendo constituir um motivo para o baixo índice de crescimento intra-uterino e de diminuição do peso na altura do nascimento (Marcelino, 1991; Martins Palminha et al., 1992; Wilson et al., 1981)<sup>18 19</sup>; aumento da frequência de partos pré-termo (Marcelino, 1991; Maltinskis, 1979; Fricker et al., 1978); a existência da *Síndrome de Abstinência ou Privação*, traduzindo-se em períodos de “mexer muito” alternados com o “não sentir o bebé” (Marcelino, 1991) e, após o parto, iniciando-se até cerca das 48 horas de vida (Rosen, 1987; Barrett et al., 1985)<sup>20</sup>.

Os sintomas principais da *Síndrome de Abstinência* no recém-nascido são, segundo Manzano e Palacio (1990), agitação, hiperexcitabilidade, distúrbios do sono, gritos e choros inconsoláveis, tremor, sudação, hipertermia e outras perturbações do sistema nervoso autónomo,

<sup>18</sup> Martins Palminha et al. *op. cit.*, fazendo alusão a trabalhos de outros autores, referem que as autópsias dos recém-nascidos *leves para a idade gestacional* (LIG) de mães heroinodependentes revelaram que os seus órgãos eram mais pequenos com diminuição do número de células, ainda que estas conservassem um tamanho regular. Estes dados diferiam dos resultados das autópsias dos recém-nascidos filhos de mães malnutridas, que revelavam diminuição quer do tamanho das células, quer do seu número. Assim, não obstante se possa admitir uma situação plurifactorial, estes resultados parecem apontar, na óptica dos autores, para uma acção directa e independente da heroína em relação com a multiplicação celular.

<sup>19</sup> Resultados idênticos foram encontrados em crianças filhas de mães que utilizavam metadona durante a gravidez (Harper et al., 1974, entre outros).

<sup>20</sup> A incidência da *Síndrome de Privação* no recém-nascido encontra-se, de acordo com Martins Palminha et al. (*op. cit.*), na directa dependência das modalidades de consumo, tais como, dosagem e o tempo de utilização da heroína antes do parto.

além dos distúrbios digestivos, respiratórios, e da sucção. Os mesmos autores frisam que estes problemas orgânicos, frequentemente bastante consideráveis, tornam estes bebés “particularmente difíceis” no plano relacional, o que acaba por constituir, entre outros, uma fonte permanente de angústia e *stress* para os adultos.

Quanto à teratogenicidade das drogas consumidas, Marcelino (1991) defende ser difícil quantificá-la e atribuí-la exclusiva ou principalmente a um determinado produto. Contudo, salvaguarda que alguns trabalhos de investigação nesta área justificam a acção teratogénica destas substâncias pelo aumento de abortos espontâneos, da morte *in útero* e pelo aumento de malformações congénitas.

Um fenómeno também ainda não satisfatoriamente compreendido é o da *Síndrome de Morte Súbita* nos lactentes. Chavez e colaboradores (cit. in Lobo Xavier, 1995), consideram o número de casos significativo nos filhos de mães heroinodependentes. Kandall e Gaines (1991) defendem, por seu turno, apenas existir alguma evidência científica no que respeita à relação entre o consumo de drogas durante a gravidez e a mencionada síndrome. Não obstante, salientam que os estudos epidemiológicos evidenciam uma maior associação entre o consumo elevado de nicotina na grávida e a *Síndrome de Morte Súbita* no bebé em comparação à que é constatada quando a mulher consome fundamentalmente heroína.

#### 4.2. FACTORES DE RISCO SOCIO-FAMILIAR

Respeitando, tal como nos propusemos, a sugestão de análise de Carmo Marcelino (1991) quanto à forma de sistematizar as características usualmente associadas à mulher toxicodependente que engravida, iremos agora situar-nos no risco socio-familiar.

Segundo a autora, há uma falência notória dos meios de suporte social, incluindo obviamente o familiar, o que torna grande parte destas mulheres ainda mais vulneráveis quando engravidam.

A análise que efectuou conjuntamente com uma colaboradora (Marcelino e Santos, 1990), em processos de mulheres toxicodependentes, utentes do Centro das TAIPAS, que tinham recorrido pela primeira vez no ano de 1989 ao Serviço Social é, a este respeito, ilustrativa. Dos 61 casos encontrados, a maioria era heroíno dependente e não podia contar com um apoio regular dos familiares. A qualidade de vida, na sua generalidade, estava bastante atingida. Além de quase sempre se verificar uma ruptura dos laços familiares, constataram-se, também, condições de alojamento deficitárias, ausência de formação profissional e/ou escolaridade completa, com regressão gradual para empregos cada vez mais indiferenciados e mais mal remunerados.

Os dados alcançados por Martins Palminha et al. (*op. cit.*) fornecem uma caracterização próxima à do trabalho anterior, pelo menos no que respeita a alguns dos indicadores considerados. Pensamos poder atribuir parte das diferenças constatadas ao facto desta amostra ter sido constituída, tomando, basicamente, como critério a gravidez e não o recurso ao apoio do

Serviço Social da instituição que fez o acolhimento das utentes. Das 63 grávidas, a maioria também era heroinodependente, sem conclusão do curso liceal e doméstica. No entanto, 53,9% dos casos referiram não ter relações difíceis com a família e 68,2% coabitavam com o pai da criança. Não obstante, veio a verificar-se que esta não era uma medida que reflectisse com fidedignidade a estabilidade da relação conjugal. Após o parto muitos casais separaram-se, não estando aqui incluídas as situações de abandono dos filhos, ausência por reclusão judicial, ou mesmo, a morte por *overdose*.

Manzano e Palácio (1990), através do acompanhamento clínico de 18 crianças cujos pais apresentavam dependência à heroína, assinalaram igualmente o enquadramento familiar destas crianças como muito conturbado. Apenas a minoria residia com ambos os pais e em mais de 50% dos casos os dois progenitores eram toxicodependentes. Segundo os autores, estes dados, só por si, fazem subentender um contexto familiar de grande risco para os filhos.

Tendo presente que “todo o ciclo de vida da criança e do jovem se deve desenvolver em família e com o seu apoio” (Ribeiro, 1991, pág.29), e que estes pais foram, por seu turno, crianças e jovens, não deixa de ser pertinente, na nossa óptica, fazer uma breve referência a alguns dos trabalhos que procuraram enquadrar do ponto de vista psico-social as suas famílias de origem.

Amaral Dias (1980) encontrou uma correspondência entre a situação familiar e os diferentes padrões de consumo. De entre todos os factores estudados, a distorção do anel familiar, concretamente, a ausência do pai

por morte ou separação, foi o que apareceu como mais decisivo na passagem da cannabis aos narcóticos.

Os resultados recolhidos por Defayolle (1988) mostram, também, que apenas 43% dos sujeitos da amostra considerada foram criados por ambos os pais. Mais de um quarto, descreveram como problemática a sua infância, contra 23% que referiram tê-la vivenciado de modo agradável. Em 31% dos casos o pai foi caracterizado como violento, valor ao qual o autor atribui particular significado tendo em conta que percentagem idêntica de sujeitos omitiram qualquer atributo.

Características relacionadas com o modo como o processo de comunicação decorre nas famílias de origem dos consumidores habituais de drogas, nomeadamente no âmbito da sua disfuncionalidade, é outro dos aspectos frequentemente mencionado na literatura (Sternschuss et al., 1988; Urbano, 1994, apenas para citar alguns).

#### **4.3. FACTORES DE RISCO PSICOLÓGICO**

Ao longo deste nosso trabalho tivemos oportunidade de constatar que a avaliação do desejo de engravidar e a capacidade maternal nos remete para os dados da história pessoal, desde a primeira infância. De modo idêntico, debruçámo-nos em perspectivas teórico-clínicas que atribuem grande relevo interpretativo ao facto de frequentemente se constatar nos toxicodependentes traumatismos diversos e precoces, como por exemplo, a ausência de estabilidade afectiva e/ou figuras maternas securizantes. Sabemos, também, que o consumo continuado de drogas agrava o precário

equilíbrio funcional tanto no âmbito psicológico como relacional. Vimos ainda, o quanto a gravidez é, por excelência, um processo de mudança a vários níveis. Parece-nos pois adequado procurar agora avaliar de que forma a gravidez e a perspectiva de nascimento de um filho se processa em termos de funcionamento psicológico nestas mulheres.

Pretendemos, porém, esclarecer, uma vez mais, que não encaramos as mulheres toxicodependentes como uma categoria feminina isolada, o que seria aliás contraditório com a tese que nos propusemos defender e que discutimos no primeiro capítulo. Mas, de acordo com o que já referimos, esta tomada de posição não significa que não se admita a existência de particularidades, algumas das quais explanadas anteriormente. Parquet e Bailly (1988) distinguem-nas no âmbito do exercício da sexualidade e no lugar que este parece ocupar na vida das toxicodependentes, na repercussão psicológica no que respeita ao desejo de um bebé, na gravidez e no acolhimento da criança.

Segundo os autores, não está patente na maioria dos casos o projecto de ter um filho, dado corroborado por Carmo Marcelino (1991), para quem a gravidez surge sobretudo de forma “acidental”, “não desejada”. As relações sexuais parecem assumir neste contexto um valor meramente funcional, um recurso que lhes permite reassegurarem-se da sua integridade, isto é, algo que lhes possibilita testar a sua potencial aptidão para engravidar, tal como as outras mulheres. O carácter fragilmente hedónico, compulsivo e polimorfo das relações sexuais é igualmente assinalado.

Atitudes de risco, de aparente desafio e provocação, são comuns e semelhantes às que Lhome e Gutton (1984) encontraram nalgumas adolescentes.

Parquet e Bailly (op. cit.) chamam também a atenção para o facto da amenorreia, situação corrente, fazer rejeitar a eventualidade de concretização de uma gravidez, servindo de suporte à negação da relação sexualidade - gravidez - criança.

Contrastando com fases em que a actividade sexual é intensa surgem outras nas quais o investimento psicológico nesse domínio é praticamente inexistente, estando submerso pelo quadro da dependência às drogas.

Quando ocorre uma gravidez ela é, em geral, tardiamente reconhecida, apesar dos frequentes pedidos para a sua interrupção, questão aliás bastante referida na literatura. Não obstante, também se verifica de acordo com Geadah (cit. in Parquet e Bailly, 1988), que muitas toxicodependentes manifestam uma preocupação quase obsessiva por terem um filho. Esta criança parece surgir como o derradeiro suporte ao acesso a uma vida mais gratificante. Assim investida, acaba por ser idealizada como “objecto mágico”, revestindo o aspecto de um “bébé terapêutico”, capaz por si só de colmatar na mãe a vivência de falta e vazio. Deste modo, a criança é apreendida como objecto susceptível de a tranquilizar quanto a possíveis danos ou destruições provenientes dos consumos e, até, capaz de a remeter para o abandono desses mesmos consumos. Trata-se, nestes casos, do desejo de um filho sem desejo da gravidez, que é encarada como tempo inútil de espera (Parquet e Bailly, 1987).

Outro dado diversas vezes apontado na literatura, e ao qual também nos referimos anteriormente, diz respeito à relação singular que as toxicodependentes parecem manter com o seu corpo. Para Parquet e Bailly (1988), o corpo representa, por excelência, o local “onde tudo se passa” mas, em simultâneo, é constantemente agredido, negligenciado e surpreendentemente mal conhecido. Em certos aspectos aparenta ser hiper-investido, enquanto noutros a indiferença parece total. Esta forma peculiar de lidar com o corpo torna-se, segundo os autores, particularmente evidente no domínio da genitalidade e durante a gravidez. Mesmo quando são prestadas informações e esclarecimentos, o desconhecimento anatómico e fisiológico mantém-se de forma quase inacreditável. Além disso, as toxicodependentes parecem ser pouco permeáveis às transformações corporais associadas ao estado gravídico, atribuindo-lhes uma insignificante importância.

Já Amaral Dias e Teresa Nunes Vicente (1979) tinham feito alusão a este modo muito particular de lidar com o corpo, concretamente, durante a gravidez. “Sendo esta uma situação também ela corporal, mas que só ganha sentido no corpo a três, ela vai entrar forçosamente em contradição com o corpo da dependente. (...) Assim, a gravidez representando objectivamente um sinal de unificação pulsional (genital), vai funcionar «como um corpo estranho edipiano num tecido fusional»” (*op. cit.* pág. 114). O sentido atribuído à gravidez nestas mulheres assume-se, portanto, também deste ponto de vista, com uma vertente predominantemente narcísica em detrimento da relacional.

Defendemos oportunamente o quanto a gravidez podia ser conceptualizada como um período de crise e desenvolvimento.

Considerámos ainda esta etapa de reorganização extensível a todas as mulheres, incluindo naturalmente, as que utilizam de forma dependente drogas. Um estudo interessante, na nossa óptica, fornece-nos elementos que, embora não directamente relativos às mulheres, nos permitem manter, com maior confiança, a anterior tomada de posição.

Kosten et al. (1985) analisaram casos de reincidência no consumo de heroína em sujeitos cujas companheiras estavam grávidas. Além de interpretarem esta recaída como um aspecto a integrar na já mencionada *Síndrome de Couvade*, os autores concluem que ela é também representativa da procura de reajustamento do pai expectante face à nova situação que envolve o casal no seu todo.

Torna-se então talvez ainda mais compreensível, incluindo as outras ordens de factores assinaladas, que o início e desenvolvimento da gravidez seja com frequência significativamente difícil nas toxicodependentes. Para Geadah (*op. cit.*), este quadro pode complexificar-se quando a gravidez é “acidental”, inscrevendo-se na economia psíquica da mulher de acordo com um leque de possibilidades: recusa total, resignação ou “apropriação” do bebé como garantia de um futuro melhor. Mas mesmo nestes casos verifica-se, segundo Parquet e Bailly (1988), que a criança se constitui rapidamente como um parceiro excessivamente exigente e constrangedor. Cancelar o consumo por causa do bebé implica abandonar uma relação com as drogas tomada como compensadora, sendo a alternativa, vida sem drogas, apreendida como pouco gratificante.

No entanto, com a gravidez a questão da “perda” e da “falta” torna-se incontornável (Parquet et al., 1987).

A angústia e ambivalência maternas traduzem-se normalmente em períodos de grande agitação e perturbação relacional e comportamental. É comum sucederem-se pedidos de desintoxicação que não deixam, contudo, de ser intercalados por episódios de massivo consumo. Paralelamente, tanto se registam tentativas de manutenção da relação terapêutica como rupturas nessa relação.

Enquadrámos anteriormente a gravidez e o seu natural desenlace no âmbito de um processo que se encontra imbuído de todo um passado que, ao reemergir, possibilita a sua reelaboração. Este movimento regressivo que não deixa no entanto de ser potencialmente evolutivo, como aliás defendemos, conduz a jovem mãe a rever-se no seu bebé confrontando-se, também, com o que a sua própria mãe representou para ela numa idade tão precoce.

Parquet e Bailly (1988) partilham esta óptica, considerando as rupturas afectivas ocorridas em períodos cruciais do desenvolvimento, as inúmeras situações de frustração e rejeição, comumente detectadas na história de vida das toxicodependentes, fonte de grande perturbação, particularmente neste contexto da maternidade. A inevitável insegurança com que compreensivelmente todas as jovens mães se debatem emerge, nestes casos, como mais flagrante e ansiógena. Conseguirão enfrentar o desafio emocional que um filho ininterruptamente coloca? Conseguirão conter e lidar com a possível insatisfação dos filhos que, como elas, a denunciaram às suas próprias mães? Tais movimentos projectivos suscitam angústia e sentimentos de culpabilidade face aos quais é com frequência desenvolvida uma tendência acentuada no recurso a mecanismos de idealização que, por seu turno, se repercutem na relação com a criança

(Parquet e Bailly, *op. cit.*; Manzano e Palacio, 1990). Esta pode apenas ser concebida como uma imagem especular da mãe, sentindo, vivendo e pensando como ela. “Nesta relação mãe - criança tão idealizada, a criança surge como o sintoma de um luto não realizado: luto do bebê que elas nunca chegaram a ser, luto da mãe que elas nunca chegaram a ter. É também à criança que cumpre a incumbência de proteger a mãe da sua própria depressão” (Parquet et al., 1987, pág.190). É assim atribuída à criança uma dupla função de reparação. Por um lado, é investida pela jovem mãe como defesa organizada contra a agressividade e os sentimentos de culpabilidade que desenvolveu relativamente a si e à sua própria mãe, por outro, é investida de forma messiânica, a única capaz de pôr termo a tantas “fatalidades”. Os riscos que podem daqui decorrer, concretamente no âmbito da relação e desenvolvimento da díade mãe-criança tornam-se, portanto, evidentes.

Abordámos com algum detalhe as vivências usualmente reactualizadas com a proximidade do parto. Sem pretendermos cair num excesso de redundância, retemos agora apenas alguns dos aspectos focados que nos parecem fundamentais no prosseguimento da análise que nos ocupa de momento.

Vimos como a antevisão do parto suscita, há medida que se vai constituindo como experiência inadiável, uma gradual reelaboração do medo da separação e o de retaliação traduzidos, *grosso modo*, no luto do bebê imaginário.

Reportando-se às jovens toxicodependentes, Parquet e Bailly (1988) consideram muito marcante nestes casos a angústia de abandono. Na

perspectiva que defendem, o luto do bebé imaginário dificilmente se converte no ganho que representa a criança real, “(...) como se o desaparecimento do bebé intra-uterino e fantasiado em proveito de uma criança real provocasse (em contrapartida) um vazio existencial e uma regressão narcísica” (op. cit. pág.113).

Esta “dificuldade de regressão normativa” foi igualmente reconhecida por Amaral Dias e Teresa Nunes Vicente (1979). Tal bloqueio parece pois ultrapassar os medos comuns nas grávidas, principalmente no terceiro trimestre, como vimos, acerca da integridade física e psicológica do bebé prestes a nascer. Profundamente avassalador remete para o medo primário do confronto com a diferença e, por conseguinte, para a dificuldade em a poder suportar/conter. O bebé passa então a constituir-se, simultaneamente, como responsável da depressão materna. A carência real ou imaginária do pai pode comprometer ainda mais a resolução saudável desta fase tão peculiar, privando a mulher de todo um apoio e suporte que habitualmente contribui para a ultrapassar. Os riscos de manutenção ou recaída nos consumos permanecem, neste contexto, uma realidade premente (Parquet e Bailly, op. cit.).

Torna-se uma vez mais notório o quanto factores de ordem biológica, psicológica e socio-familiar se encontram intimamente relacionados, contribuindo na sua globalidade, de forma mais ou menos decisiva, na evolução da relação mãe-bébé, iniciada como também já referimos, pelo menos durante a gravidez.

## CAPÍTULO III

### EM REDOR DO CONCEITO FANTASIA(S) EM PSICANÁLISE

Ao longo deste nosso trabalho temos defendido, aliás em conformidade com múltiplos autores, que a relação mãe-bébé se inicia muito antes do nascimento. Tal relação, concretamente a estabelecida durante o período gestacional, tem sido igualmente considerada como referência fundamental no que respeita ao ulterior desenvolvimento da criança (Winnicott, 1956; Mancia, 1981; Lebovici, 1983; Stoleru et al. 1985; Ammaniti, 1991; Bonnet, 1992, para apenas citar alguns).

Não obstante, parece ainda não se ter alcançado na actualidade um conhecimento completamente satisfatório acerca do modo como se estabelece e estrutura a relação e até que ponto precisamente se concretiza a sua posterior influência. Apesar disso, elementos teórico-clínicos disponíveis sugerem com bastante consistência que a díade, isto é, quer a mãe quer o bebé, estão ambos implicados no processo de comunicação ou mesmo, arriscaríamos, na meta-comunicação.

Os trabalhos que abordam esta temática, embora a encarem, na sua grande maioria, como um todo, privilegiam compreensivelmente a análise de um ou de outro aspecto. Neste contexto, há quem valorize no processo relacional e, como base de sustentação do mesmo, as componentes sensoriais de ordem táctil, cinestésica, auditiva, visual... (Porret, 1992,

nomeadamente), enquanto outros, não negando o seu importante e real contributo, não deixam no entanto de realçar as componentes imaginárias ou fantasias, no desenvolvimento dessa mesma relação. “As pesquisas actuais apontam no sentido de um pensamento primário no feto de tipo abstracto, sistemático, matemático: raciocinando em mais e menos, em sistemas de oposições binários, constrói equivalências e esquemas. Na mãe, pelo contrário, é o imaginário que domina, a *rêverie*, as fantasias” (Bonnet, *op. cit.* pág.23).

Partindo então destas considerações, parece-nos pois imprescindível tentar situar e pormenorizar o que se entende por fantasia, noção tão cara à psicanálise.

Como salientam Laplanche e Pontalis (1985) o termo «fantasia» tem, em psicanálise, um emprego muito vasto.

No intuito de clarificar e especificar o seu sentido os autores fornecem-nos uma proposta de análise que procura manter-se o mais possível fiel à utilização que Freud, originariamente, lhe atribuiu. Assim, começam por nos esclarecer que Freud retomou as diferentes acepções da palavra alemã *Phantasie*, que significa sobretudo o mundo imaginário, os seus conteúdos, a actividade criadora que o anima. Contudo, este âmbito de aplicação não corresponde exactamente ao que passou a ser utilizado pela psicanálise, concretamente pela escola francesa, onde o termo «fantasme», com uma ressonância psicanalítica mais acentuada do que o seu homólogo alemão, designa determinada formação imaginária e não o mundo das fantasias, a actividade imaginativa em geral.

Qualquer que seja o domínio de aplicação, mais amplo ou mais restrito, os autores consideram que os termos «fantasia», «fantasmático» não podem deixar de remeter para a oposição entre imaginação e realidade (percepção). Salientam-nos, no entanto, que em Freud há uma preocupação notória em não encerrar tal oposição entre uma concepção que faria da fantasia uma derivação deformada da recordação de acontecimentos reais fortuitos, e outra concepção que não lhe concederia qualquer realidade própria, circunscrevendo-a numa expressão imaginária cujo objectivo seria apenas mascarar a realidade da dinâmica pulsional. É então defendido que, para se aceder à compreensão da noção freudiana de *Phantasie*, é importante distinguir diversos níveis:

- a) Em primeiro lugar, o que Freud designa por *Phantasien* são os sonhos diurnos, cenas, episódios, ficções que o sujeito produz e a si mesmo conta no estado de vigília. Estas fantasias ou sonhos diurnos são utilizados pela elaboração secundária.
- b) A expressão «fantasia inconsciente» é frequentemente utilizada por Freud sem que ela implique sempre uma posição metapsicológica bem determinada, parecendo designar, nestas circunstâncias, um devaneio subliminar, pré-consciente, a que o sujeito se entrega e do qual pode ou não tomar consciência.
- c) O termo «fantasia» surge ainda numa relação muito próxima e íntima com o inconsciente. É o caso de certas fantasias, nomeadamente, as ligadas ao desejo inconsciente e que se encontram no ponto de partida do processo metapsicológico de formação do sonho.

Laplanche e Pontalis (*op. cit.*) sustentam, deste modo, que, embora Freud o não faça explicitamente, é possível distinguir na sua obra vários níveis da fantasia: consciente, subliminar e inconsciente. Destacam, contudo, que Freud parece ter privilegiado a análise dos pontos de contacto entre estes diversos aspectos, ligando entre si aqueles que aparentemente se encontram mais distantes uns dos outros, em detrimento de uma avaliação sistemática acerca do que os distingue. “Elas (as fantasias) são, por um lado, altamente organizadas, não contraditórias, aproveitam todas as vantagens do sistema consciente, e o nosso discernimento a custo as distinguiria das formações deste sistema; por outro lado, são inconscientes e incapazes de se tornarem conscientes. É a sua origem (inconsciente) que é decisiva para o seu destino. Convém compará-las a esses homens de sangue misto que, de um modo geral, parecem brancos, mas cuja cor de origem se denuncia por qualquer indício chocante e que permanecem por esse facto excluídos da sociedade e não gozam de qualquer dos privilégios reservados aos brancos” (Freud, cit. *in* Laplanche e Pontalis, pág.231) <sup>21</sup>.

Neste seguimento de ideias, concluem que a problemática freudiana da fantasia não só não autoriza uma distinção de *natureza* entre fantasia inconsciente e fantasia consciente como, principalmente, visa assinalar as suas analogias e pontos de comunicação. O carácter intrinsecamente dinâmico e estruturante da fantasia, considerada como um todo complexo, também não é descurado: “(...) é o conjunto da vida do indivíduo que se revela como modelado, estruturado por aquilo a que se poderia chamar, para sublinhar o seu carácter estruturante, *uma fantasmática*. Esta não deve

---

<sup>21</sup> Apesar de alguma inadequação aos nossos tempos do exemplo dado por Freud optámos por lhe fazer referência sobretudo por contribuir tão claramente para a explicitação do conceito que é agora objecto do nosso estudo. Além disso, como é sabido, Freud perfilhava uma visão neo-darwiniana de evolução socio-cultural.

ser concebida apenas como uma temática, ainda que caracterizada para cada indivíduo por traços eminentemente singulares; ela compreende o seu dinamismo próprio, pois as estruturas fantasmáticas procuram exprimir-se, encontrar uma saída para a consciência e para a acção, e constantemente atraem a si um novo material” (Laplanche e Pontalis, *op. cit.* pág.232).

Susan Isaacs no seu artigo “Natureza e Função da Fantasia” (1948) apresenta-nos uma proposta de análise do conceito algo distinta da dos anteriores autores. Procurando igualmente conciliar a sua interpretação do conceito com aquela que é fornecida por Freud sugere, no entanto, a adopção de duas grafias da palavra «fantasia»: *fantasy* e *phantasy*, respectivamente para designar “os devaneios diurnos conscientes, as ficções, etc.” (*op. cit.* pág.77) e “(...) o conteúdo primário dos processos mentais inconscientes” (*ibid.* pág.107). Assim, à partida, parece subentender diferenças de natureza entre uns e outros.

Às fantasias inconscientes é atribuída uma origem interna, ao nível das moções pulsionais. Estas, por seu turno, são concebidas como “um processo psicossomático limite” possuindo, simultaneamente, uma finalidade corporal (dirigida aos objectos exteriores concretos) e um representante no psiquismo, isto é, as respectivas «fantasias». “Embora elas sejam em si mesmas fenómenos psíquicos, as fantasias concernem inicialmente certos fins, dores ou prazeres corporais, orientados sobre qualquer tipo de objectos”. Como “representantes psíquicos de um objectivo corporal”, as fantasias podem então constituir “(...) a ligação activa entre a pulsão do id e o mecanismo do Eu, o meio de transformação de um no outro” (*ibidem*, pág. 95 e 100). A cada tipo de mecanismo do Eu corresponde, nesta óptica, um tipo específico de fantasias inconscientes.

Em suma, elas conferem uma vida psíquica a todas as pulsões, sentimentos e aos modos de defesa do Eu, representando o conteúdo particular dos desejos, medos, angústias etc., que dominam a cada momento o psiquismo. Tidas ainda como plenamente activas tanto no psiquismo saudável, “normal”, como no doente, a diferença é colocada, na perspectiva da autora, no carácter específico das fantasias dominantes, no desejo ou angústia subjacentes e na interacção entre elas próprias e a realidade exterior. Deste modo, apesar de ser defendida uma existência independente das fantasias inconscientes relativamente às vivências exteriores, Susan Isaacs admite que elas se apoiam nessa experiência, através da qual são elaboradas e passíveis de expressão.

Em nosso entender esta tomada de posição acaba por voltar a aproximar a interpretação que Susan Isaacs faz do conceito de «fantasia» daquela que nos é dada por Laplanche e Pontalis. Se tivermos igualmente em linha de conta que, tal como para Freud, a autora considera “não poderem existir factos conscientes sem preparação inconsciente (...)” (Freud, cit. in Susan Isaacs, pág.79), o nosso argumento parece-nos reforçado. Uma outra ressalva sugere-nos ainda maior consistência nessa afirmação: “(...) o pensamento fantasmático e o pensamento de acordo com a realidade são processos psíquicos distintos, maneiras diferentes de obter satisfação. O facto de possuírem características distintas, quando atingem o seu pleno desenvolvimento, não implica, no entanto, necessariamente, que o pensamento segundo a realidade *opere* de modo independente da fantasia inconsciente. Não se trata apenas deles se «misturarem e entrecruzarem», a sua relação é menos fortuita. Na nossa óptica, o pensamento de acordo com a realidade não pode operar sem que as fantasias inconscientes estejam em sintonia com ela e a sustentem” (Isaacs, op. cit. pág.104 e 105).

Procurando uma solução de compromisso entre os vários contributos expostos e tendo presente o conceito que nos propusemos analisar, parece-nos possível concluir, que muito embora se possam propor diferentes níveis de funcionamento e expressão das funções psíquicas como as «fantasias conscientes» e as «fantasias inconscientes» (e aqui respeitando a diferenciação assinalada por Susan Isaacs), tais funções acabam por se encontrar tão intrinsecamente ligadas que, interpretá-las como expressões psíquicas distintas, pode-nos levar a incorrer no actualmente designado “*Erro de Descartes*”<sup>22</sup>.

André Green (1987), a este propósito, fornece-nos uma visão do problema que é, quanto a nós, muito esclarecedora. “Se existe uma divisão nítida entre processos secundários e processos primários, esta divisão pode produzir formações de compromisso. É precisamente o caso da fantasia consciente - esta «mistura sanguínea», como diz Freud - chamado doutro modo «*rêverie*»” (op. cit. pág.1299). O autor remete-nos assim para a intrínseca inter-dependência dos processos psíquicos (primário ou secundário, inconsciente ou consciente), não deixando contudo de salvaguardar as devidas diferenças. Partilhamos realmente esta tomada de posição que consideramos aliás essencial na compreensão genérica do conceito *fantasias*. Estas, conscientes ou inconscientes, integram naturalmente uma relação dinâmica que, por sua vez, vai contribuir para o seu desenvolvimento e desejável enriquecimento.

Em última análise e, de um modo muito sumário, as fantasias poderão ser descritas como paradigma de uma outra realidade, ou seja, da

---

<sup>22</sup> Referência à recente obra de António R. Damásio, *O Erro de Descartes*, 2ª ed., Mem Martins, Publicações Europa-América, 1995 (1994).

realidade psíquica e, neste sentido, constituem a expressão electiva da realidade interna (Amaral Dias, 1986).



Após esta breve contextualização teórica do conceito *fantasia*, gostaríamos de o enquadrar de novo no âmbito do período gestacional. Este nosso propósito encontra-se naturalmente relacionado com os argumentos a que temos feito referência ao longo do trabalho, e que atribuem às fantasias maternas um papel preponderante no desenvolvimento relacional da díade (mãe-bébé) situando, além disso, a gravidez, como “o momento excepcional de um estado psíquico particular, de uma susceptibilidade ou transparência psíquica, em que grandes partes do inconsciente se tornam conscientes” (Bydlowsky, 1989, pág.360). Salientámos, portanto, como a presença de um bebé, mesmo que na expectativa de futura concretização da maternidade (ou paternidade) reactiva nos adultos a sua vida imaginária e fantasmática. Os pais, sobretudo a mãe, referem-se ao seu futuro filho de forma destacada, explícita ou implicitamente, denunciando desde muito cedo uma “existência” e “materialidade” inegáveis, ainda que no plano imaginário.

Foi, assim, muito interessante constatar como as noções «*bébé imaginário*» / «*bébé da fantasia*» se encontram imbuídas, tal como a conceptualização mais ampla dos termos fantasia consciente e inconsciente, de íntimas interpenetrações no plano conceptual, evidenciando uma vez mais a complexidade subjacente aos processos psicológicos a que se reportam.

Michel Soulé e Serge Lebovici são autores que se notabilizaram na análise destes conceitos.

O primeiro, apresenta-nos uma proposta de análise sem que contudo proceda à distinção teórica entre a noção de «bébé imaginário» e a de «bébé da fantasia». Na sua perspectiva o «bébé imaginário», verdadeiro objecto psíquico, remete para as fantasias inerentes ao processo de desenvolvimento da psicosexualidade, incluindo deste modo as respectivas singularidades, consoante se trate de uma rapariga ou rapaz. Ele é, simultaneamente, incestuoso, oculto, onnipotente e ideal, personificando todas as qualidades e poder. No caso da mulher, “o bebé imaginário é investido por uma projecção narcísica considerável: é um outro-ela-mesma satisfatório, é um filho como a sua própria mãe havia sonhado ter, mas como ela mesma não foi. É um filho cuja clivagem retirou todas as componentes agressivas (...)” (Soulé, 1987, pág.136).

Lebovici (1983, 1987, 1989) sugere-nos, em contrapartida, uma diferenciação entre ambas as noções. O desejo de gravidez, considerado intrínseco à própria natureza humana, organiza fantasias que tornam viável conceptualizar-se a noção de «bébé da fantasia». Este, representa o conteúdo das identificações secundárias, em particular, as edipianas. É, portanto, e simultaneamente, o produto do desejo de obter do pai um bebé e o objecto de uma “dívida” relativamente à mãe. Na óptica defendida pelo autor são, por seu turno, as fantasias conscientes elaboradas pela mãe acerca do seu bebé que representam predominantemente o «bébé imaginário».

Deste modo, o bebé que a mãe traz dentro de si é uma criação complexa, consubstanciando, por um lado, as fantasias que a mãe foi tendo e elaborando desde sempre acerca de si própria enquanto bebé e enquanto mãe e, por outro, as fantasias relativas ao bebé que cresce no seu interior. Depreendemos, pela interpretação que Amaral Dias (1986) e Amaral Dias e Sousa Monteiro (1989) nos proporcionam, que só a interligação dinâmica e construtiva por parte da mãe destes “dois” bebés (da fantasia e imaginário) lhe permite aceder ao pleno acto de criação, ou seja, ao sentido de continuidade com que deverá revestir o bebé real, potenciando o seu efectivo reconhecimento. Esta interligação subentende necessariamente que a figura paterna se constitua como parte integrante dessas fantasias.

Vejamos o que André Green (1987), em consonância com os trabalhos de Amaral Dias e de Amaral Dias e Sousa Monteiro, nos refere a este propósito: “Com o que sonha a mãe? Com a criança *ou* com o pai. Esta entrada do pai nas fantasias da mãe parece-me fundamental. Explicação melhor do que qualquer outra da triangulação precoce, presente desde o início da vida. (...) E o que significa sonhar com o pai? Sonhar com o pai é, no fundo, sonhar *com a ligação* existente entre os pais e entre o bebé e o pai, sendo a mãe o seu lugar comum. O *Mutter Komplex*, tal como o entendo, é aquele que vê na mãe o espaço corporal duplamente habitado pela criança e pelo pai. Sonhar com o pai é, portanto, sonhar com a reunião triangular (...). Sonhar com o pai significa que a mãe recorde, desde logo, que a plenitude dual da relação mãe-bébé é limitada no tempo, devendo ser vivida plenamente, sem que no entanto esqueça que o bebé não lhe pertence. (...) Contudo, nem todas as mães conseguem alcançar esta passagem de um objecto a outro” (*op. cit.* pág.1302 e 1303)<sup>23</sup>.

23

Respeitaram-se, naturalmente, os sublinhados do autor citado.

Também neste âmbito compreende grande pertinência a afirmação de Biscaia (1995), ao salientar: “Se não houve experiência numa relação anterior gratificante, toda a fantasia pode ficar abafada por uma dureza prática que procura um lucro imediato. O feto, se eventualmente um dia existir, é sempre um intruso difícil de aceitar por quem se preocupa com a sua própria sobrevivência. Outras vezes o sonho nunca amadurece e permanece num vago e indefinido desejo maternal de adolescente, incapaz dum compromisso personalizado. Durante a gravidez a fantasia pode igualmente não ter qualquer desenvolvimento” (op. cit. pág.197 e 198).

Pensamos ter agora alcançado a problematização teórica que nos remete directamente para o nosso trabalho de campo. Por outras palavras, parece-nos realmente fazer sentido questionar até que ponto grávidas toxicodependentes, face a algumas das singularidades do seu modo de funcionamento psíquico, assinaladas anteriormente, elaboram de modo particular as suas fantasias no que respeita ao bebé e à maternidade. É o que tentaremos estudar de seguida.

## CAPÍTULO IV

### INVESTIGAÇÃO DE CAMPO

#### 1. CONSIDERAÇÕES GERAIS

De acordo com o que temos vindo a fazer referência ao longo deste nosso trabalho, o objectivo da investigação pretendeu incidir fundamentalmente no estudo das fantasias relativas ao bebé e à maternidade em grávidas toxicodependentes.

A revisão bibliográfica efectuada, apesar de fundamentar a pertinência de um estudo neste âmbito, foi-nos confrontando com a dificuldade de tratamento do tema, mesmo que circunscrito a uma abordagem de cariz exploratório. Do ponto de vista teórico-clínico situámos, nomeadamente, a complexa conceptualização de noções como as de “toxicodependência” ou “fantasias”, centrais neste nosso contexto de trabalho. Também numa perspectiva mais empírica os condicionalismos foram, sem dúvida, bastante relevantes.

Os problemas colocados com a recolha da amostra junto de sujeitos toxicodependentes é frequentemente assinalada na literatura. Algumas características associadas a este grupo alvo, traduzidas, muitas vezes, na impossibilidade de prosseguir de modo regular uma intervenção terapêutica, e as questões clínicas relacionadas com o acompanhamento psico-

-terapêutico em si mesmo limitam, por razões óbvias, a recolha em tempo útil de um efectivo que corresponda de forma mais satisfatória a critérios de rigor metodológico. Como veremos oportunamente, não ficámos alheios a tal dificuldade.

Outro importante condicionalismo reporta-se à escassa sistematização de instrumentos de análise das fantasias e, especificamente, das fantasias maternas, fora de um contexto psico-terapêutico formalizado. Como nos referem Stern e colaboradores (1989), “se o papel clínico das fantasias maternas tem sido objecto de um interesse crescente, o desenvolvimento de instrumentos que permitam estudá-las de forma sistemática não tem suscitado uma atenção equivalente” (*op. cit.* pág.151).

Criarmos o nosso próprio instrumento seria, com certeza, um desafio muito interessante mas que ultrapassaria, em muito, os propósitos da investigação. Teremos ocasião, mais tarde, de apresentar a nossa opção metodológica a este nível que, evidentemente, também não pôde ficar incólume às contingências mencionadas.

Em termos de plano experimental impõem-se igualmente algumas considerações. Tendo em conta que a manipulação da variável independente - no caso em análise a “toxicodependência” - não é exequível, tal como não é possível designar aleatoriamente os sujeitos da amostra, encontramos-nos no âmbito de uma pesquisa *ex post facto*. Apesar de não ser experimental pode, no entanto, segundo Costa Pinto (1990), ter um carácter diferencial - ao que aliás recorreremos - comparando grupos de sujeitos que diferem numa variável importante, isto é, em que a sua distribuição é realizada de acordo com uma determinada variável pré-existente. Não obstante, e,

segundo o mesmo autor, o conhecimento e controlo satisfatório das variáveis concorrentes no início de um estudo desta natureza é humanamente impossível.

Kerlinger (1980) salienta-nos que este tipo de investigação enfrenta, face às razões invocadas, problemas ao nível da inferência, com as consequentes dificuldades relativas à interpretação dos resultados. Contudo, “isto não significa que tal pesquisa não seja importante e significativa” (op. cit. pág.133). Na perspectiva que defende as limitações que lhe são inerentes e que condicionam o seu alcance são, de algum modo, ultrapassadas, quando dentro do possível, se recorre a replicações do estudo inicial com vista à verificação da consistência dos resultados obtidos.

Assim, conscientes dos condicionalismos intrínsecos à própria pesquisa, tentaremos, mais do que alcançar resultados concludentes, procurar identificar tendências que no âmbito do problema em análise - estudo das fantasias relativas ao bebé e à maternidade em grávidas toxicodependentes -, possam de algum modo contribuir para a sua melhor compreensão.

## **2. MÉTODO**

### **2.1. FORMULAÇÃO DE HIPÓTESES E SEU ENQUADRAMENTO NO PROBLEMA EM ESTUDO**

Como tivemos oportunidade de referir, a revisão bibliográfica efectuada sustentou a pertinência de nos questionarmos acerca do modo de

funcionamento psíquico das grávidas toxicodependentes no que respeita às fantasias relativas ao bebé e à maternidade. Especificamente o problema central da nossa pesquisa, enquadrado no contexto da relação mãe-bebé, consistiu em saber se existem diferenças nas fantasias das grávidas toxicodependentes no âmbito mencionado (portanto relativas ao bebé e à maternidade) e, em caso afirmativo, de que forma essas diferenças se exprimem. Delimitámos e definimos os conceitos subjacentes ao problema colocado mediante o critério proposto pela O.M.S. (1993) no que respeita à toxicoddependência e, relativamente às fantasias, em termos da sua avaliação através dos instrumentos de recolha utilizados (Questionário «R» e pranchas 7 GF e 8 GF do T.A.T.). Retomaremos posteriormente com mais pormenor esta questão. De momento, encontramos-nos já em condições de formular a nossa hipótese de investigação tendo presente, nomeadamente, o que Moore (1983) sugere neste domínio. Assim, no nosso caso, a hipótese genérica a testar é a de que existem diferenças entre as grávidas toxicodependentes e as grávidas não-toxicodependentes no âmbito das suas fantasias relativas ao bebé e à maternidade. Como decorrentes desta consideramos ainda as seguintes hipóteses de investigação:

- a) As grávidas toxicodependentes tendem a exprimir fantasias que são em termos do seu conteúdo ou tema diferentes das que as grávidas não-toxicodependentes tendem a exprimir;
- b) As grávidas toxicodependentes são menos coerentes ou consistentes nas suas fantasias do que as grávidas não-toxicodependentes;

- c) As grávidas toxicodependentes tendem a apresentar ao nível das suas fantasias tonalidades hedónicas ou afectivas mais negativas do que as grávidas não-toxicodependentes.

Para conseguirmos uma maior validade interna no nosso estudo (Cook e Campbell, 1979) tivemos em consideração a possível interferência de variáveis alternativas ou concorrentes. Como poderemos constatar oportunamente, controlámos algumas dessas variáveis constituindo grupos globalmente equivalentes quanto à idade, número de filhos (todas as grávidas eram nulíparas), tempo de gestação (semanas de gravidez), idade da primeira menarca e quanto à ausência de diagnóstico de HIV (1 e 2) positivo. A reflexão teórica efectuada conduziu-nos a privilegiar estas em detrimento de outras variáveis. Com efeito, seria no nosso caso impraticável excluirmos todas as potenciais variáveis alternativas. A título ilustrativo refira-se, por exemplo, o destaque que a literatura tem dado ao facto de se encontrarem frequentemente associadas à toxicodependência determinadas características socio-familiares, nomeadamente, a distorção do anel familiar, situação que aliás também verificámos na nossa amostra. É igualmente importante ter presente que assumindo a nossa investigação um carácter exploratório e diferencial não podemos, em rigor, considerar a hipótese a testar como experimental. No âmbito da relação entre variáveis podemos referir-nos, quanto muito, ao sentido da diferença esperada.

## **2.2. INSTRUMENTOS UTILIZADOS**

Contrastando com o reduzido desenvolvimento de instrumentos de análise sistemática das fantasias maternas verificámos, por seu turno, que as

investigações que as elegem como objecto central do seu estudo recorrem às mais diversificadas abordagens metodológicas. Desde pesquisas de cariz longitudinal apoiadas, essencialmente, em entrevistas livres (Klein, 1985, por exemplo), até trabalhos que combinam formas mais estruturadas de recolha de informação (Sherwen, 1981, 1987; Stoleru et al., 1985; Amaral Dias, 1986; Ammaniti, 1991; Mascoli, 1990; Sequeira e Reis, 1982), surgiram-nos todo um leque de possibilidades. Neste último caso, e apesar de se continuarem a registar diferentes opções nos métodos utilizados, constatámos uma certa tendência em associar a aplicação de questionários com situações projectivas, nomeadamente, a apresentação de algumas pranchas do Thematic Apperception Test (TAT). Deste modo e, também, por nos parecer relevante escolher instrumentos de trabalho consonantes com a perspectiva teórica que tomámos como referência, ou seja, a perspectiva psicanalítica, recorreremos a dois questionários (questionário «R» e questionário de identificação/controlo de variáveis psicossociais) e a determinadas pranchas do TAT<sup>24</sup>, os quais passaremos a apresentar.

### • Questionário «R»

O reconhecimento do relevo atribuído pela psicanálise à influência potencialmente patogénica das fantasias maternas no âmbito da relação mãe-criança, assim como, o reconhecimento da escassez de instrumentos que permitisse estudá-las sistematicamente, conduziu à constituição de um grupo internacional de trabalho. Entre os participantes contam-se nomes

<sup>24</sup> Tenhamos presente que a prancha TAT se constitui como "(...) um território no qual o sujeito, quer queira quer não, é introduzido e se introduz; um espaço aberto, a três dimensões, em que ele vai reproduzir, sobre simulacros, os mesmos movimentos de identificação projectiva que caracterizaram toda a sua vida psíquica (...)" (Husquinet, 1987, pág.134). Entende-se aqui o conceito de identificação projectiva num sentido globalizante. Neste contexto, o «eu» do narrador (sujeito) atribui a terceiros - o «ele» dos seus personagens - os seus próprios objectos internos e as partes de si com eles relacionadas (representações, afectos, fantasias).

como os de Stern, Robert-Tissot, Ammaniti, Cramer e Palacio. O objectivo central do grupo consistiu, precisamente, em procurar elaborar um instrumento que tendo em conta o facto das fantasias maternas constituírem em si uma noção extremamente vasta, conseguisse restringir e especificar um conjunto de questões significativas deste amplo domínio. Pretendia-se, portanto, discutir os aspectos clinicamente importantes das fantasias maternas que fossem, simultaneamente, susceptíveis de serem avaliados através de um instrumento estandardizado.

Assim, o grupo entendeu situar a noção de “fantasia(s)” em termos dos medos, desejos, distorções, atribuições, que a mãe tece, directa ou indirectamente, acerca do seu bebé. A partir desta operacionalização e, com base na diversidade dos contributos apresentados ao longo dos sucessivos encontros, o grupo determinou, igualmente, outros pressupostos referenciais para a elaboração do questionário «R». Destacam-se duas importantes considerações. Por um lado, o estudo das fantasias pode ser efectuado através dos aspectos ligados ao seu conteúdo (nomeadamente temas específicos), ou em relação a aspectos independentes do conteúdo (concretamente, coerência ou consistência das fantasias). Por outro, apesar da grande diversidade no que concerne às fases do processo de maternidade (por exemplo, último trimestre de gravidez, pós-parto ou mãe de uma criança de dois anos), das fantasias poderem ser uma variável preditiva ou resultante e, ainda, do interesse recair no âmbito da psicopatologia ou no domínio do desenvolvimento normal, existem parâmetros comuns nas diferentes abordagens.

O questionário «R» inclui, então, dez temas gerais - indicados em algarismos romanos nas folhas de instruções - e compreende vinte e oito

questões separadas - indicadas em algarismos árabes - (Anexos 1 e 2)<sup>25</sup>. Os dez grandes temas são:

- I. Descrição do Bêbé
- II. Influência dos acontecimentos importantes do passado do Bêbé
- III. Descrição da própria como mãe
- IV. Descrição da sua própria mãe
- V. Semelhanças do Bêbé com a família
- VI. Influência dos acontecimentos importantes do passado da mãe
- VII. Afectos ligados às fantasias
- VIII. Desejos e medos
- IX. Auto-estima
- X. Outros temas não abordados e eventualmente significativos

Os temas I, III e IV comportam quatro situações de avaliação: uma descrição verbal espontânea, uma descrição verbal com ajuda, uma descrição com base numa escala bipolar e uma descrição semântica/episódica. Os restantes só são avaliados através de algumas dessas mesmas situações. O modelo das questões propostas para cada tema é portanto extensível, nas circunstâncias mencionadas, a todos os outros.

As descrições verbais “espontânea” e “com ajuda” referem-se, como o próprio nome indica, às caracterizações de natureza mais “livre” que as mães realizam acerca dos diversos temas propostos. Apenas diferem pelo

---

<sup>25</sup> Embora tenhamos tido a preocupação em respeitar a proposta dos autores, englobámos os temas “Influência dos acontecimentos importantes do passado do bebé” e “Influência dos acontecimentos importantes do passado da mãe” numa só questão. Esta nossa decisão surgiu mediante um estudo piloto efectuado, ao qual nos referiremos, oportunamente, com mais pormenor. De salientar, de momento, como justificação, o facto de nesse estudo as grávidas entrevistadas apresentarem grande dificuldade em identificar acontecimentos importantes do passado que se referissem exclusivamente ao bebé, sem que estivessem, de algum modo, também incluídas.

facto de se fornecerem algumas sugestões no momento “descrição com ajuda”, sugestões essas que têm como objectivo permitir aprofundar a situação em análise.

As escalas bipolares <sup>26</sup> consistem na apresentação de um conjunto de pares de adjectivos de sentido diametralmente oposto - por exemplo, bonito/feio; calmo/nervoso; alegre/triste -, em que a mãe assinala com uma cruz, para cada par, a possibilidade (ordenada de 1 a 5) que considera adequar-se melhor ao seu caso. Foram seleccionados pelos autores adjectivos correspondentes a um certo número de traços, características estáveis da personalidade ou do temperamento, cuja apreciação por parte da mãe depende sobretudo do seu estado subjectivo.

Nas descrições semânticas/episódicas é solicitado à mãe que concretize, com um exemplo, situações ilustrativas de dois dos adjectivos por ela anteriormente escolhidos através da escala bipolar. A adequação entre o adjectivo assinalado e o exemplo fornecido permite avaliar a coerência ou consistência do que é referido pela mãe. Este tipo de medida da coerência encontra-se fundamentado, segundo os autores do questionário «R», nos trabalhos de Main et al. (1985). Esta pesquisa mostrou, nomeadamente, que a coerência da descrição realizada pela mãe acerca da sua própria mãe é um indicador mais fiel da sua atitude em relação ao bebé do que o mero aspecto positivo ou negativo do que é referido.

---

<sup>26</sup> A fidelidade destas escalas, de auto-avaliação, foi testada junto de uma amostra de 48 mães sem história clínica assinalável (cit. in Cramer, 1993). As diferenças relativas a dois momentos de auto-avaliação, num intervalo de tempo que compreendeu sete dias, não foram significativas. Além disso, as correlações entre escalas, nas quais as mães se auto-avaliaram duas vezes, foram significativas (nível de significância de 0,1 a 0,0001).

De aplicação individual o questionário «R» demora cerca de 60 minutos a ser concluído. As diversas questões são propostas pelo clínico ou pesquisador e também por ele anotadas as respectivas respostas, à excepção do preenchimento das escalas de auto-avaliação.

- **TAT : as pranchas 7 GF e 8 GF**

Inserido no âmbito das técnicas projectivas o TAT continua a ser actualmente um dos instrumentos mais utilizados, tanto no contexto psicoterapêutico formalizado, precioso auxiliar de diagnóstico psicológico, como no apoio a numerosas e diversificadas situações de investigação.

Apesar da publicação por Morgan e Murray datar de 1935, só em 1943 conhece a sua 3ª e última versão. Mesmo nesta forma “final” permanece, em si, alvo de múltiplas abordagens, sucedendo-se os trabalhos que visam aprofundar e analisar o “momento TAT” e dos quais resultam, com frequência, divergências assinaláveis nas interpretações alcançadas. Com efeito e, como nos refere Anzieu (1986), não tem sido possível, até à data, sistematizar uma classificação codificada susceptível de viabilizar a elaboração de um psicograma, encontrando-se os teóricos do TAT em desacordo no que respeita às chaves da interpretação. Não obstante, segundo Shentoub e Debray (1970-71), é no quadro da teoria psicanalítica, tomada no seu todo, que ele deverá ser enquadrado.

Ao analisarem o material TAT prancha por prancha, as autoras constataram que o conteúdo latente faz sempre referência à situação edípica, evocando a expressão de um conflito universal, mesmo que o conteúdo manifesto privilegie determinado aspecto da situação. Existe, do

seu ponto de vista, uma referência permanente ao que é específico da condição humana: a diferença dos sexos e a diferença das gerações. Deste modo, o quadro de leitura psicanalítica surge como o mais indicado à compreensão dos dados obtidos através de um material desta natureza. As autoras precisam, ainda, que não se referem ao Édipo enquanto período evolutivo mas enquanto modelo estrutural, em relação ao qual é possível apreciar as posições particulares que testemunham as vicissitudes inerentes à evolução de cada sujeito.

As 31 imagens que o compõem reportando-se, como vimos, a personagens que evocam situações típicas da realidade humana são numeradas de 1 a 20 devido às seguintes variantes: algumas imagens podem ser apresentadas a qualquer sujeito, independentemente das suas características; outras, por seu turno, são especiais para crianças ou adultos, para o sexo feminino ou masculino. As iniciais das palavras inglesas, impressas atrás de cada uma das pranchas, indicam a que sujeito se destinam: B-boy (menino); G-girl (menina até aos 14 anos); M-male (homem); F-female (mulher). A escolha e o número de imagens utilizadas, além de atender a este critério, é usualmente determinada pelo tipo particular de objectivos que presidem ou orientam a sua aplicação.

No nosso caso, há semelhança de outros trabalhos de cariz empírico que apenas recorrem a algumas pranchas (por exemplo, Klatskin et al. 1970; Mascoli, 1990) e, atendendo aos propósitos da investigação de campo, anteriormente mencionados, optámos pelo recurso a duas imagens: 7 GF e 8 GF (Anexo 3). Tal escolha atendeu sobretudo ao carácter latente mais específico que está associado a estas pranchas, determinado em função da já referida análise de Shentoub e Debray e que Anzieu (1986) completa.

Considerando a prancha 7 GF, em que é manifestamente perceptível uma mulher com um livro na mão, inclinada na direcção de uma moça que tem ao colo um boneco/bébé, é a relação mãe-filha, com todas as suas variantes (identificação, oposição, ambivalência...), que emerge como temática preferencialmente solicitada. A qualidade do vínculo mãe-filha, (ou mãe-bébé), torna-se, deste modo, susceptível de ser explicitada.

Quanto à prancha 8 GF, o seu conteúdo manifesto representa uma mulher sentada, com o rosto apoiado numa das mãos e o olhar “fixo” numa determinada direcção, parecendo estar a pensar. A ambiguidade que reveste a sua expressão reenvia para as mais diversificadas atribuições de sentimentos e afectos, viabilizando a tradução de modalidades relacionais significativas.

No que respeita às instruções de aplicação adoptámos o procedimento habitual, pedindo a cada sujeito para contar uma história a partir das duas imagens apresentadas de forma sucessiva.

- **Questionário de Identificação/Controlo de variáveis psicossociais**

No intuito de identificarmos e controlarmos algumas variáveis psicossociais importantes relativas aos sujeitos sobre os quais recaiu o nosso estudo, criámos um pequeno questionário (Anexo 4 ). Além dos dados mais sumários da identificação (idade, estado civil, estudos realizados e profissão), incluímos ainda questões relativas à família (de origem, do actual agregado familiar e condições habitacionais), ao percurso escolar e sócio-profissional, à história toxicológica/recurso a serviços psiquiátricos e/ou psicológicos e à história obstétrica.

### 2.3. PROCEDIMENTO

Atendendo a que um dos instrumentos utilizados no nosso trabalho de campo concretamente, o Questionário «R», não dispunha de uma versão portuguesa, começámos por proceder à sua tradução e posterior aplicação junto de 12 grávidas. Como característica base deste grupo considerámos grávidas nulíparas no último trimestre de gestação, uma vez que a amostra propriamente dita do nosso estudo se iria reportar a sujeitos nestas condições.

Mediante uma entrevista que também realizámos, com o objectivo de detectar eventuais dificuldades e observações apresentadas pelos sujeitos, constatámos que as questões incluídas no questionário e a forma como eram colocadas se encontravam globalmente acessíveis, não suscitando dúvidas significativas. Apesar disso, dois dos temas abordados, - “Influência dos acontecimentos importantes do passado do bebé” e “Influência dos acontecimentos importantes do passado da mãe” -, desencadearam algumas observações. Como já tivemos oportunidade de referir, as grávidas entrevistadas evidenciaram dificuldades em identificar acontecimentos importantes do passado que se relacionassem exclusivamente com o bebé, sem estarem também de algum modo envolvidas. A justificação que nos parece plausível para esta ocorrência prende-se com a fase específica do processo de maternidade (gravidez) em que as mulheres se encontravam. Assim, a versão do questionário utilizada na nossa amostra não distinguiu os temas, englobando-os numa só questão.

A ordem de apresentação dos diversos instrumentos de recolha dos dados foi igualmente ensaiada nesta fase. Optámos pela apresentação

sucessiva do questionário «R», pranchas TAT (8GF e 7GF, respectivamente), e questionário de avaliação/controlo de variáveis psicossociais por ser aquela que nos pareceu facilitar melhor a livre expressão dos afectos e fantasias.

Após esta etapa preliminar e, obtidas as devidas autorizações junto das Instituições nas quais o levantamento da amostra se ia realizar (Anexo 5), a saber, Maternidade Dr. Alfredo da Costa (Lisboa), Maternidade Dr. Bissaya Barreto (Coimbra), Centro de Atendimento a Toxicodependentes (Coimbra) e Centros de Saúde Dr. Gorjão Henriques e Dr. Arnaldo Sampaio (Leiria), passámos então à efectivação do momento de recolha dos dados, que decorreu durante um período de seis meses, entre Dezembro de 1994 a Maio de 1995. A cada sujeito, entrevistado individualmente e num local onde se salvaguardou rigorosamente a sua privacidade, foi assegurado o anonimato dos dados recolhidos e explicitado o propósito científico a que se destinavam.

Considerámos na nossa amostra dois grupos, constituídos a partir da variável “toxicodependência”<sup>27</sup>.

No seu sentido mais lato, adoptámos como critério definidor desta variável aquele que é proposto pela OMS sobre dependência a substâncias psicoactivas (1993). Além de actual, este critério reúne uma margem consensual satisfatória a nível mundial.

---

<sup>27</sup> De acordo com Husain (90-91), optar por uma fórmula que garanta uma forte visibilidade de grupo pode constituir-se como vantagem metodológica para o investigador que recorre a técnicas de ordem projectiva. A autora refere-se, nomeadamente, aos estudos relativos à toxicodependência. No entanto, o sintoma como critério de grupo, embora metodologicamente consistente porque permite uma forte visibilidade de grupo, apresenta o inconveniente de não assegurar a equivalência entre visibilidade sintomática e organização psíquica, o que aliás se constata no âmbito da toxicodependência.

Neste âmbito, a toxicod dependência ou, mais concretamente, a utilização dependente de substâncias psicoactivas é definida como um “conjunto de fenómenos comportamentais, cognitivos e fisiológicos que ocorrem a seguir a um consumo repetido de uma substância psicoactiva, tipicamente associados a um poderoso desejo de tomar a droga, a uma dificuldade de controlar o consumo, a uma procura de consumo apesar das consequências nocivas, a um desinvestimento progressivo de outras actividades e obrigações em proveito do consumo dessa droga, a uma tolerância acrescida, e, por vezes, a uma síndrome de privação física. A síndrome de dependência pode dizer respeito a uma substância psicoactiva específica (por exemplo o tabaco, álcool ou o diazepam), a uma categoria de substâncias (por exemplo os opiáceos), ou a um conjunto mais vasto de substâncias psicoactivas farmacologicamente diferentes” (cit. *in* O.M.S., CIM-X, pág. 338 e 339).

Ao nível da nossa amostra aplicámos esta definição numa das suas possíveis modalidades, ou seja, considerámos no “grupo experimental”<sup>28</sup> exclusivamente sujeitos cujo consumo se caracterizava predominantemente pela eleição de uma droga - heroína -, utilizada com uma frequência diária, pelo menos até tomarem conhecimento da sua gravidez. Este critério é similar ao apresentado noutros trabalhos, nomeadamente, no de Amaral Dias (1980).

Atendendo aos objectivos do nosso estudo e para uniformização dos dois grupos de sujeitos, foram apenas seleccionadas grávidas nulíparas (primigestas ou segundas gestas), no último trimestre de gravidez, sem

---

<sup>28</sup> Utilizámos esta nomenclatura por facilidade de expressão. Na realidade, encontramos-nos no domínio de uma investigação de carácter diferencial em que não é adequado falarmos em termos de “grupo de controlo” e “grupo experimental”.

diagnóstico de HIV (1 e 2) positivo e com idades compreendidas entre os 18 e os 30 anos. No grupo de “controlo”, além destes critérios de selecção, tivemos ainda em consideração a ausência de recurso a serviços psicológicos/psiquiátricos e a ausência de utilização de medicamentos para o SNC.

Nas condições indicadas foram então abrangidas pela nossa investigação 44 utentes dos referidos serviços de saúde. Destas, três recusaram colaboração e três tiveram que ser excluídas - uma por não apresentar o padrão de consumo observado e duas por se terem registado fortes suspeitas de significativo atraso intelectual -. A constituição final da nossa amostra passou, portanto, a comportar 38 sujeitos, 19 no grupo “toxicodependente” e 19 no grupo “não toxicodependente”.

#### **2.4. CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA**

A partir da aplicação do nosso questionário de identificação/controlo de variáveis psicossociais e da consulta dos processos das utentes, sempre que confrontados com a necessidade de confirmar alguns dados, foram tomadas em consideração tanto as variáveis que pretendíamos uniformizar nos dois grupos considerados como outras variáveis importantes na caracterização mais pormenorizada da nossa amostra. Obtivemos assim dados sobre a idade, estado civil, habilitações, situação profissional, composição do agregado familiar, responsável pelos recursos financeiros, zona de residência, prestadores de cuidados durante a infância, tempo de gestação, gestações anteriores, IVG, tempo de confirmação da gravidez, idade da primeira menarca, idade de início da actividade sexual, HIV (1 e

2), idade de início do consumo de heroína, consumo à data da entrevista e recurso a apoio psicoterapêutico, dos quais passamos a apresentar a respectiva análise estatística.

Face a variáveis com um nível de mensuração nominal (classificação de Howell, 1987) apresentámos as correspondentes frequências e percentagens, sendo o teste das diferenças efectuado por recurso à prova *Qui-quadrado*. Quando as variáveis são numéricas, isto é, com um nível de mensuração pelo menos ordinal (*op. cit.*) o teste das diferenças foi efectuado com a prova estatística *t-student* (Andrews, et al. 1981). Nos casos em que surgiram diferenças estatisticamente significativas entre grupos optámos, de um modo geral, por recorrer à representação gráfica dos resultados de forma a facilitar a sua leitura.

- **Idade**

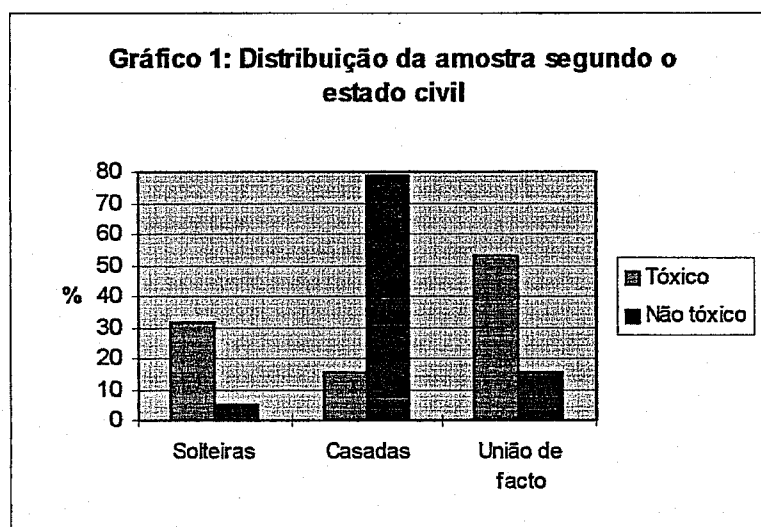
A média de idades no grupo “toxicodependente” foi de 23,74 (DP=3,246) e no grupo “não toxicodependente” de 23,84 (DP=3,532). Em termos de limite mínimo e máximo de idade temos para ambos os grupos, respectivamente, 1 caso com 18 anos e um caso com 30 anos. A diferença entre a média das idades não é significativa ( $t(36)=0,096, p=0,924$ ).

- **Estado civil**

No grupo “toxicodependente” 6 grávidas (31,58%) eram solteiras, 10 (52,63%) viviam em união de facto (embora em quatro casos houvesse fortes suspeitas de que o companheiro não fosse o pai do bebé), e três (15,79%) eram casadas.

No grupo “não toxicodependente”, 1 grávida (5,26%) era solteira, 3 (15,79%) viviam em união de facto, e 15 (78,95%) eram casadas.

A diferença, quanto ao estado civil, encontrada entre os dois grupos é estatisticamente significativa ( $\chi^2 (2)=15,341$ ,  $p=0,0005$ ). No grupo “não toxicodependente” a tendência registada aponta no sentido destas grávidas serem predominantemente casadas enquanto que no grupo das “toxicodependentes” a situação mais frequente é a união de facto (Gráfico 1).

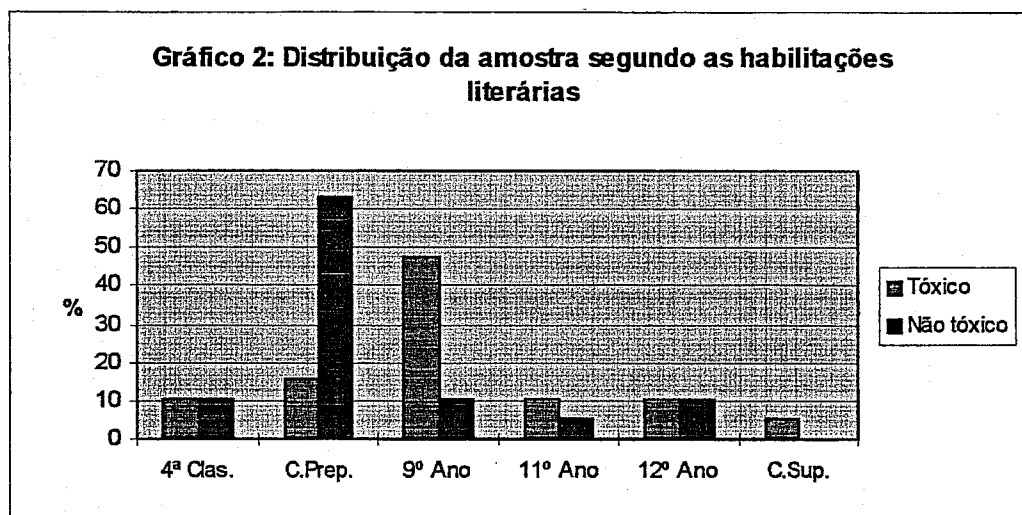


#### • Habilitações literárias

No grupo “toxicodependente”, 2 sujeitos (10,53%) tinham a 4ª classe, 3 (15,79%) o ciclo preparatório, 9 (47,37%) o 9º ano, 2 (10,53%) o 11º ano, 2 (10,53%) o 12º ano e 1 (5,25%) concluiu um curso superior.

No grupo “não toxicodependente”, 2 sujeitos (10,53%) tinham a 4ª classe, 12 (63,16%) o ciclo preparatório, 2 (10,53%) o 9º ano, 1 (5,26%) o 11º ano e 2 (10,53%) o 12º ano.

A diferença de escolaridade entre grupos é significativa ( $\chi^2(5)=11,188$ ,  $p=0,0478$ ), observando-se que no grupo “toxicodependente” se registam maiores níveis de escolarização (Gráfico 2).

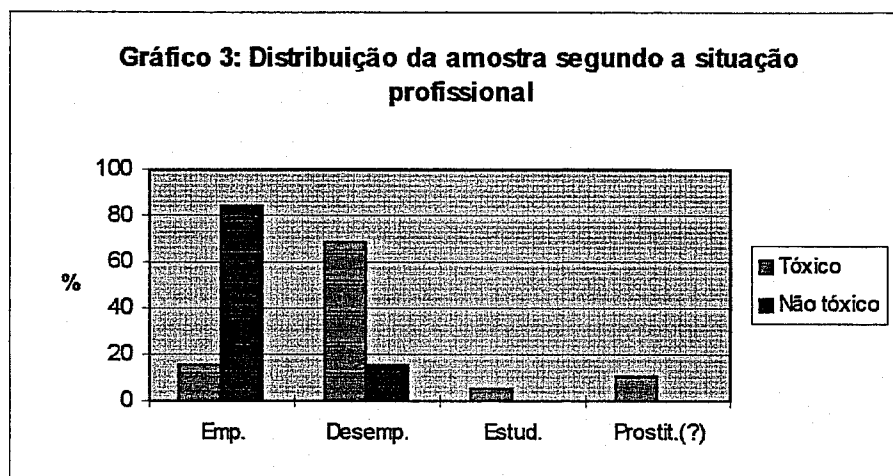


### • Situação profissional

No grupo “toxicodependente”, 3 sujeitos (15,79%) estavam integrados na vida activa, 13 (68,42%) encontravam-se desempregados, 1 (5,26%) era estudante e, em relação a 2 casos (10,53%), verificaram-se fortes suspeitas de prática de prostituição.

No grupo “não toxicodependente”, 16 sujeitos (84,2%) trabalhavam e 3 (15,79%) encontravam-se desempregados.

A diferença entre grupos quanto à situação profissional apresenta-se estatisticamente significativa ( $\chi^2(3) = 18,145, p = 0,0004$ ), encontrando-se as grávidas “não toxicodependentes” predominantemente integradas na vida activa contrariamente às grávidas “toxicodependentes” (Gráfico 3).

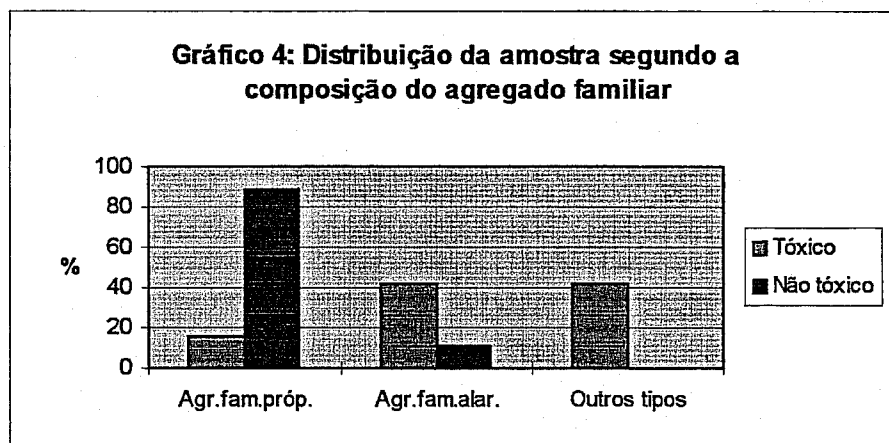


- **Composição do agregado familiar à data da entrevista**

No grupo “toxicodependente”, 3 sujeitos (15,79%) tinham o seu próprio agregado familiar constituído, residindo com os maridos, 8 (42,11%) integravam um agregado familiar alargado, incluindo os seus próprios pais e companheiros, 8 (42,11%) pertenciam a outros tipos de organização familiar, nomeadamente, monoparental (4 casos) e de difícil caracterização, por exemplo, sem residência fixa (4 casos).

No grupo “não toxicodependente”, 17 grávidas (89,47%) residiam com os seus maridos/companheiros e 2 (10,53%) integravam um agregado familiar alargado.

Os grupos diferem significativamente ( $\chi^2 (2)=21,400$ ,  $p=0,0001$ ), dispondo as grávidas “não toxicodependentes”, maioritariamente, do seu próprio agregado familiar, enquanto só uma minoria das grávidas “toxicodependentes” se encontravam nessa situação (Gráfico 4).

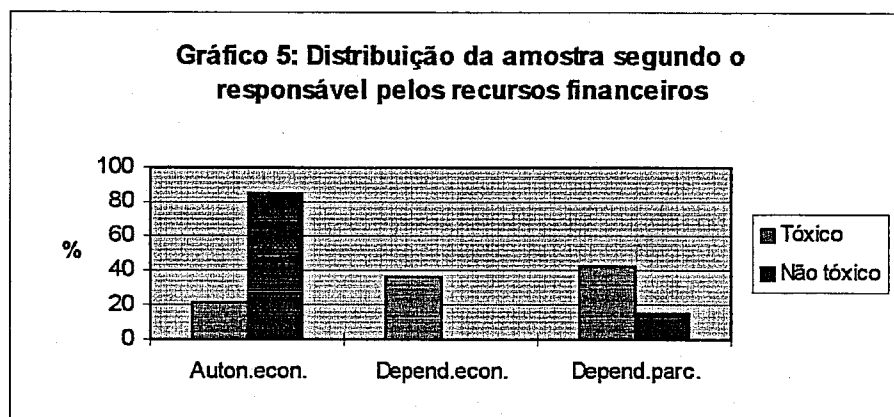


- **Responsável pelos recursos financeiros do agregado familiar**

No grupo “toxicodependente”, 4 sujeitos (21,05%) dispunham de autonomia económica, 7 (36,84%) encontravam-se na total dependência do apoio fornecido pelos próprios pais e 8 (42,11%) dependiam parcialmente do contributo dos familiares.

No grupo “não toxicodependente”, 16 grávidas (84,21%) tinham possibilidade de subsistir de forma independente e 3 (15,79%) dependiam de forma parcial do apoio económico dos familiares.

A diferença entre os grupos é significativa ( $\chi^2 (2)=16,473$ ,  $p=0,0003$ ), verificando-se que o grupo “não toxicodependente” usufrui predominantemente de autonomia económica (Gráfico 5).

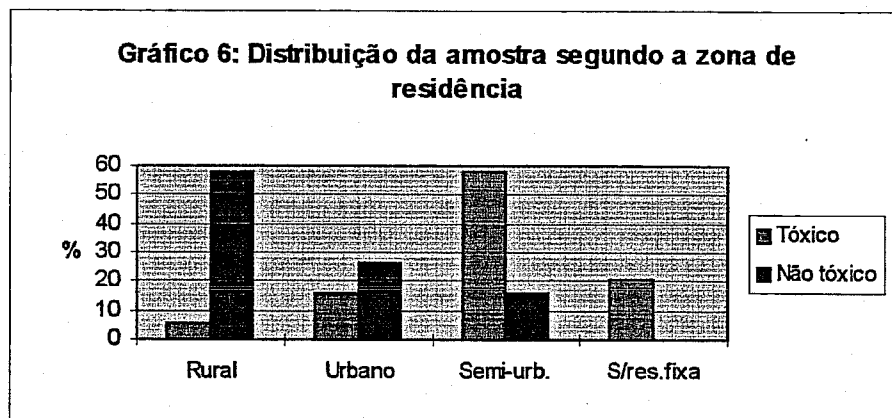


- **Zona de residência**

No grupo “toxicodependente”, um sujeito (5,26%) residia numa zona rural, 3 (15,79%) viviam na cidade, 11 (57,89%) num meio semi-urbano e 4 (21,05%) não tinham residência fixa.

No grupo “não toxicodependente”, 11 grávidas (57,89%) residiam numa zona rural, 5 (26,32%) viviam na cidade e 3 (15,79%) num meio semi-urbano.

A diferença entre os grupos é significativa ( $\chi^2(3)=17,405$ ,  $p=0,0006$ ), observando-se maior número de grávidas “toxicodependentes” a residir num meio semi-urbano enquanto as grávidas “não toxicodependentes” se encontram maioritariamente a residir numa zona rural (Gráfico 6).



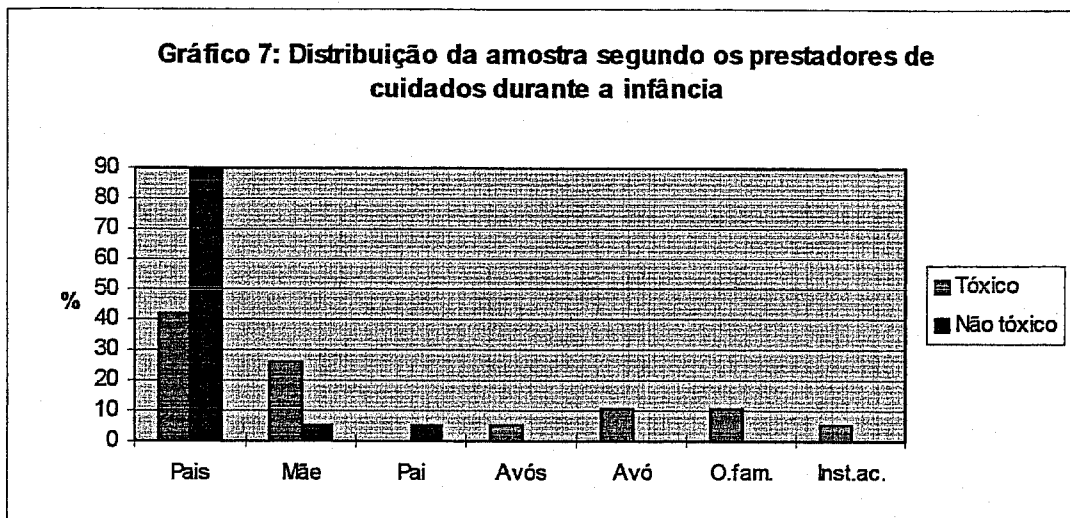
- **Prestadores de cuidados durante a infância**

No grupo “toxicodependente”, 8 grávidas (42,11%) viveram a sua infância com ambos os pais, 5 (26,32%) com a mãe, 1 (5,26%) com os avós, 2 (10,53%) com a avó, 2 (10,53%) com outros familiares e 1 (5,26%) em instituições de acolhimento.

No grupo “não toxicodependente”, 17 grávidas (89,47%) passaram a sua infância com o pai e a mãe, 1 (5,26%) com a mãe e 1 (5,26%) com o pai e a madrasta.

A diferença entre os grupos é estatisticamente significativa ( $\chi^2 (6)=12,907$ ,  $p=0,0445$ ), registando-se que maior número de grávidas “toxicodependentes” se encontraram durante a infância ao cuidado de outros responsáveis que não os pais comparativamente às grávidas “não toxicodependentes” (Gráfico 7).

**Gráfico 7: Distribuição da amostra segundo os prestadores de cuidados durante a infância**



- **Tempo de gestação (semanas de gravidez)**

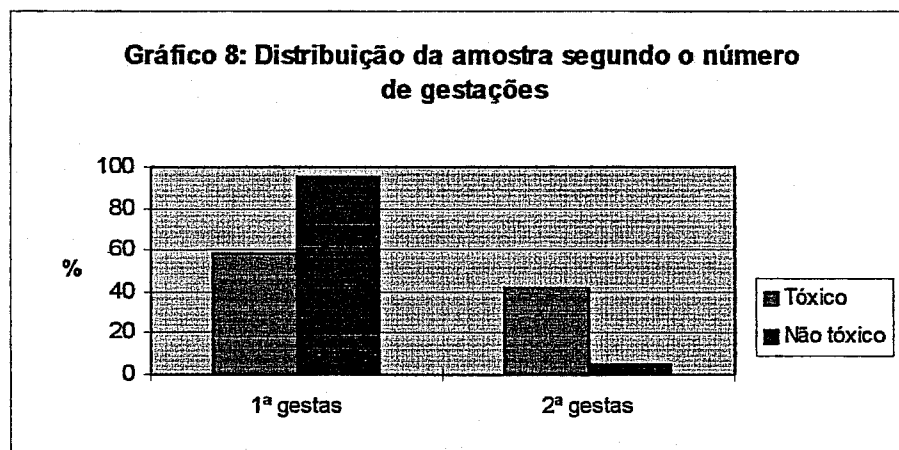
O número médio de semanas de gestação é para o grupo “toxicodependente” de 31,84 (DP=3,877) e para o grupo “não toxicodependente” de 33,84 (DP=3,962). A diferença entre os grupos não é significativa ( $t(36)=1,573$ ;  $p=0,1245$ ).

- **Gestações anteriores**

No grupo “toxicodependente”, 11 (57,89%) mulheres encontravam-se grávidas pela primeira vez enquanto 8 (42,11%) já tinham estado grávidas uma vez.

No grupo “não toxicodependente”, 18 mulheres (94,74%) estavam grávidas pela primeira vez e 1 (5,26%) tinha tido uma anterior gravidez.

A diferença entre os grupos é significativa ( $\chi^2 (1)=5,241$ ;  $p=0,0221$ ), observando-se que mais mulheres “toxicodependentes” comparativamente às “não toxicodependentes” tiveram uma anterior experiência de gravidez (Gráfico 8).

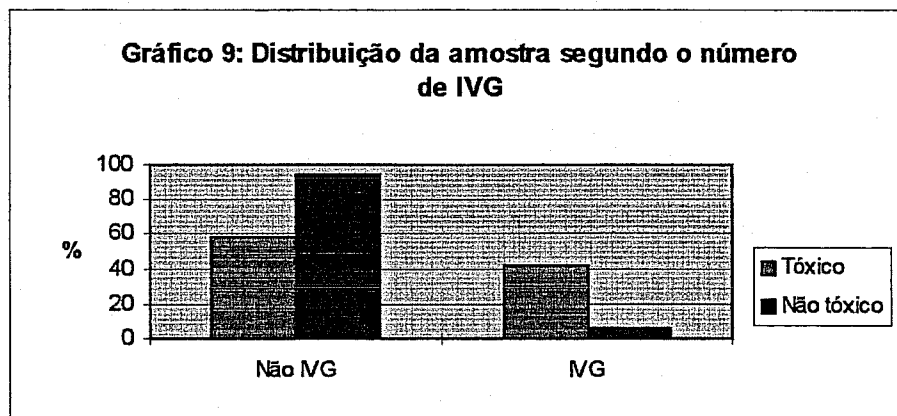


- **Interrupção voluntária da gravidez (IVG)**

No grupo “toxicodependente”, 11 mulheres (57,89%) nunca tinham interrompido uma gravidez enquanto 8 (42,11%) já o tinham feito uma vez.

No grupo “não toxicodependente”, 18 mulheres (94,74%) nunca realizaram uma IVG e 1 mulher (5,26%) realizou-a uma vez.

A diferença entre os grupos é significativa ( $\chi^2 (1)=5,241$ ;  $p=0,0221$ ), havendo mais mulheres “toxicodependentes” que efectuaram uma IVG em comparação com o número de mulheres que o fizeram no outro grupo (Gráfico 9).



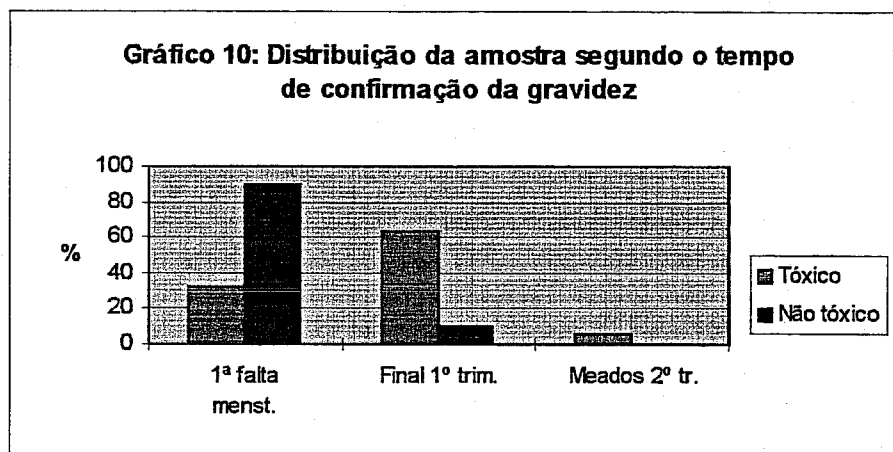
- **Tempo de confirmação da gravidez**

No grupo “toxicodependente”, 6 mulheres (31,58%) procuraram confirmar a gravidez logo após a primeira falta menstrual, 12 (63,16%) no final do primeiro trimestre/início do segundo e 1 (5,26%) em meados do segundo trimestre.

No grupo “não toxicodependente”, 17 mulheres (89,47%) procuraram confirmar a gravidez logo após a primeira falta menstrual e 2 (10,53%) no final do primeiro trimestre/início do segundo.

Os grupos diferem significativamente ( $\chi^2 (2)=13,404$ ,  $p=0,0012$ ), observando-se que as grávidas “toxicodependentes” confirmaram mais tarde a sua gravidez comparativamente às mulheres do outro grupo (Gráfico 10).

**Gráfico 10: Distribuição da amostra segundo o tempo de confirmação da gravidez**



### • Idade da primeira menarca

No grupo “toxicodependente”, a primeira menarca surgiu, em média, aos 12,63 anos (DP=1,422). Como limite mínimo de idade, 1 mulher menstruou pela primeira vez aos 9 anos; como limite máximo verificado, 2 mulheres menstruaram pela primeira vez aos 15 anos.

No grupo “não toxicodependente”, a primeira menarca ocorreu, em média, aos 12,57 anos (DP=1,305). Neste caso, o limite mínimo de idade registado foi 11 anos (4 mulheres) e o máximo 15 anos (2 mulheres).

Os grupos não diferem significativamente ( $t(36)=-0,119$ ,  $p=0,906$ ).

### • Idade de início da actividade sexual

No grupo “toxicodependente”, a média de idade com que as mulheres iniciaram a sua vida sexual foi de 16,21 anos (DP=2,250). As mais novas tinham 13 anos (3 casos) e a mais velha 22 anos (1 caso).

No grupo “não toxicodependente”, a média de idade situou-se nos 18,63 anos (DP=3,655). O limite mínimo de idade recaiu nos 14 anos (1 caso) e o máximo nos 30 anos (1 caso).

Os grupos diferem significativamente ( $t(36)=2,459$ ,  $p=0,0189$ ), apontando os resultados no sentido das grávidas “toxicodependentes” terem iniciado a sua actividade sexual mais cedo do que as grávidas “não toxicodependentes”.

- **H.I.V. (1 e 2)**

À data da entrevista nenhuma das grávidas, em qualquer um dos grupos, tinha diagnóstico de HIV positivo.

- **Idade de início do consumo de heroína**

No grupo “toxicodependente”, a média de idades com que as mulheres iniciaram o consumo de heroína situou-se nos 17,47 anos (DP=3,221). O limite inferior e superior de idade foi, respectivamente, 11 anos (1 caso) e 24 anos (1 caso).

- **Consumo à data da entrevista**

Relativamente ao consumo de heroína à data da entrevista, 9 grávidas (47,37%) continuaram a consumir, 2 (10,53%) suspenderam o consumo e 8 (42,11%) encontravam-se integradas no programa metadona. Quanto ao padrão de consumo, 3 (15,79%) grávidas afirmaram que não o tinham

alterado durante a gravidez e 16 (84,21%) consideraram que o tinham reduzido.

- **Recurso a apoio psicoterapêutico**

Apenas 7 grávidas (36,84%) “toxicodependentes” tinham recorrido a apoio psicoterapêutico. A maioria, 12 (63,16%), não estabeleceu contactos nesse sentido.



Ao nível da nossa amostra verificamos, portanto, que os dois grupos de grávidas estudados não diferem quanto à idade (cronológica e da primeira menarca), número de filhos (todas eram primíparas), semanas de gestação e quanto à ausência de diagnóstico HIV positivo. Por seu turno, encontramos diferenças significativas no que respeita a variáveis relativas à inserção sócio-familiar e profissional (tais como, estado civil, habilitações literárias, situação profissional, composição do agregado familiar, responsável pelos recursos financeiros, zona de residência, prestadores de cuidados durante a infância) e, em termos de história obstétrica, os grupos divergiram, também, relativamente à idade de início da actividade sexual, ao número de IVG e ao tempo de confirmação da gravidez. Refira-se, contudo, que as diferenças por nós encontradas vão no sentido das que são usualmente assinaladas na literatura como associadas à população toxicodependente em geral e, em particular, à mulher toxicodependente que engravida (por exemplo, Martins Palminha et al. 1992; Manzano e Palacio, 1990; Marcelino e Santos, 1990; Amaral Dias, 1980).

## 2.5. DESCODIFICAÇÃO E TRATAMENTO ESTATÍSTICO DOS DADOS RECOLHIDOS

Atendendo à natureza dos instrumentos de recolha utilizados que remetem, de um modo geral, para respostas abertas por parte dos sujeitos entrevistados, houve necessidade de recorrer a determinados procedimentos metodológicos - nomeadamente análise de conteúdo (Bardin, 1979) - de forma a tornar exequível a posterior análise quantitativa e qualitativa dos dados assim obtidos.

No caso do questionário «R», respeitámos globalmente as indicações fornecidas pelos seus autores, incluindo a opção de nos centrarmos apenas no tratamento de algumas questões, as mais pertinentes no âmbito do nosso estudo, há semelhança do que eles próprios também fizeram em trabalhos de investigação (Cramer, 1993 e Cramer et al. 1990, por exemplo).

Começámos então por transformar as descrições verbais referentes ao bebé, à própria enquanto mãe e à mãe dela (respectivamente questões nº1 e 2, 7 e 8 e 11 e 12) nos adjectivos correspondentes sempre que as respostas não assumissem desde logo essa forma. Obtivemos deste modo listagens de adjectivos para cada uma das três situações indicadas<sup>29</sup> (Anexo 6).

As outras questões abertas (nº16 - semelhanças do bebé com a família; nº20 - principais emoções associadas ao bebé; nº22, 23, 24 e 25 - desejos e medos reportados ao bebé e à própria enquanto mãe) foram igualmente alvo de um processo de categorização (Anexos 7, 8 e 9,

---

<sup>29</sup> Tal categorização das respostas foi efectuada separadamente por nós e por outro avaliador. Os adjectivos encontrados resultaram da convergência das duas avaliações.

respectivamente). Embora as categorias emergissem, em grande parte, directamente (por exemplo, na pergunta 16, imaginar o bebé parecido com o “pai” ou com a “mãe”... ) nas restantes situações o critério considerado foi o semântico, particularmente na forma de constituição de categorias temáticas com base na fixação de unidades de contagem ou elementos significativos. A título ilustrativo, as respostas que aludissem ao desejo de desempenhar bem a função materna - (“conseguir corresponder às necessidades do meu filho”; “compreender bem o meu filho para poder relacionar-me bem com ele”, por exemplo) - ficaram precisamente agrupadas na categoria “desejo de desempenhar bem a função materna”.

As questões fechadas - nº 3, 9, 13, 18, 19, 21 e 26 - permitiram, naturalmente, a aplicação directa de métodos quantitativos de análise.

Na avaliação da coerência ou consistência do que é referido pelas mães (questões nº4, 10 e 14) <sup>30</sup> tivemos em consideração três níveis: nível “1” (fraca ou ausência), nível “2” (intermédia) e nível “3” (forte) (Anexo 10).

Esta primeira etapa do tratamento dos resultados obtidos através do questionário permitiu-nos aceder a formas de análise mais fina. Assim, continuando a respeitar as propostas dos seus autores, baseámo-nos nos seguintes elementos de referência:

- **Diversidade e riqueza das fantasias**

- As questões 1 e 2 reportando-se ao bebé e as questões 7 e 8 reportando-se à própria enquanto mãe permitem avaliar conteúdos ou

---

<sup>30</sup> Estas questões reportam-se, respectivamente, ao “Bébé”, “Elas como mães” e “As mães delas”.

categorias temáticas presentes nas fantasias que as grávidas podem fornecer verbalmente a este respeito. Nesta avaliação foram considerados os parâmetros relativos à presença/ausência (das categorias identificadas), frequência de aparição e ordem de aparição;

- **Tonalidade hedónica ou afectiva associada**

- A análise das polaridades positiva/negativa das questões 1, 2, 3, 7, 8, 9, 20 e 21 fornece uma perspectiva geral da tonalidade afectiva ligada à criança e ao papel maternal;

- **Coerência ou consistência das fantasias**

- Análise efectuada de acordo com o que atrás mencionámos;

- **Processos de identificação**

- A análise das questões 3, 16, 18 e 19 fornece um quadro das identificações entre o bebé e a mãe, por um lado, o bebé e o pai, por outro, possibilitando uma perspectiva geral no que respeita à forma como a criança é apreendida quanto às semelhanças com os seus pais.

Por seu turno a nossa opção metodológica relativa à descodificação e ao tratamento dos dados obtidos através das pranchas 7 GF e 8 GF do TAT procurou ter em consideração a dinâmica subjacente às produções dos sujeitos. Cada história, reflectindo um trabalho de elaboração, integra, tal como nos sintetiza Husain (1993-1994), uma ligação entre a actividade fantasmática (fantasias) e a perceptiva, entre processos primários e

secundários e entre temática/conteúdo do discurso e a sua forma/estrutura. Este multideterminismo das respostas e das suas complexas significações impede uma aplicação directa das técnicas de análise de conteúdo estrita, que se apoiam essencialmente no registo semântico elementar.

Baseámo-nos então na proposta apresentada por Simonnet (1989-1990) uma vez que as sugestões da autora procuram contornar tais condicionalismos, nomeadamente, apresentando como grande vantagem metodológica evitar fragmentar as histórias sem ter em conta a sua estrutura narrativa e interpretando as funções/temas dos relatos como traduzindo modalidades relacionais significativas. De acordo com esta estratégia de análise, começámos por decompor as produções dos sujeitos em duas funções narrativas. A primeira função corresponde ao que Simonnet designa por “prólogo ou descrição da situação inicial”. No contexto do TAT tal descrição é, em parte, imposta pela imagem e diz respeito à identificação banal e aceitável dos objectos da prancha (assemelha-se, portanto, à noção de “conteúdo manifesto” apresentada pelo grupo de Shentoub). A segunda função, denominada pela autora “origem da situação inicial”, reporta-se precisamente às explicações/contextualizações evocadas pelos sujeitos quanto aos elementos referidos na prancha.

Esta etapa prévia (Anexo 11) permitiu-nos, posteriormente, identificar e definir as várias temáticas expressas pelos sujeitos ou, se preferirmos, as categorias de fantasias projectadas (Anexos 12 e 13)<sup>31</sup> e, por fim, recorrer também a métodos quantitativos de análise.

---

<sup>31</sup> A identificação e definição das temáticas teve naturalmente por base a revisão bibliográfica efectuada. Resultou ainda de uma apreciação realizada por dois avaliadores.

O objectivo dos cálculos estatísticos efectuados, quer no âmbito do questionário «R» quer no das pranchas 7 GF e 8 GF do TAT, consistiu na comparação dos dois grupos de sujeitos considerados na nossa amostra (grupo de grávidas “toxicodependentes” e grupo de grávidas “não toxicodependentes”) no sentido de avaliarmos se as diferenças eventualmente existentes se constituíam ou não como estatisticamente significativas, ou seja, superiores às que seriam de esperar devido ao acaso. Os níveis de significância, traduzindo a probabilidade com que se rejeita a hipótese nula ( $H_0$ ) e se aceita a hipótese experimental ( $H_1$ )<sup>32</sup>, correspondem, deste modo, a um limite percentual previamente estabelecido. No presente trabalho optámos por um nível de significância associado a margens de erro ou probabilidades inferiores a 0,05, valor comumente referido nas investigações em psicologia (Kiess, 1989).

No caso de distribuição não paramétrica dos dados em análise, concretamente, frequências de categorias de resposta constituindo variáveis nominais, o teste estatístico utilizado foi o teste *Qui-Quadrado* ( $\chi^2$ ) (Howell, 1987; Andrews et al. 1981). Por sua vez, na circunstância em que os dados avaliados se inscrevem numa distribuição paramétrica, baseámo-nos no cálculo das médias aritméticas e respectivos desvios-padrão, recorrendo ao teste *t* e ao coeficiente de correlação *momento-produto de Pearson* para comparar os dois grupos da nossa amostra (Howell, *op. cit.*; Andrews et al. *op. cit.*).

---

<sup>32</sup> Costa Pinto (1990) considera que “a hipótese de investigação é uma declaração complexa e que inclui três hipóteses: a hipótese nula ou estatística ( $H_0$ ) - que prevê que entre duas condições, factores ou grupos não existem diferenças estatisticamente significativas; a hipótese rival ou alternativa e que se reporta às variáveis concorrentes ou alternativas que podem, paralelamente, explicar os resultados obtidos; e a hipótese científica, experimental ou causal ( $H_1$ ) - em relação à variável manipulada -” (*op. cit.*, pág. 31 e 32).

Os cálculos foram efectuados num computador Apple Macintosh com o programa Stat View.

## **2.6 - APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS**

Os resultados alcançados e que nos parecem mais relevantes encontram-se aqui expressos sob a forma de quadros. Vejamos então cada um deles e procuremos registar alguns dados essenciais.

Começaremos por nos deter nos resultados obtidos através do questionário «R» e, por último, naqueles que foram recolhidos através das pranchas 7 GF e 8 GF do T.A.T.

Quadro I - Fantasias relativas ao *Bébé* nos grupos “não toxicodependente” e “toxicodependente” segundo a sua frequência e ordem de aparição - questões nº 1 e 2 do questionário «R» -.

fantasias	“Não tóxico”						“Tóxico”						$\chi^2(a)$	p
	ordem de aparição				Total		ordem de aparição				Total			
	1º	2º	3º	4º	f	%	1º	2º	3º	4º	f	%		
bonito	8	4	0	2	14	73,7	1	4	1	1	7	36,8	5,216	0,0224 *
meigo	1	3	1	1	6	31,6	1	0	0	0	1	5,3	4,378	0,0364 *
sexo	2	1	1	0	4	21,1	3	1	0	1	5	26,3	0,146	0,7028 <sup>ns</sup>
activo	1	1	0	0	2	10,5	0	0	1	0	1	5,3	0,362	0,5475 <sup>ns</sup>
comunicativo	0	1	1	0	2	10,5	0	0	1	0	1	5,3	0,362	0,5475 <sup>ns</sup>
n/comunicativo	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	5,3	1,027	0,3109 <sup>ns</sup>
alegre	0	1	0	0	1	5,3	0	0	1	0	1	5,3	0,000	1,000 <sup>ns</sup>
independente	0	1	0	0	1	5,3	0	1	0	0	1	5,3	0,000	1,000 <sup>ns</sup>
calmo	1	2	0	1	4	21,1	0	0	0	0	0	0	4,471	0,0345 *
nervoso	0	1	0	0	1	5,3	3	4	0	0	7	36,8	5,700	0,017 *
saudável	7	4	2	1	14	73,7	1	0	0	1	2	10,5	15,545	0,0001 <sup>***</sup>
n/saudável	0	0	0	0	0	0	8	1	1	0	10	52,6	13,571	0,0002 <sup>***</sup>

Legenda:

(a) O valor do  $\chi^2$  diz respeito às diferenças entre as frequências totais -f- (N=38)

ns Diferenças estatisticamente não significativas

\* Diferenças estatisticamente significativas para  $p < 0,05$

\*\*\* Diferenças estatisticamente significativas para  $p < 0,001$

Da observação do quadro I podemos constatar que as fantasias expressas pelas grávidas “não toxicodependentes” e “toxicodependentes” relativamente ao seu bebé incluem, em geral, as mesmas modalidades, isto é, em ambos os grupos surgem as categorias “bonito”, “meigo”, “sexo”, “activo”, “comunicativo”, “alegre”, “independente”, “nervoso” e “saudável”. Também o número médio de categorias utilizadas em ambos os

grupos é semelhante, não havendo diferenças estatisticamente significativas ( $t(36)=1,567$ ,  $p=0,1259$ ), apesar de se ter verificado tendencialmente uma maior utilização de categorias no grupo “não toxicodependente” (média=2,579; DP=1,216) em comparação com o grupo “toxicodependente” (média=1,947; DP=1,268).

Se nos detivermos numa análise mais pormenorizada, verificamos algumas particularidades que distinguem os dois grupos. Assim, por exemplo, as mães “não toxicodependentes” imaginam com maior frequência e destaque (referem sobretudo em 1º ou 2º lugar) o seu bebé como “bonito”, “meigo”, “calmo” e “saudável” comparativamente ao outro grupo. Neste, os filhos são mais vezes considerados como podendo ser bebés “nervosos” e “não saudáveis” (as diferenças encontradas foram estatisticamente significativas). A tonalidade hedónica ou afectiva relativa à criança parece, portanto, de algum modo, mais negativamente condicionada no grupo das grávidas “toxicodependentes”.

Outro dado que aponta no mesmo sentido refere-se ao do sexo desejado do bebé. Apesar de só 9 mães (4 “não toxicodependentes” e 5 “toxicodependentes”) se referirem a esta categoria, motivo pelo qual não procedemos a outro tipo de cálculos estatísticos, pudemos observar que só no grupo das “toxicodependentes” o sexo da criança não correspondia ao desejado (dois casos).

Quadro II - Fantasias relativas à *própria como mãe* nos grupos “não toxicodependente” e “toxicodependente” segundo a sua frequência e ordem de aparição - questões nº 7 e 8 do questionário «R» -.

fantasias	“Não tóxico”						“Tóxico”						$\chi^2(a)$	p
	ordem de aparição				Total		ordem de aparição				Total			
	1º	2º	3º	4º	f	%	1º	2º	3º	4º	f	%		
meiga	10	3	0	0	13	68,4	2	4	1	0	7	36,8	3,8	0,0513 <sup>ns</sup>
pouco meiga	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	5,3	1,027	0,3109 <sup>ns</sup>
alegre	0	0	1	0	1	5,3	0	0	0	0	0	0	1,027	0,3109 <sup>ns</sup>
disponível	2	4	0	2	8	42,1	1	5	1	0	7	36,8	0,11	0,74 <sup>ns</sup>
pouco dispon.	0	0	1	0	1	5,3	2	0	1	0	3	15,8	1,118	0,2904 <sup>ns</sup>
paciente	0	0	2	0	2	10,5	0	0	0	0	0	0	2,111	0,1462 <sup>ns</sup>
impaciente	1	0	0	0	1	5,3	0	1	0	0	1	5,3	0	1 <sup>ns</sup>
confiante	0	0	1	0	1	5,3	0	0	0	1	1	5,3	0	1 <sup>ns</sup>
insegura	1	1	0	0	2	10,5	2	0	0	0	2	10,5	0	1 <sup>ns</sup>
«amiga»	1	1	0	0	2	10,5	4	0	3	0	7	36,8	3,64	0,0564 <sup>ns</sup>
«perfeita»	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	5,3	1,027	0,3109 <sup>ns</sup>
pouco equilibrada emocionalmente	0	0	0	0	0	0	0	2	1	1	4	21,1	4,471	0,0345 <sup>*</sup>
equilibrada emocionalmente	0	0	1	0	1	5,3	0	0	0	0	0	0	1,027	0,3109 <sup>ns</sup>
«mãe galinha»	3	1	1	0	5	26,3	5	0	0	0	5	26,3	0	1 <sup>ns</sup>
autoritária	0	3	2	0	5	26,3	1	1	1	1	4	21,1	0,146	0,7028 <sup>ns</sup>
permissiva	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	5,3	1,027	0,3109 <sup>ns</sup>
comunicativa	0	3	1	0	4	21,1	1	1	0	0	2	10,5	0,792	0,3736 <sup>ns</sup>
encorajadora	1	1	1	0	3	15,8	0	0	0	0	0	0	3,257	0,0711 <sup>ns</sup>
pouco preconceit.	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	5,3	1,027	0,3109 <sup>ns</sup>

Legenda:

(a) O valor do  $\chi^2$  diz respeito às diferenças entre as frequências totais -f- (N=38)

ns Diferenças estatisticamente não significativas

\* Diferenças estatisticamente significativas para  $p < 0,05$

Através da leitura do quadro II podemos observar que em geral as grávidas de ambos os grupos não diferem substancialmente no que respeita à forma como fantasiam o seu desempenho do papel maternal. Devemos, contudo, salientar que se registou um elevado número de modalidades (19) com uma média de resposta por grávida baixa (grupo “não toxicod dependente”, média=2,579 e DP=0,838; grupo “toxicod dependente”, média=2,474 e DP=1,172 para  $t(36)=0,318$  e  $p=0,752$ ). Tal situação conduziu, necessariamente, a uma ampla dispersão dos resultados, limitando a possibilidade da estatística inferencial encontrar diferenças significativas entre os grupos (Howell, 1987). Apesar disso, há modalidades que assumem um relevo particular. Referimo-nos, por um lado, ao facto de nenhuma das grávidas “não toxicod dependentes” ter considerado poder vir a ser uma mãe emocionalmente perturbada, o que não se verificou no outro grupo, sendo a diferença encontrada significativa. Por outro, as categorias “meiga”, “amiga” e “encorajadora” aproximam-se muito dos valores estatisticamente reconhecidos (Kiess, 1989), o que se nos afigura de grande interesse, nomeadamente, ao nos debruçarmos sobre o sentido da tendência registada. Assim, enquanto as grávidas “não toxicod dependentes” referem com mais frequência e de forma prioritária -comparativamente ao outro grupo- virem a ser mães “meigas” e “encorajadoras”, procurando incentivar o desenvolvimento dos seus filhos, as grávidas “toxicod dependentes” valorizam, por seu turno, virem a ser mães “amigas”. É importante ter presente que, do seu ponto de vista, encontra-se aqui subjacente o nivelamento da relação mãe-filho, estando implícito o desejo de anular a diferenciação na “hierarquia” da relação familiar. Estas grávidas fantasiam tornarem-se as confidentes dos seus filhos e, em simultâneo, que eles próprios assumam esse papel relativamente a elas.

Após esta análise das respostas das grávidas, fornecidas num contexto de expressão verbal livre, no que respeita ao bebé e a si próprias como mães vemos, agora, o que elas salientam quanto aos mesmos temas mas na situação de apresentação das «escalas bipolares» - questões nº3 e nº9 do questionário «R» -. Em cada escala, se atendermos ao somatório da pontuação obtida na totalidade dos *itens*, observamos que resultados mais elevados reportam a fantasias cuja tonalidade hedónica ou afectiva é mais positiva e, por conseguinte, resultados baixos reportam a fantasias de tonalidade mais negativa <sup>33</sup>. Com base neste referencial debruçemo-nos então sobre os quadros III e IV.

Quadro III - Resultados na escala bipolar referentes ao *Bébé* nos grupos “não toxicodependente” e “toxicodependente” (médias, desvios-padrão, pontuação máxima e mínima e t-student).

	Média	DP	Máx.	Mín.	t	p
Grupo “Não tóxico”	66,000	5,385	77	58	4,406	0,0001
Grupo “Tóxico”	56,421	7,798	69	40		

Como se pode observar pela leitura do quadro III, o grupo das grávidas “não toxicodependentes” difere significativamente do grupo das grávidas “toxicodependentes”. O primeiro grupo apresenta uma pontuação média global mais elevada que o segundo e, além disso, tanto as pontuações máxima como mínima são superiores. De acordo com o que mencionámos anteriormente os resultados alcançados apontam no sentido das grávidas

<sup>33</sup> Escala “características/traços pessoais do bebé” - máximo 80 pontos, mínimo 16 pontos; Escala “características/traços pessoais como mãe” - máximo 65 pontos, mínimo 13 pontos.

“não toxicodependentes” elaborarem fantasias acerca do seu bebé mais gratificantes do que as grávidas “toxicodependentes”.

Detendo-nos na análise estatística item a item da escala (Anexo 14) constatámos, com efeito, que as grávidas “não toxicodependentes” descreveram o seu bebé como mais calmo e tranquilo, menos agressivo, mais comunicativo, alegre e activo comparativamente às grávidas “toxicodependentes”, diferenças que são estatisticamente significativas.

Quadro IV - Resultados na escala bipolar referentes à *própria como mãe* nos grupos “não toxicodependente” e “toxicodependente” (médias, desvios-padrão, pontuações máxima e mínima e t-student).

	Média	DP	Máx.	Mín.	t	p
Grupo “Não tóxico”	52,947	5,201	60	42	2,206	0,0339
Grupo “Tóxico”	48,579	6,891	56	30		

Através da leitura do quadro IV podemos verificar que existem diferenças estatisticamente significativas no que respeita à forma como as grávidas de cada um dos grupos representados se descrevem relativamente ao seu desempenho como mães. As pontuações alcançadas no grupo das grávidas “não toxicodependentes” são superiores em qualquer um dos parâmetros avaliados, ou seja, tanto para os valores médios como para as notas máxima e mínima. Assim, os resultados indicam que as grávidas do primeiro grupo se descreveram de um modo geral mais favoravelmente como mães do que as grávidas do segundo grupo.

A avaliação estatística item a item da escala bipolar (Anexo 15) distinguiu ainda significativamente os grupos no sentido das grávidas “não toxicodependentes” se sentirem como futuras mães mais confiantes, ou menos inseguras, do que as grávidas “toxicodependentes”.

Analiseemos então a consistência ou coerência do que é mencionado pelas grávidas, mediante a escala bipolar, a propósito do bebé e de si próprias como mães, resultados que se encontram apresentados, respectivamente, nos quadros V e VI.

Quadro V - Resultados relativos à coerência ou consistência das respostas na escala bipolar referentes ao *Bébé* (questão nº4 do questionário «R») nos grupos “não toxicodependente” e “toxicodependente” (frequências e resultados no teste Qui-Quadrado).

Coerência/Consistência	“Não tóxico”		“Tóxico”		$\chi^2$	p
	f	%	f	%		
1	2	10,53	1	5,26	1,762	0,4144
2	2	10,53	5	26,32		
3	15	78,95	13	68,42		
TOTAL	19	100	19	100		

Legenda: Coerência/Consistência “1” - fraca ou ausência  
 “2” - intermédia  
 “3” - forte

A informação contida no quadro V permite-nos verificar que os dois grupos de grávidas não diferem significativamente no que respeita à

coerência/consistência das suas respostas na escala bipolar relativa ao bebé. Os resultados obtidos indicam, portanto, que as grávidas “não toxicodependentes” e “toxicodependentes” foram de modo idêntico coerentes ou consistentes nas respostas que forneceram quando o tema em apreciação é o seu filho, apresentando predominantemente uma forte consistência ou coerência.

Quadro VI - Resultados relativos à coerência ou consistência das respostas na escala bipolar referentes às *próprias como mães* (questão nº10 do questionário «R») nos grupos “não toxicodependente” e “toxicodependente” (frequências e resultados no teste Qui-Quadrado).

Coerência/Consistência	“Não tóxico”		“Tóxico”		$\chi^2$	p
	f	%	f	%		
1	0	0	0	0	5,700	0,017
2	1	5,26	7	36,84		
3	18	94,74	12	63,16		
TOTAL	19	100	19	100		

Legenda: Coerência/Consistência “1” - fraca ou ausência  
 “2” - intermédia  
 “3” - forte

Os dados apresentados no quadro VI distinguem de forma significativa os dois grupos de grávidas. As diferenças encontradas apontam no sentido das grávidas “não toxicodependentes” serem mais coerentes ou consistentes do que as grávidas do outro grupo no que respeita às respostas atribuídas na escala relativa ao seu futuro desempenho como mães. Com

efeito, contrastando com o grupo das “toxicodependentes”, a quase totalidade das grávidas “não toxicodependentes” evidenciou uma forte coerência ou consistência relativamente à sua própria apreciação como futuras mães.

Tivemos oportunidade de avaliar a tonalidade hedónica ou afectiva implicitamente associada às fantasias maternas relativas ao bebé e a si próprias como mães. Consideremos agora as componentes afectivas que as grávidas, confrontadas directamente com questões nesse âmbito, mencionaram vivenciar quando pensam no seu bebé. Os resultados encontram-se indicados nos quadros VII e VIII reportando-se, no primeiro caso, ao que é referido pelas grávidas numa situação de expressão verbal livre e, no segundo caso, mediante apresentação da respectiva escala.

Quadro VII - Componentes afectivas privilegiadas nos grupos “não toxicodependente” e “toxicodependente” segundo a sua frequência e ordem de aparição -questão nº20 do questionário «R»-.

Componentes afectivas	“Não tóxico”					“Tóxico”					$\chi^2(a)$	p
	ordem de aparição			Total		ordem de aparição			Total			
	1º	2º	3º	f	%	1º	2º	3º	f	%		
MEDO (características do medo relacionadas com:)												
Parto	1	3	1	5	26,3	0	1	1	2	10,5	1,576	0,2093 <sup>ns</sup>
Deficiência do bebé	6	6	2	14	73,7	10	3	2	15	78,9	0,146	0,7028 <sup>ns</sup>
Des. da função materna	0	0	2	2	10,5	2	1	2	5	26,3	1,576	0,2093 <sup>ns</sup>
Des. da função paterna	0	0	0	0	0	0	1	0	1	5,3	1,027	0,3109 <sup>ns</sup>
Rejeição do bebé	0	1	0	1	5,3	0	0	0	0	0	1,027	0,3109 <sup>ns</sup>
AMOR	7	1	4	12	63,2	4	3	1	8	42,1	1,689	0,1937 <sup>ns</sup>
CURIOSIDADE	0	2	3	5	26,3	0	1	2	3	15,8	0,633	0,4261 <sup>ns</sup>
ALEGRIA	2	4	0	6	31,6	1	4	0	5	26,3	0,128	0,7206 <sup>ns</sup>
CULPABILIDADE	1	0	0	1	5,3	0	1	1	2	10,5	0,362	0,5475 <sup>ns</sup>
REALIZAÇÃO COMO MULHER	1	1	1	3	15,8	0	0	0	0	0	3,257	0,0711 <sup>ns</sup>
AMBIVALÊNCIA	1	0	0	1	5,3	2	0	0	2	10,5	0,362	0,5475 <sup>ns</sup>

Legenda:

- (a) - O valor do  $\chi^2$  diz respeito às diferenças entre as frequências totais -f-(N=38)  
 ns - Diferenças estatisticamente não significativas

A leitura do quadro VII permite-nos, desde logo, identificar as componentes afectivas que foram assinaladas pelas grávidas como sendo as mais relevantes quando pensam no bebé. Globalmente, foram indicadas o medo (relacionado com o parto, com a expectativa de eventuais deficiências no bebé, com o desempenho da função materna e paterna e com a expectativa do bebé poder não ser aceite por familiares), o amor, a curiosidade, a alegria, a culpabilidade, a realização como mulher e a

ambivalência. Destacam-se, pela sua frequência, o medo de eventuais deficiências no bebé e o amor (respectivamente, 73,7% e 63,2% no grupo das grávidas “não toxicodependentes”; 78,9% e 42,1% no grupo das grávidas “toxicodependentes”). As restantes componentes afectivas registam uma expressão bastante mais ténue em qualquer um dos grupos considerados. Também não se observou nenhum caso em que as diferenças constatadas inter-grupos se constituíssem como estatisticamente significativas. Não obstante, é do nosso ponto de vista interessante notar que, tendencialmente, os resultados apontam no sentido das grávidas “não toxicodependentes”, comparativamente às grávidas “toxicodependentes”, valorizarem as componentes afectivas positivas, tais como, o amor, a curiosidade, a alegria e a realização como mulher. Esta última categoria nem é, aliás, referida pelo grupo das grávidas “toxicodependentes”. Vejamos então se esta tendência se consolida estatisticamente através dos resultados apurados através da escala.

Quadro VIII - Resultados item a item da escala *Afectos*<sup>34</sup> (questão nº21 do questionário «R») nos grupos “não toxicodependente” e “toxicodependente” (médias, desvios-padrão e t-student).

Itens	“Não tóxico”		“Tóxico”		t	p	Sentido da diferença
	Média	D.P.	Média	D.P.			
Alegria	4,368	0,955	3,105	1,41	3,233	0,0026**	NT>T
Tristeza	1,526	0,841	3,211	1,584	-4,093	0,0002***	T>NT
Ansiedade/Medo	3,842	1,500	4,737	0,452	-2,489	0,0176*	T>NT
Curiosidade	4,789	0,535	4,632	0,831	0,696	0,4906 <sup>ns</sup>	-
Raiva	1,053	0,229	2,105	1,487	-3,05	0,0043**	T>NT
Culpabilidade	1,263	0,933	4,474	0,841	-11,137	0,0001***	T>NT
Orgulho (p/acções praticadas)	4,474	0,905	2,947	1,311	4,176	0,0002***	NT>T
Vergonha (p/acções praticadas)	1,158	0,688	3,158	1,642	-4,897	0,0001***	T>NT
Desgosto	1,105	0,459	3,368	1,707	-5,582	0,0001***	T>NT

- Legenda:**
- ns - diferenças estatisticamente não significativas
  - \* - diferenças estatisticamente significativas para  $p < 0,05$
  - \*\* - diferenças estatisticamente significativas para  $p < 0,01$
  - \*\*\* - diferenças estatisticamente significativas para  $p < 0,001$
  - NT - “não toxicodependentes”
  - T - “toxicodependentes”

Através da observação do quadro VIII podemos constatar que os dois grupos de grávidas se distinguem de forma significativa em praticamente todos os itens contemplados na escala. Assim, comparativamente, verificamos que as grávidas “não toxicodependentes” elegem como vivências afectivas preponderantes a alegria e o orgulho enquanto as grávidas “toxicodependentes” salientam a tristeza, a ansiedade e o medo, a raiva, a culpabilidade, a vergonha e o desgosto.

34

Em cada item pontuação máxima 5 (com frequência) e mínima 1 (muito raramente).

Parece-nos ainda pertinente reter destes dados o facto da análise intra-grupos destacar no caso das grávidas “não toxicodependentes” a curiosidade, o orgulho e a alegria (valores médios de 4,789, 4,474 e 4,368, respectivamente) e, no caso das grávidas “toxicodependentes”, a ansiedade e o medo, a curiosidade e a culpabilidade (valores médios de 4,737, 4,632 e 4,474, respectivamente).

Na sequência dos resultados apresentados parece-nos oportuno determo-nos na apreciação realizada pelas grávidas no que respeita à sua *auto-estima* (questão nº26 do questionário «R»). O quadro IX explicita numericamente os dados encontrados.

Quadro IX - Resultados na escala *Auto-estima* (questão nº26 do questionário «R») nos grupos “não toxicodependente” e “toxicodependente” (médias, desvios-padrão e t-student).

	Média	DP	t	p
Grupo “não tóxico”	4,368	0,684	4,398	0,0001
Grupo “tóxico”	3,105	1,049		

Como se pode observar pela leitura do quadro IX os dois grupos considerados distinguem-se de forma significativa no parâmetro em análise. Assim, o grupo das grávidas “não toxicodependentes” exprime uma avaliação da auto-estima que é mais positiva do que a apresentada pelo grupo das grávidas “toxicodependentes” (no primeiro grupo a média é de 4,368 pontos e, no segundo, de 3,105 pontos).

Retomando o nosso tema central, importa ainda situar as fantasias maternas no contexto da sua genealogia ou, por outras palavras, com quem a grávida imagina que, na família, o filho se irá parecer mais. Os resultados encontram-se ilustrados no quadro X.

Quadro X - Fantasias relativas às *semelhanças do bebé com familiares* nos grupos “não toxicodependente” e “toxicodependente” segundo a sua frequência e ordem de aparição -questão nº16 do questionário «R»-.

Familiares c/quem o bebé será parecido	“Não tóxico”					“Tóxico”					$\chi^2(a)$	p
	Ordem de aparição			Total		Ordem de aparição			Total			
	1º	2º	3º	f	%	1º	2º	3º	f	%		
Pai	13	3	1	17	89,5	8	6	0	14	73,7	4,476	0,2144 <sup>ns</sup>
Mãe	3	13	0	16	84,2	8	7	1	16	84,2	5,073	0,1665 <sup>ns</sup>
Avô	1	1	1	3	15,8	1	1	0	2	10,5	1,03	0,7939 <sup>ns</sup>
Não sabe	-	-	-	2	10,5	-	-	-	2	10,5	-	-

Legenda: (a) - o valor do  $\chi^2$  é calculado com base na ordem de aparição  
ns - diferenças estatisticamente não significativas

O quadro X indica-nos os familiares com quem as grávidas referiram identificar, na fantasia, o seu bebé. Verificamos que os dois grupos considerados mencionaram as mesmas categorias familiares, isto é, pai, mãe e avô. Além disso, também não diferem estatisticamente de forma significativa ao nível das escolhas realizadas. Contudo, parece-nos muito interessante registar o facto das grávidas “não toxicodependentes” terem indicado maioritariamente em primeiro lugar (13 grávidas) o pai do bebé como figura preferencial de semelhança enquanto as grávidas

“toxicodependentes” assinalaram em igual proporção (8 grávidas) o pai do bebé e elas próprias.

Como análise complementar recorreremos ao estudo das correlações entre os resultados obtidos na escala bipolar relativa ao bebé (questão nº3 do questionário «R») e os das escalas referentes à própria e ao pai do bebé (questões nº18 e 19 do questionário «R», respectivamente). O quadro seguinte apresenta os valores alcançados no grupo das grávidas “não toxicodependentes” e “toxicodependentes”.

Quadro XI - Correlações entre os resultados da escala bipolar relativa ao *bebé* e os das escalas referentes à *própria* e ao *pai do bebé* nos grupos “não toxicodependente” e “toxicodependente”.

Características/traços pessoais	Grupo “não tóxico”	Grupo “tóxico”
	BÉBÉ	BÉBÉ
MÃE	0,328	0,719
PAI	0,429	0,583

Através da leitura do quadro XI observamos que os resultados das escalas respeitantes às características/traços pessoais do bebé e dos pais se correlacionam positivamente em qualquer um dos grupos considerados. Estes valores apontam, portanto, no sentido da atribuição de características semelhantes entre os pais e o bebé, verificando-se ainda que as grávidas “toxicodependentes” apresentaram correlações mais fortes do que as grávidas “não toxicodependentes”. Neste caso, no entanto, as grávidas valorizaram a identificação do bebé à figura paterna, contrariamente às

grávidas “toxicodependentes” cuja aproximação é predominantemente realizada entre elas e o bebé.

Tais resultados são do nosso ponto de vista particularmente interessantes, pelo que reservamos o seu comentário para mais tarde neste nosso trabalho. São-no também atendendo a que as grávidas “toxicodependentes” se descreveram a si próprias e aos pais do bebé com maior tonalidade negativa em comparação com as grávidas “não toxicodependentes”. Já tínhamos abordado uma destas vertentes, nomeadamente, aquando da análise dos resultados respeitantes à avaliação da auto-estima. Registemos agora os dados obtidos ao nível das escalas “características/traços pessoais” da própria e do pai do bebé e que se encontram apresentados, respectivamente, no quadro XII e XIII <sup>35</sup>.

Quadro XII - Resultados na escala bipolar referentes à *própria* nos grupos “não toxicodependente” e “toxicodependente” (médias, desvios-padrão, pontuação máxima e mínima e t-student).

	Média	DP	Máx.	Mín.	t	p
Grupo “não tóxico”	61,737	6,797	77	50	2,387	0,0224
Grupo “tóxico”	55,316	9,557	75	38		

<sup>35</sup> De acordo com o que explicitámos oportunamente, o somatório da pontuação obtida na totalidade dos itens que integram cada uma destas escalas associa pontuações elevadas a tonalidades mais positivas e vice-versa. Nestas escalas a pontuação máxima é de 80 pontos e a mínima de 16 pontos. No anexo 16 encontram-se discriminados os resultados item a item.

Quadro XIII - Resultados na escala bipolar referentes ao *pai do bebé* nos grupos “não toxicodependente” e “toxicodependente” (médias, desvios-padrão, pontuação máxima e mínima e t-student).

	Média	DP	Máx.	Mín.	t	p
Grupo “não tóxico”	67,632	6,61	78	53	5,687	0,0001
Grupo “tóxico”	53,765	8,012	65	42		

Verificamos, pela observação dos quadros, que os grupos considerados divergem estatisticamente de forma significativa, apresentando as grávidas “não toxicodependentes” valores médios e notas máxima e mínima mais elevadas do que as grávidas “toxicodependentes” ao descreverem-se a si próprias e aos pais dos bebés.

Em continuidade, vejamos ainda como descrevem as grávidas as suas mães.

Identificámos um vasto número de características atribuídas, precisamente 21 (Anexo 17), na situação de expressão verbal livre - questões nº11 e 12 do questionário «R» -. Mas a esta diversidade associou-se forte dispersão dos resultados uma vez que o número médio de descritores referidos por grávida permaneceu baixo em qualquer um dos grupos abrangidos (grupo “não toxicodependente”, média=2,789 e DP=1,182; grupo “toxicodependente”, média=2,368 e DP=1,499 para  $t(36)=0,962$  e  $p=0,3427$ ). Obviamente, as possibilidades discriminativas da estatística inferencial ficaram amplamente limitadas (Howell, 1987). Não

obstante, os resultados alcançados distinguiram significativamente os grupos quanto à característica “autoritária”. Com efeito, as grávidas “não toxicodependentes” atribuíram um ênfase particular a esta modalidade relacional das suas mães para consigo e que respeita à implementação do cumprimento de regras e de um sentido de disciplina.

Os dados obtidos através da escala bipolar respectiva (escala “características/traços pessoais da sua própria mãe” <sup>36</sup>) constam no quadro XIV.

Quadro XIV - Resultados na escala bipolar referentes às *suas próprias mães* nos grupos “não toxicodependente” e “toxicodependente” (médias, desvios-padrão, pontuação máxima e mínima e t-student).

	Média	DP	Máx.	Mín.	t	p
Grupo “não tóxico”	44,579	8,713	59	27	0,861	0,395
Grupo “tóxico”	41,474	13,087	65	20		

Como se pode deprender pela leitura do quadro não há, globalmente, uma tonalidade afectiva associada à descrição que seja significativamente diferente nos dois grupos. Pode-se, contudo, também observar que o grupo das grávidas “toxicodependentes” é o que apresenta, em simultâneo, o maior valor de nota máxima, correspondendo aliás ao valor mais elevado que é possível atingir nesta escala (65 pontos), e o inferior ao nível da nota

<sup>36</sup>

Nota máxima 65 pontos, nota mínima 13 pontos.

mínima. Portanto, verifica-se neste caso uma mais acentuada amplitude de resultados.

Através da avaliação da consistência ou coerência das respostas verifica-se ainda que as grávidas “não toxicodependentes” são significativamente mais consistentes ou coerentes na descrição que realizam acerca da sua mãe do que as grávidas “toxicodependentes”. Estes resultados encontram-se apresentados no quadro XV.

Quadro XV - Resultados relativos à coerência ou consistência das respostas na escala bipolar referentes às *suas próprias mães* (questão nº14 do questionário «R») nos grupos “não toxicodependente” e “toxicodependente” (frequências e resultados no teste Qui-Quadrado).

Coerência/consistência	“Não tóxico”		“Tóxico”		$\chi^2$	p
	f	%	f	%		
1	1	5,26	1	5,26	12	0,0025
2	0	0,00	9	47,37		
3	18	94,74	9	47,37		
Total	19	100	19	100		

Legenda: Coerência/consistência “1” - fraca ou ausência  
 “2” - intermédia  
 “3” - forte

Por seu turno, a análise estatística item a item da escala (Anexo 18) também revelou algumas diferenças significativas, indicando que as grávidas “não toxicodependentes”, relativamente às “toxicodependentes”,

descreveram as suas mães como mais “controladoras” e “satisfeitas” no desempenho do papel maternal.

Resta-nos acrescentar, para terminarmos a apresentação dos resultados obtidos a partir do questionário «R», uma consideração quanto às questões nº22, 23, 24 e 25. Tais questões confrontam directamente as grávidas com a situação de se pronunciarem acerca dos seus desejos e medos em relação ao bebé e a si próprias como mães <sup>37</sup>. Contudo, viemos a constatar que, em geral, estas temáticas tinham já sido por elas abordadas ao longo de outras questões e, além disso, verificámos grande dispersão nos resultados limitando substancialmente as possibilidades de análise da estatística inferencial. A informação recolhida não veio assim acrescentar nada de particularmente relevante relativamente ao que foi anteriormente exposto.

Centremo-nos agora nos resultados obtidos a partir das pranchas 7 GF e 8 GF do TAT, tendo presente a definição das categorias temáticas identificadas, ou fantasias projectadas, e que referimos oportunamente (vide anexo 12).

Iremos então deter-nos, em primeiro lugar, na apresentação dos resultados respeitantes ao grupo das grávidas “não toxicodependentes” e “toxicodependentes” na prancha 7 GF.

---

<sup>37</sup>

Encontram-se no Anexo 9 as categorias identificadas neste âmbito.

Quadro XVI - Temáticas/Fantasias projectadas pelo grupo das grávidas “não toxicodependentes” e “toxicodependentes” na prancha 7 GF (frequências e resultados no teste Qui-Quadrado).

Temáticas/Fantasias	“Não tóxico”		“Tóxico”		$\chi^2(1)$	p
	f	%	f	%		
Relação mãe-filha	13	68,42	10	52,63	0,991	0,3194 <sup>ns</sup>
a	8	42,11	2	10,53	4,886	0,0271 <sup>*</sup>
b	2	10,53	8	42,11	4,886	0,0271 <sup>*</sup>
c	3	15,79	0	0,00	3,257	0,0711 <sup>ns</sup>
Depressivas	2	10,53	3	15,79	0,23	0,6313 <sup>ns</sup>
a	0	0,00	1	5,26	1,027	0,3109 <sup>ns</sup>
b	2	10,53	1	5,26	0,362	0,5475 <sup>ns</sup>
c	0	0,00	1	5,26	1,027	0,3109 <sup>ns</sup>
Rivalidade fraterna	2	10,53	3	15,79	0,23	0,6313 <sup>ns</sup>
Recusa/bloqueio	2	10,53	3	15,79	0,23	0,6313 <sup>ns</sup>
Total	19	100	19	100		

Legenda:

Relação mãe-filha:

- a - Aceita identificação à figura materna
- b - Impossibilidade/recusa identificação à figura materna
- c - Ambivalência na relação mãe-filha

Depressivas:

- a - De âmbito essencialmente narcísico
- b - Centrada na perda/ausência do objecto
- c - Centrada na decepção objectal

ns - Diferenças estatisticamente não significativas

\* - Diferenças estatisticamente significativas para  $p < 0,05$

(1) - O valor do  $\chi^2$  diz respeito às diferenças entre as frequências totais -f- (N=38)

A análise do quadro XVI permite-nos desde logo observar que em qualquer um dos grupos as temáticas ou fantasias predominantemente expressas nas narrativas recolhidas fizeram alusão à relação mãe-filha (68,42% no grupo das grávidas “não toxicodependentes”; 52,63% no grupo das grávidas “toxicodependentes”, não se assinalando a este nível diferenças estatisticamente significativas). As restantes categorias identificadas (de natureza depressiva e no âmbito da rivalidade fraterna) tiveram pouca expressão nesta prancha. Dedicemos então atenção particular às fantasias relativas à relação mãe-filha. Como se pode constatar, estas incluíram três modalidades: identificação à figura materna, impossibilidade ou recusa nessa identificação e ambivalência na relação. Os grupos divergiram significativamente no que respeita à primeira e segunda modalidade. Assim, enquanto as grávidas “não toxicodependentes” valorizaram a identificação à figura materna, as grávidas “toxicodependentes” salientaram a impossibilidade ou recusa na identificação (42,11%, respectivamente, em cada um dos grupos).

Finalmente, analisemos os resultados obtidos a partir da prancha 8 GF e que se encontram ilustrados no quadro XVII.

Quadro XVII - Temáticas / Fantasias projectadas pelo grupo das grávidas “não toxicodependentes” e “toxicodependentes” na prancha 8GF (frequências e resultados no teste Qui-Quadrado).

Temáticas/Fantasias	“Não tóxico”		“Tóxico”		$\chi^2(1)$	p
	f	%	f	%		
Depressivas	7	36,84	14	73,68	5,216	0,0224 *
a	0	0,00	6	31,58	7,125	0,0076 **
b	5	26,32	7	36,84	0,487	0,4852 <sup>ns</sup>
c	2	10,53	1	5,26	0,362	0,5475 <sup>ns</sup>
Ambiv. face à maternid.	1	5,26	1	5,26	0	1 <sup>ns</sup>
Medo do desc./s.ang.	6	31,58	1	5,26	4,378	0,0364 *
Sent. plenitude	1	5,26	0	0,00	1,027	0,3109 <sup>ns</sup>
Bébé imaginário	2	10,53	0	0,00	2,111	0,1462 <sup>ns</sup>
Imp./rec.id.fig.materna	0	0,00	1	5,26	1,027	0,3109 <sup>ns</sup>
Recusa/bloqueio	2	10,53	2	10,53	0	1 <sup>ns</sup>
Total	19	100	19	100		

Legenda: Depressivas:

- a - De âmbito essencialmente narcísico
- b - Centrada na perda/ausência do objecto
- c - Centrada na decepção objectal

Ambivalência face à maternidade

Medo do desconhecido/sinal de angústia

Sentimento de plenitude

Bébé imaginário

Impossibilidade/recusa identificação à figura materna

ns - Diferenças estatisticamente não significativas

\* - Diferenças estatisticamente significativas para  $p < 0,05$

\*\* - Diferenças estatisticamente significativas para  $p < 0,01$

(1) - O valor do  $\chi^2$  diz respeito às diferenças entre as frequências totais -f-(N=38)

Através da leitura do quadro XVII verificamos que são, globalmente, as temáticas/fantasias depressivas as mais suscitadas pela prancha 8 GF em qualquer um dos grupos considerados, respectivamente, 36, 84% e 73,68%. No entanto, registaram-se diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos, quer ao nível da abordagem geral desta temática, quer ao nível particular nas modalidades surgidas, nomeadamente, nas temáticas/fantasias depressivas de âmbito essencialmente narcísico. De assinalar, ainda, que esta modalidade não se encontra representada no grupo das grávidas “não toxicodependentes”. Além disso, enquanto as grávidas deste grupo se destacaram também no que respeita às temáticas/fantasias relacionadas com o “medo do desconhecido”, as grávidas “toxicodependentes” evidenciaram-se apenas no domínio depressivo, divergindo os grupos de forma estatisticamente significativa.

Reflectiremos sobre este e outros aspectos de seguida, no âmbito da discussão dos resultados.

## CAPÍTULO V

### DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Inscrevendo-se necessariamente numa leitura diacrónica do processo de desenvolvimento psico-afectivo da mulher, a análise das fantasias relativas ao bebé e à maternidade contempla, também, a vertente sincrónica, ou seja, a sua abordagem num momento muito particular e único, tal como o é a gravidez do primeiro filho.

É actualmente reconhecido e amplamente aceite que o investimento na relação materna é correlativo do ajustamento da mãe à sua própria relação como filha e como criança. A noção de identificação, mesmo no seu sentido mais lato, torna-se então vital na compreensão e interpretação dos resultados por nós alcançados. Tenhamos presente que, por um lado, pode ser sumariamente definida como o “processo psicológico pelo qual um indivíduo assimila um aspecto, uma propriedade, um atributo do outro e se transforma, total ou parcialmente, segundo o modelo dessa pessoa” (cit. *in* Laplanche e Pontalis pág.295). Por outro, em termos desenvolvimentais, sabemos que é precisamente através de uma série de identificações que o sujeito enquanto tal se vai diferenciando e se constitui. Neste processo, os objectos ou figuras privilegiadas assumem particular relevância no contexto relacional em que se inscrevem. Assim, inicialmente, a identificação realiza-se em referência ao objecto maternal, funcionando as experiências ou vivências psico-afectivas daí decorrentes como partes integrantes da relação

com a *Mãe* e que são posteriormente interiorizadas (identificações primárias).

A propósito dos processos de identificação ao nível da problemática toxicodependente recordemos que começámos precisamente, neste nosso trabalho, por lhes atribuir uma tónica depressiva. A figura materna, incapaz de elaborar a ansiedade da criança e não satisfazendo de forma adequada os seus desejos, no fundo, não contendo e não elaborando a dor mental inerente ao próprio desenvolvimento (a dor da separação como nos refere Amaral Dias, 1995), perturba a constituição do Eu, fragilizando-o, e acaba por obstruir, ou pelo menos dificultar quer o percurso relativo ao processo de separação/individuação (Mahler, 1981) quer, mais tarde e de forma globalizante, o próprio luto pela infância.

Situando-nos agora nos nossos resultados, o que é que encontramos? Ao nível dos conteúdos ou categorias temáticas eleitas, concretamente na situação TAT, verificamos que se regista uma tendência no sentido das grávidas em geral valorizarem basicamente as fantasias respeitantes à relação mãe-filha e à modalidade depressiva. No entanto, enquanto as grávidas “não toxicodependentes” realizam uma aproximação à figura materna, aceitando na fantasia a possibilidade de se reverem no papel maternal, as grávidas “toxicodependentes” rejeitam ou nem sequer reconhecem essa possibilidade. De assinalar ainda que, comparativamente, as grávidas “não toxicodependentes” exprimem de forma mais ténue a modalidade depressiva e focalizam-na essencialmente em termos de perda ou ausência do objecto. Neste grupo são também relevantes as fantasias que se reportam ao ajustamento à nova função da maternidade. As grávidas “toxicodependentes”, por seu turno, acentuam sobretudo a modalidade

depressiva, quer a que se reporta à perda ou ausência do objecto, quer a de âmbito essencialmente narcísico.

Entre outros aspectos que salientaremos, estes dados encontram-se, do nosso ponto de vista, em sintonia com a conceptualização da gravidez como momento privilegiado de *crise* (Bibring 1959, Pines 1972 e 1982, Brazelton e Cramer, 1989, entre outros) repondo em actividade os processos identificatórios e, portanto, desencadeando uma reorganização crucial das imagos infantis, mas deixando transparecer, nalguns casos, a fragilidade ao nível da constituição do Eu. Compreendemos, pois, a vulnerabilidade depressiva materna, muito frequente nas grávidas da nossa amostra, embora a intensidade e a natureza dessa susceptibilidade depressiva se nos afigure diferente entre os dois grupos estudados. Estes dados parecem traduzir a dificuldade de regressão normativa reconhecida por vários autores (nomeadamente, Amaral Dias e Nunes Vicente, 1979) relativamente à problemática toxicodependente. Com efeito, compreende-se a penosa dificuldade, ou a concreta impossibilidade, de elaborar o luto do que não existiu.

Perante a falta de uma verdadeira consolidação e harmonização das *imagos*, materna e paterna, torna-se também inviável aceder à necessária confiança no objecto e permitir-se usufruir/estabelecer uma relação apoiada no essencial vínculo amoroso (no sentido em que ele nos é apresentado por Bion). Neste contexto, interpretamos a recusa e oposição ao modelo materno, verificada de forma predominante no grupo das grávidas toxicodependentes, como recurso relacional ou, em rigor, pseudo-relacional, porque rígido e defensivo.

Outros resultados que se nos apresentam interessantes e que julgamos apontarem também no sentido mencionado são os relativos à consistência ou coerência das fantasias expressas pelos sujeitos da nossa amostra. Vimos, no contexto do questionário «R», como as grávidas “toxicodependentes”, comparativamente ao outro grupo de grávidas, se apresentaram menos consistentes ou coerentes, isto é, como o conteúdo das suas fantasias não traduzia a correspondência esperada em termos afectivos. Tal discrepância emocional torna, do nosso ponto de vista, legítimo questionarmo-nos acerca do que é conhecido e designado por *preocupação maternal primária* (Winnicott, 1956) nestas grávidas.

Este estado, definido pelo autor em termos de “uma doença normal”, que permite à mãe desenvolver durante a gravidez, particularmente no final, um grau de sensibilidade acrescida supõe que a mulher se encontre capaz de relegar temporariamente para segundo plano os seus próprios interesses em prol dos do bebé. Como corolário, a *mãe suficientemente boa* é aquela que sabe de forma muito precisa o que o bebé necessita e tem grande prazer em corresponder a essas necessidades, o que se constitui, aliás, como a essência dos cuidados maternos. Só assim se torna viável que estes cuidados sejam prestados de forma coerente e continuada potenciando, precisamente, um *sentimento de continuidade de existir* suporte da estruturação progressiva de um “self unitário” a partir do “estado de não-integração primária” do bebé (Winnicott, 1970).

Consideramos, ainda, dever entender a capacidade empática da mãe, a possibilidade de um elevado grau de identificação ao bebé, como necessariamente dependente da sua capacidade de “rêverie” tal como ela nos é definida por Bion (1987), ou seja, o estado anímico que se encontra

aberto à recepção de qualquer emoção do objecto amado e que pode, portanto, conter as identificações projectivas.

Como poderá então o bebé ser plenamente aceite por quem necessita ainda centrar-se na sua própria existência ou, dito de outro modo, por quem no fundo continua a precisar, como referimos, ser o bebé de alguém? A discrepância que detectámos de forma predominante no grupo das grávidas “toxicodependentes” entre o conteúdo das fantasias referidas e o registo afectivo subjacente não traduzirá, de algum modo, a *falsa* aceitação do *outro* neste caso, do bebé?

A leitura dos dados que temos vindo a apresentar parece encontrar-se reforçada pela constatação, igualmente verificada noutros trabalhos (Martins Palminha et al., 1992, Manzano e Palacio, 1990, Marcelino e Santos, 1990, Amaral Dias, 1980), de certas características socio-familiares surgirem associadas de forma preponderante ao grupo toxicodependente. Entre estas, contam-se nomeadamente, a distorção do anel familiar, pais do bebé ausentes ou menos disponíveis para apoiarem a grávida (muitas vezes também eles toxicodependentes), instabilidade profissional e menor autonomia económica. O reconhecimento tardio da gravidez e a realização de IVG são ainda significativamente mais frequentes nas toxicodependentes. Todas estas situações são, como se sabe, potencialmente perturbadoras do estabelecimento e consolidação da relação mãe-bébé.

Além disso, inserindo-se a problemática toxicodependente “numa organização fenomenologicamente narcísica” (Amaral Dias, 1984) as relações de objecto que a fundam e onde são fundadas caracterizam-se precisamente pela intolerabilidade à diferença que é o *outro*. Neste

contexto, a gravidez não deixa de assumir um sentido também ele fundamentalmente narcísico em detrimento do relacional e, assim, a relação com o bebé não pode processar-se de acordo com um verdadeiro estado amoroso mas apoia--se, sobretudo, na procura do que falta. Utilizado como momento privilegiado de negação de uma *caesura* o período gravídico e, em especial, ao bebé, é atribuída a função de preencher o vazio existencial, a falta afectiva que domina o eu frágil e intrinsecamente inseguro da toxicod dependente, proporcionando à própria a ilusão de beatitude fusional com o objecto maternal.

Ao nível dos nossos resultados é de facto muito interessante constatar como as grávidas “toxicod dependentes”, em relação ao outro grupo, situam na fantasia o bebé principalmente como prolongamento de si próprias, apesar de se auto-depreciarem significativamente mais e em mais domínios que as grávidas “não toxicod dependentes” (menor auto-estima e tonalidade hedónica ou afectiva associada ao bebé, à maternidade e à paternidade, mais negativa). Em contrapartida, as grávidas “não toxicod dependentes”, mesmo revelando uma superior auto-valorização, identificam preferencialmente o bebé com a figura paterna e, além disso, apresentam correlações mais baixas (embora também positivas) como que facultando desde logo ao bebé mais espaço para poder *ser*.

Recordemos a este propósito o estudo efectuado por Amaral Dias (1986), a que aliás já fizemos alusão, mediante o qual se mostrou como o reconhecimento do bebé pela mãe passa necessariamente por ela o situar no interior de uma relação triangular. A mãe só reconhece o filho se o relacionar directamente com o seu próprio pai ou com o seu marido, havendo evidência da presença do masculino se constituir não só como

elemento fundamental para que a mãe seja capaz de conceber o bebé na sua fantasia mas, sobretudo, para que ela própria possa organizar a capacidade do bebé a poder conceber a ela. “A imagem masculina, imaginária, que a mãe veicula do filho tem a ver com um Édipo transmitido assim sob a forma de pré-concepção no sentido de Bion, no bebé. Por outras palavras, é o reconhecimento que a mãe faz na sua ontogénese simbólica que permite ao bebé real viver no imaginário da mãe. De certo modo trata-se da constituição da primeira ilusão, no sentido de Winnicott, que tem um carácter vincutivo e maturante” (op. cit. pág.37).

André Green (1987), tal como tivemos igualmente oportunidade de referir neste trabalho, tem uma perspectiva consonante com a anterior, sublinhando a importância que se reveste para o desenvolvimento do bebé a mãe poder, desde logo, vivenciar a plenitude dual mãe-bébé como limitada no tempo, o que significa introduzir a necessária reunião triangular, salientando, ainda, o facto de nem todas as mães conseguirem alcançar esta passagem de um objecto a outro.

Iniciámos este comentário aos nossos resultados, centrando-nos na importância das identificações primárias maternas em todo o processo de elaboração e acolhimento fantasmático do bebé e da própria maternidade. Podemos agora também salientar como as identificações secundárias, isto é, as edipianas, têm igualmente neste âmbito um papel crucial e indissociável do anterior.

Quando nos propusemos eleger, como principal problema da nossa pesquisa, verificar se existiam diferenças nas fantasias das grávidas toxicodependentes no contexto da relação mãe-bébé e, em caso afirmativo,

de que forma essas diferenças se exprimiam, formulámos três hipóteses de trabalho. Recordemos, em síntese, que admitimos a existência de diferenças entre os dois grupos estudados (grupo “toxicodependente” e grupo “não toxicodependente”), diferenças essas traduzidas ao nível das fantasias em termos das categorias temáticas, da coerência / consistência e da tonalidade hedónica / afectiva predominantemente associada. Apesar dos condicionalismos inerentes à natureza do nosso trabalho de campo, aos quais oportunamente aludimos, pensamos poder referir que os resultados alcançados apontam tendencialmente no sentido esperado. As principais diferenças encontradas inter-grupos, e que fomos apresentando ao longo desta discussão, surgem de forma sistematizada e estatisticamente significativa, bem como, em sintonia com as conclusões de outros estudos nesta área aos quais, de igual modo, fomos fazendo referência. Porém, não nos parece prudente incorrerem em generalizações, de certo, abusivas. Em alternativa, pensamos ser importante reflectirmos, mesmo sumariamente, acerca do que sugerem os resultados obtidos ao nível da intervenção clínica em geral e psicoterapêutica em particular.

Tivemos efectivamente oportunidade de constatar como a problemática toxicodependente é intrinsecamente complexa, nela se espelhando a confluência dinâmica de múltiplos factores, desde os biológicos, aos socio-familiares e psicológicos. Neste contexto, a gravidez e a perspectiva de nascimento de um filho tornam a mulher toxicodependente ainda mais vulnerável. Assume então, do nosso ponto de vista, importância particular proporcionar cuidados clínicos suficientemente securizantes, devendo implicar um trabalho em equipa pluridisciplinar cuja intervenção se processe de forma consistentemente integrada.

Num domínio tecnicamente mais específico e, obviamente, salvaguardando a idiosincrasia inerente a cada caso, os nossos resultados parecem ainda reafirmar a pertinência de um acompanhamento psicoterapêutico regular e individualizado, não limitado ao período gravídico, que possa contribuir no sentido da descoberta do prazer na relação, recriando o antes, o agora e o depois, ou seja, a imprescindível continuidade do Eu e que, assim, estará também a contribuir para organizar um melhor ajustamento relacional da díade mãe-bébé.

Estamos conscientes que, apesar dos nossos resultados não sugerirem nada de essencialmente novo, levantam, contudo, questões de difícil resolução prática, quer por parte da actual organização dos serviços implicados, quer pela própria natureza da problemática em questão. Mas não será esse o desafio que quotidianamente se nos coloca, recriar o que apenas existe?

## CONCLUSÕES

### I

Entre os dois grupos de grávidas estudados, toxicodependentes e não toxicodependentes, foram encontradas diferenças no âmbito das fantasias relativas ao bebé e à maternidade.

### II

Apesar de em qualquer um dos grupos serem bastante frequentes as fantasias relativas à possibilidade do bebé nascer “com deficiências”, a tonalidade hedónica ou afectiva associada ao bebé e à maternidade é predominantemente mais negativa no grupo das grávidas toxicodependentes.

### III

A vulnerabilidade depressiva, detectada nos dois grupos, apresenta-se mais emergente e de natureza essencialmente narcísica nas grávidas toxicodependentes.

### IV

Independentemente do que é referido ser revestido de uma tonalidade positiva ou negativa, as grávidas toxicodependentes apresentaram menor

coerência ou consistência, isto é, mais dificilmente o conteúdo das fantasias encontrou a sua tradução no afecto.

## V

No grupo das grávidas toxicodependentes, o bebé surge essencialmente como prolongamento narcísico enquanto que, no outro grupo, ele é investido, na fantasia, de forma mais diferenciada.

## VI

O ajustamento à nova função da maternidade apresenta-se mais problemático no grupo das grávidas toxicodependentes.

## VII

Por último, parece-nos ainda poder concluir que, no contexto apresentado, a análise das fantasias contribui na avaliação/diagnóstico da vinculação pré-natal e, deste modo, pode potencialmente viabilizar um trabalho profiláctico.

**BIBLIOGRAFIA**

ADAMS, E. H.; GFROERER, J. C.; ROUSE, B. A. - "Epidemiology of substance abuse including alcohol and cigarette smoking: Prenatal abuse of licit and illicit drugs". **Annals of the New York Academy of Sciences**. Vol.562, Jun. 1989, pág. 14-20.

ALVIN, F. - "Troubles de l'identification et image corporelle" (1962) cit in Malpique, C. "A sexualidade infantil". **Psicologia**, V, 1, 1986, pág. 30.

AMARAL DIAS, C.; NUNES VICENTE, T. - "Relações mãe-filho e toxicomania". **O Médico**, Porto, 93 (1468), 1979, pág. 111-114.

AMARAL DIAS, C. - **A Influência Relativa dos Factores Psicológicos e Sociais no Evolutivo Toxicómano**. Tese de Doutoramento, Universidade de Coimbra, 1980.

AMARAL DIAS, C.; NUNES VICENTE, T. - **A Depressão no Adolescente**. Porto, Edições Afrontamento, 1984.

AMARAL DIAS, C. - **O Valor Maturativo das Fantasias Maternas na Relação Precoce**. Provas de Agregação em Psicologia Médica e Psiquiatria apresentadas ao I.C.B.A.S., Universidade do Porto, 1986.

AMARAL DIAS, C. - **Para uma Psicanálise da Relação**. Porto, Afrontamento, 1988.

AMARAL DIAS, C.; SOUSA MONTEIRO, J. - **Eu Já Posso Imaginar Que Faço**. Lisboa, Assírio e Alvim Ed., 1989.

AMARAL DIAS, C. - **ALIBABÁ - Droga: Uma Neurose Diabólica do Século Vinte**. Lisboa, Escher, col. Psicologia e Psicanálise, 1, 1991.

AMARAL DIAS, C. - **Aventuras de Ali-Babá nos Túmulos de Ur - Ensaio Psicanalítico sobre a Somatopsicose**. Lisboa, Fenda, col. O Vermelho e o Negro, 1, 1992.

AMARAL DIAS, C.; FLEMING, M. - **La Fonction Contenante de l'Analyste**. Apresentação realizada no 54ème Congrès des Psychanalystes de Langue Française des Pays Romains, Lisbonne, Mai 1994.

AMARAL DIAS, C. - **Ascensão e Queda dos Toxicoterapeutas ou a Democracia da Mentira**. Lisboa, Fenda, col. O Vermelho e o Negro, 6, 1995.

AMMANITI, M. - "Représentations maternelles pendant la grossesse et interactions précoces mère-enfant". **Psychiatrie de l'enfant**, XXXIV, 2, 1991, pág. 341-358.

ANDREWS, F. M. et al. - **A Guide for Selecting Statistical Techniques for Analyzing Social Science Data**. Michigan, University of Michigan, 1981.

ANGEL, P.; ANGEL, S. - "La toxicomanie au féminin". **Adolescence**, 1, 2, 1983, pág. 247-258.

ANZIEU, D. - **Os Métodos Projectivos**. 5ª ed., Rio de Janeiro, Ed. Campus, 1986 (1978).

BALINT, E. - "Problemas técnicos encontrados por uma analista na análise de mulheres: uma contribuição à pergunta «o que quer uma mulher?»" in **A Escola Britânica de Psicanálise**. Porto Alegre, Artes Médicas, 1994, pág. 245-253.

BARDIN, L. - **Análise de Conteúdo**. Lisboa, ed. 70, col. Persona, 13, 1979.

BARRETT, C. T.; ROBINSON, J. S. - "Enfants de mères droguées" (1985) cit. in **Grande Prémio Bial de Medicina**, 1992, Porto, Laborat. Bial, pág. 28.

BÉCACHE, S. - "Féminité et maternité - la légende d'Ariane". **Rev. Franc. Psychanal**, 6, 1987, pág. 1569-1578.

BENEDEK, T. - "Parenthood as a developmental phase". **Journal of the American Psychoanalytic Association**, 7, 1959, pág. 389-417.

BENOIT, J. C. et al. - **Dictionnaire Clinique des Thérapies Familiales Systémiques**. Paris, ESF, 1988.

BERGERET, J. - "Les états limites". **Revue Française de Psychanalyse**, n°4, 1970, pág. 600-634.

BERGERET, J. - **Le Psychanalyste à l'Écoute du Toxicomane**. Réflexion autour de Jean Bergeret et Michel Fain organisée par Marc Bandelier, Paris, Dunod, 1981.

BERGERET, J. - "La personnalité du toxicomane" in **Précis des Toxicomanies**. 2ème édition, Paris, Masson, 1988, (1983), pág. 63-75.

BIBRING, G. - "Some Considerations of the Psychological Processes in Pregnancy". **Psychoanalytic Study of the Child**, vol.14, 1959, pág. 113-121.

BIBRING, G.; DWYER, T. F.; HUNTINGTON, D. S.; VALESTEIN, A. F. - "A study of the psychological processes in pregnancy and of the earliest mother-child relationship". **Psychoanalytic Study of the Child**. Vol.16, 1961, pág. 9-24.

BICK, E. - **L'expérience de la peau dans les relations objectales précoces** (1968). Tradução do original inglês por Jean Capiiaux [artigo cedido no âmbito da cadeira "Etologia das Relações Precoces" leccionada pelo Professor Doutor E. Sá no Mestrado de Psicologia Clínica do Desenvolvimento, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Coimbra, 1994].

BION, W. R. - **Aprendiendo de la Experiencia**. México, Editorial Paidós, 1987.

BISCAIA, J. - "Fantasia Materna e Realidade". **Brotéria**, 140, 1995, pág. 193-202.

BLEICHMAR, N.; BLEICHMAR, C. - **A Psicanálise Depois de Freud**. Porto Alegre, Artes Médicas, 1992.

BONNET, G. - "Le lien mère-enfant avant la naissance". **Le Journal des Psychologues**, Juin, n° 98, 1992, pág. 21-24.

BOYER, J. P.; PORRET, PH. - "L'échographie obstétricale: premières remarques à propos d'un changement épistémologique". **Neuropsychiatrie de l'Enfance**, 35, 8-9, 1987, pág. 325-330.

BRAZELTON, T.; CRAMER, B. - **A Relação Mais Precoce**. Lisboa, Terramar Editores, 1989.

BRUNSWICK, R. M. - "La phase préoedipienne du développement de la libido" (1940). **Revue Française de Psychanalyse**, vol.31, 1967, pág. 267-291.

BRUSSET, B. - "Anorexie mentale et toxicomanie". **Adolescence**, 2, 2, 1984, pág. 285-314.

BYDLOWSKY, M. - "Méthode pour une recherche psychanalytique en maternité" in **L'Évaluation des Interactions Précoces entre le Bébé et ses Partenaires**. Paris, Eshel/Médecine et Hygiène, 1989, pág. 359-365.

CARDINAL, N. - "La femme et la toxicomanie" in **Précis des Toxicomanies**. 2ème édition, Paris, Masson, 1988 (1983), pág. 201-206.

CHARLES-NICOLAS, A.; LECOQUIC, C. - "Clinique des toxicomanies" in **Précis des Toxicomanies**. 2ème éd., Paris, Masson, 1988, (1983), pág. 41-52.

CHARLES-NICOLAS, A. - "Toxicomanias e patologia do narcisismo" in Bergeret, J.; Reid, W., **Narcisismo e Estados-Limite**, Lisboa, Escher, col. Psicologia e Psicanálise, 4, 1992, pág. 163-182.

CHERTOK, L.; MONDZAIN, M.; BONNAUD, M. - "Vomiting and the wish to have a child". **Psychosomatic Medicine**, XXV, 1, 1963, pág. 13-18.

CLIFFORD, Y. - "A critical review of some psychoanalytic literature on drug addiction". **Br. J. Med. Psychol.**, 43, 1970, pág. 141-159.

COIMBRA de MATOS, A. - "Depressão, Depressividade e Depressibilidade". **Revista Portuguesa de Psicanálise**. Porto, Edições Afrontamento, nº 1, pág. 41-47 (artigo transcrito de **O Médico**, 1960).

COLMAN, L.; COLMAN, A. - **Gravidez - A Experiência Psicológica**. Lisboa, Edições Colibri, col. Cline, 1, 1994.

COOK, T. D. e CAMPBELL, D. T. - **Quasi-experimentation**. Chicago, Rand McNally, 1979.

**Consumo Ilícito de Drogas.** 2ª edição, Gabinete de Planeamento e de Coordenação do Combate à Droga, col. Cadernos de Informação, 3, 1990 (1987).

**COSTA PINTO, A. - Metodologia da Investigação Psicológica.** Porto, Edições Jornal de Psicologia, 1990.

**COURVOISIER, A. - "Échographie obstétricale et fantasmes". Neuropsychiatrie de l'Enfance.** 33, 2-3, 1985, pág. 103-105.

**CRAMER, B. - "Are Postpartum Depressions a Mother-Infant Relationship Disorder?". Infant Mental Health Journal,** vol. 14, nº4, 1993, pág. 283-296.

**CRAMER, B.; ROBERT-TISSOT, C.; STERN, D. et al. - "Outcome evaluation in brief mother-infant psychotherapy: a preliminary report". Infant Mental Health Journal,** vol. 11, nº3, 1990, pág. 278-300.

**CUKIER-HEMEURY, F.; LÉZINE, I.; AJURIAGUERRA, J. - "Désir d'Enfant". Psychiatrie de l'Enfant.** XXX, 1, 1987, pág. 59-83.

**DEFAYOLLE, M. - "Épidémiologie" in Précis des Toxicomanies.** 2ème éd., Paris, Masson, 1988, (1983), pág. 109-127.

**DELCROS, J.; WIDLÖCHER, D. - "Les remaniements psychologiques au cours de la grossesse". Revue du Practicien.** Vol.XXVII, 50, 1977, pág. 3413-3416.

**DEUTSCH, H. - "A psicologia da mulher em relação à função de reprodução" (1925) cit. in Smirgel, J. C. et al., Sexualidade Feminina.** Porto Alegre, Artes Médicas, 1988, pág. 25-27.

**DEUTSCH, H. - La Psychologie des Femmes (1945).** 6ème éd., vol.I e II, Paris, PUF, 1974 (1949).

**FENICHEL, O. (1945) - La Théorie Psychanalytique des Névroses.** Paris, P.U.F., 1953.

**FERBOS, C. - "La notion de structure dans la théorie psychanalytique" in Approche Psychanalytique des Toxicomanes,** Paris, P. U. F., 1986a, pág. 45-80.

FERBOS, C. - "Etats Limites et Toxicomanie" in **Approche Psychanalytique des Toxicomanes**, Paris, P.U.F., 1986b, pág. 121-154.

FREUD, S. - "Lettre à W. Fliess", n° 79 (22 Décembre 1897), **La Naissance de la Psychanalyse**, Paris, P.U.F., 1956.

FREUD, S. - "El chiste y su relacion con lo inconsciente" (1905), **Obras Completas**, vol.I, Madrid, Ed. Bib. Nueva, 1948, pág. 833-884.

FREUD, S. - **Três Ensaio Sobre a Teoria da Sexualidade** (1905) Lisboa, Edição Livros do Brasil, col. Vida e Cultura, 66, «s.d.».

FREUD, S. - "Análisis de la fobia de un niño de cinco años" (1909), **Obras Completas**, vol.II, Madrid, Editorial Biblioteca Nueva, 1948, pág. 566-624.

FREUD, S. - "Introducción al narcisismo" (1914), **Obras Completas**, vol.I, Madrid, Ed. Bib. Nueva, 1948, pág. 1097-1110.

FREUD, S. - "Mas allá del principio del placer" (1920), **Obras Completas**, vol.I, Madrid, Ed. Bib. Nueva, 1948, pág. 1111-1139.

FREUD, S. - "El «yo» y el «ello»" (1923), **Obras Completas**, vol.I, Madrid, Ed. Bib. Nueva, 1948, pág. 1213-1234.

FREUD, S. - "Quelques conséquences psychiques de la différence anatomique entre les sexes" (1925), **La Vie Sexuelle**. 3ème édition, Vendôme, P.U.F., 1972 (1969), pág. 123-132.

FREUD, S. - "Sur la sexualité féminine" (1931), **La Vie Sexuelle**. 3ème édition, Vendôme, P.U.F., 1972 (1969), pág. 139-155.

FREUD, S. - "La feminidad" (1932), **Obras Completas**, vol.II, Madrid, Ed. Bib. Nueva, 1948, pág. 839-851.

FRICKER, H. S.; SEGAL, S. - "Narcotic Addiction, Pregnancy and the Newborn" (1978), cit in **Grande Prémio Bial de Medicina**, 1992, Porto, Laborat. Bial, 1993. pág. 27.

GÉDANCE, D. - "Échecs et achoppements de l'avènement d'une bonne identité féminine". **Adolescence**, 1, 2, 1983, pág. 361-370.

GOLSE, B. - **Le Developpement Affectif et Intellectuel de l'Enfant**. 3ème édition, Paris, Masson, 1992 (1985).

GOMBERG, E. L. - "Women: Alcohol and other drugs". **Drugs-and-Society**, vol.1 (1), 1986, pág. 75-109.

GOMES PEDRO, J. C. - **Influência no Comportamento do Recém-Nascido do Contacto Precoce com a Mãe. Contributo para a interpretação clínica da interacção da díade**. Dissertação de Doutoramento apresentada à Faculdade de Medicina de Lisboa, Lisboa, 1982.

GOMEZ DEL PRADO, S. L. - "Le point de vue de l'économie" in **Précis des Toxicomanies**. 2ème édition, Paris, Masson, 1988 (1983), pág. 175-186.

GONÇALVES, M. J. - "Será menino ou menina? ou a génese da identidade sexual". **Revista Portuguesa de Psicanálise**, Porto, Edições Afrontamento, nº 12, 1990, pág. 71-77.

GONÇALVES, M. J. - "As relações pais / criança: uma perspectiva clínica". **Análise Psicológica**, 1 (X), 1992, pág. 35-41.

GOURARIER, L.; MILLE, C. - "La dépendance aux opiacés dans les pathologies narcissiques de l'adolescent". **Neuropsychiatrie de l'Enfance**, 42 (8-9), 1994, pág. 513-515.

GREEN, A. - "La madre morta" (1980) cit. in **No Olhar de Narciso**. Lisboa, Escher, col. Psicologia e Psicanálise, 4, 1992, pág. 42-44.

GREEN, A. - "La capacité de rêverie et le mythe étiologique". **Revue Française de Psychanalyse**, nº 5, 1987, pág. 1299-1315.

GRINBERG, L. et al. - **Introdução às Ideias de Bion**. Rio de Janeiro, Imago Editora, 1973.

GRUNBERGER, B. - "Referências para o estudo do narcisismo na sexualidade feminina" in Smirgel, J. C. et al., **Sexualidade Feminina**. Porto Alegre, Artes Médicas, 1988, pág. 77-94.

GUEDENEY, A. - "Structure et adolescence" in **Approche Psychanalytique des Toxicomanes**, Paris, P.U.F., 1986, pág. 81-98.

HARPER, R. G.; SOLISH, G. I. et al. - "The effect of a Methadone Treatment Program upon Pregnant Heroin Addicts and their Newborn Infants". **Pediatrics**, 54, 1974, pág. 300-305.

HINSHELWOOD, R. D. - **Dicionário do Pensamento Kleiniano**. Porto Alegre, Artes Médicas, 1992.

HOWELL, D. C. - **Statistical Methods for Psychology**. 2nd ed., Boston, PWS - KENT Publishing Company, 1987 (1982).

HUSAIN, O. - "Sélection de l'échantillon en recherche projective". **Bulletin de Psychologie**, XLIV, n°402, 11-14, 1990/91, pág. 465-468.

HUSAIN, O. - "L'interprétation du Rorschach et du T.A.T.: un parcours de la déliaison à la liaison". **Bulletin de Psychologie**, XLVII, n°416, 10-13, 1993/94, pág. 419-425.

HUSQUINET, A. - "Faire progresser la compréhension de la dynamique du comportement narratif". **Psychologie Française**, tome 32-3, Sept. 1987, pág. 131-136.

ISAACS, S. - "Nature et fonction du phantasme" (1948) in **Développements de la Psychanalyse**. 3ème édition, Paris, PUF, 1976, (1966), pág. 64-114.

JONES, E. - "O desenvolvimento precoce da sexualidade feminina" (1927) cit in Smirgel, J. C. et al., **Sexualidade Feminina**. Porto Alegre, Artes Médicas, 1988, pág. 42-44.

JONES, E. - "A sexualidade feminina precoce" (1935) cit in Smirgel, J. C. et al., **Sexualidade Feminina**. Porto Alegre, Artes Médicas, 1988, pág. 49-52.

JUSTO, J. - **Evolução da Ansiedade e dos Mecanismos de Defesa ao Longo da Gravidez**. Dissertação de Doutoramento em Psicologia Clínica, apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências de Educação da Universidade de Lisboa. Lisboa, 1994.

KANDALL, S. R.; GAINES, J. - "Maternal substance use and subsequent sudden infant death syndrome in offspring". **Neurotoxicology and Teratology**, vol.13 (2), Mar./Apr., 1991, pág. 235-240.

- KERLINGER, F.N. - **Metodologia da Pesquisa em Ciências Sociais - Um Tratamento Conceptual**. S. Paulo, E.P.U., 1980.
- KERNBERG, O. - **Les Troubles Limites de la Personnalité**. 2ème édition, Paris, Privat, 1989 (1979).
- KESTENBERG, J. - "Regressão e reintegração na gravidez" in **Psicologia Feminina - Uma Visão Psicanalítica Contemporânea**. Porto Alegre, Artes Médicas, 1982, pág. 152-177.
- KIESS, H. O. - **Statistical Concepts for Behavioral Sciences**. Boston, Allin and Bacon, 1989.
- KLATSKIN, PhD.; ERON, PhD. - "Projective test content during pregnancy and postpartum adjustment". **Psychosomatic Medicine**, vol. 32, nº5, 1970, pág. 487-493.
- KLEIN, F. - "Conclusions d'une recherche longitudinale sur les relations entre le vécu de la mère pendant la grossesse et l'organisation structurale du nourrisson". **Neuropsychiatrie de l'Enfance**, 33 (2-3), 1985, pág. 115-120.
- KLEIN, M. - "Le retentissement des premières situations anxiogènes sur le développement sexuel de la fille" (1932), **La Psychanalyse des Enfants**. 2ème éd. Paris, P.U.F., 1969 (1959), pág. 209-250.
- KOSTEN, T. R.; HOGAN, I.; JALALI, B.; KLEBER, H. D. - "Fatherhood as a precipitant of drug abuse relapse". **International Journal of Family Psychiatry**. Vol.6 (3), 1985, pág. 265-272.
- LAPLANCHE, J.; PONTALIS, J. - **Vocabulário da Psicanálise**. 6ª edição, Lisboa, Moraes Ed., col. Psicologia e Pedagogia, 1985 (1971).
- LEBOVICI, S. - **Le Nourrisson, la Mère et le Psychanalyste - Les Interactions Précoces**. Paris, Éditions Le Centurion, col. Paidos, 1983.
- LEBOVICI, S. - "Le psychanalyste et «la capacité a la rêverie de la mère»". **Rev. Franç. de Psychanal.**, nº 5, 1987, pág. 1317-1345.
- LEBOVICI, S.; MAZET, PH. - "A propos de l'évaluation des interactions fantasmatiques" in **L'Évaluation des Interactions Précoces entre le Bébé et ses Partenaires**. Paris, Eshel/Médecine et Hygiène, 1989, pág. 217-236.

LEFF, J. - "Psychotherapy with pregnant women" in **Psychological Aspects of Pregnancy, Birthing and Bonding**. New York, Blum, B. (Ed.), Human Sciences Press, 1980, pág. 174-205.

LHOMME, J. P.; GUTTON, Ph. - "Grossesse tardivement reconnue un symptôme à interroger". **Adolescence**, 2, 2, 1984, pág. 383-385.

LOBO XAVIER, M. R. M. - "Avaliação do estatuto de risco das crianças filhas de mães toxicodependentes". **Avaliação Psicológica: Formas e Contextos**, 3, 1995, pág. 177-180.

LOPES SANTOS, P. - "Reacções Ansiosas na Gravidez e Comportamento Interactivo das Mães durante o Período Neonatal dos filhos". **Análise Psicológica**, 4 (XI), 1993, pág. 485-495.

MAGOUDI, A. - "Revue de la littérature psychanalytique sur les toxicomanies" in **Approche Psychanalytique des Toxicomanes**, Paris, P.U.F., 1986, pág. 7-43.

MAHLER, M. - "La symbiose humaine et les vicissitudes de l'individuation" in **Dix Ans de Psychanalyse en Amérique - Anthologie du Journal of the American Psychoanalytic Association**. Paris, PUF, 1981, pág. 27-50.

MAIN, M.; KAPLAN, N.; CASSIDY, J. - "Security in infancy, childhood and adulthood: a move to the level of representation" (1985) cit. in **L'Évaluation des Interactions Précoces entre le Bébé et ses Partenaires**. Paris, Eshel/Médecine et Hygiène, 1989, pág. 155.

MALTINSKIS, M. - "Maternal Drug Dependence: It's implications for infant development" (1979) cit. in Manzano, J.; Palacio, F., **Neuropsychiatrie de l'Enfance**, 38, (6), 1990, pág. 378.

MANCIA, M. - "On the beginning of mental life in the foetus". **Intern. J. Psychoanal.**, 62, 3, 1981, pág. 351-359.

MANCIA, M. - **No Olhar de Narciso**. Lisboa, Escher, col. Psicologia e Psicanálise, 4, 1992.

MANZANO, J.; PALACIO, F. - "Les enfants de parents toxicomanes: une étude clinique". **Neuropsychiatrie de l'Enfance**, 38 (6), 1990, pág. 378-384.

MARCELINO, M. C. - "Toxicodependência e gravidez" in **Os Profissionais de Saúde e a Droga**, 6, Lisboa, Colec. Projecto Vida, 1991, pág. 101-105.

MARCELINO, M. C.; SANTOS, F. P. - "A toxicodependência na mulher" (1990) in **Colectânea de Textos**, vol. III, Lisboa, Centro das Taipas, 1991, pág. 279-287.

MARCELINO, M. C. - "A mulher toxicodependente - consequências da toxicodependência" in **Colectânea de Textos**, vol.IV, Lisboa, Ed. Centro das TAIPAS, 1992, pág. 161-168.

MARCELLI, D. - "Du lien précoce au lien d'addiction". **Neuropsychiatrie de l'Enfance**, 42 (7), 1994, pág. 279-284.

MARTIN, CL. - "Enfants de mère droguée". **Rev. Pédiatr.**, 21, 1985, pág. 125-131.

MARTINS PALMINHA, J. et al. - **Os Filhos dos Toxicodependentes - Novo Grupo de Risco Bio-Psico-Social**. Grande Prémio Bial de Medicina, 1992, Porto, Labor. Bial, 1993.

MASCOLI, L. - "Fantasias, Atitudes e Ajustamento Materno ao Primeiro Mês de Vida da Criança: abordagem psicológica a puerperas em isolamento e no pós-parto". **Análise Psicológica**, nº4 (VIII), 1990, pág. 377-388.

MAZET, Ph.; HOUZEL, D. - **Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent**. Vol. I, 2ème edition, Paris, Maloine ed., 1979 (1975).

MILHEIRO, J. - "Identidade Sexual". **Jornal de Psicologia**, 7, 1, 1988, pág. 3-9.

MOORE, G. W. - **Developing and Evaluating Educational Research**. Boston, Little Brown and Company, 1983.

MORALÈS, M. - "Tests projectifs, structure et toxicomanie" in **Approche Psychanalytique des Toxicomanes**, Paris, P.U.F., 1986, pág. 169-212.

NILSSON, L.; INGELMAN-SUNDBERG, A.; WIRSEN, C. - **Como Nasce Uma Criança**. Lisboa, Publicações D. Quixote, col. O mundo da criança, 3, 1973.

NUNO MIGUEL - "Sexualidade e Toxicodependência" (1990) in **Colectânea de Textos**, vol. III, Lisboa, Centro das TAIPAS, 1991, pág. 339-343.

O'CONNOR, M. C. - "Drugs of Abuse in Pregnancy - An Overview". **Med. J. Aust.**, 147, 1987, pág. 180-183.

OFFERMAN-ZUCKERBERG, J. - "Psychological and physical warning signals regarding pregnancy" in **Psychological Aspects of Pregnancy, Birthing and Bonding**. New York, Blum, B. (Ed.), Human Sciences Press, 1980, pág. 151-173.

OGDEN, T. H. - "En torno al espacio potencial". **J. Psycho-Anai**, 66, 129, 1985, pág. 63-74.

OLIEVENSTEIN, C. - "Le toxicomane et son enfance" in **Précis des Toxicomanies**. 2ème édition, Paris, Masson, 1988, (1983), pág. 53-61.

OLIEVENSTEIN, C. - "L'enfance du toxicomane" in **La vie du toxicomane**. 3ème édition, Paris, P.U.F., 1991 (1982), pág. 5-33.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ - **Classification Statistique Internationale des Maladies et des Problèmes de Santé Connexes (Dixième Révision)**. Vol. I, Genève, O.M.S., 1993.

PAFFENBARGER, R. - "Epidemiological Aspects of Parapartum Mental Illness". **British Journal of Preventive and Social Medicine**, 18, 1964, pág. 189-195.

PARQUET, PH. J.; BAILLY, D. - "Jeunes mères toxicomanes et leurs enfants" in **Entretiens de Bichat**. Paris, Médecine/Expansion Scientifique Française, 1987, pág. 190.

PARQUET, PH. J.; BAILLY, D.; DEVEAUX, M.; MULLER, P. - Intérêt de l'analyse toxicologique systématique dans la prise en charge des toxicomanes". **Encéphale**, 13, 1987, pág. 219-230.

PARQUET, PH.; BAILLY, D. - "Toxicomanie et grossesse". **Neuropsychiatrie de l'Enfance**, 36 (2-3), 1988, pág. 109-117.

PINES, D. - "The relevance of early psychic development to pregnancy and abortion". **International Journal of Psychoanalysis**, 63, 1972, pág. 311-319.

PINES, D. - "Pregnancy and motherhood: Interaction between fantasy and reality". **British Journal of Medical Psychology**. 45, 1982, pág. 333-343.

PINHEIRO, R.; AMARAL DIAS, C. - "Perspectivas sobre o adolescente borderline". **Psiquiatria Clínica**, 4, (2), Junho 1983, pág. 89-100.

PINTO-COELHO, M. - **Toxicodependência - A Liberdade Começa no Corpo**. 2ª ed., Lisboa, Fim de Século, 1993.

PORRET, PH. - "La grossesse, premier espace d'une relation". **Le Journal des Psychologues**, Juin, nº 98, 1992, pág. 33-35.

PUGH, T.; JERATH, B.; SCHMIDT, W.; REED, R. - "Rates of Mental Disease Related to Childbearing". **New England Journal of Medicine**, 268, 1963, pág. 1224-1228.

RADO, S. - "La psychanalyse des pharmacothymies" (1933). **Revue Française de Psychanalyse**, vol. 39, nº 4, 1975, pág. 603-618.

RIBEIRO, R. - "A família e a problemática da toxicodependência" (1991) in **O livro branco da toxicodependência**. Lisboa, Ed. Governo Civil do Distrito de Lisboa / Projecto Vida Mais, 1992, pág. 27-31.

ROSEN, T. S. - "Infants of Addicted Mothers" (1987) cit. in **Grande Prémio Bial de Medicina**, 1992, Porto, Laborat. Bial, pág. 28.

ROSENFELD, H. - "De la toxicomanie". **Revue Française de Psychanalyse**, vol. 25, 1961, pág. 885-899 [Communication lue au XXIème Congrès International de Psychanalyse, Copenhague, Juillet 1959].

ROSENFELD, H. - "Comunicazione e interpretazione" (1987) cit. in **No Olhar de Narciso**. Lisboa, Escher, col. Psicologia e Psicanálise, 4, 1992, pág. 40-44.

SÁ, E. - **A Psicologia a partir de Bion**. Provas de Aptidão Pedagógica e de Capacidade Científica, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, Junho 1990.

- SALAS, O. - **A Feminilidade**. Porto Alegre, Artes Médicas, 1990.
- SEQUEIRA, H.; REIS, F. - **Fantasias Maternas no Pós-Parto - um estudo exploratório**. Lisboa, Ed. C.I.E.E., col. Pesquisas, 2, 1982.
- SHENTOUB, V.; DEBRAY, R. - "Fondements théoriques du processus T.A.T.". **Bulletin de Psychologie**, XXIV, n°292, 12-15, 1970/71, pág. 897-903.
- SHERWEN, Ph. D. - "Fantasies during the third trimester of pregnancy". **MCN - The American Journal of Maternal Child Nursing**, 6 (6), 1981, pág. 3918-3941.
- SHERWEN, Ph. D. - "Psychosocial dimensions of the pregnant family" (1987) cit. in Sherwen, Ph. D. "Fantasy state during pregnancy: a psychoanalytic account". **Pre-and Peri-Natal Psychology Journal**, 6 (1), 1991, pág. 60-71.
- SIMONNET, P. - "La dynamique des identifications à travers la structure narrative du T.A.T.". **Bulletin de Psychologie**, XLIII, n°396, 14-17, 1989/90, pág. 691-695.
- SOIFER, R. - **Psicologia da Gravidez, Parto e Puerpério**. 4ª ed., Porto Alegre, Artes Médicas, 1986.
- SOULÉ, M. - "Les toxicomanies chez les jeunes". **L'Information Psychiatrique**, 1974, pág. 690-692.
- SOULÉ, M. - "O filho da cabeça, o filho imaginário" in **A Dinâmica do Bêbê**. Porto Alegre, Artes Médicas Ed., 1987, pág. 132-170.
- STERN, D.N. et al. - "L'entretien «R»" in Lebovici, S.; Mazet, Ph.; Visier, J.P. (eds), **L'Évaluation des Interactions Précoces entre le Bêbê et ses Partenaires**. Paris, Eshel/Médecine et Hygiène, 1989, pág. 151-177.
- STERNSCHUSS, S.; ANGEL, P. - "Le toxicomane et sa famille" in **Précis des Toxicomanies**, 2ème éd., Paris, Masson, 1988 (1983), pág. 193-200.
- STOLERU, S.; MORALÈS, M.; GRINSCHPOUN, M. F. - "De l'enfant fantasmatique de la grossesse a l'interaction mère-nourrisson". **Psychiatrie de l'enfant**, XXVIII, 2, 1985, pág. 441-484.

URBANO, P. - **Família, Comunicação e Toxicodependência - Estudo do Fenómeno da Impermeabilidade em Famílias de Heroíno-dependentes.** Dissertação de Mestrado em Psicologia, apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, 1994.

VINCENT, M. - "La relation de la mère avec son foetus et la relation foeto-maternelle" in **Traité de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent.** Vol.II, Paris, PUF, 1985, pág. 603-618.

WILSON, G. S.; DESMOND, M. M.; WAIT, R. B. - "Follow-up of methadone - treated and untreated narcotic - dependent women and their infants: health, developmental and social implications". **J. Pediatr.**, 98, 1981, pág. 716-722.

WINNICOTT, D. W. - "Objects transitionnels et phénomènes transitionnels" (1951) in **De la Pédiatrie à la Psychanalyse.** Paris, P.B.P., 1983 (1969), pág. 109-125.

WINNICOTT, D. W. - "La préoccupation maternelle primaire" (1956) in **De la Pédiatrie à la Psychanalyse.** Paris, P.B.P., 1983 (1969), pág. 168-174.

WINNICOTT, D. W. - "La capacité d'être seul" (1958) in **De la Pédiatrie à la Psychanalyse.** Paris, P.B.P., 1983 (1969), pág. 205-213.

WINNICOTT, D. W. - "Distorsion du moi en fonction du vrai et du faux «self»" (1960) in **Processus de Maturation Chez l'Enfant.** Paris, Payot, 1970, pág. 115-131.

WINNICOTT, D. W. - **Processus de Maturation chez l'Enfant.** Paris, Payot, 1970.

WINNICOTT, D. W. - **De la Pédiatrie à la Psychanalyse.** Paris, P.B.P., 1983 (1969).

WOLKIND, S.; ZASJICEK, E. - **Pregnancy: a Psychological and Social Study.** London, Academic Press, 1981.

# **ANEXOS**

# **ANEXO 1**

**QUESTIONÁRIO «R»  
(adaptado)**

**- INSTRUÇÕES -**

**I - Descrição do Bêbé**

**P.1. Descrição verbal do bêbé (espontânea)**

“Como imagina que será o seu bêbé? Poderá descrever-me como ele irá ser?  
Que género de bêbé será?”

- Traduzir cada descritor dado por um adjetivo - caso não se encontre ainda nesta forma;
- Escrevê-los na folha de resposta ou folha de notação (P.1.);
- Não dar qualquer sugestão.

**P.2. Descrição verbal do bêbé (c/ ajuda)**

Caso não tenham sido fornecidos 5 descritores, ajudar com sugestões.  
Aguardar após cada sugestão.

a) “Pensou em todas as possíveis características, boas ou más?”

b) “Não haverá alguma que se tenha esquecido?”

- Escrever na folha de resposta (P.2.) a lista dos adjetivos que foram obtidos.

**P.3. Descrição do bêbé c/ o apoio da lista**

- “Irei apresentar-lhe uma lista de características ou traços pessoais relativos a um bêbé. Imaginando como será o seu bêbé irá preencher a lista colocando uma cruzinha nas características que achar que mais se aproximam do bêbé que imaginou”.

**P.4. Descrição semântica / episódica do bêbé**

A partir de dois adjetivos escolhidos (dos que têm “maior carga” emocional) pedir para que sejam ilustrados com um exemplo (imaginando um episódio com o seu bêbé...).

“Imagine um episódio em que o bêbé mostre que é independente...  
que é agressivo... por exemplo.....”

## II - Influência de acontecimentos importantes

### P.5. Descrição verbal dos acontecimentos importantes

“Há pessoas ou acontecimentos do passado que, com frequência, influenciam as mães na sua forma de pensar e de agir com os seus filhos. Essas influências podem surgir de um qualquer acontecimento ou ocorrência particular - pessoas especiais... doenças... - Para si, que acontecimentos imagina que a terão marcado na forma como irá relacionar-se com o seu bebé?”

- Propor, se necessário a), b), c) e d):

a) Por exemplo, como foi tratada em criança:

- batiam-me muito e eu prometi a mim própria nunca bater no meu filho;  
- desde pequena, em casa, tomávamos sempre as refeições em família e prevejo que irá continuar a ser assim.

b) Outras vezes, estas influências provêm de pessoas que nos marcaram especialmente no passado. Por exemplo, uma tia que nos fazia coisas especiais e que tinha imenso jeito a lidar com crianças... um ex-amigo que nunca mais esquecemos...

c) Ou, por vezes, uma doença que nos atingiu... ou a alguém da nossa família...

d) Uma morte de um familiar muito próximo que ainda hoje é recordado...

- Enquanto as entrevistadas falarem, fazer o registo na folha de notação (P.5).

### P.6. Descrição dos acontecimentos importantes a partir da escala

Pedir às entrevistadas para preencherem as escalas da P.6., avaliando a influência que cada acontecimento poderá ter na forma de pensar e de imaginar a sua relação com o bebé.

Preencher a lista com os acontecimentos mais significativos apontados na P.5.

## III - Ela como mãe

### P.7. Descrição verbal: ela própria como mãe (espontânea)

“Poderá descrever-se como futura mãe?”

“Como imagina que será como mãe?”

- Traduzir cada um dos descritores mencionados através de um adjectivo (caso não se encontre desde logo nessa forma) e escrevê-los na folha de notação (P.7.).
- Deixar terminar sem qualquer sugestão.

### **P.8. Descrição verbal: ela própria como mãe (c/ ajuda)**

Caso não tenha dado 5 descritores, facultar-lhe duas sugestões. Aguardar após cada sugestão:

- a) “Pensou em todas as possíveis características, boas ou más?”
- b) “Não haverá alguma que se tenha esquecido?”

- Escrever na folha de notação (P.8.) a lista dos adjectivos que foram obtidos.

### **P.9. Descrição da própria como mãe c/ apoio da lista**

Dar a preencher a lista das características maternas.

- “Irei apresentar-lhe uma lista de características ou traços pessoais. Imaginando-se mãe, preencha a lista colocando uma cruzinha nas características que achar que mais se aproximam do modo como se sentirá como mãe”.

### **P.10. Descrição semântica/episódica: ela enquanto mãe**

A partir de dois adjectivos escolhidos (dos que têm “maior carga” emocional) pedir para que sejam ilustrados com um exemplo (imaginando um episódio como mãe...).

“Imagine um episódio em que, como mãe, fosse indiferente...  
autoritária... por exemplo...”

## **IV - Descrição da sua própria mãe**

### **P.11. Descrição verbal da sua própria mãe (espontânea)**

“Como era a sua mãe, como mãe, quando (você) ainda era pequenina?  
Como a descreveria?”

- Traduzir cada descritor dado por um adjectivo - caso não se encontre ainda nesta forma;
- Escrevê-los na folha de resposta (P.11.);
- Não dar qualquer sugestão.

### **P.12. Descrição verbal da sua própria mãe (c/ ajuda)**

Caso não tenham sido fornecidos 5 descritores, facultar-lhe 2 sugestões. Aguardar após cada sugestão:

- a) “Pensou em todas as possíveis características, boas ou más?”

b) “Não haverá alguma que se tenha esquecido?”

- Escrever na folha de notação (P.12.) a lista dos adjectivos que foram obtidos.

### **P.13. Descrição da sua própria mãe com apoio da lista**

Dar a preencher a lista das características maternas (P.13.).

- “Vou apresentar-lhe uma lista de características ou traços pessoais. Preencha a lista colocando uma cruzinha nas características que achar que melhor descrevem a sua mãe”.

### **P.14. Descrição semântica/episódica da sua própria mãe**

A partir de dois adjectivos escolhidos (dos que têm “maior carga” emocional ou que são mais susceptíveis de a ajudar a invocar situações interessantes) pedir à “mãe” para os ilustrar com um exemplo.

### **P.15. Mudança na relação com a sua própria mãe**

1. “Imagina que o nascimento do seu bebé fará com que altere a quantidade de contactos com a sua mãe? (por contacto quero dizer se procurará falar com ela com maior ou menor frequência, se fará visitas com maior ou menor frequência... se a vê com maior ou menor frequência)”
  2. “Imagina que o nascimento do seu bebé a levará a pensar mais na forma como a sua mãe se relacionava consigo quando era pequenina?”
  3. “Com o nascimento do seu bebé, do seu filho, imagina que se sentirá mais próxima ou mais distante da sua mãe?”
  4. “Imagina que o nascimento do seu bebé irá mudar a sua relação como filha, o seu papel como filha, face à sua mãe?”
  5. “Imagina que o nascimento do seu bebé irá alterar a forma como vê e sente a sua mãe (como mãe e como pessoa)?”
- Apresentar à “mãe” a P.15 e pedir-lhe para preencher as diferentes escalas, à medida que lhe for colocando as diferentes questões.

## **V - Semelhanças do Bêbé com a família**

### **P.16. Enumeração verbal**

“Na família, com quem imagina que o seu bebé se irá parecer mais?”

- Se elas só nomearem características físicas pedir para especificar traços de carácter (maneiras de ser).

### **P.17.**

Utilizar os adjectivos que deu na P.1. e na P.2. Para cada um desses adjectivos perguntar:

“De quem é que o bebé herdará essa maneira de ser?”

### **P.18. Descrição com apoio da lista**

Pedir às futuras mães para preencherem a lista das suas próprias características pessoais.

- “Vou apresentar-lhe uma lista de características ou traços pessoais. Irá preencher a lista colocando uma cruzinha nas características que achar que mais se aproximam das suas próprias características ou maneira de ser”.

### **P.19.**

- “Vou apresentar-lhe, mais uma vez, uma lista de características ou traços pessoais. Irá preencher a lista colocando uma cruzinha nas características que achar que mais se aproximam das características e maneira de ser do pai do bebé”.

## **VI - Afectos ligados às fantasias**

### **P.20. Escolha das principais emoções**

- “Todas as mães quando pensam ou estão com o seu bebé sentem várias emoções diferentes. Quais são as três emoções mais fortes que sente ao pensar no seu bebé?”

- Escrever as três emoções na folha de notação, P.20.

### **P.21. Avaliação das emoções c/ apoio da lista**

- Dizer: “Vou-lhe apresentar uma lista com várias emoções que são vulgarmente referidas pelas mães. A maior parte das mães refere vivenciá-las (senti-las) numa ou noutra situação. Indique aquelas que sente menos e as que sente mais quando pensa no seu bebé”.

- Dar as escalas da P.21. a preencher.

## VII - Desejos e medos

### P.22.

“Pensando no futuro, o que é que mais deseja para o seu bebé?”

- Escrever na folha de notação, P.22.

### P.23.

“Pensando no futuro, quais são os maiores medos (receios) que tem em relação ao seu bebé?”

- Escrever na folha de notação, P.23.

### P.24.

“Pensando no futuro, quais são os seus maiores desejos como mãe?”

- Escrever na folha de notação, P.24.

### P.25.

“Pensando no futuro, quais são os seus maiores medos (receios) como mãe?”

- Escrever na folha de notação, P.25.

## VIII - Auto-estima

### P.26.

- “Como se tem sentido como pessoa ultimamente? Sente-se bem ou mal «na sua pele»?
- Irá indicar com uma cruzinha a situação que mais se aproxima à sua”.(Escala P.26.)

## IX - Outros

### P.27.

- “Haverá alguma coisa que não tenhamos falado que, no entanto, possa influenciar de forma importante a sua maneira de pensar o seu bebé?”

Investigar de forma não estruturada todos os temas que mereçam uma exploração mais aprofundada, particularmente aqueles que parecem desempenhar um papel central.

## **ANEXO 2**

# FOLHAS DE NOTAÇÃO

CÓDIGO: \_\_\_\_\_

DATA: \_\_\_\_\_

IDADE: \_\_\_\_\_

SEMANAS DE GRAVIDEZ: \_\_\_\_\_

ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_

## 1. LISTA DOS DESCRITORES DO BÉBÊ (ESPONTÂNEA)

1)

2)

3)

4)

5)

## 2. LISTA DOS DESCRITORES DO BÉBÊ (C/ AJUDA)

1)

2)

3)

4)

5)

### 3. CARACTERÍSTICAS / TRAÇOS PESSOAIS DO "BÉBÉ"

NÃO ACTIVO	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	ACTIVO
CALMO	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	NERVOSO
AGRESSIVO	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	NÃO AGRESSIVO
NÃO COMUNICATIVO	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	COMUNICATIVO
NÃO TÍMIDO	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	TÍMIDO
ALEGRE	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	TRISTE
DIFÍCIL	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	FÁCIL
BONITO	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	FEIO
POUCO INTELIGENTE	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	INTELIGENTE
RECEPTIVO	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	POUCO RECEPTIVO
DISTANTE	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	CALOROSO
INDEPENDENTE	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	DEPENDENTE
MEDROSO	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	NÃO MEDROSO
"VIVO"	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	"APAGADO"
INQUIETO	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	TRANQUILO
AFFECTUOSO	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	POUCO AFFECTUOSO

#### 4. IMAGINANDO DOIS EXEMPLOS....

—

—

#### 5. LISTA DOS ACONTECIMENTOS IMPORTANTES DO “PASSADO” DO BÉBÊ

1)

2)

3)

4)

5)

#### 6. INFLUÊNCIA DOS ACONTECIMENTOS IMPORTANTES

ACONT. Nº 1  
nenhuma influência      grande influência

ACONT. Nº 2  
nenhuma influência      grande influência

ACONT. Nº 3  
nenhuma influência      grande influência

ACONT. Nº 4  
nenhuma influência      grande influência

ACONT. Nº 5  
nenhuma influência      grande influência

**7. LISTA DOS DESCRITORES: ELA COMO MÃE (ESPONTÂNEA)**

1)

2)

3)

4)

5)

**8. LISTA DOS DESCRITORES: ELA COMO MÃE (C/ AJUDA)**

1)

2)

3)

4)

5)

## 9. CARACTERÍSTICAS / TRAÇOS PESSOAIS: COMO MÃE

POUCO AFECTUOSA	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	AFECTUOSA
COMPREENSIVA	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	POUCO COMPREENSIVA
MEDROSA	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	NÃO MEDROSA
DISPONÍVEL	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	OCUPADA OU PREOCUPADA COM OUTRAS COISAS
"MÃE-GALINHA"	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	NÃO PREOCUPADA
IMPACIENTE	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	PACIENTE
AUTORITÁRIA	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	NÃO AUTORITÁRIA
NÃO DIVERTIDA	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	DIVERTIDA
CONTROLADORA	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	"DEIXA ANDAR"
POUCO GENEROSA	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	GENEROSA
INSEGURA	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	CONFIANTE
SATISFEITA NO SEU PAPEL COMO MÃE	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	INSATISFEITA NO SEU PAPEL COMO MÃE
PAPEL DE MÃE DIFÍCIL	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	PAPEL DE MÃE FÁCIL

**10. IMAGINANDO DOIS EXEMPLOS**

—

—

**11. LISTA DOS DESCRITORES: A SUA PRÓPRIA MÃE (ESPONTÂNEA)**

1)

2)

3)

4)

5)

**12. LISTA DOS DESCRITORES: A SUA PRÓPRIA MÃE (C/ AJUDA)**

1)

2)

3)

4)

5)

### 13. CARACTERÍSTICAS / TRAÇOS PESSOAIS: A SUA (PRÓPRIA) MÃE

POUCO AFECTUOSA	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	AFECTUOSA
COMPREENSIVA	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	POUCO COMPREENSIVA
MEDROSA	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	NÃO MEDROSA
DISPONÍVEL	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	OCUPADA OU PREOCUPADA COM OUTRAS COISAS
"MÃE-GALINHA"	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	NÃO PREOCUPADA
IMPACIENTE	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	PACIENTE
AUTORITÁRIA	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	NÃO AUTORITÁRIA
NÃO DIVERTIDA	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	DIVERTIDA
CONTROLADORA	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	"DEIXA ANDAR"
POUCO GENEROSA	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	GENEROSA
INSEGURA	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	CONFIANTE
SATISFEITA NO SEU PAPEL COMO MÃE	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	INSATISFEITA NO SEU PAPEL COMO MÃE
PAPEL DE MÃE DIFÍCIL	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	PAPEL DE MÃE FÁCIL

## 14. DESCREVENDO DOIS EXEMPLOS...

-

-

## 15. ALTERAÇÕES NA RELAÇÃO COM A (PRÓPRIA) MÃE

bastante menos  
contacto



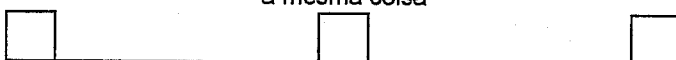
bastante mais  
contacto

penso bastante menos  
na minha mãe



penso bastante mais  
na minha mãe

bastante mais  
distante



bastante mais  
próxima

bastante menos  
implicada no seu papel  
de filha



bastante mais  
implicada no seu  
papel de filha

menor compreensão da  
sua mãe  
(como mãe e como pessoa)



melhor compreensão  
da sua mãe  
(como mãe e como pessoa)

**16. SEMELHANÇAS COM A FAMÍLIA (ESPONTÂNEO)**

Pessoas com quem o bebé será parecido:	Características/traços em que será parecido:
1.	-
2.	-
3.	-
4.	-
5.	-

**17. LISTA DE DESCRITORES DA CRIANÇA (P.1 e P.2)**

Pessoas de quem o bebé herdará essas características/traços:	Características/traços herdados:
1.	-
2.	-
3.	-
4.	-
5.	-

# 18. CARACTERÍSTICAS / TRAÇOS PESSOAIS : A PRÓPRIA

NÃO ACTIVA	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	ACTIVA
CALMA	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	NERVOSA
AGRESSIVA	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	NÃO AGRESSIVA
NÃO COMUNICATIVA	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	COMUNICATIVA
NÃO TÍMIDA	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	TÍMIDA
ALEGRE	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	TRISTE
DIFÍCIL	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	FÁCIL
BONITA	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	FEIA
POUCO INTELIGENTE	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	INTELIGENTE
RECEPTIVA	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	POUCO RECEPTIVA
DISTANTE	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	CALOROSA
INDEPENDENTE	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	DEPENDENTE
INSEGURA	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	CONFIANTE
"VIVA"	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	"APAGADA"
INQUIETA	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	TRANQUILA
AFFECTUOSA	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	POUCO AFFECTUOSA

# 19. CARACTERÍSTICAS / TRAÇOS PESSOAIS: PAI DO BÉBÉ

NÃO ACTIVO	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	ACTIVO
CALMO	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	NERVOSO
AGRESSIVO	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	NÃO AGRESSIVO
NÃO COMUNICATIVO	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	COMUNICATIVO
NÃO TÍMIDO	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	TÍMIDO
ALEGRE	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	TRISTE
DIFÍCIL	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	FÁCIL
BONITO	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	FEIO
POUCO INTELIGENTE	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	INTELIGENTE
RECEPTIVO	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	POUCO RECEPTIVO
DISTANTE	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	CALOROSO
INDEPENDENTE	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	DEPENDENTE
INSEGURO	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	CONFIANTE
"VIVO"	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	"APAGADO"
INQUIETO	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	TRANQUILO
AFFECTUOSO	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	POUCO AFFECTUOSO

## 20. AS TRÊS EMOÇÕES MAIS FORTES

1.

2.

3.

## 21. AFECTOS

<b>ALEGRIA</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	muito raramente		com frequência		
<b>TRISTEZA</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	muito raramente		com frequência		
<b>ANSIEDADE/MEDO</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	muito raramente		com frequência		
<b>CURIOSIDADE</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	muito raramente		com frequência		
<b>RAIVA</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	muito raramente		com frequência		
<b>CULPABILIDADE</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	muito raramente		com frequência		
<b>ORGULHO</b> (por acções praticadas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	muito raramente		com frequência		
<b>VERGONHA</b> (por acções praticadas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	muito raramente		com frequência		
<b>DESGOSTO</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	muito raramente		com frequência		

**22. O QUE DESEJA PARA O BÉBÊ**

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

**23. O QUE RECEIA PARA O BÉBÊ**

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

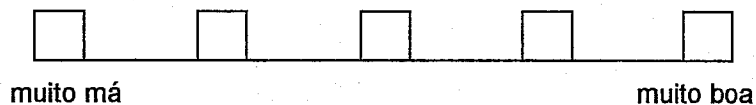
**24. O QUE DESEJA COMO MÃE**

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

**25. O QUE RECEIA COMO MÃE**

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

**26. AUTO-ESTIMA**





## **ANEXO 3**





## **ANEXO 4**

# FICHA DE CARACTERIZAÇÃO

## 1. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Nome (código):

Data de nascimento:

Idade:

Estado civil:

Estudos realizados:

Profissão actual:

## 2. DADOS RELATIVOS À FAMÍLIA

### – Família de origem

	Idade	Estado civil	Profissão	Nível de instrução	Hábitos tóxico.
Pai:					
Mãe:					
Irmãos:					

### – Composição actual do agregado familiar

	Idade	Estado civil	Profissão	Nível de instrução	Hábitos tóxico.
_____					
_____					
_____					



### 3. PERCURSO ESCOLAR E SÓCIOPROFISSIONAL

Anos escolares completos:

Profissão usual:

Padrão de emprego nos últimos três anos:

Tempo completo \_\_\_\_\_

Part-time \_\_\_\_\_

Desempregada \_\_\_\_\_

Estudante \_\_\_\_\_

Quantas vezes mudou de emprego nos últimos três anos? \_\_\_\_\_

Quantas pessoas dependem do seu suporte económico? \_\_\_\_\_

Alguém contribui para o seu sustento? \_\_\_\_\_

Quem? \_\_\_\_\_

A principal fonte de receitas provém de:

Trabalho \_\_\_\_\_

Família \_\_\_\_\_

“Transgressões legais” \_\_\_\_\_

Tem problemas judiciais?

Sim \_\_\_\_\_

Não \_\_\_\_\_

#### 4. HISTÓRIA TOXICOLÓGICA

Consumos no presente: Não \_\_\_\_\_ Sim \_\_\_\_\_

Abstinências: N° de vezes \_\_\_\_\_ Período(s) de tempo: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Substâncias consumidas:

Heroína \_\_\_\_\_ Fumada \_\_\_\_\_ Injectada \_\_\_\_\_

Cocaína \_\_\_\_\_ Haxixe \_\_\_\_\_ Benzodiazepinas \_\_\_\_\_

Álcool \_\_\_\_\_ Tabaco \_\_\_\_\_

Idade de início dos consumos:

Heroína - \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_- \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_- \_\_\_\_\_

Progressão nos consumos:

Tentativas de desintoxicação: Sim \_\_\_\_\_ Não \_\_\_\_\_

Recurso a apoio psicoterapêutico: Sim \_\_\_\_\_ Não \_\_\_\_\_

Há quanto tempo iniciou a terapia? \_\_\_\_\_

Já a chegou a interromper? \_\_\_\_\_

A que Instituições recorreu? \_\_\_\_\_

## 5. HISTÓRIA OBSTÉTRICA

Grávida: Sim \_\_\_\_\_ Não \_\_\_\_\_

Gravidez: Duração \_\_\_\_\_ semanas

Gestações anteriores: Sim \_\_\_\_\_ Não \_\_\_\_\_

Interrupções voluntárias da gravidez: Sim \_\_\_\_\_ Não \_\_\_\_\_

Interrupções espontâneas da gravidez: Sim \_\_\_\_\_ Não \_\_\_\_\_

Nados mortos: Sim \_\_\_\_\_ Não \_\_\_\_\_

Quando soube que ficou grávida? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Como soube? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Que emoções lhe despertou essa notícia? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Foi uma gravidez “planeada”? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

O que decidiu mudar e o que mudou mesmo em si desde que soube estar grávida? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Lembra-se quando sentiu o bebé pela primeira vez? Que emoções lhe despertou? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Já fez alguma ecografia?

Sim \_\_\_\_\_

Não \_\_\_\_\_

Em que alturas da gravidez? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Idade da 1ª menarca: \_\_\_\_\_

Idade com que iniciou a vida sexual: \_\_\_\_\_

Doenças sexualmente transmissíveis: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## **ANEXO 5**



**MINISTÉRIO DA SAÚDE**

Serviço de Prevenção e Tratamento da Toxicod dependência  
**CENTRO DE APOIO A TOXICOD E P E N D E N T E S D E C O I M B R A**  
Unidade Hospitalar Especializada

Rua Bernardo de Albuquerque, 86  
Telefone 483041 - 483081 - 3000 COIMBRA

*Exm<sup>a</sup> Senhora*

*Dra. Isabel Joana Aragão Lourinho*

*Comunicamos que o seu pedido de apoio para o trabalho no  
que respeita ao apoio no âmbito da Consulta Externa foi autori-  
zado.*

*Aguardamos com urgência contacte connosco para estabelecer  
um protocolo.*

*Com os melhores cumprimentos,*

A CHEFE DE SERVIÇO HOSPITALAR



*(Dra. Teresa Nunes Vicente)*

## PROTOCOLO

Mediante a autorização que me foi concedida pela Dra. Teresa Nunes Vicente no sentido de poder efectuar junto de utentes da Instituição a recolha dos dados conducente à elaboração da tese de Mestrado e, de acordo com as condições que me foram apresentadas, comprometo-me a respeitar as orientações dos técnicos incumbidos de me prestarem apoio, tais como a prévia visualização por estes dos instrumentos de recolha utilizados e facultar a fotocópia dos referidos dados, para complemento do processo dos utentes.

Isabel Jaime Afonso (assinado)

Coimbra, 15 de Dezembro de 1994

MINISTÉRIO DA SAÚDE  
Sub-Região de Saúde de Leiria

CENTRO DE SAÚDE

DE: Dr. Gorjão Henriques

ASSUNTO: Saúde Materna  
Inquérito

Exm<sup>a</sup> Senhora  
D. Joana Aragão Lourinho  
Bairro dos Capuchos  
Rua Cidade de Tokushima, Lote 23 - 3<sup>o</sup> Dto.

2400 LEIRIA

Proc.<sup>o</sup>

Sua referência

Sua comunicação de

Nossa referência

Carta

03-03-95

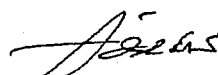
Direcção

0235 13-03-95

Relativamente ao solicitado por V<sup>a</sup> Ex<sup>a</sup> informamos que autorizamos o estudo a que se propõe, devendo articular-se com a Dr<sup>a</sup> Fernanda Santiago, Coordenadora do programa de Saú de Materna deste Centro de Saúde.

Com os melhores cumprimentos

O Presidente da Direcção



Américo Pereira Orfão

## **ANEXO 6**

## **BÉBÉ**

- **BONITO** (além do adjetivo “bonito”, directamente referido, incluíram-se também aqui as respostas que se reportavam a características físicas do bebé assinaladas como desejadas, às quais era atribuída uma tonalidade afectiva positiva).
- **MEIGO**
- **SEXO**
- **ACTIVO**
- **COMUNICATIVO / POUCO COMUNICATIVO** (além do(s) adjetivo(s) “comunicativo/pouco comunicativo”, directamente referido(s), incluíram-se também aqui todas as descrições que situavam o bebé como disponível/pouco disponível para a relação com os outros. Por exemplo, “simpático” foi aqui contabilizado).
- **ALEGRE**
- **INDEPENDENTE** (este adjetivo encontra-se relacionado com a ideia da criança poder atingir, em cada etapa do seu desenvolvimento, o nível desejável de autonomia).
- **CALMO**
- **NERVOSO**
- **SAUDÁVEL**
- **NÃO SAUDÁVEL** (incluíram-se aqui as seguintes situações indicadas como temidas: deficiências físicas/mentais, prematuridade, baixo peso, síndrome de abstinência, síndrome de morte súbita).

## **ELAS COMO MÃES**

- **MEIGA / POUCO MEIGA**
- **ALEGRE**
- **DISPONÍVEL / POUCO DISPONÍVEL** (estes adjetivos surgiram no contexto do desempenho da função materna. A descrição pode ir no sentido da mãe estar disponível ou, pelo contrário, pouco disponível para dar atenção, cuidar e tratar do filho. Situações de indisponibilidade mais acentuada tais como “ausente” ou “desligada” foram aqui contabilizadas).
- **PACIENTE / IMPACIENTE**

- **CONFIANTE / INSEGURA**
- “AMIGA” (está aqui subjacente a ideia de nivelamento da relação mãe-filho, isto é, anulou-se a diferenciação na “hierarquia” da relação familiar).
- “PERFEITA” (este adjectivo, referido por algumas mães, foi indicado num contexto de grande idealização da função materna).
- **EQUILIBRADA EMOCIONALMENTE / POUCO EQUILIBRADA EMOCIONALMENTE** (agruparam-se neste caso descrições que apontavam no sentido de labilidade emocional, depressividade, agressividade disfuncional, toxicodpendência ou, pelo contrário, descrições que se enquadravam num contexto de equilíbrio emocional).
- “MÃE GALINHA” (adjectivo directamente mencionado por algumas mães e por elas enquadrado no âmbito da enorme preocupação e do excessivo zelo e protecção do filho).
- **AUTORITÁRIA / PERMISSIVA** (o adjectivo “autoritária” foi aplicado a todas as situações em que as mães se referiram à importância do cumprimento de regras e à implementação de um sentido de disciplina. O adjectivo “permissiva” foi aplicado quando as mães consideraram importante não introduzir regras e, portanto, sem qualquer preocupação por as fazer cumprir).
- **COMUNICATIVA**
- **ENCORAJADORA** (o adjectivo “encorajadora” foi aplicado a todas as situações em que as mães se referiram à importância de encorajar/incentivar/promover o desenvolvimento do seu filho).
- **POUCO PRECONCEITUOSA**

## **AS MÃES DELAS**

- **MEIGA / POUCO MEIGA**
- **ALEGRE**
- **DISPONÍVEL / POUCO DISPONÍVEL**
- **PACIENTE / IMPACIENTE**
- **INSEGURA**
- “AMIGA”

- “PERFEITA”
- EQUILIBRADA EMOCIONALMENTE / POUCO EQUILIBRADA EMOCIONALMENTE
- “MÃE GALINHA”
- AUTORITÁRIA / PERMISSIVA
- COMUNICATIVA / POUCO COMUNICATIVA
- ENCORAJADORA / POUCO ENCORAJADORA
- PRECONCEITUOSA
- AMBIVALENTE
- FRUSTRADA
- BONITA

## **ANEXO 7**

P.16 - "Pessoas (da família) com quem acha que o bebé será parecido"

- Com o pai
- Com a mãe
- Com o avô materno
- Não sabe

## **ANEXO 8**

“Componentes afectivas privilegiadas - as emoções mais fortes quando pensa no bebé”

- Amor
  
- Medo  
(caract.dos medos relacionados com:)
  - O parto
  - Deficiências do bebé
  - Desempenho da função materna
  - Desempenho da função paterna
  - Rejeição do bebé por parte da avó materna
  
- Curiosidade
  
- Alegria
  
- Culpabilidade
  
- Realização como mulher
  
- Ambivalência

## **ANEXO 9**

P.22 "O que deseja para o bebé?"	P.23 "O que receia para o bebé?"
<p style="text-align: center;"><u>Categorias de respostas</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ser um bebé saudável <ul style="list-style-type: none"> <li>- respostas tipo (ex.)</li> <li>- saúde</li> <li>- nascer perfeito/sem deficiências</li> </ul> </li>   <li>• Ser um bebé bonito</li>   <li>• Ser um bebé alegre / feliz</li>   <li>• Ser um bebé inteligente</li>   <li>• Ser um bebé independente / decidido <ul style="list-style-type: none"> <li>- respostas tipo (ex.)</li> <li>- independente/decidido (a criança poder atingir, em cada etapa do seu desenvolvimento, o nível desejável de autonomia)</li> <li>- não ser facilmente influenciável e pensar por si, ser decidido</li> </ul> </li>   <li>• Que venha a orgulhar-se dos pais <ul style="list-style-type: none"> <li>- respostas tipo (ex.)</li> <li>- que ele se sinta muito orgulhoso com os papás</li> </ul> </li>   <li>• Realização pessoal <ul style="list-style-type: none"> <li>- respostas tipo (ex.)</li> <li>- que tenha um bom futuro, que se possa realizar pessoalmente</li> <li>- que tenha um bom futuro, que seja uma pessoa bem sucedida</li> </ul> </li>   <li>• Conforto económico <ul style="list-style-type: none"> <li>- respostas tipo (ex.)</li> <li>- que não lhe falte nada do que ele precisa (bens materiais)</li> <li>- ter o necessário, meios económicos, para não passar privações</li> </ul> </li>   <li>• Ambiente de amor <ul style="list-style-type: none"> <li>- respostas tipo (ex.)</li> <li>- que tenha muito amor em redor dele</li> <li>- que tenha muito carinho</li> </ul> </li>   <li>• Bom desempenho da função materna <ul style="list-style-type: none"> <li>- respostas tipo (ex.)</li> <li>- como mãe conseguir corresponder às necessidades dele</li> <li>- conseguir criar o meu bebé, desempenhar bem a função de mãe</li> <li>- que o consiga compreender para poder relacionar-me bem com ele</li> </ul> </li> </ul>	<p style="text-align: center;"><u>Categorias de respostas</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Não ser um bebé saudável</li>   <li>• Não ser um bebé bonito</li>   <li>• Não ser um bebé alegre / feliz</li>   <li>• Não ser um bebé inteligente</li>   <li>• Não ser um bebé independente / decidido</li>   <li>• Não se orgulhar dos pais</li>   <li>• (não surge)</li>   <li>• Não usufruir conforto económico</li>   <li>• Não usufruir ambiente de amor</li>   <li>• Não desempenhar bem a função materna</li>   <li>• A morte (do bebé)</li> <li>• Ficar orfão</li> <li>• O filho não ser do actual companheiro</li> </ul>

P.24 "O que deseja como mãe?"	P.25 "O que receia como mãe?"
<p style="text-align: center;"><u>Categorias de respostas</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• O bebé / filho ser saudável</li> <li>• O bebé / filho ser alegre/feliz</li> <li>• O bebé não crescer depressa</li> <li>• O filho orgulhar-se da mãe</li> <li>• Orgulhar-se do filho</li> <li>• Realização pessoal do filho <ul style="list-style-type: none"> <li>- respostas tipo (ex.)</li> <li>- que tenha um bom futuro; que se possa realizar como pessoa</li> <li>- que tenha um bom futuro, que seja uma pessoa bem sucedida</li> </ul> </li> <li>• Desempenhar bem a função materna <ul style="list-style-type: none"> <li>- respostas tipo (ex.)</li> <li>- como mãe conseguir corresponder às necessidades do meu filho</li> <li>- conseguir criar/cuidar do meu filho</li> <li>- conseguir compreendê-lo para poder relacionar-me bem com ele</li> <li>- sair-me bem no meu novo papel - papel de mãe a 100%</li> </ul> </li> <li>• Relação conjugal gratificante</li> <li>• Não sofrer muito no parto <ul style="list-style-type: none"> <li>- respostas tipo (ex.)</li> <li>- parto sem complicações</li> <li>- "ter uma boa hora"</li> </ul> </li> <li>• Poder amamentar</li> <li>• O bebé / filho ser do actual companheiro</li> </ul>	<p style="text-align: center;"><u>Categorias de respostas</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• O bebé / filho não ser saudável</li> <li>• O bebé / filho não ser feliz</li> <li>• (Não surge)</li> <li>• (Não surge)</li> <li>• Não se orgulhar do filho</li> <li>• O filho não se realizar pessoalmente</li> <li>• Não desempenhar bem a função materna</li> <li>• Não usufruir de relação conjugal gratificante</li> <li>• Sofrer muito no parto</li> <li>• (Não surge)</li> <li>• O bebé / filho não ser do actual companheiro</li> <li>• Morte do filho / bebé</li> </ul>

## **ANEXO 10**

**CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO DA COERÊNCIA OU CONSISTÊNCIA - questões nº4, 10 e 14 do Questionário «R» -**

- **CONSISTÊNCIA / COERÊNCIA “1”** - Nos dois exemplos solicitados em cada uma das questões (4, 10 e 14) não há correspondência entre o adjectivo previamente atribuído pela mãe e a situação ilustrativa que ela apresenta (p.ex., a mãe descreve a sua própria mãe como “compreensiva” e o exemplo fornecido consiste numa situação em que a sua mãe foi intolerante com ela). Neste nível “1” também foram contabilizados os casos que negaram qualquer possibilidade de exemplificação dos adjectivos atribuídos.
- **CONSISTÊNCIA / COERÊNCIA “2”** - Um exemplo conseguido e outro não.
- **CONSISTÊNCIA / COERÊNCIA “3”** - Dois exemplos conseguidos: adjectivo e exemplo em sintonia.

## **ANEXO 11**

TAT (7 GF) - Grupo de Grávidas "TOXICODEPENDENTES"

Suj.	Prólogo ou descrição da situação inicial	Motivos que fundamentam situação inicial / "origem da situação inicial"
1	Uma mãe e uma filha	A mãe procura ensinar algo à filha, mas a filha está pouco atenta... está mas é a pensar ir brincar com os amigos lá fora.
2	Dois irmãos: a irmã mais velha com o mais novo ao colo	A irmã mais velha não está a prestar grande importância ao bebé. Normalmente as crianças mais crescidas quando têm irmãos sentem-se excluídas e por isso não lhes ligam.
3	Uma criada com uma criança (que tem um boneco ao colo)	A criada procura educar a criança. A criança está alheia à educação que lhe estão a tentar dar. Nem sequer presta atenção ao que tem na mão.
4	Uma senhora e uma jovem (solteira) com uma criança nas mãos	A senhora está preocupada ao ver um bebé nas mãos de uma jovem que não está nada preocupada com o que está a fazer ao bebé.
5	Uma adolescente (solteira) com um bebé ao colo	Talvez sózinha, sem companheiro, o que acontece à maioria das adolescentes.
6	Uma mãe e a filha que é mãe solteira (com o bebé ao colo)	A mãe ensina à filha como se deve fazer. Está a ajudá-la e a filha tenta aprender...
7	Uma mãe e uma filha (com um boneco na mão)	A menina não liga nada ao que a mãe diz... completamente desligadinha a pensar noutra coisa.
8	A mãe e a filha	A mãe conta uma história. A filha está muito triste e a mãe conta-lhe uma história para ver se a miúda se alegra.
9	Uma miúda	Está a sonhar em ser mãe um dia.
10	Uma mãe e uma filha	A mãe lê uma história à filha. A menina não presta a mínima atenção à história... a história está a aborrecê-la, a história é aborrecida.
11	Uma mãe e uma filha (com um boneco na mão)	A mãe lê... não sei explicar mais...
12	Uma mãe com uma filha que por vez é mãe solteira	Não sei explicar mais nada...
13	Uma criada e dois irmãos	A menina mais velha teve um irmão e está cheia de ciúmes... A menina fez uma birra por causa do nascimento do irmão.
14	Uma mãe com dois filhos	É isso só... não sei explicar mais...
15	Uma mãe com dois filhos	A filha mais velha não aceita o irmão mais novo. A mãe está a tentar ver se a filha percebe que a mãe gosta dos dois...
16	Uma mãe com os filhos	A mãe conta uma história mas a filha mais velha está distraída com outra coisa qualquer... Nem sequer liga ou segura bem o bebé.
17	Uma ama e uma menina rica (com um boneco na mão)	A ama conta a história de uma família muito feliz. A menina ouve a história e compara a família da história com a que ela tem. Ela tem dinheiro e brinquedos mas não tem o principal... carinho.
18	Uma criança (solteira) mas que já é mãe	Está muito triste... engravidou mas não foi porque quis... nem sequer sabe pegar no bebé... é muito nova e sente medo...
19	Uma senhora... talvez mãe da miúda (a miúda tem um boneco ou bebé)	A miúda está com um olhar perfeitamente alheado... está a milhas do que a senhora procura confrontar-lhe.

TAT (7 GF) - Grupo de Grávidas "NÃO TOXICODEPENDENTES"

Suj.	Prólogo ou descrição da situação inicial	Motivos que fundamentam situação inicial / "origem da situação inicial"
1	Uma mãe e uma filha	A mãe conta uma história e a filha está a imaginar o que a mãe conta.
2	Uma mãe e uma filha	A mãe dá um conselho à filha... a filha ouve com atenção para passar a fazer como a mãe diz.
3	Uma mãe e uma filha (com um boneco na mão)	A mãe lê uma história à filha. A garota não está concentrada na história que a mãe lê... está muito longe.
4	Uma mãe e duas filhas (uma mais velha e um bebé)	A filha mais velha está com inveja, ciúmes do irmão mais novo. Não está a ligar nenhuma ao irmão.
5	Uma mãe com dois filhos	A mãe conta uma história. A filha mais velha está a pensar sobre o que a mãe está a ler.
6	Uma mãe e uma filha (com um boneco ao colo)	Um diálogo mãe-filha mas não sei explicar melhor...
7	Uma mãe com uma filha (solteira) que já é mãe	A filha é mãe solteira; está muito triste e desanimada... está só, sem o companheiro, sem o pai do bebé...
8	Uma mãe e uma filha (com um boneco na mão)	A mãe conta uma história e a menina está a sonhar quando ela puder um dia ser mãe. Quando chegar a altura de ser mãe e embalar o filho.
9	Uma mãe e uma filha	A mãe conta uma história e a filha está a reviver-se na história que a mãe lhe conta.
10	Uma mãe e uma filha (com um boneco na mão)	A mãe conta uma história. A filha está a ouvir mas não a prestar muita atenção. A história que a mãe lhe lê não lhe diz nada, mas como é amiga da mãe está sentada ao pé dela.
11	Uma mãe e uma filha (com um boneco na mão)	Não entendo o que a mãe está a fazer. Está-lhe a dizer qualquer coisa mas não dá para entender.
12	Uma mãe e uma filha	Estão, ao mesmo tempo, juntas e afastadas uma da outra...
13	Uma mãe adolescente (solteira) com o filho e uma senhora	A senhora dá conselhos à adolescente com o filho ao colo. A adolescente demonstra uma tristeza muito grande... está sózinha... muito perdida.
14	Uma mãe e uma filha	A mãe conta uma história. A mãe está a tentar estar o mais possível próximo da filha. A mãe esforça-se mas a menina não corresponde de igual maneira.
15	Uma mãe e uma filha (com um boneco)	A mãe está orgulhosa por ver como a filha agarra na bonequinha. A filha já sente amor pela bonequinha.
16	Uma mãe com uma filha que é mãe solteira	A mãe está preocupada com o futuro da sua filha visto que ela é ainda muito jovem e já é mãe. Será um futuro complicado e difícil, mas a filha vai ter a ajuda da mãe.
17	Uma mãe e uma filha	A mãe ensina a filha, que ouve com atenção, para quando um dia ela também for mãe.
18	Uma mãe com os filhos (a filha mais velha com o irmão ao colo)	A menina tem ciúmes do irmão mais novo. Tem o bebé mal agarrado e não está a olhar para ele.
19	Uma mãe e uma filha	A mãe explica e corrige a filha. A filha não está a ligar nada à mãe. A filha tem a sua opinião e não vai mudar.

TAT (8 GF) - Grupo de Grávidas "Toxicodependentes"

Suj.	Prólogo ou descrição da situação inicial	Motivos que fundamentam situação inicial / "origem da situação inicial"
1	Uma mulher	Está a pensar se está grávida ou não... nos prós e nos contras...
2	Uma mulher (grávida)	Está a pensar na infância que teve e na que vai proporcionar ao filho... há um certo receio... medo quanto ao futuro...
3	Uma mulher	Está pensativa, olhar fixo, pesado, ... embora bonita..., às vezes ser bonita tira o olhar pesado à pessoa... (Q)... não sei porque está assim...
4	Uma mãe	Alguma coisa aconteceu... está triste... se calhar perdeu algum filho...
5	Uma mulher	Está preocupada... ansiosa... teve um desgosto e está a reflectir sobre isso... é uma mulher triste que não sei porque está triste...
6	Uma mulher	Perdeu um filho... ou o marido... assim um ente querido...
7	Uma mulher	Está pensativa... triste... tem montes de problemas... eu às vezes também me sinto assim...
8	Uma mulher	Está triste... chateou-se com alguém ou alguém se chateou com ela... talvez o marido a tenha deixado sózinha...
9	Uma mulher	Pensativa, triste... está com ar de quem perdeu a pessoa de quem gostava... não perdeu no sentido de morte mas de abandono...
10	Uma mulher	Está a pensar... distante... pode estar a pensar na saudade que tem de uma pessoa (da mãe, do seu amado ou do filho)
11	Uma mulher (grávida)	Está muito triste, pensativa... não sei porquê... tudo corre mal...
12	Uma pessoa	Está triste. Aconteceram-lhe antes coisas boas para as quais ela olha com saudade. Já foi feliz e agora não é.
13	Uma pessoa	Com olhar distante... dá a sensação que perdeu alguma coisa... podia ter perdido o bebé...
14	Uma pessoa	Está triste... não sei porquê... é uma pessoa triste...
15	Uma mulher (grávida)	Está pensativa, triste... é solteira, foi violada, não tem nenhum namorado e está grávida por causa da violação. Vai tentar arranjar alguém que dê nome ao filho...
16	Uma pessoa (grávida)	Está pensativa... (Q)... não sei explicar...
17	Uma mãe que tem vários filhos	Está triste e pensativa... os filhos cresceram e um fez uma coisa que não devia ter feito...
18	Uma mulher (grávida)	Está pensativa, triste, muito distante... é pobre, vai ter um filho, mas por muito que lute não vai conseguir ter possibilidades para o criar...
19	Uma mulher	Está pensativa... na expectativa... não sei explicar melhor...

TAT (8 GF) - Grupo de Grávidas "Não Toxicodependentes"

Suj.	Prólogo ou descrição da situação inicial	Motivos que fundamentam situação inicial / "origem da situação inicial"
1	Uma mulher	Está com uma expressão pensativa, preocupada, desiludida... Aquilo com que sonhou não está a acontecer... (Q)... mas não consigo explicar melhor...
2	Uma mãe	Está a pensar... o filho fez alguma coisa... não muito boa, pela cara dela... pode, por exemplo, ter saído de casa...
3	Uma mãe (ou mulher grávida)	Está triste... o filho saiu de casa...
4	Uma mãe (ou mulher grávida)	Está preocupada porque engravidou... vai ser mãe... não sei explicar melhor...
5	Uma mãe	Está preocupada, receosa com o seu filho... isto pensando num bebé pequenino... (Q)... não sei explicar melhor...
6	Uma mãe	Está triste... pode-lhe ter acontecido algo de mal... perdido o filho, por exemplo...
7	Uma mãe	Está preocupada... triste... o filho pode ter tido um acidente grave... e não estar bem...
8	Uma mulher	Até posso ser eu!... teve uma desilusão mas ela tentará encontrar uma solução para remediar o problema e não o agravar... por exemplo, uma grande decepção com o companheiro
9	Uma mulher	Está pensativa... na expectativa... (Q)... não sei explicar melhor...
10	Uma mãe	Parece triste... pode estar a pensar no filho... ela está com cara preocupada... pode ter acontecido algo de mal ao filho... não sei o quê...
11	Uma mulher (grávida)	Está preocupada... está a pensar se quer ou não o bebé...
12	Uma mãe	Triste, sózinha, sem ninguém, sem apoio...
13	Uma mulher	É uma mulher sentada a contemplar o pôr-do-sol... mais nada... está satisfeita interiormente, está bem com ela própria...
14	Uma senhora (grávida)	Está triste... aconteceu-lhe qualquer coisa... e neste momento não sabe se conseguirá resolver a situação... tem medo de não conseguir... (Q)... A situação não sei qual é...
15	Uma mulher	Está pensativa... aconteceu qualquer coisa... não sei explicar mais...
16	Uma mulher (grávida)	Está triste com a situação que está no momento a viver... tem medo, receia não saber resolver a situação em que se encontra... (Q)... A situação não sei qual é...
17	Uma mulher (grávida)	Está a pensar como será o seu bebé... está a imaginar como ele será...
18	Uma mãe	Está a pensar... não sei... está a pensar... talvez no seu bebé... como é que ele será... está a tentar imaginá-lo...
19	Uma mulher	Triste... sem carinho, sem apoio...

## **ANEXO 12**

## P 7 GF

categorias de  
respostas de  
hipóteses

### ACEITA IDENTIFICAÇÃO À FIGURA MATERNA

- Possibilidade de se rever no papel maternal / adesão aos conteúdos transmitidos pela figura materna. A aproximação à figura materna não revela excessiva angústia: pode ser como ela, pode “aguardar a sua vez”.

### IMPOSSIBILIDADE / RECUSA IDENTIFICAÇÃO À FIGURA MATERNA

- Impossibilidade de se rever no papel maternal / oposição aos conteúdos transmitidos pela figura materna. Não há reconhecimento das boas qualidades do objecto maternal (não há expressão da interiorização do vínculo amoroso).

### AMBIVALÊNCIA NA RELAÇÃO MÃE-FILHA

- Conflito entre a adesão e a recusa aos conteúdos transmitidos pela figura materna / a expressão do vínculo amoroso é, simultaneamente, aceite e negada.

### TEMÁTICA DEPRESSIVA

- De âmbito essencialmente narcísico

Consideramos, globalmente, neste caso, o conceito de *Depressividade* proposto por Coimbra de Matos (1960). São aqui contempladas as respostas que exprimem “tristezas diluídas” em que o objecto ou o outro não é mencionado ou, quando o é, surge como garante da existência do próprio sujeito.

- Centrada na perda / ausência do objecto

A expressão do afecto tristeza surge, essencialmente, motivada pela perda ou pela ausência de um objecto significativamente investido.

- Centrada na decepção objectal

A expressão do afecto tristeza surge, essencialmente, motivada pela decepção que o objecto de algum modo suscita: discrepância entre o objecto idealizado e o objecto real, o que é fonte de dor mental.

### RIVALIDADE FRATERNA

- Prevalece o ciúme na relação com o outro da mesma geração.

### RECUSA / BLOQUEIO

- Não há elaboração de nenhuma temática.

## P 8 GF

### IMPOSSIBILIDADE/RECUSA IDENTIFICAÇÃO À FIGURA MATERNA

- Impossibilidade de se rever no papel maternal/oposição aos conteúdos transmitidos pela figura materna. Não há reconhecimento das boas qualidades do objecto maternal (não há expressão da interiorização do vínculo amoroso).

### AMBIVALÊNCIA FACE À MATERNIDADE

- A expressão do conflito centra-se entre o “querer” e o “não querer” o bebé.

### TEMÁTICA DEPRESSIVA

- De âmbito essencialmente narcísico

Consideramos, globalmente, neste caso, o conceito de *Depressividade* proposto por Coimbra de Matos (1960). São aqui contempladas as respostas que exprimem “tristezas diluídas” em que o objecto ou o outro não é mencionado ou, quando o é, surge como garante da existência do próprio sujeito.

- Centrada na perda/ausência do objecto

A expressão do afecto tristeza surge, essencialmente, motivada pela perda ou pela ausência de um objecto significativamente investido.

- Centrada na decepção objectal

A expressão do afecto tristeza surge, essencialmente, motivada pela decepção que o objecto de algum modo suscita: discrepância entre o objecto idealizado e o objecto real, o que é fonte de dor mental.

## MEDO DO DESCONHECIDO/SINAL DE ANGÚSTIA

De acordo com Laplanche e Pontalis (1985) a expressão “sinal de angústia” é introduzida por Freud na remodelação da sua teoria da angústia (1926). Passa então a ser posta em evidência como função defensiva do ego, “símbolo afectivo” de uma situação que não estando ainda presente é de algum modo temida.

Com Spitz (cit. *in* Mazet e Houzel, 1979) a função potencialmente integradora da angústia surge no âmbito da sua teoria da evolução da relação objectal, identificando a “angústia do 8º mês” e atribuindo-lhe um papel fundamental como elemento organizador do desenvolvimento.

Em Bion (cit. *in* Grinberg et al., 1973), o “desconhecido”, o “novo” é perspectivado como inerentemente disruptivo (angústia primária) mas, também, como potencialmente integrador, susceptível de promover aquilo que designa por “mudança catastrófica”, ou seja, alcance de uma ideia nova.

Depreendemos assim que o desconhecido é, simultaneamente, gerador de angústia (dor mental) e motor de desenvolvimento e crescimento pessoal na medida em que o sujeito ao chamar a si experiências passadas as consiga reformular com base na integração das novas situações ou acontecimentos.

Incluimos, neste caso, as respostas em que o medo/angústia expressa parece de algum modo referir-se à nova experiência da maternidade que se encontra iminente. Os temas que os sujeitos exprimem centram-se sobretudo ao nível da ansiedade relativa ao estado do bebé (se se encontra bem, com saúde, como irá decorrer o seu futuro...) e da própria como mãe (como lidará com a nova função da maternidade).

## SENTIMENTO DE PLENITUDE

- Expressão de um sentimento de grande bem estar.

### TEMÁTICA DO “BÉBÉ IMAGINÁRIO”

- A mãe, sem revelar particular angústia, refere-se à actividade de imaginar o seu (futuro) bebé, como que numa tentativa de o “materializar”.

### RECUSA/BLOQUEIO

- Não há elaboração de nenhuma temática.

## **ANEXO 13**

P 7 GF (TAT Categorias)

Suj.	G. "Toxicodependente"	G. "Não toxicodependente"
1	Impossibilidade / Recusa identificação	Aceita identificação à figura materna
2	Rivalidade fraterna	Aceita identificação à figura materna
3	Impossibilidade / Recusa identificação	Impossibilidade / Recusa identificação
4	Impossibilidade / Recusa identificação	Rivalidade fraterna
5	Temática depressiva (perca / ausência do objecto)	Aceita identificação à figura materna
6	Aceita identificação à figura materna	Recusa / Bloqueio
7	Impossibilidade / Recusa identificação	Temática depressiva (perca / ausência do objecto)
8	Temática depressiva (âmbito narcísico)	Aceita identificação à figura materna
9	Aceita identificação à figura materna	Aceita identificação à figura materna
10	Impossibilidade / Recusa identificação	Ambivalência na relação mãe-filha
11	Recusa / Bloqueio	Recusa / Bloqueio
12	Recusa / Bloqueio	Ambivalência na relação mãe-filha
13	Rivalidade fraterna	Temática depressiva (perca / ausência do objecto)
14	Recusa / Bloqueio	Ambivalência na relação mãe-filha
15	Rivalidade fraterna	Aceita identificação à figura materna
16	Impossibilidade / Recusa identificação	Aceita identificação à figura materna
17	Temática depressiva (decepção objectal)	Aceita identificação à figura materna
18	Impossibilidade / Recusa identificação	Rivalidade fraterna
19	Impossibilidade / Recusa identificação	Impossibilidade / Recusa identificação

P 8 GF (TAT Categorias)

Suj.	G. "Toxicodependente"	G. "Não toxicodependente"
1	Ambivalência face à maternidade	Temática depressiva (decepção objectal)
2	Medo do desconhecido / Sinal de angústia	Temática depressiva (perca do objecto)
3	Temática depressiva (âmbito narcísico)	Temática depressiva (perca do objecto)
4	Temática depressiva (perca do objecto)	Medo do desconhecido / Sinal de angústia
5	Temática depressiva (âmbito narcísico)	Medo do desconhecido / Sinal de angústia
6	Temática depressiva (perca do objecto)	Temática depressiva (perca do objecto)
7	Temática depressiva (âmbito narcísico)	Medo do desconhecido / Sinal de angústia
8	Temática depressiva (perca do objecto)	Temática depressiva (decepção objectal)
9	Temática depressiva (perca do objecto)	Recusa / Bloqueio
10	Temática depressiva (perca do objecto)	Medo do desconhecido / Sinal de angústia
11	Temática depressiva (âmbito narcísico)	Ambivalência face à maternidade
12	Temática depressiva (perca do objecto)	Temática depressiva (perca do objecto)
13	Temática depressiva (perca do objecto)	Sentimento de plenitude
14	Temática depressiva (âmbito narcísico)	Medo do desconhecido / Sinal de angústia
15	Temática depressiva (âmbito narcísico)	Recusa / Bloqueio
16	Recusa / Bloqueio	Medo do desconhecido / Sinal de angústia
17	Temática depressiva (decepção objectal)	Temática do bebé imaginário
18	Impossibilidade / Recusa identificação à figura materna	Temática do bebé imaginário
19	Recusa / Bloqueio	Temática depressiva (perca do objecto)

## **ANEXO 14**

Resultados item a item da escala bipolar referentes ao *Bébé* (questão nº3 do questionário «R») nos grupos “não toxicod dependente” e “toxicod dependente” (médias, desvios-padrão e t-student).

Itens	“Não tóxico”		“Tóxico”		t	p	Sentido da diferença
	Média	DP	Média	DP			
Activo	4,684	0,478	4,000	1,106	2,477	0,0181	NT>T
Calmo	2,789	1,316	1,474	0,905	3,592	0,001	NT>T
Não agressivo	4,421	0,902	3,105	1,487	3,298	0,0022	NT>T
Comunicativo	4,737	0,562	3,474	1,611	3,226	0,0027	NT>T
Não tímido	3,526	1,389	4,053	1,353	-1,183	0,2445	-
Alegre	4,947	0,229	4,053	1,224	3,133	0,0034	NT>T
Fácil	3,316	1,204	2,684	1,635	1,356	0,1836	-
Bonito	4,789	0,713	4,211	1,134	1,883	0,0677	-
Inteligente	4,263	0,872	4,053	1,129	0,643	0,5241	-
Receptivo	4,684	0,582	4,211	0,855	1,996	0,0536	-
Caloroso	4,474	0,697	4,105	0,994	1,323	0,1942	-
Independente	2,947	1,224	2,684	1,529	0,586	0,5618	-
Confiante	3,947	1,079	3,421	1,261	1,382	0,1754	-
“Vivo”	4,737	0,452	4,526	0,841	0,961	0,3431	-
Tranquilo	2,947	1,615	1,632	1,012	3,010	0,0048	NT>T
Afectuoso	4,789	0,419	4,737	0,452	0,372	0,7120	-

## **ANEXO 15**

Resultados item a item da escala bipolar referentes à *própria como mãe* (questão nº9 do questionário «R») nos grupos “não toxicodependente” e “toxicodependente” (médias, desvios-padrão e t-student).

Itens	“Não tóxico”		“Tóxico”		t	p	Sentido da diferença
	Média	DP	Média	DP			
Afectuosa	4,842	0,501	4,579	0,769	1,250	0,2194	-
Compreensiva	4,737	0,452	4,579	0,507	1,013	0,318	-
Não medrosa	3,000	1,291	2,632	1,383	0,849	0,4016	-
Disponível	4,211	0,787	4,000	1,291	0,607	0,5477	-
“Mãe galinha”	4,263	0,872	4,053	0,970	0,703	0,4863	-
Paciente	3,632	1,383	3,579	1,170	0,127	0,8999	-
Autoritária	3,263	1,240	3,158	1,463	0,239	0,8123	-
Divertida	4,579	0,607	4,579	0,961	0	-	-
Controladora	3,947	0,705	3,263	1,408	1,894	0,0663	-
Generosa	4,632	0,684	4,316	1,057	1,093	0,2815	-
Confiante	3,789	1,357	2,632	1,342	2,644	0,0121	NT>T
Satisfeita	4,632	0,761	4,263	0,933	1,334	0,1907	-
Fácil	3,421	1,305	2,947	1,615	0,995	0,3266	-

## **ANEXO 16**

Resultados item a item da escala bipolar referentes à *própria* (questão nº18 do questionário «R») nos grupos “não toxicod dependente” e “toxicod dependente” (médias, desvios-padrão e t-student).

Itens	“Não tóxico”		“Tóxico”		t	p	Sentido da diferença
	Média	DP	Média	DP			
Activa	4,684	0,478	4,316	0,740	1,516	0,1384	-
Calma	2,211	1,357	1,947	1,311	0,608	0,5471	-
Não agressiva	4,000	1,333	2,526	1,541	3,152	0,0033	NT>T
Comunicativa	4,474	0,841	3,632	1,571	2,060	0,0467	NT>T
Não tímida	3,211	1,357	4,263	1,147	-2,582	0,0140	T>NT
Alegre	4,737	0,452	3,316	1,108	5,175	0,0001	NT>T
Fácil	3,579	1,427	3,316	1,376	0,579	0,5664	-
Bonita	3,421	0,961	3,421	0,769	0	-	-
Inteligente	3,842	0,834	3,947	0,848	-0,386	0,7020	-
Receptiva	4,421	0,769	4,263	1,046	0,530	0,5991	-
Calorosa	4,474	0,772	3,526	1,429	2,543	0,0154	NT>T
Independente	3,053	1,545	3,105	1,629	-0,102	0,9192	-
Confiante	3,421	1,346	2,842	1,302	1,347	0,1863	-
“Viva”	4,789	0,419	4,263	0,991	2,132	0,0399	NT>T
Tranquila	2,737	1,408	2,316	1,376	0,932	0,3575	-
Afectuosa	4,684	0,478	4,316	0,582	2,132	0,0399	NT>T

Resultados item a item da escala bipolar referentes ao *pai do bebé* (questão nº19 do questionário «R») nos grupos “não toxicod dependente” e “toxicod dependente” (médias, desvios-padrão e t-student).

Itens	“Não tóxico”		“Tóxico”		t	p	Sentido da diferença
	Média	DP	Média	DP			
Activo	4,737	0,562	4,588	0,795	0,653	0,5182	-
Calmo	3,211	1,475	2,529	1,586	1,335	0,1907	-
Não agressivo	4,421	1,017	3,176	1,590	2,828	0,0078	NT>T
Comunicativo	4,316	1,003	3,765	1,348	1,402	0,1701	-
Não tímido	4,000	1,374	4,000	1,369	0	-	-
Alegre	4,684	0,478	4,412	0,618	1,488	0,1459	-
Fácil	3,789	1,584	3,294	1,490	0,963	0,3423	-
Bonito	4,737	0,562	4,529	0,624	1,049	0,3014	-
Inteligente	4,368	0,955	4,353	0,862	0,051	0,9598	-
Receptivo	4,474	0,772	3,765	1,200	2,130	0,0405	NT>T
Caloroso	4,579	0,507	3,882	1,317	2,138	0,0398	NT>T
Independente	3,632	1,499	3,353	1,579	0,543	0,5906	-
Confiante	4,105	1,100	3,588	1,372	1,253	0,2186	-
“Vivo”	4,684	0,478	4,529	0,624	0,841	0,4063	-
Tranquilo	3,368	1,383	2,412	1,228	2,184	0,0360	NT>T
Afectuoso	4,526	0,772	3,588	1,543	2,344	0,0251	NT>T

## **ANEXO 17**

Descrição das suas *próprias mães* nos grupos “não toxicodependente” e “toxicodependente” segundo a sua frequência e ordem de aparição - questões nº11 e 12 do questionário «R» -.

Descritores	“Não tóxico”						“Tóxico”						$\chi^2(a)$	p
	Ordem de aparição				Total		Ordem de aparição				Total			
	1º	2º	3º	4º	f	%	1º	2º	3º	4º	f	%		
Meiga	4	4	2	0	10	52,6	3	3	0	0	6	31,6	1,727	0,1888 <sup>ns</sup>
Pouco meiga	0	0	2	0	2	10,5	0	0	1	0	1	5,3	0,362	0,5475 <sup>ns</sup>
Alegre	0	1	0	1	2	10,5	0	0	0	0	0	0	2,111	0,1462 <sup>ns</sup>
Disponível	2	1	0	0	3	15,8	1	0	2	1	4	21,1	0,175	0,6756 <sup>ns</sup>
Pouco disponível	2	2	2	0	6	31,6	4	1	1	0	6	31,6	0	1 <sup>ns</sup>
Paciente	2	0	0	0	2	10,5	0	0	0	0	0	0	2,111	0,1462 <sup>ns</sup>
Impaciente	1	0	0	0	1	5,3	0	0	0	1	1	5,3	0	1 <sup>ns</sup>
«Amiga»	0	0	0	0	0	0	2	1	0	0	3	15,8	3,257	0,0711 <sup>ns</sup>
«Perfeita»	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	5,3	1,027	0,3109 <sup>ns</sup>
Equilibrada														
emocionalmente	1	0	1	0	2	10,5	0	0	0	0	0	0	2,111	0,1462 <sup>ns</sup>
Pouco equilibrada														
emocionalmente	3	0	0	0	3	15,8	1	4	2	0	7	36,8	2,171	0,1406 <sup>ns</sup>
«Mãe galinha»	1	4	1	0	6	31,6	2	1	1	0	4	21,1	0,543	0,4613 <sup>ns</sup>
Autoritária	2	2	1	1	6	31,6	0	0	0	1	1	5,3	4,378	0,0364 <sup>*</sup>
Permissiva	0	0	0	1	1	5,3	2	1	0	0	3	15,8	1,118	0,2904 <sup>ns</sup>
Comunicativa	1	0	1	0	2	10,5	0	0	0	1	1	5,3	0,362	0,5475 <sup>ns</sup>
Pouco comunicat.	0	3	1	0	4	21,1	0	1	0	0	1	5,3	2,073	0,15 <sup>ns</sup>
Encorajadora	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	5,3	1,027	0,3109 <sup>ns</sup>
Pouco encorajad.	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	5,3	1,027	0,3109 <sup>ns</sup>
Preconceituosa	0	0	0	1	1	5,3	0	0	1	0	1	5,3	0	1 <sup>ns</sup>
Frustrada	0	1	0	0	1	5,3	0	0	0	1	1	5,3	0	1 <sup>ns</sup>
Bonita	1	0	0	0	1	5,3	0	0	0	2	2	10,5	0,362	0,5475 <sup>ns</sup>

Legenda:

(a) - O valor do  $\chi^2$  diz respeito às diferenças entre as frequências totais -f- (N=38)

ns - Diferenças estatisticamente não significativas

\* - Diferenças estatisticamente significativas para  $p < 0,05$

## **ANEXO 18**

Resultados item a item da escala bipolar referentes às *suas próprias mães* (questão nº13 do questionário «R») nos grupos “não toxicodependente” e “toxicodependente” (médias, desvios-padrão e t-student).

Itens	“Não tóxico”		“Tóxico”		t	p	Sentido da diferença
	Média	DP	Média	DP			
Afectuosa	3,579	1,261	3,684	1,529	-0,231	0,8183	-
Compreensiva	3,053	1,393	3,684	1,600	-1,297	0,2028	-
Não medrosa	3,263	1,593	3,000	1,528	0,520	0,6064	-
Disponível	2,579	1,677	3,000	1,732	-0,761	0,4515	-
“Mãe galinha”	3,579	1,216	3,105	1,524	1,059	0,2966	-
Paciente	2,895	1,449	2,789	1,437	0,225	0,8234	-
Autoritária	3,632	1,499	3,158	1,500	0,974	0,3367	-
Divertida	3,316	1,600	3,632	1,535	-0,621	0,5387	-
Controladora	3,789	1,182	2,684	1,336	2,701	0,0105	NT>T
Generosa	4,526	0,841	3,737	1,485	2,016	0,0513	-
Confiante	3,263	1,593	2,842	1,675	0,794	0,4325	-
Satisfeita	4,158	1,385	3,211	1,398	2,099	0,0429	NT>T
Fácil	2,947	1,508	2,947	1,747	0	-	-