

Vivências Psíquicas de Mulheres com Pré-Eclâmpsia: Um Estudo Qualitativo

Psychic Experiences of Women With Preeclampsia: A Qualitative Study

Experiencias Psíquicas de Mujeres Con Pre-Eclampsia: Un Estudio Cualitativo

Danielle Abdel Massih Pio¹

Faculdade de Medicina de Marília (Famema)

José Carlos Peraçoli

Universidade Estadual Paulista (FMB/Unesp)

Roseli Vernasque Bettini

Faculdade de Medicina de Marília (Famema)

Resumo

As síndromes hipertensivas são as complicações mais frequentes na gestação constituindo, no Brasil, como primeira causa de mortalidade materna. A presente pesquisa objetivou investigar a vivência da gravidez e a constituição da relação afetiva mãe-bebê em grávidas com diagnóstico de pré-eclâmpsia. Participaram do estudo nove gestantes, acompanhadas em um ambulatório de gravidez de risco ou internadas em uma Unidade Materno-Infantil de um município do interior paulista. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas, com posterior análise de conteúdo temática. Os quatro temas identificados nas entrevistas foram: os sentimentos frente à descoberta da gravidez; expectativas: da ambivalência ao vínculo mãe-bebê; maternidade e maternagem: crise vital ou risco?; e a hipertensão na gestação: perspectivas psicossomáticas e repercussões emocionais da doença. O desejo da maternidade foi manifesto, apesar do risco, com uma representação mental do bebê e expectativas de superação da insegurança relacionada ao desempenho do papel materno.

Palavras-chave: gravidez de alto risco, pré-eclâmpsia, psicologia médica

Abstract

Hypertensive disorders are the most common complications during pregnancy constituting, in Brazil, the first leading cause of maternal mortality. This study investigated the experience of pregnancy and the constitution of the mother-baby affective relationship in pregnant women diagnosed with preeclampsia. The study included nine pregnant women cared for at a Maternal-Infant Unity in an inner city in São Paulo state. Semi-structured interviews were conducted, with thematic content analysis. The four themes identified in the interviews were the following: feelings related to the discovery of the pregnancy; expectations: from the ambivalence to the mother-baby bond; motherhood and mothering: vital crisis or risk?; and hypertension during pregnancy: psychosomatic perspectives and emotional effects of the disease. The desire of motherhood was manifested, despite the risk, with a mental representation of the baby and expectations of overcoming insecurity related to the maternal role.

Keywords: pregnancy high-risk, pre-eclampsia, psychology medical

Resumen

Los síndromes hipertensivas son las complicaciones más frecuentes en la gestación constituyendo, en Brasil, como primera causa de mortalidad materna. La pesquisa ha objetivado investigar la experiencia del embarazo y la constitución de la relación afectiva madre-bebé en embarazadas con diagnóstico de pre-eclampsia. Han participado del estudio nueve gestantes, acompañadas en ambulatorio para embarazos de riesgo o hospitalizadas en Unidad Materno-Infantil de una ciudad en el interior paulista. Se realizaron entrevistas semiestructuradas, con posterior análisis del contenido temático. Los cuatro temas identificados en las entrevistas han sido: los sentimientos delante del descubrimiento del embarazo; expectativas de la ambivalencia al vínculo madre-niño; la maternidad y "maternagem": ¿crisis vital o riesgo? Y la hipertensión en el embarazo: perspectivas psicossomáticas y repercusiones emocionales de la enfermedad. El deseo de la maternidad ha sido manifestado, no obstante al riesgo, con una representación mental del bebé y expectativas de superación de la inseguridad relacionada al desempeño de la función materna.

Palabras clave: embarazo de alto riesgo, preeclampsia, psicología médica

¹ **Endereço de contato:** Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3551, casa F12, Marília, SP, CEP 17514-000. E-mail: danimassihpio@hotmail.com

Introdução

A gestação é um fenômeno fisiológico e, por isso mesmo, sua evolução ocorre na maioria dos casos, sem intercorrências. Entretanto uma pequena parcela de gestantes, denominadas “gestantes de alto risco”, por serem portadoras de alguma patologia ou sofrerem algum agravo, desenvolvem complicações que resultam em maior probabilidade de evolução desfavorável, tanto para o feto como para si mesmas (Ministério da Saúde, 2012).

Pela importância do tema gestação de alto risco, discussões vêm sendo realizadas no âmbito das políticas públicas em saúde e no campo das recomendações de procedimentos técnicos. As taxas de mortalidade materna no Brasil ainda são consideradas elevadas sendo a hipertensão arterial uma das principais responsáveis (Giordano et al., 2014). Sabe-se que, a maioria das mortes e complicações ocorridas durante a gravidez são preveníveis, necessitando para isso a participação ativa do sistema de saúde (Ministério da Saúde, 2012).

Entre as complicações clínicas de maior relevância durante o período gravídico-puerperal estão os distúrbios hipertensivos, responsáveis por altos índices de mortalidade materna. A expressão “hipertensão na gravidez” recebe a designação geral de síndromes hipertensivas da gestação e classificam-se em hipertensão arterial crônica, hipertensão crônica superposta pela pré-eclâmpsia, hipertensão gestacional e pré-eclâmpsia/eclâmpsia (American College of Obstetricians and Gynecologists, 2013).

Como manifestação específica da gestação, a pré-eclâmpsia associa-se aos piores resultados maternos e perinatais das síndromes hipertensivas. Caracteriza-se pela associação de hipertensão arterial e proteinúria após a 20ª semana de gestação, sendo responsável por grande parte das indicações de interrupção prematura da gravidez (Melo, Oliveira, Saldanha, Souza, & Maracaja, 2015). É uma doença de etiologia desconhecida, embora fatores genéticos, imunológicos e ambientais mostrem-se relacionados ao seu desenvolvimento (Amaral & Peraçoli, 2011).

Há relações estabelecidas entre o estresse e o desenvolvimento da pré-eclâmpsia, com evidências adicionais de que o período gravídico-puerperal é o de maior incidência de transtornos psíquicos na mulher (David et al., 2008). Kassada, Waidman, Miasso e Marcon (2015) consideram a depressão como o transtorno mental mais frequentemente relatado por gestantes, sendo sua presença durante a gestação apontada como risco para complicações como a pré-eclâmpsia (Qiu, Williams, Calderon-Margalit, Cripe, & Sorensen, 2009) e o parto prematuro (Massachusetts General Hospital Center for Women’s Mental Health, 2014).

A mulher vivencia várias mudanças durante o período gestacional, tanto físicas como emocionais e hormonais. Dentro das etapas do desenvolvimento humano, a gestação pode ser considerada um momento de crise existencial, que determina em parte o estado de saúde ou doença mental, variando de acordo com a estrutura e recursos de cada indivíduo (Maldonado, 2017).

Pela singularidade da história de cada gravidez, não existe a gravidez ideal (Szejer & Stewart, 1997), e toda gravidez produz uma situação de maior ou menor conflito entre uma tendência maternal e outra de rejeição (Langer, 1981). Laplanche e Pontallis (2010) conceituam, como ambivalência, as ações e os sentimentos que resultam de um conflito defensivo e que têm motivações incompatíveis. Assim, sentimentos antagônicos, como o amor e o ódio, podem ocorrer de maneira simultânea.

Nesse sentido, é crescente o reconhecimento de que o relacionamento entre a mãe e seu filho se inicia antes do nascimento. A natureza dessa relação é designada como vínculo pré-natal, sendo identificado como componente significativo no desenvolvimento futuro de uma criança (Alhusen, 2008).

O termo vínculo tem sua origem no étimo latino “vinculum”, que significa união, com as características de uma ligadura, uma atadura com sentido duradouro. Esse termo alude a alguma forma de ligação entre as partes que estão unidas e inseparáveis, embora elas permaneçam claramente delimitadas entre si. Portanto a noção de vínculo é de fundamental importância no desenvolvimento da personalidade da criança, baseando-se na afirmativa de que o ser humano constitui-se sempre a partir de um outro (Zimmerman, 2010).

Geralmente, é com os primeiros movimentos fetais que ocorre a atribuição das características pessoais e de personalidade do feto. Acredita-se que as primeiras relações do bebê com o ambiente já se iniciam durante a gestação, através das expectativas parentais sobre o feto e das interações estabelecidas com ele (Azevedo & Moreira, 2012).

A inserção de crises acidentais e imprevisíveis na crise normativa que o ciclo gravídico-puerperal representa, pode comprometer o resultado desse processo, a saúde materna ou a viabilidade fetal, representando possibilidades simultâneas de perdas concretas ou fantasiadas, em nível cotidiano e simbólico (Quayle, 2016).

A gestação de alto risco acarreta acréscimos de ansiedade e insegurança, com maiores dificuldades de adaptação emocional que a gestação normal (David et al., 2008). Como consequência, pode haver repercussão na autoestima da mulher, que terá que se reestruturar tanto em relação à sua identidade materna como em relação ao filho que espera (Santos, 2005).

A literatura encontra estreita vinculação entre intercorrências clínico-obstétricas e estados emocionais particulares, identificando-se a doença hipertensiva nessa relação. Ao nascimento de um bebê diante de determinadas condições de risco, as mães podem se sentir muito culpadas, pela fantasia relacionada à continência, mobilizando intensa insegurança e medo (Martins, Monticelli, Brüggemann, & Costa, 2012). Os sonhos construídos são desfeitos, sendo um golpe para a autoestima materna, principalmente ao destituí-la de uma maternagem sadia (Arruda & Marcon, 2007), incluindo situações de prematuridade (Anjos et al., 2012).

Os cuidados médicos especializados à gestação de risco, que envolvem internações sucessivas, prolongadas, repouso no leito e outros cuidados físicos, reduzem de forma eficiente a mortalidade materna e perinatal. Porém podem aumentar a morbidade para os aspectos psicológicos e sociais, identificados por níveis mais altos de sintomas de ansiedade e depressão, piora da autoimagem, expectativas menores quanto ao nascimento e prejuízos no funcionamento familiar, principalmente quando comparados a gestantes não hospitalizadas (Brandon et al., 2008).

Em relação ao tratamento da pré-eclâmpsia, gestantes com a forma leve da doença são acompanhadas via ambulatorial e hospitalizadas apenas para avaliação diagnóstica inicial. Gestantes com pré-eclâmpsia grave são internadas para realização de exames laboratoriais específicos, avaliação das condições clínicas maternas e do bem-estar fetal e da necessidade de transferência para unidade de referência. O tratamento definitivo da pré-eclâmpsia é a resolução da gestação, dependente de fatores como idade gestacional, gravidade da doença e bem-estar fetal (Ministério da Saúde, 2012).

Assim, a assistência pré-natal da gestante em situação de risco deve ser diferenciada em relação à gestante sem riscos associados. Deve permitir a identificação precoce e adequada dos problemas da gestante, assim como os procedimentos diagnósticos e terapêuticos necessários. A gravidez de risco envolve um atendimento diferenciado tanto no número e qualidade das consultas oferecidas, quanto na capacitação da equipe envolvida. A equipe de saúde deve estar preparada para enfrentar quaisquer fatores que possam adversamente afetar a gravidez, sejam clínicos, obstétricos, de cunho socioeconômico ou emocional. Esse atendimento diferenciado tem por objetivo minimizar os riscos associados a essa gravidez, diminuindo a chance de ocorrer um resultado desfavorável para a gestante e o feto (Ministério da Saúde, 2012).

Os modelos de assistência à saúde que valorizam não só o histórico clínico, mas ampliam para a história de vida da gestante, obtêm melhores resultados tanto em relação ao envolvimento das pacientes no processo de recuperação da saúde, o que resulta em maior aderência ao tratamento, como em relação aos cuidados ampliados dos profissionais, que consideram os conteúdos emocionais como aspectos fundamentais na resolução da gestação, na adesão ao tratamento e no futuro vínculo maternal (Santos, 2005).

Esse percurso reforça a importância da consideração do campo do singular dentro de uma manifestação biológica. Ou seja, a subjetividade deve ser valorizada, considerando-se vários elementos, como a personalidade, a experiência vivida, as circunstâncias do contexto e as normas culturais. É decorrente desse aspecto multifatorial que uma determinada situação vivida pelo sujeito sofrerá um processamento interno, envolvendo sua avaliação quanto à natureza do evento e sua possível ameaça, bem como a escolha da melhor maneira de enfrentamento, resultando em uma determinada resposta (Bormio, 2008).

Pelo contexto apresentado, este estudo buscou compreender a constituição da relação afetiva mãe-bebê na gravidez de alto risco, considerando a vivência psíquica da mulher com o diagnóstico de pré-eclâmpsia. Esse contexto permitiu identificar as vivências da segunda metade da gestação, época em que o bebê realmente anuncia sua existência por meio dos movimentos fetais (Soifer, 1980), e estudar as fantasias e ansiedades do psiquismo materno na ruptura de um desequilíbrio somático como a doença hipertensiva.

Nesse sentido, apresenta a tentativa de revelar algumas condições desses afetos e fenômenos psíquicos, com a possibilidade de trilhar o estudo da experiência afetiva da maternidade e suas repercussões sobre o desenvolvimento da relação materno-filial, sobre o prisma do risco físico e psíquico.

Método

Participantes

Participaram do presente estudo nove gestantes com pré-eclâmpsia, acompanhadas em um ambulatório de gravidez de risco ou internadas em uma Unidade Materno-Infantil de um município do interior paulista. Foram excluídas as portadoras de outras patologias clínicas ou complicações obstétricas.

As primigestas, portadoras de pré-eclâmpsia, que compuseram a presente amostra se caracterizaram por estar na faixa etária entre 14 e 39 anos ($28,7 \pm 7,9$ anos), com idade gesta-

cional, no momento do diagnóstico da hipertensão arterial entre 23 e 35 semanas ($29,6 \pm 4,2$ semanas) e no momento da entrevista entre 23 e 39 semanas ($33,2 \pm 4,7$ semanas), sendo que a resolução da gestação ocorreu entre 30 e 39 semanas ($34,3 \pm 3,6$ semanas). Em 66,7% dos casos, o recém-nascido foi encaminhado para Unidade de Terapia Intensiva e, em um dos casos, o parto ocorreu na cidade de origem.

Delineamento

Estudo qualitativo, voltado à compreensão de fenômenos e experiências humanas, aliado à oportunidade de ver os fatos acontecendo e acompanhar sua evolução.

Instrumento

Entrevista semiestruturada, em que as participantes responderam à questão disparadora e abrangente: “Fale tudo que se lembrar sobre a descoberta da gravidez até o momento de desenvolvimento atual”. Para nortear as possíveis intervenções da pesquisadora, foi utilizado um roteiro previamente estabelecido, correspondendo ao objetivo do estudo de compreender a vivência da gravidez e a constituição da relação afetiva mãe-bebê para as gestantes com o diagnóstico de pré-eclâmpsia.

Para a elaboração do roteiro da entrevista, utilizou-se o referencial de Maldonado (2017), no sentido de valorizar temas relacionados à história pessoal da gestante, o contexto existencial da gravidez e suas características de evolução.

Procedimentos

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da instituição de filiação da primeira autora, quando de sua realização, sob n. 195/09.

As entrevistas aconteceram nas instalações do ambulatório ou na sala do serviço de psicologia, localizada em área próxima à unidade obstétrica hospitalar, preservando-se a privacidade e evitando-se interrupções. As entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra para análise posterior.

Os conteúdos expressos pelas entrevistadas foram avaliados metodologicamente, utilizando-se a análise de conteúdo temática categorial proposta por Bardin (2010).

A abordagem teórica escolhida foi a psicanalítica, que permite o acesso aos conteúdos inconscientes e vinculares, seus sentidos emocionais, com a possibilidade de interpretação dos discursos e compreensão ampliada dos fenômenos (Zimerman, 2010).

Os depoimentos foram analisados individualmente, extraíndo-se as unidades de significado, que emergiram da própria descrição e dos objetivos do estudo. Após a obtenção das unidades de significado, analisou-se cada situação, os conteúdos latentes e manifestos, com elucidação e reflexão global do depoimento e do local onde se encontravam os significados. Por fim, agruparam-se as unidades de significado que possuíam um tema comum, conforme a similaridade do conteúdo. O material foi submetido à avaliação de três juízes, um médico e dois psicólogos, todos com experiência na área de estudo.

Cabe ressaltar que as gestantes entrevistadas tinham o direito e o acesso ao serviço de psicologia, e, em todos os casos, houve a possibilidade do seguimento às suas demandas emocionais.

Resultados e Discussão

Foram descritos e analisados os temas emergentes e seus respectivos desfechos, revelando as divergências e convergências encontradas. As gestantes foram identificadas com a letra A, seguida de um número (1 a 9), para garantir o caráter confidencial ou segurança do anonimato. A letra foi acompanhada da informação sobre idade e tempo gestacional na entrevista, para melhor correlação de alguns conteúdos ou situações vividas.

O primeiro tema foi denominado como “os sentimentos frente à descoberta da gravidez” e descreve a convicção de uma incapacidade anterior quanto ao sucesso de uma gravidez, com surpresa relacionada à descoberta. As unidades de significado ressaltam a dificuldade de acreditar no sucesso da concepção, com negação e insegurança, conforme relata a participante:

Eu fiquei um ano, um ano e meio querendo engravidar, tentando. Eu já estava quase desistindo, mas aí quando eu descobri que eu estava grávida nem acreditei. Aí depois de quatro meses eu fiz o ultrassom, mas como o meu nenê não mexia, eu falava: — Dr. será que eu estou grávida? - Ele falou: — Não, está sim, está grávida! Por que você acha que não está? - Eu falei: — Porque ele não mexe, não sinto nada né?! (A1, 32 anos, 35 semanas)

Os sentimentos vinculados à descoberta da gravidez denotam o conflito existente entre o consciente e o inconsciente a respeito do discurso manifesto do não planejamento e o desejo latente a respeito da gestação (Szejer & Stewart, 1997):

Não estava nos nossos planos. Sei lá, acho que era medo mais, mais era medo. Quando eu casei tinha 19 anos aí até os 22, 23 eu tinha vontade, depois eu falava para ele: — Minha época já foi para mim, não dá mais - Sei lá acho que mais era medo mesmo, medo de ter. (A5, 30 anos, 30 semanas)

O que pode ser interpretado é que, nessas gestantes, existia uma insegurança em relação à possibilidade de engravidar e, muitas vezes, até a certeza com relação à sua “infertilidade”. Com a descoberta da gravidez, foram acionadas defesas para o início da elaboração da vivência.

Processualmente ligado ao primeiro tema, vem o segundo, “expectativas: da ambivalência ao vínculo mãe-bebê”, em que as unidades de significado trazem inicialmente uma perturbação manifesta de diferentes formas emocionais, conforme demonstram algumas gestantes:

Pensava, às vezes pensava que eu queria engravidar, queria ter um filho, mas não agora. Tem dia que acordo perguntando porque comigo, porque eu não queria. Mas agora eu estou melhor. Às vezes eu xingo e me dá remorso. (A2, 24 anos, 36 semanas)

No comecinho eu sentia uma culpa que não sei de onde vinha, uma culpa comigo mesma sabe? Na minha cabeça tinha errado. Era mesma coisa que nada, aquele coraçãozinho. Ouvia o coraçãozinho era mesma coisa de ouvir um batuque [. . .]. (A5, 30 anos, 30 semanas)

A confirmação da gravidez desencadeia um processo de reorganização da percepção da mulher e de sua relação com o mundo (Camacho, Vargens, Progianti, & Spíndola, 2010). Em um processo permeado pela ambivalência sentida, no entanto, começam a construir seu

bebê imaginário. As expectativas se direcionam então sobre o bebê que cada mãe constrói e envolvem principalmente o sexo, nome, a maneira como se movimenta no útero e as características que lhe são atribuídas (Szejer & Stewart, 1997).

Destacam-se, nesse contexto, as expectativas de que o bebê se pareça com a mãe, com características de ambos os pais, ou relacionadas a alguma facilidade na relação ou educação, de acordo com o aspecto cultural do feminino e masculino:

Eu acho que menina dá menos trabalho [. . .] o da minha irmã sempre deu trabalho, sempre chorou a noite toda, agora a irmã do meu cunhado, teve uma menina, [. . .], ela não dá um pingão de trabalho, só acorda à noite para mamar. E eu fico pensando, talvez vá ser igual à dela, vai ser melhor para mim. (A6, 14 anos, 23 semanas)

Ele é muito arteiro esse rapazinho, acho que ele vai dar bastante trabalho, porque durante o dia ele pouco mexe, eu percebo ele mais calmo [. . .]. À noite ele começa, e chuta e chuta e chuta, não para e mexe e a barriga fica dura. Olha, o negócio dele é à noite. [. . .] E a minha expectativa era que fosse um menino porque acho que é mais fácil criar (Risos) [. . .] acho que homem você consegue controlar mais. (A7, 33 anos, 39 semanas)

Maldonado (2017) salienta que a percepção dos movimentos fetais possibilita a personificação do feto, quando a mulher passa a atribuir-lhe certas características pessoais, segundo sua interpretação dos movimentos. A interpretação dos movimentos fetais constitui mais uma etapa da formação da relação materno-filial, em que, na fantasia da mãe, o feto já começa a adquirir características peculiares e a se comunicar com ela através da variedade de movimentos: *“Converso bastante com ele. Sempre. [. . .] às vezes eu até chantageio ele, quando ele não mexe. Eu falo: — Você não está mexendo, vou te levar no médico! - Demora um pouquinho e ele começa. (A1, 32 anos, 35 semanas)*

O momento em que o bebê se movimenta faz com que a mãe tome conhecimento de sua realidade (Thomaz, Lima, Tavares, & Oliveira, 2005). Por outro lado, o movimento pode implicar sofrimento concreto pela culpa mobilizada, mas também a possibilidade de mudanças significativas no vínculo, podendo ser mais bem aceita, como considera a gestante A2: *“Então, aí quando ele mexe bate aquela dor na consciência sabe? (risos). Aí eu converso com ele bastante, então eu acho que é uma fase. É, de rejeitar, de não aceitar”. (A2, 24 anos, 36 semanas)*

O movimento ambivalente da afetividade aparece no desenvolvimento do amor, compreensão e proteção, polarizando-se com a insegurança e a culpa. No entanto, conforme constata Milbradt (2008), a comunicação materno-fetal pode ser realizada como ponte para o pedido de perdão:

Não queria. Não queria que ninguém colocasse a mão na minha barriga. Não queria de jeito nenhum. Hoje eu não quero porque eu tenho ciúmes da minha barriga. [. . .] Leio, leio bastante para ela. [. . .] a Bíblia mesmo eu leio bastante, historinha bíblica para criança. Então, pelo menos a minha voz ela conhece (ri). (A5, 30 anos, 30 semanas)

Pode-se pensar que imaginar e interagir revelem a existência de um vínculo com o bebê, o que permite nomeá-lo e torná-lo mais real. Uma representação mental do bebê é feita durante a gestação, o que não foi diferente neste estudo.

O terceiro tema, “maternidade e maternagem: crise vital ou risco?”, revela as preocupações do terceiro trimestre de gestação, correspondendo à saúde do feto, cuidados do bebê

pós-natal, amamentação, insegurança na própria capacidade de cuidar e de maternagem, aspectos que podem ser notados na gestante incluída nesse período gestacional: *“Fico imaginando como será que dá mamá, como será que é? [. . .] é fácil segurar, o problema é doer né? Mas do mais assim, eu estou esperando, hora que nascer [. . .] ninguém nasce sabendo, a experiência é que vai [. . .]”* (A3, 34 anos, 34 semanas)

A relação com a própria mãe aparece reeditada em alguns momentos, com as fantasias relacionadas à repetição desse vínculo, principalmente no aspecto mais mórbido (interno e/ou externo). Aparece o medo de não ser uma mãe ideal ou até mesmo suficientemente boa, trazendo fortemente a insegurança de repetir esse aspecto da relação mãe-filha:

Fiquei com raiva de mim, eu falava para ele: — Porque eu vou ter uma criança? Coitadinho, vai sofrer na minha mão — [. . .] Eu espero ser 100% melhor. Melhor em tudo, no trato, no tratamento, nas coisas que fala, pensar dez vezes antes de falar, porque tem coisa que a gente não esquece, que nem como diz, quem bate esquece, quem apanha não esquece nunca né? (A5, 30 anos, 30 semanas)

A fala acima mostra o que Szejer & Stewart (1997) discutem sobre a relação entre a forma como cada um se projeta como pai ou mãe com os pais que tiveram, ou ainda com outros modelos parentais.

A gravidez oferece ainda uma nova oportunidade de elaborar velhos conflitos de separação, promover uma nova fase do processo de individuação das relações simbióticas originais. Assim, a gravidez não é só constituída de ensaios e expectativas, mas de oportunidades de velhos relacionamentos serem retrabalhados (Borsa, 2007):

A minha mãe é muito superprotetora, então ela tentou criar a gente em uma redoma [. . .]. A gente às vezes bate muito de frente, mas depois que eu casei, que eu descobri que estou grávida, melhorou bastante porque eu acho que comecei a me pôr no lugar dela, de ver a preocupação, porque ela tratou a gente dessa forma, [. . .]. (A7, 33 anos, 39 semanas)

Portanto os sentimentos de uma mulher em relação ao filho que está sendo gestado são complexos. Ter um filho significa um compromisso para o resto da vida. O peso da responsabilidade pela criação ainda é colocado como uma justificativa para não ter mais filhos:

Ser mãe muito menos, medo de não dar conta, uma responsabilidade muito grande, eu sei que é uma criança que vai depender muito de mim, da educação que vou dar, como eu vou conduzir a vida dele. E a gente não pretende mais ter filhos. (A7, 33 anos, 39 semanas)

O desejo de gerar vida ainda se entrelaça ao risco e ao temor da perda, da morte:

[. . .] a gente passou muito medo na minha gravidez, por causa da pressão alta, os médicos falando da pré-eclâmpsia e se cuida, e eu não podendo comer quase nada, tudo sem sal, tudo que eu ia fazer eu tinha medo de afetar a pressão, de afetar o bebê, eu tinha medo de perder ele, então a gente conversou bastante e resolveu não ter mais filhos. (A7, 33 anos, 39 semanas)

A angústia possivelmente mobilizada em algumas gestantes é estar à mercê de surpresas, da imprevisibilidade, do incontrolável, com o medo de que a dor e a destruição predominem

sobre o prazer da criação, como refere Maldonado (1989). Isto pode ter facilitado a decisão ou a racionalização sobre o não ter mais filhos. Ao mesmo tempo, o desejo da maternidade e pela maternagem é manifesto por muitas, com expectativas de superar a insegurança relacionada a este papel.

O último tema, “a hipertensão na gestação: perspectivas psicossomáticas e repercussões emocionais da doença” revela a intensificação das dificuldades emocionais dessas gestantes. O medo de morrer e perder o filho se associam a algum conhecimento da doença:

Ah, eu entendi só coisa de medo (ri) [. . .] que pode acontecer alguma coisa quando eu ganhar, acontecer alguma coisa grave, eu fico com medo de não mais voltar para minha casa (emocionada). Fico preocupada com tudo. Com o bebê também porque esperar nove meses para depois acontecer alguma coisa né? (A9, 17 anos, 37 semanas).

Uma participante traz ainda o sentimento de culpa associado à insegurança, quando da indicação da internação pelo aumento da pressão. O medo é desencadeado pela sua ambivalência e rejeição inicial com relação ao filho: “Ah, pensei um monte de coisa. Às vezes fico pensando: Será que de tanta coisa que a gente fala né?”. (A2, 24 anos, 36 semanas)

No estudo, fatores externos e especialmente internos são considerados estressores e associados ao desenvolvimento da hipertensão, como sobrecarga, medo, insegurança: “O medo e a insegurança foi sim (um fator importante para o aumento da pressão). Acentuou bastante sim. Tudo de nervoso, de estresse mesmo, muito sobrecarregada e eu tinha dois empregos. Então isso acarretou bastante pico de pressão também”. (A7, 33 anos, 39 semanas)

O repouso como conduta terapêutica para tratamento das intercorrências na gravidez de alto risco pode gerar problemas psicológicos, decorrentes do isolamento e confinamento. O tempo de internação pode representar mais chances de sobrevivência ao filho, contudo também pode significar mais tempo de repouso absoluto e de afastamento dos familiares (Zampieri, 2001).

O aumento exagerado do nível de ansiedade é descrito na literatura (Tedesco, 1997; Souza et al., 2007) e presente no estudo:

Eu fico ansiosa porque eu estou aqui e também porque eu queria ir embora com ela. [. . .]. Acho que eu fico mais com medo porque elas falam que se eu for embora é perigo até precisar de balão de oxigênio. [. . .] porque elas falam que pressão alta é perigoso. Aí eu tenho medo. [. . .] tem hora que eu tenho umas dorzinhas eu fico pensando, pondo na cabeça: — Será que vai me dar alguma coisa? [. . .]. Será que não vai dar tempo de eu voltar para ver minha família? (A9, 17 anos, 37 semanas)

As participantes do estudo revelam a percepção de maior fragilidade emocional anterior e aspectos mais regressivos/ imaturos mobilizados pela internação. Os sentimentos envolvem solidão e medo da separação do que lhes é familiar: “Não, não foi. É porque é ruim mesmo, a gente se sente sozinha, né? Eu sou chorona, qualquer coisa choro. [. . .]. É ruim, né? Porque você não conhece ninguém”. (A3, 34 anos, 34 semanas)

A necessidade de hospitalização constitui um sinalizador mais concreto de que a gestação de fato apresenta uma condição de risco. O limiar entre a vida e a morte passa a fazer parte do imaginário, adquirindo contornos de concretude ou intensificador de fantasias de linguagem do mundo do hospital (Arruda & Marcon, 2007).

O medo do parto também se apresenta na indicação da internação, vinculado ao medo do desconhecido, novo e prematuro papel da maternidade: *“Não preparei nada Dra. Porque estava marcada para outubro, não preparei nada. Tudo (está sendo prematuro), inclusive isso, compra de roupinha, os acessórios, tudo prematuro mesmo (risos)”*. (A5, 30 anos, 30 semanas)

Ainda no contexto ansiogênico da gestação de alto risco, geralmente a situação é vivida com dificuldade. A grande maioria das mulheres entra em crise, seja em função do risco, seja devido à situação específica que desencadeou o risco, pela culpa ou porque estão separadas de sua família. Mobilizadas pelo sofrimento, cada uma tentará negociar a seu modo e com seus próprios recursos (Szejer & Stewart, 1997).

A percepção de alterações emocionais, em uma perspectiva psicossomática, envolvendo ainda características da personalidade, aparece em algumas falas: *“Assim, eu sou muito chorona, qualquer coisa eu estou chorando. Sou nervosa, acho que é por isso que a minha pressão sobe bastante sabe?”*. (A4, 23 anos, 31 semanas)

No dia ela (a médica) estava aqui (no ambulatório), aí ela que me passou para eles (residentes), na hora minha pressão subiu, ela não estava tão alta, mas na hora ele viu que eu estava tremendo, ele verificou a pressão subiu, de nervoso, de medo, de insegurança. Eu sou uma pessoa bastante insegura. (A7, 33 anos, 39 semanas)

O aspecto emocional, portanto, não foi negligenciado pelas participantes, principalmente diante do “rompimento” com o desconhecimento da hipertensão. Características de personalidade foram colocadas como possíveis desencadeantes de um quadro somático, assim como repercussões emocionais mais acentuadas ao lidar com a situação de risco.

Considerações Finais

Assumir um novo papel, uma nova identidade e um novo padrão com o mundo podem pôr à prova a capacidade de adaptação. Os sentimentos de ansiedade, como resposta do organismo, revelam os esforços destas gestantes em serem ou se constituírem mães.

Ademais, o fato da gestação não ocorrer de forma tranquila afeta a autoestima da mulher, que não se sente capaz de desenvolver de forma adequada sua gravidez e terá que se reestruturar diante do risco, tanto em relação à sua própria identidade como em relação ao filho que espera. Não somente a imagem do bebê pode ficar implicada nesse processo de doença, mas identificada com o filho, pode se ver principalmente insuficiente (Lungano, 2009).

Para Maldonado (1989), qualquer coisa diferente do esperado ou do que se considera normal aumenta enormemente a ansiedade, e esse sentimento foi explicitado pelas participantes da pesquisa. Este estudo conseguiu observar características do vínculo iniciado desde a gestação, bem como o fortalecimento e as fragilidades no decorrer do tratamento ou nos momentos de maior angústia na constituição da relação mãe-bebê. O aspecto emocional foi apontado pela maior parte das participantes, principalmente diante da vivência de ruptura em relação às idealizações, com a descoberta da hipertensão. Características de personalidade também foram associadas como desencadeantes do quadro somático. Muitas mães demonstraram a sensação de prematuridade, insegurança e despreparo frente ao nascimento do filho, contexto que pode ter se agravado pela manifestação da hipertensão.

Pode-se perceber que a necessidade de acolhimento diante dos novos e inesperados acontecimentos, representados pela hipertensão, deve ter acentuado a ligação e o vínculo dessas mulheres com a entrevistadora. Elas sentiam-se à vontade para falar de seus conflitos, o que lhes permitiu a introspecção e uma possível abertura para mudança. O contato a princípio com fins não terapêuticos, pode sê-lo em sua essência pelo vínculo estabelecido. Nesse sentido, a escuta clínica e ampliada tem grande valor possibilitando a expressão e conscientização dos medos e expectativas. Oferecer tempo, espaço e receptividade auxiliam no estabelecimento do vínculo e na possibilidade de a gestante integrar sua experiência da maternidade ao contexto adverso do qual necessita ainda realizar maior elaboração.

Destaca-se, assim, a importância de um acompanhamento pré-natal psíquico para essas gestantes, “no qual a fala materna poderá ter espaço para um delineamento do desejo materno e a configuração do vínculo mãe-filho, bases do exercício da maternagem e da constituição psíquica do bebê” (Stellin, Monteiro, Albuquerque, & Marques, 2011, p. 183). Mesmo que, muitas vezes, se sintam seguras com a assistência médica especializada que lhes é prestada, esta não atinge as novas necessidades emocionais trazidas por, além de estar grávida, terem desenvolvido uma situação de risco para si e para o filho, que é a hipertensão.

Dessa forma, constata-se essa importância ao se analisar as nuances e necessidades do processo gravídico acentuadas diante do diagnóstico de pré-eclâmpsia, permitindo que novos estudos sejam feitos envolvendo outros contextos institucionais e patologias que caracterizam uma gestação de risco.

Referências

- Alhusen, J. L. (2008). A literature update on maternal-fetal attachment. *Journal Obstetric Gynecology Neonatal Nursing*, 37(3), 315-328.
- Amaral, W. T., & Peraçoli, J. C. (2011). Fatores de risco relacionados à pré-eclâmpsia. *Comunicação em Ciências da Saúde*, 22(1), 161-168.
- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2013). Hypertension in pregnancy: Report of the American College of Obstetricians and Gynecologists' Task Force on Hypertension in Pregnancy. *Obstetrics and Gynecology*, 122(5), 1122-1131. doi: 10.1097/01.AOG.0000437382.03963.88
- Anjos, L. S., Lemos, D. M., Antunes, L. A., Andrade, J. M. O., Nascimento, W. D. M., & Caldeira, A. P. (2012). Percepções maternas sobre o nascimento de um filho prematuro e cuidados após a alta. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 65(4), 571-577. doi: 10.1590/S0034-71672012000400004
- Arruda, D. C., & Marcon, S. S. (2007). A família em expansão: experienciando intercorrências na gestação e no parto do bebê prematuro com muito baixo peso. *Texto Contexto Enfermagem*, 16(1), 120-128.
- Azevedo, E. C., & Moreira, M. C. (2012). Psiquismo fetal: um olhar psicanalítico. *Revista da Sociedade de Psicologia do Rio Grande do Sul*, 12(2), 64-69.
- Bardin, L. (2010). *Análise do conteúdo* (4a ed.). Lisboa: Edições 70.
- Bormio, S. N. G. (2008). *Fantasia inconscientes de gestantes portadoras de hipertensão arterial crônica por meio da técnica do desenho-história* (Tese de doutorado, Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, SP, Brasil).

- Borsa, J. C. (2007). Considerações acerca da relação mãe-bebê da gestação ao puerpério. *Revista Contemporânea – Psicanálise e Transdisciplinaridade*, 2, 310-321.
- Brandon, A. R., Trivedi, M. H., Hynan, L. S., Miltenberger, P. D., Labat, D. B., Rifkin, J. B., & Stringer, C. A. (2008). Prenatal depression in women hospitalized for obstetric risk. *Journal of Clinical Psychiatry*, 69(4), 635-643.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. (2012). *Gestação de alto risco: Manual técnico*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Camacho, K. G., Vargens, O. M. C., Progianti, J. M., & Spíndola, T. (2010). Vivenciando repercussões e transformações de uma gestação: perspectivas de gestantes. *Ciência e Enfermeria*, 16(2), 115-125.
- David, M. A. O., Benute, G. R. G., Fráguas, R. Jr., Nomura, R. Y., Lúcia, M. C. S., & Zugaib, M. (2008). Depressão em grávidas hipertensas: preocupações maternas durante a gestação. *Psicologia Hospitalar*, 6(1), 2-20.
- Giordano, J. C., Parpinelli, M. A., Cecatti, J. G., Haddad, S. M., Costa, M. L., Surita, F. G. et al. (2014). The burden of eclampsia: results from a multicenter study on surveillance of severe maternal morbidity in Brazil. *PLoS ONE*. 9(5), e97401.
- Iungano, E. M. (2009). A relação entre a mãe e o bebê prematuro internado em UTI neonatal. *Pediatria Moderna*, 45(1), 26-30.
- Kassada, D. S., Waidman, M. A. P., Miasso, A. I., & Marcon, S. S. (2015). Prevalência de transtornos mentais e fatores associados em gestantes. *Acta Paulista de Enfermagem*, 28(6), 495-502. doi: 10.1590/1982-0194201500084
- Langer, M. (1981). *Maternidade e sexo: Estudo psicanalítico e psicossomático*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Laplanche, J., & Pontallis, J. B. (2010). *Vocabulário de psicanálise*. São Paulo: Martins Fontes.
- Maldonado, M. T. (1989). *Maternidade e paternidade: Situações especiais e de crise na família*. Rio de Janeiro: Vozes.
- Maldonado, M. T. (2017). *Psicologia da gravidez: Gestando pessoas para uma sociedade melhor*. São Paulo: Ideias e Letras.
- Martins, M., Monticelli, M., Brüggemann, O. M., & Costa, R. (2012). A produção de conhecimento sobre hipertensão gestacional na pós-graduação stricto sensu da enfermagem brasileira. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 46(4), 802-808. doi: 10.1590/S0080-62342012000400003
- Massachusetts General Hospital Center for Women's Mental Health. (2014). Psychiatric disorders during pregnancy. Disponível em <http://womensmentalhealth.org/specialty-clinics/psychiatric-disorders-during-pregnancy>
- Melo, W. F., Oliveira, B. A., Saldanha, H. G. A. C., Sousa, J. S., & Maracaja, P. B. (2015). A hipertensão gestacional e o risco de pré-eclampsia: Revisão bibliográfica. *Revista Brasileira de Educação e Saúde*, 5(3), 7-11.
- Milbradt, V. (2008). Afetividade e gravidez indesejada, os caminhos de vínculo mãe-filho. *Revista Pensamento Biocêntrico*, (9), 111-133.
- Qiu, C., Williams, M. A., Calderon-Margalit, R., Cripe, S. M., & Sorensen, T. K. (2009). Preeclampsia risk in relation to maternal mood and anxiety disorders diagnosed before or during early pregnancy. *American Journal of Hypertension*, 22(4), 397-402.

- Quayle, J. (2016). Gestantes de alto risco: a atuação do psicólogo. In S. M. C. Ismael (Org.), *A prática psicológica e sua interface com as doenças* (pp. 185-208). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Santos, P. B. (2005). *Maternidade ameaçada: Vivências psíquicas em gestantes de risco*. (Dissertação de mestrado, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil).
- Soifer, R. (1980). *Psicologia da gravidez, parto e puerpério*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Souza, N. L., Araújo, A. C. P. F., Azevedo, G. D., Jeronimo, S. M. B., Barbosa, L. M., & Sousa, N. M. L. (2007). Percepção materna com o nascimento prematuro e vivência da gravidez com pré-eclâmpsia. *Revista de Saúde Pública*, 41(5), 704-710.
- Stellin, R. M. R., Monteiro, C. F. A., Albuquerque, R. A., & Marques, C. M. X. C. (2011). Processos de construção de maternagem. Feminilidade e maternagem: recursos psíquicos para o exercício da maternagem em suas singularidades. *Estilos da Clínica*, 16(1), 170-185.
- Szejer, M., & Stewart, R. (1997). *Nove meses na vida da mulher: Uma abordagem psicanalítica da gravidez e do nascimento*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Tedesco, J. J. A. (1997). Aspectos emocionais da gravidez de alto risco. In M. Zugaib, J. J. A. Tedesco, & J. Quayle, *Obstetrícia psicossomática*. (pp. 99-108). São Paulo: Atheneu.
- Thomaz, A. C. P., Lima, M. R. T., Tavares, C. H. F., & Oliveira, C. G. (2005). Relações afetivas entre mães e recém-nascidos a termo e pré-termo: Variáveis sociais e perinatais. *Estudos de Psicologia*, 10(1), 139-146.
- Zampieri, M. F. M. (2001). Vivenciando o processo educativo em enfermagem com gestantes de alto risco e seus acompanhantes. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 22(1), 140-166.
- Zimmerman, D. (2010). *Os quatro vínculos: Amor, ódio, conhecimento e reconhecimento na psicanálise e em nossas vidas*. Porto Alegre: Artmed.

Recebido: 08/11/2017

Última revisão: 26/11/2018

Aceite final: 11/12/2018

Sobre os Autores:

Danielle Abdel Massih Pio – Doutora em Saúde Coletiva, área: Saúde Pública pela Faculdade de Medicina de Botucatu (UNESP). Mestre em Ginecologia, Obstetrícia e Mastologia, Área: Ciências da Saúde, e Psicóloga pela UNESP. Assistente de Ensino na FAMEMA. E-mail: danimassihpio@hotmail.com, Orcid: <http://orcid.org/0000-0003-0738-4601>

José Carlos Peraçoli – Doutor em Clínica Médica pela Faculdade de Medicina de Botucatu (UNESP). Mestre em Tocoginecologia, e Médico pela Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (USP). Livre docente. Professor Titular em Obstetrícia na UNESP. E-mail: peracoli@fmb.unesp.br, Orcid: <http://orcid.org/0000-0002-3273-3001>

Roseli Vernasque Bettini – Doutora em Psicologia Como Profissão e Ciência pela Pontifícia Universidade Católica (PUC) de Campinas. Mestre em Psicologia Clínica, e Psicóloga pela PUC Campinas. Professora titular da Faculdade de Medicina de Marília – Cursos de Medicina e de Enfermagem. E-mail: roselivb@uol.com.br, Orcid: <http://orcid.org/0000-0002-6660-7812>

