

# Gravidez e Mecanismos de Defesa: um estudo introdutório (\*)

JOÃO MANUEL JUSTO (\*\*)

## INTRODUÇÃO

Nos últimos trinta anos a gravidez tem sido estudada como uma fase de desenvolvimento psicológico da maior importância. Os estudos de Bibring (1961) introduziram a noção de que o desenvolvimento psicológico ocorrido ao longo da gravidez pode ser conceptualizado numa sequência de fases. Colman e Colman (1973) propõem, para essa sequência, as designações: «Integração» (1.º trimestre); «Diferenciação» (2.º trimestre) e «Separação» (3.º trimestre). As características destas fases correspondem à reacção que acontece na personalidade feminina à medida que a gravidez, e o feto, se desenvolvem. Na fase da integração a mulher tem que aceitar que está grávida: integrar a gravidez dentro de si significa, entre outras coisas, mudar hábitos de vida, preparar a sua pessoa, o seu organismo e a sua família para a chegada do novo ser. Na fase da diferenciação (cujo início, supõe-se, coincide com o início dos primeiros movimentos

fetais) a grávida começa a vivenciar a autonomia do feto: apercebe-se de que o desenvolvimento do feto segue ritmos e regras próprias e, portanto, é um processo que a futura mãe não pode controlar. Na fase da separação (cujo início deve acontecer perto do fim do 6.º mês, princípio do 7.º) a grávida começa a antecipar o processo pelo qual se vai desligar da gravidez — «O Trabalho de Parto». Ao mal estar provocado pela dimensão do feto (perto do máximo), associa-se a fantasia acerca das dores e sofrimentos que poderão ocorrer durante o nascimento do futuro bebé. Paralelamente ao desenvolvimento psicológico característico da gravidez ocorrem modificações importantes na vida da mulher, e na sua relação conjugal. Nos hábitos alimentares verificam-se alterações muito pronunciadas: aumentos e reduções do quantitativo alimentar atingem o seu apogeu no 2.º trimestre da gravidez. Associado às modificações dos hábitos alimentares está o aparecimento das crises de vômitos e náuseas matinais (com um desenvolvimento intenso durante o 1.º trimestre, têm tendência a desaparecer durante o 2.º e 3.º trimestres). Segundo Chertock (1963) as crises de vômitos durante a gravidez estão relacionadas com a ambivalência da futura mãe face à criança e à maternidade. O material onírico é também sujeito a modificações correspondentes ao simbolismo da gravidez, da maternidade e do trabalho de parto (Delcros & Widlocher, 1977). Nota-se ainda que, durante a gravidez, o

(\*) Este estudo apenas foi possível graças à colaboração da Maternidade Dr. Alfredo da Costa (nomeadamente do corpo médico e de enfermagem da «Consulta Externa de Obstetrícia») e dos Centros de Saúde da A.R.S. de Lisboa, cuja disponibilidade e apoio aproveitamos para agradecer. Desejamos também agradecer à Professora Dr.ª Maria Rita Mendes Leal o apoio e supervisão dispensados em todos os momentos deste trabalho.

(\*\*) Assistente na Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Lisboa.

relacionamento sexual do casal sofre uma alteração importante: redução durante o 1º trimestre (associada à fantasia de que o relacionamento sexual pode danificar o feto); aumento durante o 2º trimestre (associado à constatação/vivência de que o feto tem uma vida independente); redução durante o 3º trimestre (associada ao desconforto provocado pelo volume do feto).

Subjacente a todas as alterações já enunciadas está a importantíssima modificação na «identidade psicológica» da mulher grávida. Tal como é salientado por Bibring (1961), uma vez adolescente não se pode voltar a ser criança, depois da menopausa não se pode voltar a procriar, uma vez mãe não se pode voltar a estar delimitada em si própria. Esta evolução psicológica, para um estágio da vida em que a pessoa humana se reconstrói com o contributo das suas extensões filiais, implica um enriquecimento da identidade do sujeito.

Um dos contributos mais importantes que a psicologia forneceu ao estudo da maternidade diz respeito à relação entre as variáveis psicológicas e as variáveis obstétricas e pediátricas no momento do nascimento. Davids e Devault (1961), Mac Donald, Ginther e Christakos (1963) e Beck e col. (1980) demonstraram a existência de uma associação significativa entre o nível de ansiedade no fim da gravidez e a ocorrência de problemas obstétricos durante o trabalho de parto, bem como com a ocorrência de problemas pediátricos durante ou após o parto. Quer dizer, as grávidas mais ansiosas durante o terceiro trimestre têm uma probabilidade mais elevada de, entre outros problemas, terem um trabalho de parto mais prolongado, necessitarem de mais cuidados e intervenções médicas (mais analgésicos; mais anestésicos; mais forceps; mais cesarianas; etc.), e as suas crianças têm mais probabilidades de apresentarem problemas durante o nascimento.

A aquisição destes conhecimentos estimulou e originou a realização de investigações respeitantes aos benefícios da intervenção psicológica nesta área. Vejamos alguns dos exemplos mais importantes. O investimento psicoterapêutico nas mulheres que são vítimas de aborto espontâneo (Edward Mann, 1959) veio mostrar duas coisas. Em primeiro lugar,

os aspectos psicológicos são de primordial importância na manutenção e desenvolvimento da gravidez saudável; em segundo lugar, a intervenção psicoterapêutica pode colaborar com a intervenção médica no sentido de fazer aumentar, significativamente, as taxas de sucesso no tratamento dos mais variados transtornos da gravidez. Callahan *et al* (1986), utilizando o método ABC (*Antecedents; Behavior; Consequences*), obtêm uma ampla margem de sucesso no tratamento da «hiperemesis gravidarum». No tratamento do parto-prematuro, Omer *et al* (1986) obtêm um aumento de 50% para 75% no número de dias de gravidez posteriores à crise. Decorre ainda, dos trabalhos de Leff (1980), a ampla capacidade de reajustamento e de recuperação psicológica patenteadas pelas mulheres grávidas submetidas a psicoterapia de orientação dinâmica.

## OBJECTIVOS

Tendo em conta a importância da ansiedade ao correr da gravidez e na concretização do trabalho de parto, importa aclarar a «gestão» do fenómeno ansioso durante a gravidez.

Segundo Freud (1925), a ansiedade pode ser entendida como um «sinal» emitido pelo Ego. Este sinal indicia a presença ou antecipação de situações de perigo e, destina-se à activação dos recursos psicológicos adequados ao combate da situação ansiogénea e à protecção da pessoa ameaçada. Na conceptualização freudiana a gestão da ansiedade é praticada pelo Ego e exercida através de «mecanismos de defesa» (Sigmund Freud, 1894, 1915, 1922 e 1925; Anna Freud, 1949). Se os mecanismos de defesa são importantes para a gestão da ansiedade, e se o controlo da ansiedade é importante para o desenvolvimento saudável da gravidez e para a concretização harmoniosa do trabalho de parto, então, pensamos, os mecanismos de defesa devem desempenhar um papel importante na manutenção do equilíbrio emocional durante os nove meses da gestação.

O objectivo do nosso estudo consiste em tentar demonstrar que os mecanismos de defesa sofrem uma modificação específica durante a gravidez. Essa modificação deve ser de molde a proporcionar o ajustamento psicológico

adequado ao desenvolvimento da gravidez. A acontecer tal alteração deveria permitir a distinção entre mulheres grávidas saudáveis, mulheres não grávidas e mulheres grávidas doentes (grávidas de alto risco obstétrico).

## MÉTODO

**Material** — Para a avaliação dos mecanismos de defesa escolhemos o teste «Defence Mechanisms Inventory» (D.M.I.) de Gleser e Ihilevich (1969). Neste teste os mecanismos de defesa são agrupados em cinco classes diferentes: TAO (*Turning Against Object*) — mecanismos que lidam com o conflito dirigindo a agressividade contra o objecto externo; PRO (*Projection*) — mecanismos que justificam a expressão da agressividade face a objectos externos na medida em que esses objectos são vivenciados como destruidores ou perseguidores; PRN (*Principialization*) — intelectualização, isolamento e racionalização; TAS (*Turning Against Self*) — mecanismos que lidam com o conflito dirigindo a agressividade contra o próprio «self»; REV (*Reversal*) — negação, denegação, formação reactiva e repressão. Este teste foi traduzido e alvo de uma adaptação na

população feminina da cidade de Lisboa (Justo, 1989).

**Sujeitos** — Foram recolhidas três amostras de mulheres de forma a constituir os três grupos: (G1) mulheres grávidas saudáveis; (G2) mulheres grávidas de alto risco e (G3) mulheres não grávidas. As grávidas do grupo G1 (saudáveis) foram entrevistadas aquando da consulta de rotina no seu Centro de Saúde (todas se encontravam no 3º trimestre de gravidez); as grávidas do grupo G2 (alto risco obstétrico) foram entrevistadas quando se deslocaram à «Consulta de Alto Risco Obstétrico» na Maternidade Dr. Alfredo da Costa (também no 3º trimestre de gravidez) e, as mulheres do grupo G3 (não grávidas) foram entrevistadas em locais de trabalho.

## RESULTADOS

No Quadro 1 podem observar-se as médias e desvios padrão dos três grupos nas várias escalas de mecanismos de defesa do teste D.M.I.. Estão também presentes, neste quadro, as médias e desvios padrão das variáveis idade e escolaridade, além dos respectivos N's (G1 N=106; G2 N=103; G3 N=107). Os grupos de mulheres grávidas (G1 — grávidas saudáveis;

QUADRO 1

*Médias e desvios padrão dos três grupos no D.M.I.*

D.M.I.	G1 Grávidas Saudáveis		G2 Grávidas de Alto Risco		G3 Não Grávidas	
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.
TAO	37.86	12.1	30.24	9.6	34.65	9.1
PRO	40.53	6.6	36.82	5.8	40.07	5.5
PRN	48.15	7.4	50.14	7.1	47.77	6.7
TAS	36.92	5.6	37.95	4.9	36.76	6.1
REV	36.55	10.3	44.85	9.1	40.66	7.3
N	106		103		107	
IDADE	26.83	5.3	26.55	5.4	30.81	8.7
ESC.	8.91	3.7	8.75	3.7	9.62	3.9

G2 — grávidas de alto risco) apresentam médias e desvio padrão muito semelhantes no que respeita a idade e escolaridade. O mesmo não se passa com o grupo de mulheres não grávidas (G3) que apresenta uma média de idades superior em 4 anos, e uma média de escolaridade superior em 1 ano, quando comparado com os dois grupos anteriores. A possível influência destas discrepâncias nos resultados será tida em conta na discussão dos resultados.

Para determinar a existência de diferenças significativas nas escalas de mecanismos de defesa nos três grupos, utilizámos uma análise multivariada da variância (MANOVA)(1).

De acordo com a exigência da análise multivariada da variância estudámos a normalidade das distribuições das escalas de mecanismos de defesa bem como a semelhança dos desvios padrão (homossedasticidade). O

(1) Esta análise foi-nos sugerida pelo Prof. Doutor Galvão de Melo (Escola Nacional de Saúde Pública) a quem aproveitamos para agradecer o apoio dispensado.

estudo das distribuições, através do teste de Kolgomorov Smirnov, mostrou que todas eram normais à excepção da variável PRN no grupo G2 (ligeiramente desviada para a direita). Quanto à homossedasticidade, ainda que sem grande discrepância no geral, constata-se diferenças acentuadas entre os S.D.'s dos grupos G1 e G3 nas escalas TAO (12.1 — 9.1), e na escala REV (10.3 — 7.3).

No Quadro 2 apresentamos os valores da estatística F, os graus de liberdade e os níveis de significância para cada escala. Apresentamos ainda os valores obtidos com os testes Wilk's Lambda e Pillai Bartlet (os mais adequados quando se detectam discrepâncias na homossedasticidade e quando nem todas as distribuições são normais; Haase & Ellis, 1987).

De acordo com os resultados da análise multivariada da variância as diferenças patentes nas médias dos três grupos são significativas ( $P < 0.00000$ ), tanto pelo critério de Wilk's Lambda como pelo critério de Pillai Bartlet. Analisando escala por escala concluímos que nas variáveis TAO, PRO e REV as diferenças são mais extremadas, sendo tangencialmente

## QUADRO 2

### *Análise múltipla da variância dos dados dos três grupos*

D.M.I.	Graus de Liberdade — 2 — 313	
	F — ratio	P
TAO	14.2303	0.00000
PRO	11.8985	0.00000
PRN	3.38725	0.03396
TAS	1.40347	0.24594
REV	22.4500	0.00000
	VALOR	P
Wilk's Lambda	0.84672	
Rao R, Form 3 (10—618)	5.36141	0.00000
Pillai Bartlet Trace	0.15705	
V (10—620)	5.28337	0.00000

significativas as diferenças na escala PRN e, não alcançando significância na escala TAS.

## CONCLUSÕES

Do exposto conclui-se que os mecanismos de defesa das mulheres grávidas saudáveis e das mulheres grávidas em alto risco obstétrico apresentam diferenças importantes entre si, além de apresentarem diferenças importantes em relação aos mecanismos de defesa observados em mulheres não grávidas. Essas diferenças respeitam sobretudo aos mecanismos que lidam com o impulso agressivo (TAO e PRO), e aos mecanismos que operam no sentido de negar a existência de conflitos (REV) (ver Quadro 2). Concretizando, são as mulheres grávidas em alto risco obstétrico que reduzem (ao mínimo observado) o uso dos mecanismos incluídos em TAO e PRO enquanto que, pelo contrário, inflacionam o uso (ao máximo observado) dos mecanismos incluídos em REV. Pensamos poder concluir que a mulher grávida, ao sentir-se ameaçada por um problema de saúde (alto risco obstétrico), reorganiza os seus mecanismos de defesa de forma a reprimir qualquer vivência impulsiva do tipo agressivo (redução em TAO e PRO), e anulando a vivência de possíveis conflitos psicológicos (aumento em REV). Quanto às mulheres grávidas saudáveis observa-se um aumento no uso dos mecanismos incluídos em TAO, mas não no uso dos mecanismos incluídos em PRO. Esta diferença é tanto mais importante quanto ambas as escalas dizem respeito a mecanismos que lidam com o impulso agressivo. Pensamos poder concluir que a gravidez normal implica um aumento de contacto com a impulsividade. Nota-se, também, que as mulheres grávidas saudáveis têm um aumento no uso dos mecanismos incluídos na escala REV (aumento que as situa a meio caminho entre as não grávidas e as grávidas de alto risco obstétrico). Daí deduzimos que a vivência da gravidez normal implica o uso mais intenso dos mecanismos destinados a apagar ou desvanecer a conflitualidade psicológica (mas não de uma forma tão intensa quanto a patenteada pelas grávidas de alto risco).

Para finalizar queremos notar que na escala

TAS não se registam quaisquer diferenças significativas. Nesta escala estão incluídos os mecanismos que lidam com o conflito psicológico operando por introjecção da agressividade (o virar da agressividade para dentro). Estes mecanismos são geralmente apresentados como de primordial importância na génese dos estados depressivos. Uma vez que, tanto as mulheres grávidas saudáveis como as de alto risco apresentam valores muito próximos dos apresentados pelas mulheres não grávidas pensamos estar perante um possível efeito psicoprofilático da gravidez.

Não podemos terminar sem referir a possível contribuição das diferenças encontradas nas variáveis idade e escolaridade, em relação aos resultados da aplicação do D.M.I.. Nas nossas amostras, as mulheres não grávidas possuem, em média, mais um ano de escolaridade do que as mulheres grávidas dos grupos G1 e G2. Essa diferença é demasiado pequena para poder influenciar os resultados do D.M.I. (um teste de papel e lápis, dez histórias de fácil leitura e, respostas de escolha múltipla). O mesmo não se pode dizer das diferenças encontradas ao nível da idade, uma vez que o grupo das mulheres não grávidas possui, em média, mais quatro anos de idade do que os grupos de mulheres grávidas. Gleser e Ihlevich (1969) referem que a organização dos mecanismos de defesa tende a modificar-se à medida que a idade aumenta. Nomeadamente os mecanismos incluídos em TAO e PRO tendem a diminuir em intensidade, e os mecanismos incluídos em PRN e REV tendem a aumentar. Ora acontece que nas nossas amostras se passa algo de diferente: são as mulheres grávidas de alto risco (mais jovens do que as não grávidas) que apresentam resultados com essa tendência, enquanto que as mulheres grávidas saudáveis (também mais jovens do que as não grávidas) apresentam resultados semelhantes aos de G3 em PRO e PRN, e só em TAO e em REV apresentam resultados de acordo com a diferença de idades.

## BIBLIOGRAFIA

Bibring, G.L., Dwyer, T.F., Huntington, D.S. & Valenstein, A.F. (1961). A Study of the

- Psychological Processes in Pregnancy and of the Earliest Mother-Child Relationship. *Psychoanalytic Study of the Child*, 16(1): 9.
- Beck, N.C., Siegel, L.J., Davidson, N.P., Kormeir, S., Breitenstein, A. & Haal, D.G. (1980). The Prediction of Pregnancy Outcome: Maternal Preparation, Anxiety, and Attitudinal Sates. *Journal of Psychosomatic Research*, 24: 343.
- Callahan, E.J., Burnette, M.M., DeLawyer, D. & William, S.D. (1986). Behavioral Treatment of Hyperemesis Gravidarum. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 5: 187.
- Chertock, L., Mondzain, M.L. & Bonnaud, M. (1963). Vomiting and the Wish of Having a Child. *Psychosomatic Medicine*, 25(1): 13.
- Colman, A. & Colman, L. (1973). *La Psychologie de la Grossesse*. Paris: Editions Robert Laffont.
- Davids, A. & Devault, S. (1962). Maternal Anxiety During Pregnancy and Child Birth Abnormalities. *Psychosomatic Medicine*, XXIV(5): 464.
- Delcros, J. & Widlocher, D. (1977). Les Remaniements Psychologiques au cours de la Grossesse. *La Revue du Praticien*, XXVII(50): 3413.
- Freud, A. (1949). *Le Moi et les Mécanismes de Défense*. Paris: PUF.
- Freud, S. (1894). *The Neuropsychoses of Defence*. London: S.E., Hogart Press (1974).
- Freud, S. (1915). *Instincts and their Vicissitudes*. London: S.E., Hogart Press (1974).
- Freud, S. (1922). *Some Neurotic Mechanisms in Jealousy, Paranoia and Homosexuality*. London: S.E., Hogart Press (1974).
- Freud, S. (1925). *Inhibition, Symptoms and Anxiety*. London: S.E., Hogart Press (1974).
- Gleser, G. & Ihilevich, D. (1969). An Objective Instrument for Measuring Defense Mechanisms. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 33(1): 51.
- Haase, R.F. & Ellis, M.V. (1987). Multivariate Analysis of Variance. *Journal of Counseling Psychology*, 34(4): 404.
- Justo, J. (1989). Teste D.M.I. «Defense Mechanisms Inventory» — Versão Feminina Portuguesa — Primeiros Resultados de Normalização. *Psicologia Clínica*: 2.
- Leff, J.R. (1980). Psychotherapy with Pregnant Women. In *Psychological Aspects of Pregnancy Birthing and Bonding* (B.B. Blum, Ed.), New York: Human Sciences Press.
- Mac Donald, R.L., Ginther, M.D. & Christakos, A.C. (1963). Relations Between Maternal Anxiety and Obstetric Complications. *Psychosomatic Medicine*, 25(4): 357.
- Mann, E.C. (1959). Habitual Abortion; A Report in two Parts of 160 Patients. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 73: 706.
- Omer, H., Friedlander, D. & Palti, Z. (1986). Hipnotic Relaxation in the Treatment of Premature Labour. *Psychosomatic Medicine*, 48: 5.

## RESUMO

Neste artigo relata-se uma investigação acerca da organização dos mecanismos de defesa no fim da gravidez. Foi usado o teste D.M.I. («Defense Mechanisms Inventory») para avaliar a organização dos mecanismos de defesa em três grupos de mulheres: G1 — mulheres grávidas saudáveis; G2 — grávidas em alto risco obstétrico e G3 — mulheres não grávidas. A análise da variância múltipla revela a existência de diferenças significativas entre os três grupos. Discute-se a possível interpretação dos resultados no contexto da evolução psicológica ocorrida durante a gravidez.

## ABSTRACT

Mechanisms for dealing with psychological conflict found in the last period of pregnancy were researched applying the D.M.I. («Defense Mechanisms Inventory») to three samples: healthy and obstetric high risk pregnant women (G1 and G2), and non pregnant women (G3). Multiple Variance Analysis establish a significant difference between the populations sampled. Results are discussed in terms of psychological development during pregnancy.