



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA  
FACULDADE

CAMILA TAUNAY ORNELAS

MATERNIDADE, UM APELO AO CORPO E AO PSQUIZMO:  
ANÁLISE LONGITUDINAL E MULTIMÉTODO, COM RORSCHACH  
(ESCOLA DE PARIS)

BRASÍLIA/DF  
2023

CAMILA TAUNAY ORNELAS

MATERNIDADE, UM APELO AO CORPO E AO PSIQUISMO:  
ANÁLISE LONGITUDINAL E MULTIMÉTODO, COM RORSCHACH  
(ESCOLA DE PARIS)

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura (PPGpsiCC) do Instituto de Psicologia (IP) da Universidade de Brasília (UnB) como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Psicologia Clínica e Cultura.

Orientadora: Profa. Dra. Deise Matos do Amparo

BRASÍLIA/DF  
2023

Ficha catalográfica elaborada automaticamente,  
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

0074m Ornelas, Camila Taunay  
Maternidade, um apelo ao corpo e ao psiquismo: análise longitudinal e multimétodo, com Rorschach (Escola de Paris) / Camila Taunay Ornelas; orientador Deise Matos do Amparo. - Brasília, 2023.  
285 p.

Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica e Cultura) -- Universidade de Brasília, 2023.

1. maternidade. 2. Rorschach. 3. apego. 4. mentalização. 5. representação de si. I. Amparo, Deise Matos do, orient. II. Título.

CAMILA TAUNAY ORNELAS

MATERNIDADE, UM APELO AO CORPO E AO PSIQUISMO:  
ANÁLISE LONGITUDINAL E MULTIMÉTODO, COM RORSCHACH  
(ESCOLA DE PARIS)

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura (PPGPsicc) do Instituto de Psicologia (IP) da Universidade de Brasília (UnB) como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Psicologia Clínica e Cultura.

Defendida e aprovada em: Brasília, DF, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2023.

Banca examinadora formada por

---

Profa. Dra. Deise Matos Amparo (Presidente)  
Universidade de Brasília

---

Profa. Dra. Sonia Regina Pasian (Membro Externo)  
Universidade de São Paulo – USP Ribeirão

---

Profa. Rose-Angelique Belot (Membro Externo)  
Université Franche-Comté - França / Besançon

---

Profa. Dra. Daniela Chatelard (Membro Interno Suplente)  
Universidade de Brasília

## **Agradecimentos**

Em especial, agradeço a Professora Dra. Deise Matos do Amparo, por sua orientação valiosa, apoio contínuo e dedicação em todas as etapas deste projeto. Obrigada por ter me incentivado a buscar aprimorar este trabalho, resultando em conquistas além das minhas expectativas.

Agradeço também à equipe de pesquisadores que me auxiliaram ao longo desta jornada, em particular ao Psicólogo Dr. Bruno Cardoso, por sua contribuição e generosidade em todo o processo de produção desta dissertação.

Agradeço a professora Rose Angelique Belot pela oportunidade de contribuir em sua importante pesquisa intitulada PROXIMA. Desejo reafirmar minha apreciação por esse enriquecedor intercâmbio de ideias.

Agradeço ao meu marido, Pedro Yan Ornelas de Oliveira, pelo apoio incondicional e constante durante todo o processo de pesquisa. Sua compreensão, encorajamento e paciência foram inestimáveis. Agradeço também a minha família e amigos, por todo carinho e incentivo.

Por fim, gostaria de expressar minha sincera gratidão às participantes que generosamente se dispuseram a fazer parte desta pesquisa em momentos delicados de suas vidas. Sem a colaboração e confiança delas, este estudo não seria possível.

## Resumo

Tornar-se mãe pela primeira vez coloca em questão a história das relações de apego anterior à concepção, a capacidade psíquica de mentalização e também o impacto da travessia da maternidade no corpo. De fato, no período gravídico-puerperal, o aparelho mental e o corpo são solicitados de tal forma que se configura, em geral, ocasião de crise psíquica. Tratar da maternidade requer, portanto, articular as formas com que o corpo e o psiquismo são convocados durante a transição para a maternidade e das implicações subjetivas dessas transformações na gestação, no parto e no pós-parto. A título de investigação exploratória, foi realizada uma avaliação multimetodológica e longitudinal com dez mulheres primíparas e primigestas, entre vinte e cinco e quarenta e cinco anos, sem diagnóstico psiquiátrico ou físico prévio. Utilizou-se o modelo de pesquisa com grupo único, com os dados sendo obtidos de forma longitudinal, em dois momentos: no último trimestre de gestação e no primeiro trimestre após o nascimento. Os seguintes instrumentos de pesquisa foram utilizados na investigação: Questionário Sociodemográfico; Método de Rorschach (Escola de Paris); Relationship Scale Questionnaire (RSQ), Adult Attachment Interview (AAI) e o Questionário de Reavaliação no Pós-parto. Os instrumentos foram analisados segundo os seus modelos interpretativos específicos e o Rorschach seguindo a Escola de Paris com ênfase da análise das dimensões psíquicas destacando-se os indicadores relativos à representação de si, do corpo e da mentalização. A análise dos resultados foi realizada inicialmente por meio de uma avaliação cruzada do RSQ, AAI, Questionário de Reavaliação no Pós-parto e Rorschach, considerando a avaliação das mulheres na gestação e no pós-parto. Em seguida, os protocolos de Rorschach referentes ao período gestacional foram analisados de forma exploratória comparando-se com os dados normativos. Depois realizou-se a análise longitudinal dos protocolos de Rorschach comparando os resultados da gestação e do pós-parto. Por fim, apresentou-se um estudo de caso, no qual priorizou-se uma análise pormenorizada, qualitativa e longitudinal com integração das informações coletadas nos diversos instrumentos de pesquisa. Os resultados indicaram que a maternidade pode causar mudanças significativas nos estilos de apego e na representação de si, mesmo em uma população sem fatores de risco. O parto parece desempenhar um papel importante na autopercepção das mulheres e no estabelecimento do vínculo com o recém-nascido. Após o parto, muitas mulheres adotaram estratégias de apego mais inseguras e tiveram uma visão negativa de si mesmas, enquanto sua percepção dos outros geralmente melhorou. Observou-se fragilidade nos envelopes corporais e sobrecarga nos aparelhos psíquicos, resultando em dificuldades na capacidade de mentalização. Ainda, os resultados apontam para intensos remanejamentos e possível vulnerabilidade psíquica das mães durante as fases da gestação e do pós-parto, o que reforça a ideia de que esses momentos fragilizam os limites internos das mulheres e modificam os mecanismos habituais de defesa. Reforça-se, contudo, a heterogeneidade dentro do grupo, tendo em vista que mulheres diferentes mostraram recursos mentais desiguais, umas com melhores estratégias de enfrentamento do que outras. Esses achados destacam a importância de fornecer apoio e atenção adequados às mulheres durante o período de travessia para a maternidade, especialmente no parto e pós-parto, e em todo processo delas se tornarem mães.

*Palavras-chave:* maternidade, Rorschach, apego, mentalização, representação de si

## Abstract

Becoming a mother for the first time directly calls into question the entire attachment history prior to conception, the capacity for mentalization, as well as the experiences surrounding the body. The transition to motherhood often represents a psychological crisis, demanding significant involvement of both the mental apparatus and the body. Addressing motherhood therefore requires an understanding of how the body and psyche are engaged during the pregnancy-postpartum period. As part of an exploratory investigation, a multimethod and longitudinal evaluation was conducted with ten primiparous women, aged between twenty-five and forty-five years, without previous psychiatric or physical diagnoses. The research employed a single-group design, with data obtained longitudinally at two time points: the last trimester of pregnancy and the first trimester after birth. The following research instruments were used in the investigation: Socio-Demographic Questionnaire; Rorschach Inkblot Test (Paris School); Relationship Scale Questionnaire (RSQ); Adult Attachment Interview (AAI); and the Postpartum Reevaluation Questionnaire. The instruments were analyzed according to their specific interpretative models, and the Rorschach was analyzed following the Paris School, with an emphasis on the analysis of psychic dimensions, particularly indicators related to self-representation, body representation, and mentalization. The analysis of the results was initially carried out through a cross-evaluation of the RSQ, AAI, Postpartum Reevaluation Questionnaire, and Rorschach, considering the evaluation of women during pregnancy and postpartum. Subsequently, the Rorschach protocols related to the gestational period were exploratorily analyzed by comparing them with normative data. Then, a longitudinal analysis of the Rorschach protocols was conducted, comparing the results from pregnancy and postpartum. Finally, a case study was presented, prioritizing a detailed, qualitative, and longitudinal analysis with integration of the information collected from the various research instruments. The results indicated that motherhood can cause significant changes in attachment styles and self-representation, even in a population without risk factors. The childbirth process appears to play an important role in women's self-perception and the establishment of the bond with the newborn. After childbirth, many women adopted more insecure attachment strategies and had a negative self-perception, while their perception of others generally improved. Fragility in bodily envelopes and psychological overload were observed, resulting in difficulties in mentalization. Furthermore, the results point to intense reorganizations and possible psychic vulnerability of mothers during the gestational and postpartum phases, reinforcing the idea that these moments weaken women's internal boundaries and modify their usual defense mechanisms. However, the heterogeneity within the group is emphasized, as different women showed unequal mental resources, with some exhibiting better coping strategies than others. These findings highlight the importance of providing appropriate support and attention to women during the transition period to motherhood, especially during childbirth and postpartum, and throughout their journey of becoming mothers.

*Keywords:* motherhood, Rorschach, attachment, mentalization, self-representation

## Résumé

Devenir mère pour la première fois remet en question l'histoire des relations d'attachement antérieures à la conception, la capacité psychique de mentalisation et également l'impact de la traversée de la maternité sur le corps. En effet, pendant la période de la grossesse et du post-partum, l'appareil mental et le corps sont sollicités de manière à généralement constituer une occasion de crise psychique. Aborder la maternité nécessite donc d'articuler les façons dont le corps et le psychisme sont sollicités lors de la transition vers la maternité, ainsi que les implications subjectives de ces transformations pendant la grossesse, l'accouchement et le post-partum. Dans le cadre d'une recherche exploratoire, une évaluation multiméthodologique et longitudinale a été réalisée avec dix femmes primipares et primigestes, âgées de vingt-cinq à quarante-cinq ans, sans diagnostic psychiatrique ou physique préalable. Les données ont été recueillies de manière longitudinale à deux moments : le dernier trimestre de la grossesse et le premier trimestre après la naissance. Les instruments de recherche suivants ont été utilisés : questionnaire socio-démographique ; méthode de Rorschach (École de Paris) ; Relationship Scale Questionnaire (RSQ), Adult Attachment Interview (AAI) et le Questionnaire de Réévaluation Post-partum. Les instruments ont été analysés selon leurs modèles interprétatifs spécifiques et le Rorschach a été analysé selon l'École de Paris, en se concentrant sur l'analyse des dimensions psychiques, notamment les indicateurs liés à la représentation de soi, l'image du corps et de la mentalisation. L'analyse des résultats a été initialement réalisée par une évaluation croisée du RSQ, de l'AAI, du Questionnaire de réévaluation post-partum et du Rorschach, en tenant compte de l'évaluation des femmes pendant la grossesse et le post-partum. Ensuite, les protocoles de Rorschach liés à la période de grossesse ont été analysés en les comparant aux données normatives. Puis, une analyse longitudinale des protocoles de Rorschach a été réalisée en comparant les résultats de la grossesse et du post-partum. Enfin, une étude de cas a été présentée, privilégiant une analyse détaillée, qualitative et longitudinale intégrant les informations collectées à partir des différents instruments de recherche. Les résultats indiquent que la maternité peut entraîner des changements significatifs dans les styles d'attachement et la représentation de soi, même dans une population sans facteurs de risque. L'accouchement semble jouer un rôle important dans l'autoperception des femmes et dans l'établissement du lien avec le nouveau-né. Après l'accouchement, de nombreuses femmes ont adopté des stratégies d'attachement plus insécures et ont eu une vision négative d'elles-mêmes, tandis que leur perception des autres s'est généralement améliorée. On a observé une fragilité des enveloppes corporelles et une surcharge des appareils psychiques, entraînant des difficultés dans la capacité de mentalisation. De plus, les résultats soulignent des réorganisations intenses et une vulnérabilité psychique possible des mères pendant les phases de la grossesse et du post-partum, ce qui renforce l'idée que ces moments fragilisent les limites internes des femmes et modifient les mécanismes habituels de défense. Cependant, l'hétérogénéité au sein du groupe est soulignée, car différentes femmes ont montré des ressources mentales inégales, certaines ayant de meilleures stratégies d'adaptation que d'autres. Ces résultats mettent en évidence l'importance de fournir un soutien et une attention appropriés aux femmes pendant la période de transition vers la maternité, notamment pendant l'accouchement et le post-partum, ainsi que tout au long du processus de devenir mère.

*Mots-clés:* maternité, Rorschach, attachement, mentalisation, représentation de soi



## Lista de Figuras

- Figura 1** - Processo de recrutamento das participantes..... 77
- Figura 2** - Mapa temático das respostas ao Questionário de Reavalição no pós-parto..... 81

## Lista de Tabelas

<b>Tabela 1</b> - Indicadores no Rorschach da qualidade da capacidade de mentalização do sujeito de acordo com as três qualidades do pré-consciente de Marty: espessura, fluidez e permanência... 53	53
<b>Tabela 2</b> - Indicadores da qualidade do trabalho da mentalização em protocolos de Rorschach 57	57
<b>Tabela 3</b> - Indicadores da imagem do corpo no Rorschach na patologia e na saúde..... 62	62
<b>Tabela 4</b> - Indicadores do investimento dos limites no Rorschach na patologia e na saúde ..... 65	65
<b>Tabela 5</b> - Caracterização da amostra (n=10) ..... 68	68
<b>Tabela 6</b> - Características e processos psicológicos avaliados pelo Rorschach..... 71	71
<b>Tabela 7</b> - Características e processos psicológicos medidos pelo Relationship Scale Questionnaire (RSQ)..... 73	73
<b>Tabela 8</b> - Estimativa para a Renda Média Domiciliar para os estratos do Critério Brasil ..... 75	75
<b>Tabela 9</b> - Encontros nos momentos nº1 e nº2 da pesquisa ..... 77	77
<b>Tabela 10</b> - Estilo de apego das participantes no período gestacional e pós-parto (n=10) ..... 85	85
<b>Tabela 11</b> - Resumo dos pontos principais relativas ao questionário de Reavaliação no Pós-Parto (n=10)..... 96	96
<b>Tabela 12</b> - Média dos resultados dos indicadores do Rorschach das mulheres na gravidez e pós- parto (n=10) ..... 105	105
<b>Tabela 13</b> - Modos de apreensão e indicadores de produtividade no grupo de gestantes (n=10) ..... 118	118
<b>Tabela 14</b> - Respostas Dbl fornecidas no Rorschach das gestantes (n=10)..... 121	121
<b>Tabela 15</b> - Análise dos indicadores de socialização dos protocolos de Rorschach das gestantes (n=10)..... 126	126

<b>Tabela 16</b> - Análise dos índices de angústia e dos seus componentes nos protocolos de gestantes (n=10).....	127
<b>Tabela 17</b> - Análise dos determinantes formais no grupo de gestantes (n=10) .....	130
<b>Tabela 18</b> - Análise quantitativa dos fenômenos especiais nos protocolos de Rorschach no grupo de gestantes (n=10) .....	132
<b>Tabela 19</b> - Indicadores dos investimentos nos limites nos protocolos de Rorschach das gestantes (n=10).....	134
<b>Tabela 20</b> - Análise qualitativa das respostas de Anatomia nos protocolos de Rorschach do grupo de gestantes (n=10).....	137
<b>Tabela 21</b> - Tipo de vivência no Rorschach das gestantes (n=10).....	141
<b>Tabela 22</b> - Análise dos indicadores afetivos do grupo de gestantes (n=10).....	143
<b>Tabela 23</b> - Fórmulas de controle interno e externo no Rorschach das participantes (n=10)....	144
<b>Tabela 24</b> - Análise dos determinantes cinestésicos no grupo de gestantes (n=10) .....	146
<b>Tabela 25</b> - Respostas de movimento humano nos protocolos das mulheres gestantes (n=8)...	149
<b>Tabela 26</b> - Produtividade e ritmo no Rorschach na gestação e no pós-parto (n=10) .....	159
<b>Tabela 27</b> - Modos de apreensão nos dois tempos da pesquisa: gestação e puerpério (n=10) ..	160
<b>Tabela 28</b> - Respostas Dbl fornecidas no Rorschach das puérperas (n=8) .....	163
<b>Tabela 29</b> - Análise dos indicadores de socialização dos protocolos de Rorschach na gestação e pós-parto (n=10).....	167
<b>Tabela 30</b> - Análise dos índices de angústia e dos seus componentes nos protocolos de gestantes e puérperas (n=10) .....	168
<b>Tabela 31</b> - Indicadores dos investimentos nos limites nos protocolos de Rorschach no período da gestação e pós-parto (n=10) .....	170

<b>Tabela 32</b> - Análise dos determinantes formais no período da gestação e pós-parto (n=10) ....	172
<b>Tabela 33</b> - Análise qualitativa das respostas de Anatomia nos protocolos de Rorschach do grupo de puérperas (n=9).....	176
<b>Tabela 34</b> - Tipo de vivência no Rorschach das gestantes e puérperas .....	181
<b>Tabela 35</b> - Análise dos indicadores afetivos do grupo de gestantes (n=10).....	184
<b>Tabela 36</b> - Fórmulas de controle interno e externo no Rorschach das participantes na gravidez e pós-parto (n=10).....	186
<b>Tabela 37</b> - Análise dos determinantes cinestésicos na gravidez e no pós-parto (n=10).....	188
<b>Tabela 38</b> - Respostas de movimento humano nos protocolos das mulheres gestantes .....	191
<b>Tabela 39</b> - Resumo dos dados principais do caso da Olívia.....	204
<b>Tabela 40</b> - Estilo de apego antes e depois do parto de acordo com o RSQ - Caso Olívia .....	205
<b>Tabela 41</b> - Falas significativas, positivas e negativas, em relação aos pais de Olívia na entrevista AAI (período gestacional).....	207
<b>Tabela 42</b> - Indicadores encontrados no Rorschach da Olívia na gestação e no pós-parto .....	215
<b>Tabela 43</b> - Respostas dadas por Olívia ao teste de Rorschach na gestação e pós-parto.....	218

## Sumário

<b>Introdução .....</b>	<b>16</b>
<b>PARTE 1: ASPECTOS TEÓRICOS E METODOLÓGICOS DA PESQUISA .....</b>	<b>23</b>
<b>Capítulo I.....</b>	<b>24</b>
<b>A Travessia Psíquica da Maternidade: impactos no corpo, no psiquismo e os indicadores no método de Rorschach.....</b>	<b>24</b>
1.1 A travessia psíquica da maternidade.....	24
1.1.1 Gravidez: a transparência psíquica, o retorno de um passado arcaico e a constituição do bebê imaginário.....	25
1.1.2 Parto: dimensão traumática e transformadora .....	28
1.1.3 Pós-parto: preocupação materna primária, lutos e o bebê real .....	31
1.2 A maternidade, um apelo ao corpo e ao psiquismo .....	37
1.2.1 Do corpo à mente: a trajetória rumo a capacidade de pensar .....	38
1.2.2 A experiência corporal no período gravídico-puerperal .....	42
1.2.3 A capacidade de mentalização no período gravídico e puerperal.....	46
1.3 Indicadores no teste de Rorschach do impacto no corpo e no psiquismo.....	50
1.3.1 Indicadores de impacto no psiquismo: a mentalização e seus indicadores no Rorschach .....	51
1.3.2 Indicadores do impacto no corpo: representação de si, imagem do corpo e investimento nos limites no Rorschach .....	59
<b>Capítulo II.....</b>	<b>66</b>
<b>Método .....</b>	<b>66</b>
2.1 Participantes .....	68
2.2 Instrumentos.....	70
2.2.1 O Método do Rorschach na avaliação da personalidade .....	70
2.2.2 Instrumentos voltados para a avaliação do apego: RSQ e AAI.....	72
2.2.3 Instrumentos complementares: questionário sociodemográfico e entrevista semiestruturada do pós-parto.....	74
2.3 Procedimento para a coleta de dados .....	75
2.4 Procedimento de análise dos dados.....	78

<b>PARTE 2: ANÁLISES DOS RESULTADOS E DISCUSSÃO DE ESTUDOS EMPÍRICOS E CLÍNICOS .....</b>	<b>82</b>
<b>Capítulo III .....</b>	<b>83</b>
<b>Avaliação cruzada da travessia psíquica da maternidade: da gravidez ao puerpério .....</b>	<b>83</b>
3.1 Análise do RSQ na gestação e no pós-parto .....	83
3.2 Análise cruzada do RSQ com a AAI – Gestação.....	87
3.3 Análise do Questionário de reavaliação no Pós-parto e RSQ – Pós-parto.....	95
3.4 Análise do Rorschach - Gravidez e Pós-parto .....	104
3.5 Principais achados e hipóteses .....	108
<b>Capítulo IV .....</b>	<b>116</b>
<b>Análise exploratória dos processos psíquicos e impactos no corpo e no psiquismo no Rorschach de mulheres na gestação .....</b>	<b>116</b>
4.1 Os modos de apreensão e seus impactos na mentalização e no corpo .....	117
4.2 Socialização e preocupação materna primária .....	125
4.3 Angústia e defesas: seu impacto no corpo e psiquismo .....	127
4.4 Problemática corporal e investimento nos limites .....	133
4.5 A dinâmica dos afetos .....	141
4.6 A mentalização e representação de si nas respostas cinestésicas.....	145
4.6 Principais achados decorrentes da análise do Rorschach das gestantes.....	152
<b>Capítulo V .....</b>	<b>158</b>
<b>Análise longitudinal dos processos psíquicos e seu impactos no corpo e psiquismo no Rorschach de mulheres na gestação e no pós-parto .....</b>	<b>158</b>
5.1 Análise dos modos de apreensão e adaptação social e seus impactos no psiquismo .....	158
5.2 Socialização e preocupação materna primária .....	166
5.3 Angústia e seu impacto no corpo e psiquismo.....	168
5.4 Problemática corporal e investimento nos limites .....	170
5.5 A dinâmica dos afetos .....	180
5.6 A mentalização e representação de si nas respostas cinestésicas.....	187
5.7 Principais achados e hipóteses decorrentes dos resultados do Rorschach das puérperas .	195
<b>Capítulo VI .....</b>	<b>203</b>

<b>Processos psíquicos de uma mulher primípara pré e pós-parto: análise de caso multimetodológica e longitudinal .....</b>	<b>203</b>
6.1 Estudo de caso - Olívia (P3) .....	204
6.1.1 Descrição do caso e estilo de apego.....	204
6.1.2 Análise descritivo-interpretativa do AAI.....	206
6.1.3 Análise descritivo-interpretativa do Questionário de Reavaliação no Pós-Parto .....	210
6.1.4 Análise do Rorschach de Olívia.....	214
6.1.4.1 Os processos de pensamento.....	216
6.1.4.2 Tratamento dos afetos e organização defensiva.....	220
6.1.4.3 O impacto no corpo.....	222
6.1.5 Síntese do caso.....	224
<b>Considerações Finais .....</b>	<b>229</b>
<b>Referências.....</b>	<b>238</b>
<b>Apêndice A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido .....</b>	<b>256</b>
<b>Apêndice B - Entrevista de Apego em Adultos (Adult Attachment Interview - AAI)*.....</b>	<b>259</b>
<b>Apêndice C - Questionário Sociodemográfico.....</b>	<b>263</b>
<b>Apêndice D - Questionário para reavaliação no pós-parto.....</b>	<b>271</b>
<b>Apêndice E - Relationship Scale Questionnaire (RSQ) .....</b>	<b>272</b>
<b>Apêndice F - Nomenclatura francesa do Rorschach .....</b>	<b>275</b>
<b>Apêndice G - Critérios de classificação para escala Barreira-Penetração .....</b>	<b>283</b>
<b>Apêndice H - Critérios de classificação para escala Barreira-Penetração .....</b>	<b>285</b>

## Introdução

Classicamente, o processo da maternidade compreende três etapas fundamentais: a gravidez, o parto e o encontro com o bebê. Essas três fases são repletas de mudanças no plano mental, corporal e social, exigindo da mulher importantes remanejamentos psíquicos. Para Racamier (1979), essa travessia acontece de forma análoga à experiência da adolescência, já que ela desencadeia modificações consideráveis não só no plano corporal, mas também psíquico e por vezes até gera fragilizações no sentimento de identidade (Bydlowski, 2002). É nesse momento da gravidez que toda a vida da mulher anterior à concepção vem à tona, configurando assim, em geral, ocasião de crise psíquica (Brazelton & Cramer, 1992; Bydlowski, 2006), principalmente, no que diz respeito ao nascimento do primeiro filho - quando ocorre uma mudança geracional permanente.

Ao gerar um bebê, não só o corpo da mulher se transforma como todo seu psiquismo passa a se preparar para constituir outro ser e também se constituir em função de seu papel de mãe. Houzel (2017) aponta para a complexidade dos trabalhos psíquicos nessa ocasião. De fato, segundo o autor, é como se houvesse uma tentativa, por parte da gestante, de reparação psíquica das vivências afetivas e dos traumas do passado, em preparação para a recepção do bebê. Em outras palavras, há uma nidação concreta do bebê no ambiente familiar: monta-se o quarto, compra-se o berço, brinquedos, banheiras etc. O autor traça uma analogia com a necessidade de a mulher ir além disso e criar um espaço para o recém-nascido em sua mente.

Sendo assim, Stern (1997) considera o mundo representacional da mãe como sendo de suma importância na determinação da natureza do relacionamento com o bebê. As representações parentais incluem as interações atuais e também as lembranças infantis, as fantasias, os medos e as expectativas em relação ao bebê. Existe uma forte relação entre as



representações das mães acerca do seu relacionamento com os objetos primários e o comportamento com os seus bebês (Main, 2000; Main et al., 1985). Dada a complexidade desse processo, não há garantias de que uma gravidez bem vivida engendre todas as condições de um puerpério igualmente tranquilo. Aragão (2007) assinala que problemas podem ocorrer nesses primeiros cuidados:

O trabalho psíquico da maternidade, na melhor das hipóteses, envolveria a possibilidade desse reencontro. E talvez por isso também venha a representar, para algumas mulheres, uma ameaça de tal modo radical que conduz a diferentes modalidades de arranjos defensivos e, no fracasso destes, ao surgimento de configurações psicopatológicas francas, como as depressões pré e pós-parto ou até as psicoses puerperais. (p. 81)

Não é à toa que aspectos epidemiológicos apontam para uma prevalência elevada de distúrbios psicopatológicos no pré e no pós-parto: baby-blues 85% (Felix et al., 2008), ansiedade em 18.8% das mulheres (Georges et al., 2013), depressão no pré e no pós-parto (Altshuler et al., 2008; Skouteris et al., 2009) em por volta de 20% das mulheres (Faisal- Cury & Menezes, 2007; Pereira & Lovisi, 2008) e psicose puerperal de 1 a 5 pessoas/1000 (Dayan et al., 2011). Sabe-se ainda que, no Brasil, a prevalência de depressão pós-parto é mais elevada do que a estimada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para países de baixa renda, em que 19,8% das parturientes apresentam transtorno mental, sendo, em sua maioria, a depressão (Ruschi et al., 2007).

Não obstante, a cultura brasileira, com a visão idealizada, naturalística e instintiva da maternidade, dificulta a expressão e a elaboração da ambivalência de sentimentos despertados com o advento do nascimento de um filho (Folino, 2014). Assim, as particularidades individuais do ciclo gravídico-puerperal passam despercebidas e são criadas as condições para prejuízos não

só para a mãe como também para o bebê e o resto do núcleo familiar. Arriscamos em afirmar que o tema da experiência subjetiva materna, intrinsecamente ligada à maternagem, é de máxima importância, e só gradualmente cede o primeiro lugar para o tema do bebê como ser independente, uma vez que a experiência subjetiva materna convoca explicitamente o paradigma psicanalítico, por abarcar as condições principais da constituição do Outro enquanto sujeito. Trata-se, com isso, de um campo atual de estudos e de investigação da situação clínica mãe-bebê (Wendland, 2001). Esse campo tem referendado pesquisas importantes tanto nacionais quanto internacionais.

A nossa pesquisa sobre a travessia da maternidade é derivada de uma parceria internacional estabelecida entre a Prof. Deise Matos do Amparo da Universidade de Brasília com a Profa. Dra. Rose Angélique Belot da Universidade de Bourgogne/Franche-Comté (França), com colaboração da Prof. Sonia Pasian – Universidade de São Paulo Ribeirão Preto. A Prof. Rose Angélique é coordenadora do projeto francês: “PROXIMA: Acesso à maternidade e a fatores de risco em população não consultante: estudo exploratório, longitudinal e prospectivo”. O PROXIMA é uma pesquisa internacional longitudinal multimetodológica que visa a análise dos processos da maternidade e cujo objetivo principal é descrever o perfil psicológico de primíparas sem distúrbios psicológicos e obstétricos prévios durante a gravidez e após o parto e dados têm sido coletados na França, Turquia e Suíça.

Parte do estudo PROXIMA realizado no Brasil, refere-se a nossa pesquisa na qual buscamos investigar de forma exploratória, longitudinal e multimetodológica como a travessia da maternidade (mais especificamente na gestação, parto e pós-parto) impacta o psiquismo e o corpo dessas mulheres. Quando falamos de psiquismo, tratamos da capacidade de pensar propriamente dita, de mentalizar e processar mentalmente as transformações corporais e sociais

que vêm com a maternidade. Para isso, nos referimos também a toda a história afetiva prévia, com as figuras de apego, já que a capacidade de pensar se desenvolve mediante trocas com o outro desde os primórdios da vida psíquica. No que se refere aos impactos no corpo, consideramos a capacidade de mentalização, a imagem do corpo e a representação de si das mulheres.

O desenvolvimento deste trabalho está organizado em duas partes e seis capítulos. A Primeira Parte refere-se aos aspectos teóricos e metodológicos e a Segunda Parte refere-se aos resultados das análises empíricas e clínicas dos dados, acompanhados de uma discussão teórico-clínica.

O Capítulo I traz, inicialmente, uma discussão teórica sensível, à luz da psicanálise, sobre as complexidades e riquezas inerentes à criação de uma nova vida. Focamos, a partir de uma leitura psicanalítica, principalmente na experiência subjetiva materna da gestação, parto e pós-parto. Depois abordamos na parte da descrição conceitual a representação de si e o desenvolvimento da capacidade de pensar, privilegiando as contribuições teóricas relevantes para esse trabalho e depois discutindo o impacto sobre a imagem do corpo no período gravídico-puerperal. Por fim, descrevemos os indicadores de impacto no corpo e psiquismo observados no método de Rorschach que nos ajudarão a entender os processos psíquicos da travessia da maternidade

Em seguida, o Capítulo II trata do método utilizado. Optou-se pela modalidade de pesquisa exploratória, longitudinal e multimetodológica, de sorte a favorecer uma exploração em profundidade do problema de pesquisa em questão. Fomos assim levados a tentar articular os desafios do trabalho psíquico e do apelo ao corpo durante o período gravídico-puerperal, utilizamos o método clínico-qualitativo de pesquisa, segundo o modelo de grupo único (Hussein,

1991). Foram avaliadas em domicílio, por meio de instrumentos psicológicos sistematizados, 10 mulheres voluntárias, em período correspondente ao terceiro trimestre de gestação de um primeiro bebê (primíparas) e no primeiro trimestre após o nascimento. Os dados foram obtidos em dois momentos diferentes (no último trimestre de gestação e no primeiro trimestre após o nascimento), seguindo o protocolo metodológico da pesquisa internacional PROXIMA, por meio da aplicação dos seguintes instrumentos: o Método de Rorschach, o relationship Scale Questionnaire (RSQ) e o *Adult Attachment Interview* (AAI). Além desses, também foram aplicados um Questionário sociodemográfico e um Questionário de Reavaliação no Pós-parto.

A codificação e análise do Rorschach foi realizada de acordo com a abordagem Francesa do Rorschach, na perspectiva da Escola de Paris (Anzieu, 1978; Chabert, 1993, 1998; Pasian & Amparo, 2018; Traubenberg, 1970). Os dados derivados da escala RSQ foram interpretados a partir da proposta de análise de Bartholomew e Thompson (1995). Os dados obtidos a partir da AAI foram analisados a partir da proposta desenvolvida por George et al. (1996), seguindo os princípios de análise do discurso de Grice (1975, 1989). Por fim, para a análise dos questionários de reavaliação no pós-parto, optou-se pela análise temática (AT) do tipo reflexiva, a fim de possibilitar uma codificação fluida e flexível, compatível com estudo exploratório.

A Parte 2 apresenta os resultados dos estudos empíricos e clínicos. No Capítulo III, buscamos realizar uma análise cruzada dos diversos instrumentos da pesquisa enfocando as representações psíquicas mais relevantes ao tema da maternidade, principalmente, aqueles referentes ao apego e ao funcionamento psíquico durante a gravidez e pós-parto. Os capítulos IV e V tratam dos resultados comuns ao grupo relativos ao Rorschach. na gestação e pós-parto, respectivamente. No Capítulo IV, os protocolos de Rorschach referentes ao período gestacional foram analisados de forma exploratória comparando-se com os dados normativos, tomamos

como referência as normas utilizados no estudo com população adulta brasileira realizado por Pasion (2010). Depois no Capítulo V realizou-se a análise longitudinal dos protocolos de Rorschach comparando os resultados da gestação e do pós-parto. Visamos identificar os resultados singulares que se destacam quando comparados com os de uma população não gestante. Ilustramos, em primeiro lugar, a especificidade e o caráter singular do período gravídico-puerperal, no que diz respeito aos processos psíquicos que lhe estão subjacentes. Os eixos de análise foram mais especificamente os seguintes: dinâmica dos modos de apreensão e seus impactos na mentalização e no corpo; socialização e relação com a preocupação materna primária; angústia e seus impactos no corpo; manifestações dos mecanismos de defesa; problemática corporal e investimento nos limites; a dinâmica dos afetos; a mentalização e a representação de si nas cinestésias. Finalizamos a parte dos resultados com o capítulo VI, onde realizamos um estudo de caso de uma mulher primípara, com uma análise mais detalhada dos seus processos psíquicos no contexto do tornar-se mãe. Priorizou-se uma análise pormenorizada, qualitativa e longitudinal com integração das informações coletadas nos diversos instrumentos de pesquisa.

Por último, são apresentadas as considerações finais acerca do trabalho e ponderações referentes aos resultados obtidos. Vemos, ao longo deste trabalho, como a maternidade pode causar mudanças significativas nos estilos de apego e na representação de si, mesmo em uma população sem fatores de risco. Observamos também, como o parto desempenha um papel importante na autopercepção das mulheres e no estabelecimento do vínculo com o recém-nascido. O nosso trabalho permite apreciar como os envelopes corporais são testados nesse momento, evento que de fato parece sobrecarregar os aparelhos psíquicos resultando em dificuldades na capacidade de mentalização. Observamos como as mães passam por intensos

remanejamentos e possíveis vulnerabilidades psíquicas durante as fases da gestação e do pós-parto. Encontramos limites frágeis ou sobreinvestidos acompanhados de mecanismos de defesa bastante singulares. Além disso, por mais que seja possível observar uma turbulência psíquica em toda a amostra, o nosso estudo mostra uma grande heterogeneidade, já que mulheres diferentes apresentaram melhores capacidades de enfrentamento do que outras. Esses achados destacam a importância de fornecer apoio e atenção adequados às mulheres durante o período de travessia para a maternidade, especialmente no parto e pós-parto, e em todo processo delas se tornarem mães. Iremos desenvolver com mais profundidade esses achados ao longo do trabalho.

## **PARTE 1: ASPECTOS TEÓRICOS E METODOLÓGICOS DA PESQUISA**

## Capítulo I

### **A Travessia Psíquica da Maternidade: impactos no corpo, no psiquismo e os indicadores no método de Rorschach**

#### **1.1 A travessia psíquica da maternidade**

O presente capítulo tem como objetivo abordar a complexa e multifacetada experiência da maternidade em seus três momentos principais: gestação, parto e pós-parto. Serão analisados como as mulheres atravessam cada uma dessas etapas e os impactos que esses momentos têm no corpo e no psiquismo materno. Em seguida, nos propomos a apresentar conceitos relevantes à nossa discussão sobre a constituição corporal e psíquica do ser humano (representação de si, mentalização, entre outros aspectos) e possíveis mudanças corporais/e psíquicas relativas à maternidade. Por fim, trataremos dos indicadores tanto da representação de si como da mentalização no teste de Rorschach, instrumento privilegiado, usado neste trabalho para ilustrar os remanejamentos psíquicos vivenciados pela mulher durante o ciclo gravídico-puerperal.

É importante ressaltar que este capítulo se trata de um estudo teórico, baseado em revisão bibliográfica temática e na análise crítica de diferentes abordagens e estudos empíricos sobre a maternidade e seus impactos no corpo e no psiquismo materno. Portanto, o objetivo deste capítulo é fornecer uma visão geral das principais teorias e dos conceitos relacionados à maternidade, bem como discutir a relevância dessas ideias para o entendimento da experiência materna em seus diferentes momentos.



### ***1.1.1 Gravidez: a transparência psíquica, o retorno de um passado arcaico e a constituição do bebê imaginário***

Para Brazelton e Cramer (1992), a gravidez traz à tona toda a vida da mulher anterior à concepção. Esse ressurgimento é devido ao estado psíquico particular com que a mulher se encontra nesse período chamado de “transparência psíquica”, no qual fragmentos do inconsciente e do pré-consciente chegam à consciência mais facilmente (Bydlowski, 2002). Esse funcionamento psíquico materno é caracterizado por uma diminuição das resistências habituais da mulher diante do recalcado inconsciente. Nesse sentido, a transparência psíquica é marcada por um superinvestimento na história pessoal, incluindo conflitos infantis, e que vem acompanhada de uma plasticidade importante das representações mentais centradas em volta do eixo narcísico (Bydlowski, 2002).

Durante a segunda metade da gestação, a futura mãe volta-se para temáticas autocentradas e inacessíveis para a maior parte das mulheres que estão fora desse período. As mudanças da gravidez podem gerar na mãe a sensação de se sentir “habitada” por um de seus pais, ou por um aspecto deles. Trata-se de uma experiência que tanto pode ser bem-vinda como assustadora (Brazelton & Cramer, 1992). Esse momento pode ser sentido como uma invasão narcísica, uma vez que o *foetus* não representa inicialmente um objeto distinto da mãe e sim uma parte da mesma. Tal “invasão”, acompanhada dos movimentos libidinais de desinvestimento externo, estaria na origem da emergência de conteúdos psíquicos recalçados.

Na gestação, a mulher regride a etapas anteriores do seu desenvolvimento psíquico, identificando-se por um lado com a própria mãe que cuidou dela enquanto recém-nascida, como também com o bebê que necessita dos mesmos cuidados (Langer, 1986). Segundo Brazelton e

Cramer (1992), a mulher se baseia na convivência que teve enquanto bebê com a sua própria mãe ao desempenhar e elaborar os papéis da maternidade.

Assim, é nesse momento que a mulher embarca na construção de um espaço psíquico para a criança, ao mesmo tempo em que vai construindo o papel materno. Por isso, o tempo da gravidez é sumamente importante, justamente por representar um período de preparação corporal e psicológica (Brazelton & Cramer, 1992). Esse tempo é fundamental para a construção da representação do bebê no imaginário materno.

Dessa forma, ao nascer, o bebê já possui um lugar constituído pelos desejos e projeções dos pais, sendo imediatamente marcado por heranças inter e intrageracionais, por uma história datada de gerações anteriores ao seu nascimento (Ciccone, 2014). Em outras palavras, todo bebê está inevitavelmente sujeito a uma herança transgeracional. Um primeiro aspecto dessa herança diz respeito às missões narcísicas projetadas em todo recém-nascido. A primeira é uma missão de continuidade narcísica, a segunda uma missão de reparação (Ciccone, 2014).

Ao se tratar da primeira missão, falamos das funções essenciais de qualquer criança de reviver e assegurar a imortalidade do narcisismo parental. "Sua majestade o bebê", como diz Freud (1914/2006), terá que realizar todos os sonhos e desejos que os pais não realizaram, devido às restrições impostas pela realidade. Aulagnier (1974) amplia essa discussão propondo a noção de "contrato narcísico" da missão da criança no que diz respeito não só ao narcisismo parental, mas também ao narcisismo do grupo social. O contrato narcísico é uma formação de vínculo inconsciente que liga a criança aos pais, às gerações anteriores e especialmente a todo o grupo social. Esse contrato prescreve a missão desempenhada pelo recém-nascido, nomeadamente a de assegurar a continuidade da geração em troca de ser reconhecido pelo grupo como seu integrante (Ciccone, 2014).

Já a segunda missão do bebê é de reparo da história parental. Todo adulto tem algo para consertar de sua história infantil, e toda criança tem algo para consertar na história parental (Ciccone, 2014). Traumas, falhas, frustrações serão, em parte, tratadas pelo vínculo desenvolvido entre os pais e a criança. A criança real terá que lidar, suportar, debater com a experiência infantil dos pais, com a criança ferida, traumatizada, angustiada que permanece viva nas figuras parentais (Ciccone, 2014).

É nesse contexto que, de acordo com Bydlowski (2007), durante a gestação, o bebê é sonhado pela mãe como uma criança imaginária capaz de suprir, reparar e preencher lutos, saudades e sentimento de perda. A autora defende inclusive que a mulher nesse momento não deseja a criança concreta, mas sim encontrar-se a si mesma como o bebê que outrora fora. Em outras palavras, a partir do narcisismo parental, os pais poderão investir libidinalmente nos filhos.

Contudo, esse processo é necessário para o bom acolhimento da criança. Winnicott (2000) ressalta a necessidade da mãe se identificar com o bebê de forma progressiva, ao passo que ela vai construindo um espaço psíquico para ele. Trata-se de criar uma representação do bebê no imaginário materno para que, com o advento do nascimento, haja o afastamento gradual da mãe do bebê imaginário e o investimento no bebê real. Contudo, em função dessas amplas modificações que ocorrem no processo psíquico durante a gestação, o luto traumático da mãe pode reverberar posteriormente nas modificações somáticas do bebê e na possibilidade e capacidade de cuidar das suas necessidades (Belot & De Tychev, 2015).

Tendo em vista essas considerações, é importante pontuar que não existem gestações completamente aceitas ou rejeitadas, havendo uma ambivalência presente na maternidade (Simas et al., 2013). Essa pode ser entendida como a simultaneidade de pensamentos, sentimentos e

atitudes que são contraditórias e conflitantes, evidenciando coexistir prazer e desprazer frente à experiência vivenciada. Isso diz respeito inclusive às mulheres cujas gravidezes foram totalmente desejadas, não escapando de questões ambivalentes durante esse processo (Bortoletti, 2007; Fonseca et al., 2018; Motta et al., 2008).

Em suma, a gravidez é um momento de alta instabilidade psíquica e corporal cujo tempo de nove meses é essencial para a preparação para a maternidade. Além disso, o evento do parto não parece pôr um fim a tal instabilidade uma vez que, além da regressão no funcionamento psíquico da mãe iniciada na gestação, há após o parto uma verdadeira revolução, com a emergência de uma nova demanda de trabalho psíquico.

### ***1.1.2 Parto: dimensão traumática e transformadora***

Muito embora seja vivido de forma desigual entre as mulheres, o nascimento traz a sua própria dimensão traumática (Bydlowski, 1997; Candilis-Huissman, 2010). Acompanhado inevitavelmente de uma ruptura no corpo, o encontro com o bebê só é possível através do que é cortado pela cesariana ou pelas contrações dolorosas, acompanhadas da abertura, dilatação, por vezes até laceração da carne. Essa ruptura que incide no corpo real, também deve ser pensada psiquicamente, uma vez que o Eu é por definição um Eu corporal (Freud, 1923/1974), ou seja, deve ser pensada em termos de marcas que insistem como registros psíquicos de que a separação mãe-bebê não ocorre sem ruptura no corpo. Em outras palavras, a imagem do corpo, cuja instabilidade já se presentifica ao longo da gestação, acompanha uma repentina turbulência no sentimento de si advindo do parto. O trabalho psíquico desse momento requer sustentar as turbulências advindas do trabalho de parto, sem o apoio oferecido por uma imagem do corpo estável.

Winnicott (1975) fala do nascimento como traumático para as mães e descreve o parto como um momento repleto de violência. O autor ressalta a sua dimensão traumática, qualquer que seja o desfecho do parto (Winnicott, 1990). De fato, parir envolve lidar com o desconhecido, especialmente para as mães de primeira viagem. A imprevisibilidade permeia esse processo em vários aspectos, tendo em vista as intercorrências e os riscos maternos e fetais que podem surgir. Uma mãe que planeja e sonha um parto não cirúrgico a gravidez inteira, pode encontrar o bebê numa posição complicada para suportar e atravessar a fase expulsiva do trabalho de parto (o momento em que o bebê precisa atravessar o canal vaginal) e acabar precisando de uma cesárea, por exemplo. Decepções acompanham assim expectativas frustradas e idealizações do momento do parto são postas em xeque.

O medo do incerto e da morte permeiam muitas vezes inconscientemente ou conscientemente a mente das mulheres. No século XX, um quarto das mulheres que deram à luz morreram no parto (Bydlowski, 1997). Tal medo foi fomentado por esse passado ancestral e alimentado socialmente, midiaticamente, dificultando o trabalho de parto. Trata-se, assim, de um momento caracterizado por emoções particularmente contrastantes, positivas, mas também negativas que, por não serem reconhecidas, não são consideradas legítimas pela própria mãe. Sendo assim, o parto também está associado a uma grande vulnerabilidade física e psicológica para as mulheres (André et al., 2010)

Os estudos de Montmasson et al. (2012) relataram que 22% a 48% das mulheres descreveram o parto como uma experiência traumática. Por sua vez, a pesquisa de Creedy (2002) aponta que 33% das mulheres possuem lembranças traumáticas do trabalho de parto. Além disso, 6% das mulheres relataram terem sido acometidas pelo transtorno de estresse pós-traumático após o parto (Denis & Callahan, 2009), ou seja, esse momento pode estar associado a eventos

particularmente desestabilizadores e levar à percepção de uma ameaça real, inclusive de morte para si e para o filho, um verdadeiro ataque à integridade física.

Aqui no Brasil, mais especificamente, existe uma questão que parece estar longe de ser equacionada no que diz respeito ao momento de dar à luz: o número de partos cesarianos e intervenções médicas desnecessárias. A OMS recomenda que essa interferência seja de até 15% de partos cesáreos. No Brasil, esse índice é de 52% chegando a mais de 88% nos hospitais privados (Fundação Oswaldo Cruz, 2014). Além disso, esse contexto também é composto pelas altas taxas de intervenções empregadas na atenção ao parto e ao nascimento. Tal fato é evidenciado nos resultados da pesquisa *Nascer no Brasil* (Leal & Gama, 2014), onde constata-se que 56,8% das mulheres presentes no estudo são consideradas como casos de risco obstétrico habitual, ou seja, sem condições de saúde que indiquem o uso de procedimentos e intervenção cirúrgica, e, mesmo assim, apenas 5,6% dessas mulheres chegam a ter um parto vaginal, sem nenhuma intervenção. Essas informações se tornam relevantes a partir do momento em que estudos apontam para riscos maiores de adoecimento mental em mulheres submetidas a cesáreas de emergência e intervenções desnecessárias (Rua et al., 2021). O impacto dessa realidade a longo prazo é imensurável, uma vez que ela diz respeito tanto à saúde física e mental das mães como também dos filhos. O parto se trata, portanto, de um evento não apenas biológico, mas também cultural e inevitavelmente psíquico. Por ser atravessado por uma dimensão frequentemente traumática, as palavras muitas vezes faltam, cabendo à mulher a tarefa árdua de significar, buscar atribuir sentido e nomear as suas vivências (Komniski, 2019). Além de ser capaz de mentalizar o atravessamento dessa experiência.

Do ponto de vista psíquico, na hora do nascimento, o equilíbrio entre a libido narcísica e a libido objetal é brutalmente rompida (Bydlowski, 1997; Labaki, 2008). Ao passo que

engravadar convoca ao retorno da revivência do narcisismo materno, ser mãe íntima a um radical descentramento de si, a necessidade de investir libidinalmente o filho como outro (Aubert-Godart, 1998; Darchis, 2002). Prat (2008) acredita que, para a mãe, o impacto do pós-parto imediato se encontra também relacionado à revelação da dependência absoluta do bebê: “Essa descoberta da dependência é brutal. . . no momento da chegada o mundo da mãe estremece: ela se torna a pessoa da qual o bebê é totalmente dependente” (p. 128). Entende-se que, com a chegada do bebê real, a mulher deve elaborar várias perdas, perdendo parte de sua identidade anterior e exigindo um trabalho psíquico considerável.

### ***1.1.3 Pós-parto: preocupação materna primária, lutos e o bebê real***

*"Não existe essa coisa chamada o bebê."* (Winnicott, 1969)

Após o parto, a reorganização psíquica ainda não pode acontecer, dado que a mãe entra numa segunda fase de hipersensibilidade desafiadora: a preocupação materna primária. (Winnicott, 1969). Segundo Winnicott (1975), a mãe “suficientemente boa” deve experimentar essa fase, cuja característica principal consiste em estabelecer uma sintonia com o bebê para, no momento certo, responder às suas necessidades vitais. A mãe, nessas condições, pode exercer três funções fundamentais para o desenvolvimento do seu filho: o *holding* (sustentação), *handling* (manejo) e a apresentação dos objetos (Winnicott, 1975). Ogden (2010) ressalta:

A mãe, com um alto custo emocional para si mesma, absorve o impacto do tempo (por exemplo, privando-se do sono de que necessita, do tempo de que necessita para renovação emocional oriunda de estar com outrem que não o bebê, e do tempo de que necessita para fazer alguma coisa sozinha que não envolva o bebê) (pp. 122-123).

Para Spielrein (1981), o desenvolvimento e o nascimento de um bebê só podem acontecer às custas da mãe. Essa fala marcante faz sentido na medida em que existe uma identificação materna com o bebê a ponto de gerar um estado “sem sujeito” e de criar vivências de indiferenciação entre ambos. É conhecido que a mulher em estado de preocupação materna se encontra regredida a estágios anteriores, por vezes até primitivos da vida psíquica, identificando-se com o bebê que outrora fora e vivenciando estados de não integração e de indiferenciação em relação a seu próprio filho (Santos & Zornig, 2014).

Segundo Melier e Belot (2010), no pós-parto imediato (primeiro mês de vida) as experiências subjetivas parecem confusas, misturadas, entrelaçadas e remetem muito mais a um magma emocional do que sentimentos bem delimitados. Há uma verdadeira crise identitária (Athanassiou, 1992). Nas palavras de Ogden (2010):

Como é verdade em relação ao estado do bebê de continuar a ser, a preocupação materna primária é um estado sem sujeito. Isso deve ser assim porque a presença sentida da mãe-como-sujeito rasgaria o delicado tecido do continuar a ser do bebê. Na preocupação materna primária não existe algo como uma mãe (p. 122).

Segundo Santos e Zornig (2014), contudo, ao passo que a subjetividade materna deve ceder lugar à do bebê, permitindo à mãe vivenciar as necessidades dele como próprias, ao mesmo tempo, é preciso que ela possa manter um senso suficiente de sua própria subjetividade para conseguir interpretar e responder às necessidades da criança. Em outras palavras, a alteridade materna também precisa ser sentida na medida em que é a partir de uma subjetividade distinta que a mãe é capaz de estar na condição de intérprete do bebê, capacitada a “devolver” para o bebê seus estados sensoriais e afetivos (Ogden, 1996). É nesse sentido que Ogden (1996)



pontua que a preocupação materna primária implica numa dialética de *estar-em-um* e *estar separado*, uma interdependência entre subjetividade e intersubjetividade.

Como se pode imaginar, essa dialética não é fácil, pois representa, em certa medida, uma anulação de si própria no esforço inconsciente de não atrapalhar o bebê (Santos & Zornig, 2014). Para Bion (1962/1991, 1963/2004), essa devolução saudável só é possível quando a mãe consegue exercer a função *alfa*, uma função da mente com condições de converter, por meio do exercício da capacidade de *rêverie*, os dados sensoriais em elementos *alfa*. Esse processo se dá através do vínculo entre a mente da mãe e a do bebê, cujas experiências primordiais são intensamente angustiantes e intoleráveis devido, em parte, à falta de um aparelho psíquico formado para pensar e processá-las. Nesse contexto, o bebê projeta tais experiências na mãe para serem desintoxicadas, contidas e significadas em seu inconsciente antes de serem devolvidas de forma que ele consiga tolerá-las (Zimerman, 1995).

Esse processo vai criando as condições necessárias para que a criança internalize um modelo de pensar, o que implica na transformação de aspectos insuportáveis do eu, experiências sensoriais não-processados (elementos *betas*) projetadas, em representações pensáveis e toleráveis (elementos *alpha*) (Korbivcher, 2010). Esses elementos *alfa*, armazenados e transformados, constituem a barreira de contato que possibilita a discriminação entre consciente e inconsciente. Em outras palavras, através da identificação projetiva, o bebê projeta conteúdos (elementos  $\beta$ ) num continente (a mãe) que os acolhe e, através da *rêverie*, processa-os, transformando-os em experiências assimiláveis e suportáveis (elementos  $\alpha$ ) passíveis de serem reintrojadas pela criança (Zimerman, 1995).

Essa capacidade de "conter" pressupõe uma mãe que tenha condições suficientes para acomodar suas próprias ansiedades, bem como aquelas adquiridas em relação ao seu bebê e ao

próprio reencontro com conteúdos arcaicos do seu passado. Uma mãe capaz de *rêverie* é, portanto, adequada para a introjeção como um objeto 'continente' pela criança e aos poucos leva ao desenvolvimento da sua capacidade de pensar por si só.

Esses pressupostos estão em consonância com o conceito de mentalização, justamente por designar o trabalho que o aparelho psíquico realiza para permitir o escoamento das excitações pela via da elaboração mental, mais especificamente através do sistema pré-consciente (Marty, 1991; Wachter, 2002). Pesquisas citadas por Fonagy (1999, 2000) verificam também que pais ou cuidadores com boa capacidade reflexiva têm mais recursos internos para mentalizar e, conseqüentemente, responder produtivamente às necessidades de um recém-nascido. Ao falarmos da capacidade reflexiva, nos referimos necessariamente à operacionalização de processos psicológicos inerentes à capacidade de mentalização (Fonagy, 2006). O pré-consciente materno é o que estaria protegendo o bebê de estímulos vindos do seu mundo interno e do mundo externo (Belot & Bonnet, 2016). Realizar tal função implica, contudo, que o psiquismo materno esteja em condições de filtrar a sobrecarga de excitações vindas do mundo externo, do mundo interno do bebê e também da mãe (Debray, 2001). A aquisição dessa capacidade acontece em contexto de relacionamentos de apego seguro, a partir de trocas intersubjetivas entre a criança e os cuidadores (Fonagy, 1999). De acordo com Bowlby (1997), o apego é um tipo de vínculo no qual o senso de segurança do sujeito é estreitamente ligado à figura de apego. Em outras palavras, os relacionamentos da mãe, assim como das representações decorrentes de sua história de vida relacional, refletem no estilo de apego desenvolvido com a criança, o que por sua vez impacta a habilidade de entender e responder às necessidades de seu filho (Wachter, 2002). A capacidade de reflexão sobre as vivências, tanto próprias como alheias, pode ser passada transgeracionalmente à medida que os cuidadores

compreendem, interpretem e nomeiem para a criança as suas vivências, permitindo assim que elas mesmas desenvolvam tal capacidade. O tema da transmissão psíquica em sua dimensão inter e transgeracional se torna assim relevante quando o assunto é maternidade, principalmente, tratando-se da capacidade reflexiva e da transmissão de conflitos inconscientes, eventualmente facilitando ou bloqueando a capacidade de cuidar devidamente de um recém-nascido.

Nos primeiros anos de vida e concomitantemente à aquisição da linguagem, a criança vai construindo modelos funcionais de como o mundo funciona à sua volta e como as pessoas de relevância se comportam com ela (ex: mãe, pai, cuidadores no geral). É a partir desses modelos funcionais que o sujeito passa a interpretar e avaliar cada situação. Tais modelos impactam a percepção e podem ser mais ou menos distorcidos, influenciando diretamente no que se sente (Bowlby, 1998). Bowlby (1985) equipara o conceito de modelo funcional na teoria do apego ao de objeto interno na teoria psicanalítica das relações objetais. Uma vez construídos, Bowlby (1985) acreditava que os modelos dos pais e do self em interação tendem a atuar com função regulatória, defensiva e também positiva para o fortalecimento do self.

Nesse sentido, pode-se entender a teoria do apego em termos de regulação do afeto (Target, 2005/2007). Para o autor, o sujeito não nasce com a capacidade de pensar sobre ou de regular os afetos ligados às experiências internas e externas. A criança desenvolve essa capacidade a partir da sua relação com os cuidadores, conforme eles respondem adequadamente às suas necessidades físicas e emocionais. Em outras palavras, o sistema regulatório é desenvolvido na relação diádica criança/cuidador, à medida que os seus diversos sinais são interpretados, compreendidos e respondidos de sorte regulá-los.

Segundo Main et al. (1985), o modelo funcional interno seria então uma representação mental que inclui componentes cognitivos e afetivos relativos ao self, aos outros, aos

relacionamentos com figuras de apego e aspectos diversos do mundo. De acordo com as autoras, tais modelos influenciam as interpretações e conseqüentemente guiam os comportamentos dos sujeitos (Main et al., 1985). Nesse contexto, existe um sistema de classificação comportando quatro principais estilos de apego: seguro/autônomo, preocupado/ansioso, evitativo/desapegado e desorganizado/desorientado (Cortina & Marrone, 2003).

De acordo com Cortina e Marrone (2003), a categoria segura/autônoma representa o grupo de adultos cujas experiências infantis, boas e difíceis, são descritas de forma coerente e equilibrada. Os sujeitos que integram a categoria preocupado/ansioso, ao contrário, apresentam dificuldade para construir um discurso coerente sobre suas vivências infantis. De fato, esse pode parecer vago ou confuso uma vez que diz respeito, muitas vezes, a experiências infantis difíceis, turbulentas e conflitantes. São pessoas que teriam, portanto, dificuldade de compreender ou nomear as origens de suas emoções preocupantes. Já a categoria de apego evitativo/ desapegado representa aqueles cujos relatos da infância são idealizados com falhas na reconstrução das memórias. Nesses casos, quando as dificuldades das experiências infantis aparecem no discurso, seus efeitos são minimizados ou negados. Por último, a categoria de apego adulto desorganizado/desorientado refere-se a graves comprometimentos no discurso, chegando a níveis altos de desorientação e desorganização, principalmente ao serem questionados sobre eventos difíceis, até mesmo traumáticos (Cortina & Marrone, 2003).

Durante o período gravídico puerperal - principalmente no pós-parto - são justamente as capacidades psíquicas de mentalização, construídas previamente, que são postas à prova. Lembrando que no advento de um primeiro filho será a vez da mulher, agora mãe, de possibilitar o desenvolvimento de seu filho. O trabalho que o aparelho psíquico materno precisa adentrar no período gravídico-puerperal depende então de todo o seu histórico de desenvolvimento prévio.

Assim, uma mãe com estilo apego do tipo seguro, teoricamente possui mais recursos internos para mentalizar e, conseqüentemente, responder produtivamente às necessidades de um recém-nascido.

Em suma, a experiência da chegada de um primeiro filho é uma situação limite potencialmente traumática (Rochette, 2005) cujo saldo não depende apenas do equilíbrio psíquico prévio da mulher que atravessa essa experiência. Ele também depende dos remanejamentos psíquicos criados antes e após a ruptura do nascimento, assim como de toda uma história de vida anterior à concepção. Ilustramos neste capítulo os principais desafios inerentes a cada uma das três etapas principais da maternidade (gestação, parto e pós-parto). No item a seguir, iremos aprofundar mais detalhadamente de que forma corpo e mente são particularmente solicitados para sustentar tamanhas transformações.

## **1.2 A maternidade, um apelo ao corpo e ao psiquismo**

Após a concepção, a mulher passa por profundas mudanças corporais. Tais mudanças são tanto externas quanto internas: ganho de peso, seios mais volumosos, alterações nos cabelos e na pele, oscilações hormonais, entre outras. Na literatura médica, alguns descrevem essas alterações hormonais e fisiológicas como “tsunamis” no corpo feminino, metáfora representativa do que se passa física e psiquicamente com uma mulher que engravida (Folino, 2014), ou seja, a travessia da maternidade coloca diretamente em questão a problemática corporal, incluindo a representação de si, os limites e a coesão do Eu, implicando em remanejamentos consideráveis que repercutem na saúde mental da mãe no pós-parto e na qualidade nos cuidados com o recém-nascido (Ammaniti et al., 1999).

De acordo com Cardoso e Garcia (2010), o Ego possui uma função de manutenção do *status quo*, e se estabelece como protetor da autoconservação de uma imagem de si unificada.

Sendo assim, as transformações da maternidade demandam que o Ego, resistente às mudanças por definição, dê conta de uma reorganização subjetiva em planos diversos. Dessa forma, falhas na constituição narcísica estão mais suscetíveis a serem reveladas nessa fase (Racamier, 1961). Para entendermos em profundidade a travessia subjetiva materna, torna-se imprescindível, portanto, lembrar que a mãe, em algum momento, também foi um bebê, e que o começo da sua história de desenvolvimento pode influenciar, dentre outros fatores, a sua representação de si durante o período gravídico-puerperal, além da sua relação e disponibilidade psíquica para com o seu próprio filho (Belot, 2014).

### ***1.2.1 Do corpo à mente: a trajetória rumo a capacidade de pensar***

O corpo de que trata a psicanálise não é necessariamente o organismo biológico, mas sim o corpo ao qual nos apropriamos, aquele moldado pela linguagem na experiência com o outro (Mandet, 1993). É necessário, portanto, diferenciar o corpo como organismo primário e o corpo como resultado da incorporação da história do sujeito. Posto isso, para iniciar este capítulo, será necessário identificar as contribuições psicanalíticas em relação à concepção de corpo para, só depois, refletirmos a possível articulação com a experiência da maternidade.

Nos primórdios da vida, o bebê e a mãe são uma unidade. A maturação emocional tem início em uma comunicação silenciosa que é, a princípio, apenas sentida, não verbal (Winnicott, 1963). Segundo o autor, para que se desenvolva satisfatoriamente, a criança precisa desenvolver o sentimento de estar dentro do próprio corpo a partir da experiência repetida de estar sendo cuidada fisicamente e emocionalmente pela mãe ou por quem exerce essa função.

Segundo Cardoso (2011), às bases narcísicas do bebê se constituem a partir do investimento libidinal da mãe, ao projetar o próprio narcisismo na imagem de seu filho. Ao falarmos de bases narcísicas, nos referimos também à noção de representação de si e a envelopes

psíquicos estabelecidos capazes de: promover o pensar (função continente), diferenciar o mundo interno e externo (individuação), proteger o *Self* das invasões do excesso de estimulação do mundo externo (função de para-excitação da pele) e garantir a solidez da representação (função de manutenção) (Anzieu, 1989).

Freud (1923/1974) coloca o Eu como sendo acima de tudo um Eu corporal, ou seja, a projeção de uma superfície do corpo. Para Freud (1974), é importante considerar o corpo como uma massa cuja superfície dá origem às sensações tanto internas quanto externas, em outras palavras, o corpo produz sensações equivalentes a uma percepção interna. Esse espaço de percepção interna não só delimita um dentro/fora, como também garante uma função mediadora e a interação entre o limite inconsciente de um lado e pré-consciente/consciente de outro, para que as representações possam circular (Green, 1955). Entende-se que a dualidade dentro/fora não nasce dos processos fisiológicos apenas, mas se apoia principalmente na constituição do imaginário ligado ao corpo e na capacidade de representar a si e ao outro enquanto entidades separadas (Amparo et al., 2013).

A noção de representação de si, segundo Chabert (2003), abrange tanto a diferenciação entre sujeito e objeto, como também a diferenciação sexual. Segundo Traubenberg e Sanglade (1984), quando falamos de representação de si, falamos necessariamente também de imagem do corpo, identidade e identificações. Nesse caso, parece, portanto, que estamos falando de termos análogos conceitualmente uma vez que, para Chabert (2003), a imagem do corpo também trata da diferenciação sujeito/objeto e do sentimento de identidade de um sujeito. Desse modo, podemos considerar que o conceito de representação de si abrange as questões referentes à imagem do corpo, à identidade e às identificações.

A imagem do corpo seria então própria de cada pessoa: ligada ao sujeito e à sua história. Ela é estruturada através das relações do sujeito e permanece inconsciente (Dolto, 1984). É a culminação da construção da identidade psíquica e corporal. Segundo Dolto (1984), estamos tratando do registro do inconsciente, uma vez que a imagem corporal não se constitui apenas através do desenrolar de um programa fisiológico, mas sim da história emocional do ser humano.

Para a autora, a imagem do corpo possui uma base afetiva, organizada através da relação simbólica com o outro - memória inconsciente das experiências relacionais desde os primórdios da vida. A imagem do corpo permitiria a vinda ao mundo não apenas de um corpo biologicamente vivo, mas de um sujeito falante reconhecido como tal (Dolto, 1984). Essa imagem é dinâmica, passível de transformação e remanejamentos, levando em conta as provas que o sujeito enfrenta e as limitações que ele encontra, nomeadamente sob a forma das castrações simbólicas que lhes são impostas. A imagem corporal é a cada momento uma memória inconsciente de toda experiência relacional e, ao mesmo tempo, é atual, viva, dinâmica, narcísica e interrelacional.

Anzieu (1989) também atribui importância para as relações objetais na medida que, para ele, as primeiras trocas mãe-filho também culminam na construção da identidade psíquica e corporal. É através das trocas com o outro que o bebê percebe a sua pele como uma superfície e que vai criar uma distinção entre aquilo que é interno e externo, adquirindo um sentimento básico que garante a integridade de seu envelope corporal e psíquico. adquirindo um sentimento básico que garante a integridade de seu envelope corporal e psíquico. Anzieu inaugura assim o conceito de Eu-pele, o designando como uma representação de que serve o Eu da criança durante fases precoces do seu desenvolvimento para se representar a si mesma como Eu que contém os conteúdos psíquicos, a partir de sua experiência da superfície do corpo. Além disso, o autor



define o Eu-pele como uma estrutura intermediária do aparelho psíquico, assumindo função de mediador entre a mãe e o bebê, evitando a inclusão mútua dos psiquismos na organização fusional primária (Amparo et al., 2013).

O psiquismo nasce, portanto, apoiado no corpo e na história de vida com o outro, possibilitando duas questões principais: o surgimento do Eu como representante do “si mesmo”, diferente do outro; e uma diferenciação psíquica, relacionado a projeção de uma superfície. Fazendo uma articulação com a teoria de Anzieu a respeito do pensar, podemos dizer que o Eu-pensante é um envelope, assim como o Eu-pele, que promove pensar os estados e os movimentos do corpo. Para Anzieu (2002), o pensar é o que garante a passagem do funcionamento psíquico do Eu-pele (processos primários) para processos psíquicos (processos secundários).

Segundo Doron (2013), o envelope psíquico e o Eu-pele se complementam uma vez que o Eu-pele é uma representação do aparelho psíquico desenvolvida a partir das vivências nas superfícies corporais (nos limites do corpo), enquanto o envelope psíquico descreve precisamente os fenômenos de troca que ocorrem entre os territórios psíquicos. Por fenômenos de trocas, nos referimos às interfaces que permitem a comunicação entre os diferentes domínios do aparelho psíquico. Portanto, a pele é responsável por fornecer os elementos fundantes do aparelho psíquico, uma vez que nela reside a experiência dos limites do corpo e assim os limites da mente. Através do limite nasce a possibilidade de para-excitação, modulação, mediação, transição e transformação (Candi, 2010). Segundo Green (1955 citado em Candi, 2010):

Toda concepção do aparelho psíquico é, segundo Green, uma referência aos limites, pois a funcionalidade do aparelho, a sua própria capacidade de se movimentar, reside nas suas duas áreas fronteiriças. A primeira área permite a delimitação e a interação do mundo de dentro e do mundo de fora, a segunda (que será comparada ao pré-consciente) serve de

barreira de contato entre os conteúdos conscientes e inconscientes, funcionando como uma pele interna para a vida fantasmática do inconsciente. Sem fronteiras funcionando adequadamente, o psiquismo se estrutura caoticamente, mantém-se a impossibilidade de organizar o tempo e o espaço, domina a bidimensionalidade (particularmente no âmbito edípico) e a circularidade temporal. O pensamento não se desenvolve e se torna ruminação interminável, onde predominam afetos tais como o isolamento e o ressentimento. (p. 200).

Em suma, a experiência da superfície corporal serve de base para a constituição e manutenção do psiquismo, garantindo assim o sentimento de si e trocas psíquicas essenciais para vida criativa. Essas bases são lugares de trocas permitindo a comunicação entre os territórios psíquicos e o trânsito de conteúdos, o que permite que um conteúdo pré-consciente possa se tornar consciente, por exemplo. Tais trocas são essenciais para a capacidade reflexiva e de construção do pensamento do sujeito.

### ***1.2.2 A experiência corporal no período gravídico-puerperal***

"Sonhar-se a si mesmo plenamente até a existência" (Ogden, 1996)

Até agora falamos do corpo, segundo a perspectiva psicanalítica, enquanto representação mental dinâmica e inconsciente de si mesmo e de seu contorno (Sanglade, 1983). A representação de si construída a partir de uma história de vida com o outro proporciona sentimento vital de ser inteiro (não fragmentado), de ser o mesmo (não dissociado), de ser si mesmo (com delimitação corporal e psíquica), diferenciado dos objetos externos. Falamos também sobre o impacto do corpo no psiquismo e como esses elementos, longe de serem separados, estão sim intimamente interligados. Em outras palavras, a representação de si é

inseparável de seu ambiente e da capacidade de pensar, de modo que mudanças ambientais consideráveis, tais como uma primeira gravidez, teriam uma influência particular na representação de si e no pensamento da gestante (Marinopoulos, 2009).

Nesse sentido, para tratarmos das possíveis mudanças na representação de si de uma mulher que adentra a maternidade, precisamos primeiro explorar da importância do sonhar. O sonhar é central para a geração no sentido simbólico e para o trabalho psíquico sobre a experiência emocional (Odgen, 2019). Segundo Odgen (2010), a capacidade de sonhar é responsável pelo pensamento inconsciente, sendo capaz de promover ligações entre os elementos da experiência e gerar símbolos verbais, visuais e impressões cinestésicas organizadas. É a partir do sonhar que há possibilidade de dar significado ao que nos acontece, às nossas experiências emocionais. Sendo assim, é nesse contexto que a mulher ter ou não sonhado a gravidez e suas mudanças de estados corporais ao longo da vida tem poder de impacto na elaboração mental das transformações ao longo da gestação.

De fato, se por muito tempo a mulher sonhou com prazer com essa mudança de estado, sua imagem do corpo tende a ser estável (Grandgirard, 2010). É com um bom investimento libidinal e um certo orgulho que ela tenderá a passar por esta fase. Por outro lado, quanto mais distante a realidade se mostra de suas ficções fantasiadas, maior a desordem psíquica é experimentada. Além disso, para a autora, se o estado da gravidez nunca foi objeto de devaneio, a gestante pode se sentir desamparada diante das modificações do seu corpo. Nesse sentido, a experiência da gravidez é altamente heterogênea, uma vez que algumas mulheres conseguem lidar com os inconvenientes da gravidez com facilidade, pois as compensações narcísicas compensam esses pequenos inconvenientes, enquanto outras se sentem invalidadas por sua condição. Uma gravidez, por mais desejada que seja, pode ser completamente mal vivida se a

imagem do corpo de uma mulher grávida não tiver sido instalada previamente, mesmo que inconscientemente (Grandgirard, 2010).

No início da gravidez, a criança ainda não manifesta sua presença por meio de seus movimentos e as mudanças corporais da futura mãe são mínimas. Este é habitado não por uma criança, mas por um evento. Não se trata da expectativa de um filho e sim de um “estado de ser” caracterizado por uma mudança de status. No entanto, pode-se observar distúrbios físicos ou manifestações somáticas (Grandgirard, 2010). Esses distúrbios podem advir notavelmente da expressão da ambivalência entre aceitação e não aceitação do estado de gravidez precoce.

No segundo trimestre, a mulher toma plena consciência de seu estado grávidico, o qual ela aceita, na grande maioria dos casos. As mudanças corporais são claras e a gestante geralmente sente um bem-estar físico. Esse segundo trimestre é caracterizado pelo surgimento da expectativa de um filho, da criança imaginária, a criança da fantasia, descrita principalmente por Lebovici (1987). A criança imaginária está enraizada no pré-consciente e é fruto do desejo de gravidez, da história da união dos dois pais, como mencionado anteriormente (Pickman, 2001). Por sua vez, o terceiro trimestre de gestação abarca a separação dos corpos. A preparação para o parto permite, através de seus diversos exercícios, colocar em palavras e imagens tal separação, fortalecendo a criança em sua condição de ser diferente - processo fundamental para o psiquismo materno (Bayle, 2005).

Em suma, a mãe pode vivenciar esse momento como uma intrusão, em seu espaço pessoal, por parte de uma criança que ainda não possui uma representação própria, levando-a a um movimento regressivo onde a aquisição da diferenciação e da individuação se encontram ameaçadas (Delassus, 2008). Por outro lado, a mulher pode vivenciar a gravidez como uma completude narcísica que vem preencher todas as falhas e perdas passadas, como mencionado

anteriormente. Toda mulher pode ser confrontada com essas experiências de ansiedade despersonalizante, perda dos parâmetros corporais e identitários mesmo que a criança seja desejada (Delassus, 2008).

Segundo o psicanalista Racamier (1961), a relação de objeto é modificada durante a gravidez, dada a presença do outro em si. Normalmente, o outro é externo a si mesmo, externo ao Eu. Ao germinar no corpo materno, a criança impõe à gestante uma elaboração mental complexa de ser ela mesma e outra pessoa ao mesmo tempo. Ela se vê então transformada em sua identidade. Ao mesmo tempo em que a imagem da criança se afirma gradativamente no psiquismo materno, a mulher vai antecipando o modo como será mãe, se identificando com a própria mãe (Abdel-Baki & Poulin., 2004). Esses dois tipos de representação, do bebê prestes a nascer e do papel materno, contribuem para forjar um espaço interno de pensamentos e representações em relação à criança (Marinopoulos, 2007).

Chegando ao momento do parto, e como já mencionado anteriormente, o trabalho psíquico envolvido requer sustentar o trabalho de parto sem o apoio oferecido por uma representação de si estável. A díade precisa elaborar o luto dessa ligação tão única que foi desfeita. No pós-parto, a mãe deve se afastar do bebê imaginário investido durante a gestação e então proceder ao investimento do bebê real. Miriam Szejer (1999) afirma que ao bebê cabe entrar na vida; à mãe, sair da gravidez, reconhecendo um processo de luto do status anterior, que dá lugar ao de mãe e bebê como entes separados, em busca de delimitação. Encontramos em Labaki (2008) um trecho ilustrativo:

Se a gravidez mantém a simbiose de um corpo para dois e o parto faz a ruptura, então com o nascimento, mãe e filho precisam, cada um à sua maneira, se haver com a imposição da separação e o apelo que faz para a diferença, alteridade. (p. 274)

Para Spielrein (1981), o desenvolvimento e o nascimento de um bebê só podem acontecer às custas da mãe. A autora insiste em destacar as sequelas físicas deixadas no corpo materno após o parto, sequelas estas que ferem seu narcisismo de jovem mulher. Assim, pode-se compreender o possível caráter traumático desse momento, devido às intensas transformações a que a mulher fica sujeita e a ênfase dada à experiência corporal na análise da trajetória subjetiva materna.

### ***1.2.3 A capacidade de mentalização no período gravídico e puerperal***

Durante o período gravídico puerperal - principalmente no pós-parto - são justamente as capacidades psíquicas de trocas, de paraexcitação e continência, construídas previamente, que são postas à prova. Em suma, o trabalho que o aparelho psíquico materno precisa adentrar no período gravídico-puerperal depende então de todo o seu histórico de desenvolvimento prévio. Nesse estudo, iremos considerar as qualidades do funcionamento psíquico materno através do conceito de mentalização. Quando falamos de trabalho psíquico nos referimos não só aquele realizado pela mãe na atenção dada ao bebê em face da sua total imaturidade, mas também aquele imposto pela experiência da gravidez, do parto e depois do encontro com a criança. Não há, contudo, um consenso em volta do conceito de mentalização e do pensamento (Tichey et al., 1991; Tychey et al., 2000).

Freud propõe um modelo centrado no tratamento psíquico de excitações que faz ênfase no registro intrapsíquico do ser humano (Freud, 1975). Em *Além do Princípio do Prazer* (1975), Freud compara o aparelho psíquico a um organismo vivo que flutua em um mundo externo carregado de fortes energias. Segundo o autor, a sua sobrevivência seria gravemente ameaçada caso ele não fosse dotado de uma proteção contra esses estímulos. Não obstante, as excitações externas que são fortes o suficiente para romper a proteção são consideradas por Freud como

traumáticas (Freud, 1975). Nesse caso, o aparelho psíquico é inundado por grandes quantidades de estímulo sem que o ego tenha meios de ligá-las, de elaborar psiquicamente essas excitações (Cardoso & Garcia, 2010).

Se apoiando nas colocações freudianas, Marty (1991) designa de mentalização o trabalho que o aparelho psíquico realiza para permitir o escoamento das excitações pela via da elaboração mental, mais especificamente através do sistema pré-consciente. Quanto melhor a mentalização, maior a capacidade do psiquismo em sustentar os choques dos traumatismos no registro psíquico (Valente & Rodrigues, 2010).

De fato, a mentalização é lida como a quantidade e a qualidade das representações psíquicas dos indivíduos e designa o trabalho que o aparelho psíquico realiza para permitir um fluxo de excitações por meio da elaboração mental. A originalidade de Marty (1976) é propor um modelo, que leva em conta outras possíveis vias de regulação das excitações, a saber: o pensamento, a ação e a vida somática. Esse modelo mantém a perspectiva econômica de metapsicologia freudiana ligando-se primeiramente à primeira tópica (com ênfase no pré-consciente como o verdadeiro centro da economia psicossomática) e afastando-se da lógica dualista da segunda tópica (pulsões de vida, pulsões de morte). O aparelho psíquico, ou mais especificamente o sistema pré-consciente do sujeito, tem, portanto, o papel fundamental de mediar o impacto das excitações.

Ao falarmos da qualidade do aparelho psíquico, tratamos necessariamente da espessura de seu conteúdo em afetos e representações, da fluidez da circulação entre as camadas representativas e da permanência e continuidade temporal. Marty (1991) aponta para três origens principais para a carência alta ou falta de representações, a saber: a insuficiência, a indisponibilidade e, por fim, a desorganização. A insuficiência refere-se à noção de trauma

precoces não simbolizáveis. Isso acontece devido aos traços de memória e da percepção com carga emocional forte demais diante de um aparelho psíquico ainda imaturo para ser capaz de contê-los, e que, portanto, não puderam ser submetidos à repressão. A indisponibilidade diz respeito às representações “sobrecarregadas” em termos de impulso ou instinto, diante também de um aparelho psíquico imaturo. Estas são modificadas assim como a carga emocional que as acompanha sob efeito de censura. As representações modificadas são, então, menos numerosas e aparecem desprovidas do afeto que as corresponde. A terceira causa alegada, a desorganização, corresponde a um declínio e uma deficiência geral de vida psíquica (Belot & Tychey, 2015).

No pós-parto, por sua vez, o pré-consciente materno é, de fato, o que estaria protegendo o bebê de estímulos vindos do seu mundo interno e do mundo externo. Segundo Ferenczi (1933), o objeto tem um papel determinante em relação ao destino traumático de um acontecimento. Caso ele não consiga adaptar-se às necessidades do sujeito e fornecer ou legitimar um sentido ao vivido, interrompe-se o processo de introjeção e inscrição psíquica. Sendo assim, o objeto externo precisa desempenhar três funções fundamentais: a função de espelho (que traz o reconhecimento e permite a simbolização), a continência (que regula a quantidade de afeto) e a de Ego auxiliar (que dará suporte temporal, sustentando a esperança no tempo) (Candi, 2010). Submetido ao excesso pulsional, o aparelho psíquico pode vivenciar a ruptura desse escudo protetor. Além do transbordamento pulsional que daí resulta, o seu funcionamento psíquico é travancado e a sua estruturação é prejudicada.

Realizar essas funções implica que o psiquismo materno esteja em condições de filtrar a sobrecarga de excitações vindas do mundo externo e do mundo interno do bebê (Debray, 2001). Seria, portanto, o sistema de paraexcitação do pré-consciente que estaria exercendo essa função de filtragem já em exercício durante a gestação. Sendo assim, para Debray (2001), apreciar a



qualidade da mentalização de um sujeito remete à sua capacidade de realizar um trabalho psíquico diante dos conflitos inevitáveis da vida, tanto internos quanto externos, em outras palavras, seria a capacidade que o sujeito tem de tolerar, manejar e negociar a angústia intrapsíquica e os conflitos interpessoais. Para Debray (1991), as qualidades da organização psíquica materna, particularmente as modalidades do sistema pré-consciente, têm um papel decisivo já durante o período gravídico-puerperal como um todo. Uma vez que a mãe é confrontada desde os meados da gestação - como mencionado anteriormente - a excitações muitas vezes a subjugam: transparência psíquica e o retorno do recalcado, regressão, labilidade emocional, mudanças corporais e sociais significativas, instabilidade da imagem do corpo, ambivalências etc.

Dejours (2002) também une, em suas propostas teóricas, "mentalização e somatização" mas de uma maneira diferente de Marty. Ele coloca o corpo no centro da formação do inconsciente e, assim, dá grande importância à construção do corpo erógeno e sexual em sua análise do corpo na psicopatologia. Ele enfatiza que a elaboração mental não é exclusivamente psíquica, mas imediatamente sustentada pelo corpo todo. O corpo erógeno vivido está engajado desde o início no nível intersubjetivo.

Já segundo Fonagy (1996), e apoiando-se nos trabalhos de Marty, a mentalização inclui também a ideia da capacidade de criar e utilizar representações mentais para compreender os estados mentais dos outros, além de também servir para a expressão e regulação dos próprios afetos. Ele ressalta a importância do apego seguro entre a criança e seus progenitores a fim de facilitar a sua capacidade de regulação dos afetos. De fato, a capacidade da criança de controlar seus afetos está intimamente relacionada à capacidade que os pais dela tiveram ao auxiliá-la a processar e compreender os próprios afetos. Em outras palavras, para o autor a mentalização é

entendida como a capacidade para compreender e interpretar o comportamento humano levando em conta os seus estados mentais subjacentes (Bateman & Fonagy, 2003). Ela se desenvolve num contexto de apego seguro, quando um indivíduo experimenta a si mesmo na mente de um outro, geralmente, figuras parentais (Zevalkink et al., 2008), como dito anteriormente.

Por fim, a mentalização, de acordo com Bergeret et al. (2000), diz da qualidade da elaboração mental do espaço imaginário. É baseado na qualidade da simbolização da excitação pulsional agressiva e sexual e na qualidade das ligações entre representação e afeto. Bergeret dá grande importância para o trabalho da imaginação, ainda mais para o uso que o sujeito pode fazer dela. Para ele, trata-se da mais nobre das atividades psíquicas (Tychev et al., 2000). Em outras palavras, a mentalização está em exercício quando a simbolização das representações pulsionais e dos afetos é possível.

A capacidade de mentalização está ligada não só às estruturas do aparelho psíquico (sistema inconsciente, pré-consciente e consciente), mas também ao funcionamento deste aparelho (primário e secundário), assim como à dinâmica das representações (Pheulpin, 2014). Dessa forma, o Rorschach aparece como instrumento privilegiado para fazer a análise da mentalização no sujeito, à medida que ele promove e exige um exercício de ligação para a constituição de figuras coesas e significantes. Assim, o estudo através da articulação dos modos de apreensão, dos determinantes e dos conteúdos revela-se essencial. Segundo Marty (1991), é o pré-consciente que determina a qualidade das operações mentais. O autor reconhece três qualidades nele: espessura, fluidez e permanência.

### **1.3 Indicadores no teste de Rorschach do impacto no corpo e no psiquismo**

O Método de Rorschach, como uma técnica projetiva de caráter mais estrutural, permite verificar os processos psíquicos da maternidade em seu impacto no corpo e no psiquismo por

meio dos indicadores de mentalização, representação de si, imagem do corpo e investimento nos limites. A seguir vamos apresentar alguns aspectos teóricos e técnicos para a análise desses indicadores no Rorschach.

### ***1.3.1 Indicadores de impacto no psiquismo: a mentalização e seus indicadores no Rorschach***

No que se refere à mentalização, a capacidade de elaboração do pré-consciente é um aspecto fundamental. Dentre essas três qualidades do pré-consciente, espessura, fluidez e permanência (Marty, 1991), a primeira é especialmente abordada pelo Método de Rorschach. Como metáfora espacial, a espessura reflete o número de representações formadas ao longo dos anos. De início, ela pode ser avaliada de acordo com critérios quantitativos, através da produtividade no Rorschach (o número de respostas). Contudo, é importante se aprofundar e acrescentar à análise a qualidade dessas respostas, no que diz respeito aos modos de apreensão (G, D, Dd, Dbl etc.). A atenção dada à qualidade estrutural da resposta também é relevante para a análise da espessura do pré-consciente (Marty, 1991). Entende-se que os modos de apreensão testemunham a capacidade do sujeito de organizar o engrama de forma estruturada por uma combinação das diferentes partes da mancha, e atestam antes de tudo o caráter vivo da psique (Pheulpin, 2014). Assim como a qualidade estrutural dos modos de apreensão, o estudo das cinestésias também se mostra valiosa aqui. A presença de respostas cinestésicas próximo à norma apontam para capacidades de mentalização efetivas, enquanto valores rebaixados ilustram uma cena mental pobre e reduzida (Chabert, 1983). Por fim, outro indicador relevante para a apreciação da espessura do pré-consciente, é a presença de conteúdos simbólicos, pois atestam um trabalho mental consistente envolvendo “mecanismos como figuração, deslocamento, condensação” (Chabert, 1987, p. 17)

A segunda qualidade do pré-consciente segundo Marty é a fluidez (Marty, 1999). Ela reflete a circulação entre as diferentes camadas de representações, a passagem de umas às outras. Avalia-se aqui, inicialmente, a eficácia da capacidade de ligação do aparelho psíquico (Pheulpin, 2014). É importante se atentar especialmente à qualidade das ligações entre os afetos e as representações construídas, as respostas às solicitações latentes das imagens, à qualidade das defesas psíquicas e à natureza dos conflitos (Pheulpin, 2014). Para avaliar o tratamento dos conflitos, leva-se em consideração a sua natureza, o tipo de angústia, o tratamento dos afetos, o grau de domínio entre afeto e representação, a representação de si e a qualidade da representação propriamente dita (Pasian & Amparo, 2022). Segundo Tychey et al. (2000), quanto mais efetiva é a valência simbólica das representações construídas, menos o sujeito corre o risco de ver seu pensamento desorganizado pela carga dos afetos. Para os autores, o trabalho de ligação parece completo quando a carga de afetos não é mais dominante, mas está sob o controle dos determinantes (respostas classificadas FC, FC', KC, KC', FE, Fclob, Kclob, Kanclob, KanC') por meio de representações condizentes com os recortes perceptivos que as geraram e capazes de representar o afeto (Tychey et al., 2000).

Já a terceira qualidade, é a noção de temporalidade: a permanência. Ela reflete o comportamento ou a irregularidade da qualidade funcional do pré-consciente. Esta terceira característica do pré-consciente pode ser apreciada pela atenção dada à evolução da qualidade do trabalho mental ao longo dos protocolos. A presença de G elaborados, a capacidade de variar de localizações no decorrer das respostas sem prejudicar a qualidade formal (de G para D ou de Dd para D, por exemplo), um F+% elevado ou pelo menos com frequência dentro da norma, e um bom número de respostas K de boa qualidade formal são fatores associados a um trabalho mental

eficiente (Cardoso, 2015). A Tabela 1 que resume os indicadores das três qualidades do pré-consciente segundo Marty (1991).

**Tabela 1**

*Indicadores no Rorschach da qualidade da capacidade de mentalização do sujeito de acordo com as três qualidades do pré-consciente de Marty: espessura, fluidez e permanência*

Qualidades da capacidade de mentalização do aparelho psíquico	Espessura	Fluidez	Permanência
Deficiência da capacidade de mentalização	a) Respostas vagas e/ou de qualidade formal negativa; b) Número total de respostas rebaixado em relação aos dados normativos; c) Respostas cinestésicas abaixo dos dados normativos e/ou malvistas; d) G% D% Dd% distantes dos valores normativos.	a) Respostas de conteúdo pobre; b) Protocolos demasiadamente inibidos e/ou rígidos; c) F+ % abaixo dos dados normativos; d) $FC > FC+C$ e) Presença de afetos depressivos, angústias e conflitos ligados às oposições entre as instâncias internas;	a) F+ seguidas de F-; b) Respostas FC, FC' ou FE seguidas de respostas C, CF, C'F, C', E ou EF; d) F%, F+% ; F+% ext. elevados ou diminuídos em relação aos valores normativos; e) G% D% Dd% distantes dos valores normativos.
Eficácia da capacidade de mentalização	a) Número total de respostas dentro dos valores normativos; b) Presença de respostas bem elaboradas (G, D, Dd) com qualidade formal positiva; c) Presença de respostas cinestésicas perto da norma e bem-vistas; d) Conteúdos simbólicos;	a) $FC < FC+C$ ; b) Flexibilidade das defesas; c) Respostas ricas e produção satisfatória;	a) F- seguidas de F + b) Respostas C, CF, C'F, C', E ou EF seguidas de respostas FC, FC' ou FE; c) F%, F+% ; F+% ext próximo aos valores Normativos; d) Utilização dos detalhes D, (Dd), à partir de uma resposta inicialmente vista como G.

*Nota:* Adaptado de Chabert (1983), Marty (1999), Tychev et al. (2000), Pheulpin (2014), de Cardoso (2015).

Referindo-nos a outros autores, Debray (1991) e Bergeret (1991), estes distinguem os indicadores de mentalização segundo dois eixos principais, a saber: 1. o eixo da elaboração mental do afeto e; 2. o eixo da representação mental da pulsão.

No primeiro eixo, daremos ênfase especial aos afetos de angústia, pois a capacidade do Ego de tolerá-los e tratá-los é diretamente associada à qualidade da atividade da mentalização (Rebourg et al., 2018). A angústia é um afeto primordial de desprazer que o sujeito pode ou não elaborar através da mentalização. As pranchas pastéis tendem a despertar os sentimentos de angústia do sujeito com mais facilidade, à medida em que o estímulo cromático induz impulsos mais fortes. No plano do afeto de angústia, pode-se conceber um espectro em que em uma ponta está a ausência total da mentalização e na outra ponta encontramos a elaboração do afeto de angústia que permite ao sujeito vinculá-lo a uma representação em nível simbólico (Rebourg et al., 2018).

O fracasso total da mentalização é acompanhado pela paralisação da capacidade associativa do sujeito que leva, em casos extremos, à recusa da prancha ou a um tempo de latência extremamente longo, testemunhando uma inibição massiva do afeto. A ausência total de mentalização pode ser identificada através daquilo que se manifesta no corpo também, a saber: expressões faciais (franzir sobrelhas), acompanhadas de choques frente às pranchas; sudoreses; tremedeiras sem que o sujeito consiga necessariamente pôr em palavras a natureza do desconforto (Rebourg et al., 2018). Às vezes, ao contrário, é o ato comportamental que vai denunciar o fracasso do trabalho de mentalização do afeto, por exemplo, o sujeito pode fechar os olhos, afastar as pranchas de perto dele, virá-las de cabeça para baixo ou até virá-las várias vezes sem conseguir formar uma verbalização coerente (Rebourg et al., 2018).

Em um nível de mentalização mediano, pode ser observado um tempo de latência muito longo, seguido de respostas puramente factuais (por mais bem vistas), traduzindo a eficácia do recurso à realidade externa, mas ao mesmo tempo apontando para a ausência de elaboração de afeto em um plano mental (Rebourg et al., 2018). Os autores consideram esse estado intermediário da capacidade de mentalização através de respostas em que o sujeito é capaz de verbalizar o incômodo ou a angústia diante das pranchas, mas sem chegar a uma resposta no plano simbólico. Podemos citar como exemplo: “é escuro, é realmente horrível essa imagem” *versus* “Meu Deus! É tudo preto! É um monstro peludo!”. Ainda que ambas as respostas denunciem um incômodo claro diante do estímulo apresentado, apenas a última mostra a capacidade de vinculação do afeto a uma representação em um nível simbólico.

O problema da elaboração mental da angústia não pode ser considerado independentemente daquele dos mecanismos de defesa. Lembrando que, para Bergeret (1991), uma boa mentalização não deve isolar afetos e representações. Assim, defesas como a intelectualização ou o isolamento, quando usadas de forma rígida e sistemática, apontam para o fracasso do pensamento. Defesas rígidas, flexíveis, ou lábeis, acompanhadas de um maior apoio na realidade externa ou uma repressão rígida, também servem de indicadores suscetíveis de informar sobre a possibilidade ou a falta de atividade mentalizadora. Seguindo a orientação estipulada por Lerner-Lerner (1986 citada em Rebourg et al., 2018), os critérios de boa mentalização são, por um lado: variedade e flexibilidade das operações defensivas que autorizam uma oscilação nos níveis das respostas entre movimentos progressivos e movimentos regressivos; por outro lado, indicadores de falhas na capacidade mentalizadora no que se refere aos mecanismos de defesa. Quanto a estes, trata-se da escassez do número de operações defensivas disponíveis, associada a um recurso rígido que vem dificultar justamente essa

oscilação entre movimentos progressivos e regressivos ao longo do protocolo (Lerner- Lerner, 1986 citado em Rebourg et al., 2018). Alguns fatores podem ser avaliados para os protocolos de Rorschach como sendo inibido, lábil ou rígido, a saber: o número de respostas, choques/recusas, comentários, uso da cor etc. (Chabert, 1993; Emmanuelli; Azoulay,2008).

Tratando-se agora do uso da cor, precisamos dar ênfase à elaboração mental dos afetos e particularmente aqueles ligados ao prazer. Estes são particularmente estimulados pelas pranchas cromáticas que têm uma forte solicitação pulsional. Os afetos ligados ao de prazer pode ser elaborado em diferentes graus de qualidade, o que nos permite separar a mentalização em vários níveis (Rebourg et al., 2018):

- No nível mais baixo de mentalização, encontramos respostas acompanhadas de choque cromático, sinônimo de repressão do afeto e então de falha total da elaboração mental (independentemente da natureza da resposta);

- Um nível de mentalização satisfatório pode ser observado quando o sujeito tiver uma verbalização consciente da experiência de prazer, mas sem necessariamente conseguir integrá-lo em uma representação, como: "Ah. . . cores muito legais, tá lindo. . .!". As respostas que apenas mencionam a cor, de forma indiferente, não representam uma boa capacidade de elaboração mental.

Um nível alto de mentalização dos afetos ligados ao prazer é encontrado quando o sujeito é capaz de vinculá-lo a uma representação, através do conteúdo projetado, por exemplo: "Ah. . . essas cores são lindas. . . um pôr do sol muito bonito, com dois ursos aqui indo se encontrar".

Por último, Rebourg et al. (2018) fala da regulação dos conflitos em termos de capacidades de investir numa relação objetal aceitando a conflitualidade que lhe é inerente. Trata-se de examinar o conteúdo das respostas cinestésicas majoritariamente humanas (mas



também das pequenas cinestésias) e proceder a uma análise do conteúdo das representações das relações encenadas ou não nestas cinestésias. Considera-se uma rica elaboração mental da pulsão sempre que o sujeito for capaz de produzir uma resposta cinestésica com um cenário relacional efetivo por meio de uma interação real entre os protagonistas. Ao contrário, os autores consideram que a mentalização das dimensões sexuais e (ou) agressivas da pulsão (que buscam se expressar no nível da relação objetal) falham quando a temática da resposta é economicamente carregada de um valor agressivo ou sexual excessivamente explícito. O fracasso do trabalho de mentalização da pulsão pode levar a um afastamento narcísico através de respostas reflexos, K de posição em vez de um K interativo, e respostas Anat substituindo o K (Rebourg et al., 2018). Em casos extremos, o desaparecimento de toda resposta humana pode evocar a retirada psicótica; Chabert (1983), por exemplo, atribui a ausência total de cinestesia na Placa III a um mecanismo que pode remeter à negação da relação. Em suma, o teste de Rorschach é um instrumento chave para avaliar a qualidade da mentalização. A seguir, na Tabela 2, apresentamos os indicadores no Rorschach de mentalização de forma resumida e levando em consideração dos autores supracitados

## **Tabela 2**

### *Indicadores da qualidade do trabalho da mentalização em protocolos de Rorschach*

Indicadores	Deficiência da capacidade de mentalização	Eficácia da capacidade de mentalização
Angústia	a) Índice de angústia > 13,3;	a) Índice de angústia ≤ 13,3%;
	b) Tempo de latência muito maior em relação aos dados normativos;	b) Tempo de latência próximo aos dados normativos;
	c) Choques, recusas e comportamentos adjacentes;	c) vinculação do afeto da angústia a uma representação em um nível simbólico;

Mecanismos de defesa	<p>a) Escassez do número de operações defensivas disponíveis;</p> <p>b) Mecanismos de defesa rígidos ao longo do protocolo;</p> <p>c) Poucas oscilações entre movimentos progressivos e regressivos ao longo do protocolo;</p> <p>d) F%, F+%; F+%ext. elevados ou diminuídos em relação aos valores normativos.</p> <p>e) G% D% Dd% distantes dos valores normativos.</p>	<p>a) variedade e flexibilidade das operações defensivas;</p> <p>b) oscilação nos níveis das respostas entre movimentos progressivos e movimentos regressivos;</p> <p>c) F%, F+%; F+%ext. próximos aos valores normativos.</p> <p>d) G% D% Dd% perto dos valores normativos e com qualidade formal positiva;</p>
Ligação afeto e representação	<p>a) respostas C, CF, C'F, C', E, EF, Clob, ClobF, ClobK.</p> <p>b) <math>FC &lt; FC+C</math>; <math>FE &lt; EF+E</math>; <math>FC' &lt; C'F+C'</math>;</p> <p>c) Tipo de Ressonância Íntima (K:C)</p>	<p>a) vinculação do afeto a uma representação em um nível simbólico;</p> <p>b) <math>FC \geq CF+C</math>; <math>FE \geq EF+E</math>; <math>FC' \geq C'F+C'</math></p> <p>c) Respostas cotadas como: FC, FC', KC, KC', FE, Fclob, Kclob, KanClob, KanC'</p> <p>d) Tipo de Ressonância Íntima (K:C)</p>
Elaboração simbólica das pulsões	<p>a) Respostas K carregadas de valor agressivo ou sexual explícito;</p> <p>b) Respostas reflexos e K de posição;</p> <p>c) Respostas Anat;</p> <p>d) Respostas K cuja frequência aparece rebaixada em relação aos dados normativos;</p> <p>e) Dbl associado a qualidade formal negativa e relacionada a um “confusão” na construção da resposta, o que denuncia a falha do uso do branco seja como fundo, seja como figura.</p>	<p>a) Respostas K com: 1- frequência perto da norma; 2- cenário relacional efetivo;</p> <p>b) Dbl associado a qualidade formal positiva, seja atuando como fundo para a cena representada, ou havendo uma inversão figura fundo</p>

*Nota.* Adaptado de Chabert (1983), Marty (1999), Tychev et al. (2000), Pheulpin (2014), de Cardoso (2015).

### ***1.3.2 Indicadores do impacto no corpo: representação de si, imagem do corpo e investimento nos limites no Rorschach***

Para a investigação da problemática corporal no período gravídico-puerperal, recorreu-se ao conceito de representação de si que, segundo Traubenberg e Sanglade (1984) e Chabert (2003), abrange o estudo da imagem do corpo, da identidade e das identificações por meio da análise das respostas dadas em protocolos de Rorschach.

Chabert (2003) propõe um modo de análise da representação de si no método de Rorschach. Para a autora, o uso do eixo central das pranchas tem grande relevância como indicativo da imagem de si e do nível de diferenciação do sujeito uma vez que ele remete à organização do corpo humano. Segundo Chabert (2003), a imagem de si seria solicitada, preferencialmente pela prancha I, por sua estrutura fechada e seu eixo claramente traçado. Mesmo respostas mais comuns e vulgares, tais quais “morcego” ou “borboleta”, apontam para uma imagem corporal bem integrada. De modo mais geral, considera-se que a organização espacial das pranchas (simetria em relação a um eixo mediano) solicita referências corporais que fundamentam a projeção. As pranchas compactas (I, IV, V, VI, IX), para serem referenciadas a um todo unificado e coerente, requerem um senso de identidade estável (Chabert, 2003). Elas remetem diretamente à imagem do corpo em volta de um eixo de simetria e sustentam a projeção de imagens que representam a qualidade da identidade e do narcisismo. Não obstante, as respostas dadas na prancha V se apresentam bastante resistentes às perdas da integridade corporal, sendo geralmente as últimas a sofrerem quaisquer alterações. Por outro lado, as pranchas não compactadas também podem testemunhar a integridade com que o sujeito percebe seu corpo, especialmente as pranchas ditas bilaterais (II, III e a VII). Exemplo disso são as

respostas dadas na prancha III, em que a solidez do esquema corporal seria especialmente convocada através da ilustração nítida de personagens humanos (Ban).

Em contrapartida, imagens de si pouco integradas são regularmente representadas por perceptos de má qualidade formal. Os protocolos, nesses casos, podem ser constituídos por tentativas de globalização frustradas, com respostas fragmentadas e dispersas (Chabert, 2003). As pranchas coloridas (VIII, IX e X) solicitam particularmente as angústias de fragmentação. Por isso, observa-se frequentemente, em protocolos de psicóticos, por exemplo, respostas de transparência em que órgãos e vísceras são expostos, apontando para uma clara dificuldade de se estabelecer os limites dentro-fora. Além disso, outros indicadores sugerem um sentimento de identidade inadequado, por exemplo, os protocolos que são frequentemente acompanhados também de respostas em duplo. Mesmo em pranchas bilaterais, percepções de duplo são indicativas de um sentimento vago de identidade. As respostas de espelho, por sua vez, podem caracterizar mais diretamente problemáticas narcísicas no processo de identificação (Chabert, 2003). Dito de outra forma, nesses casos, o eixo central acaba não sendo usado como sustentação para a projeção de imagens que representam a qualidade da identidade e da imagem do corpo, mas, sim, como um ponto de separação entre duas figuras, em que uma é repetição da outra.

Outro ponto importante na construção da imagem de si é as relações de objeto (Chabert, 2003), uma vez que a imagem do corpo e a representação de si estão intrinsecamente relacionadas a todo o desenvolvimento psicoafetivo ao longo da vida, iniciando com as figuras parentais, como dito anteriormente. Dessa forma, as imagens parentais e os registros mentais que ficaram das relações de objeto são temas importantes de serem analisados. Chabert (2003) destaca assim que o modo de relação com a figura materna é passível de análise através das respostas dadas principalmente nas pranchas I, VII e IX. A prancha I, a primeira prancha

representativa da imago materna, mobiliza representações das relações com o objeto primário. Essa também traduz a percepção de um corpo feminino no eixo central, portanto a ausência de percepções humanas nessa prancha pode denotar uma fonte de frustração e angústia com a figura materna (Chabert, 2003). Destaca-se, além disso, representações de conteúdo de anatomia rígida nessa prancha (pelve, bacia, osso sacro etc.), uma vez que esses podem indicar, de forma ambivalente, tanto fortes frustrações em relação à mãe como também um desejo inconsciente de retorno a um estado embrionário. Aqui é necessária uma ressalva: o corpo que aparece nas respostas anatômicas não é da mesma ordem que o corpo denominado pelos conteúdos e qualidades formais das respostas comuns. No caso das respostas anatômicas, o corpo em si é chamado diretamente, em estado concreto e bruto. Esse chamado pode surgir de preocupações conscientes ou também de fantasias inconscientes (Sanglade, 1983).

No caso da prancha VII, prancha materna por excelência, vemos todas as modalidades de associações possíveis, das mais arcaicas às mais evoluídas, das mais cruas às mais elaboradas. Encontramos aqui movimentos regressivos intensos, testemunhando as relações mais precoces do sujeito com fantasmas do tipo simbiótico (Chabert, 2003). É nela que dificuldades de separação e experiências de fusão dolorosas e destrutivas se fazem notar. Por último, a prancha IX, também chamada de prancha “uterina”, privilegia temas de gestação e nascimento. Ênfase especial é dada às vivências relativas ao ambiente relacional, assim como fantasmas potencialmente ameaçadores e destrutivos.

Tratando-se das respostas dadas às pranchas como um todo. A forma como o espaço branco das pranchas é usada pelo sujeito pode ser indicativo da qualidade da sua representação de si (Chabert, 2003). De fato, nos casos em que o sujeito apresenta representações corporais sólidas, o branco das manchas de Rorschach (Dbl) é, geralmente, usado como suporte ou fundo

para a criação de perceptos íntegros, em torno de um eixo central - como mencionado anteriormente. Em contrapartida, em casos de falhas, o branco é usado como núcleos vazios representantes de lapsos no envelope psíquico do sujeito, e conseqüentemente, as representações tendem a aparecer de forma fragmentada (Roman, 2001). Nesse caso, a parte branca intramacular da prancha não testemunha uma boa elaboração de diferenciação.

Além disso, falhas na representação de si também podem ser aferidas pela análise das cinestésias, a saber: respostas K ou kp com tom agressivo ou persecutório, respostas kob articuladas a elementos explosivos e destrutivos, e por último as cinestésias regressivas claramente relacionada a dependência, testemunhas de relações simbióticas / fusionais (Cardoso 2015; Kallas, 2012). Esses indicadores se encontram resumidos na Tabela 3.

### Tabela 3

#### *Indicadores da imagem do corpo no Rorschach na patologia e na saúde*

Indicador	Saúde	Patologia
Respostas às Pranchas compactas (I, IV, V, VI, IX)	a) referências a um todo unificado e coerente: identidade unitária; b) diferenciação do ambiente: limites dentro e fora; c) Imagens íntegras e bem definidas; e) respostas de boa qualidade formal;	a) construção de engramas clivados; b) representações sem solidez, de qualidade formal vaga ou negativa; d) porosidade, fragmentação; e) respostas de má qualidade formal;
Pranchas bilaterais	a) os objetos aparecem inteiros e diferenciados.	a) personagens se apresentam em duplas: desdobramentos, reflexo, espelho; b) tentativas de apreensões globais de má qualidade formal;
Qualidade da representação	a) Preponderância de representações inteiras com boa frequência de K, A, H, G e Do b) G% próximos a valores normativos	a) Preponderância de representações parciais com aumento de: kp, Ad, Hd, (Ad), (Hd), G/ e Do b) G% aumentado ou rebaixado em relação aos dados normativos
Eixo central	a) utilização do eixo central para construção de engramas sólidos de qualidade formal positiva;	Não utilização do eixo central. ou utilização para construção de engramas de má qualidade formal;

---

Cinestésias	a) boa qualidade formal, boa frequência de K;	a) cinestésias malvistas; b) cinestésias de aspecto agressivo/explosivo;
Dbl	c) Capacidade de utilização do Dbl sem comprometimento da qualidade formal; d) Dbl% em valores próximos aos dados normativos;	c) Dbl com qualidade formal negativa; d) Dbl% aumentado em relação aos dados normativos;
Outros indicadores		a) fenômenos especiais indicativos de fragilidade: 1. resposta par; 2. resposta reflexo; 3. desvitalização; 4. contaminação ou tendência a contaminação; 5. fragmentação; 6. resposta de ligação; 7. metamorfose; 8. fusão figura-fundo; b) Conteúdos de anatomia; radiografia; transparência;

---

*Nota:* Adaptado de Traubenberg e Sanglade (1984), Roman (2001); Chabert (2003), de Cardoso (2015).

Outro aspecto importante a ser observado é referente aos investimentos nos limites, uma vez que refletem diretamente as qualidades e capacidades de diferenciação entre o eu e o outro/dentro e fora. Esse investimento pode ser aferido também através das respostas de “conteúdo”, mais especificamente através da análise das respostas “pele” que testemunham não só a qualidade da pele psíquica do sujeito, como também da sua permeabilidade (Chabert, 2003). Por resposta “pele”, referimos a todas as respostas cujos conteúdos façam referência ao revestimento de barreiras que delimitam as fronteiras entre o interno e o externo, permitindo a apreciação da qualidade do Eu-Pele. O aumento das respostas pele é indicativo de um maior grau de fragilidade dos limites entre o dentro e o fora (Emmanuelli & Azoulay, 2008).

As respostas “pele” podem ser classificadas segundo o índice barreira e penetração, cuja função é atestar o grau de solidez/vulnerabilidade dos envelopes psíquicos do sujeito (Fischer & Cleveland, 1958). Enquanto as respostas “barreira” denotam um ego estruturado, com limites claros e estáveis, as respostas “penetração” apontam para egos menos estruturados, cujos limites

corporais aparecem difusos (Emmanuelli & Azoulay, 2008). Nos detendo no conteúdo das respostas, aquelas que denotem superfícies protetoras ou membranas (cascos e peles, por exemplo e respectivamente) são classificadas como barreira (B), justamente por representarem simbolicamente, limites da imagem do corpo. Podemos identificar, contudo, uma diferença qualitativa entre as possíveis respostas barreira à medida que elas remetem a diferentes graus de proteção e permeabilidade entre o dentro e o fora, por exemplo, uma resposta “casca” ou “carapaça” aponta para uma necessidade de proteção maior do que uma resposta como “um cachecol”. Por outro lado, respostas do tipo penetração (P) são classificadas quando o corpo tem pouco valor protetor e pode ser facilmente penetrado, por exemplo “machucado aberto”. Essa variável remete a falhas na função de proteção do envelope, sendo assim a superfície do engrama percebido aparece frequentemente rasgado, deteriorado ou esburacado (Chabert, 2003).

A norma estabelecida por Fisher e Cleveland (1958) é de quatro respostas barreira para duas de penetração (B:P = 4:2). Entretanto, quando os índices de barreira aparecem em proporção muito maior às respostas de penetração (fora da norma) é indicativo de que as barreiras estão sobreinvestidas, dificultando as trocas com o meio. Já a diminuição de ambas as respostas barreira e penetração abaixo da norma (B:P<4:2) indica fragilidade das barreiras compensada por um possível apoio em recursos defensivos (ex: rigidez e inibição). Por outro lado, o aumento das respostas de penetração em relação à norma indica fragilidade dos limites. (Emmanuelli & Azoulay, 2008). Os critérios de cotação para barreira e penetração estão mais detalhados no Apêndice G.

Ademais, considera-se as respostas formais (F%; F+; F+% ext.) na avaliação dos limites e do Eu-pele, exatamente por servirem de bons indicadores da qualidade do envelope psíquico (Emmanuelli & Azoulay, 2008). De fato, F% e F+% e F+% ext testemunham uma boa qualidade



dos limites, uma vez que ilustram a capacidade do sujeito em discernir o percepto do restante da prancha. Já as respostas de má qualidade formal (F-) apontam para falhas nas capacidades de delimitação e diferenciação do sujeito, tanto com relação ao objeto, como entre dentro e fora. Em outras palavras, avalia-se, através dos índices F% e F+% e F+%ext, a capacidade do sujeito de criar barreiras psíquicas inerentes à vida criativa e fundamentais para a boa existência humana (Chabert et. al, 2020). Ilustramos resumidamente os indicadores principais da qualidade dos limites a seguir da Tabela 4

**Tabela 4**

*Indicadores do investimento dos limites no Rorschach na patologia e na saúde*

Indicador	Saúde	Patologia
B:P	B:P= 4:2	B:P<4; 4B<2P; 4B>2P
Conteúdos	a) frequência de respostas H e A próximas ou superiores aos dados normativos e H>Hd e A>Ad.	a) Frequência de Hd e Ad superior aos dados normativos; H<Hd e A<Ad.
F+%; F+%ext.; F%	a) valores próximos aos dados normativos.	a) valores demasiadamente baixos ou altos em relação aos dados normativos.

*Nota.* Adaptado Fisher e Cleveland (1958), Chabert, (2003), Emmanuelli e Azoulay (2008), Linhares e Pinheiro, (2009), de Cardoso (2015).

Diante da complexidade da experiência da maternidade, torna-se fundamental aprofundar a compreensão dos conceitos teóricos que se relacionam com esse tema. Nesse sentido, o presente capítulo teórico apresentou uma revisão da literatura sobre a travessia subjetiva da maternidade, discutindo aspectos como gestação, parto e pós-parto, bem como o conceito de representação de si e mentalização e também como esses indicadores podem ser analisados pelo Método de Rorschach na perspectiva da Escola de Paris. Esses conceitos serão explorados em maior profundidade dentro da nossa amostra de mulheres. O próximo capítulo, portanto, tratará sobre o método usado neste trabalho.

## Capítulo II

### Método

Esse trabalho de mestrado faz parte de uma pesquisa maior deriva de uma parceria internacional estabelecida com a Profa. Dra. Rose Angélique Belot, da Universidade de Bourgogne/Franche-Comté (França), coordenadora do projeto: “PROXIMA: Acesso à maternidade e a fatores de risco em população não consultante: estudo exploratório, longitudinal e prospectivo”. O PROXIMA é uma pesquisa internacional multimetológica e longitudinal que visa a análise dos processos da maternidade e cujo objetivo principal é descrever o perfil psicológico de primíparas sem distúrbios psicológicos e obstétricos prévios durante a gravidez e após o parto. Ela envolve, no momento, dados e pesquisadores da França, Brasil, Suíça e Turquia, também coordenados pela profa. Rose Angélique Belot (França). No Brasil a pesquisa é coordenada pela Prof Deise Amparo (UnB) e articulada com a Prof. Sonia Pasian (USP), em um Contrato de Parceria Internacional. No Brasil esse projeto será inicialmente será desenvolvido em Brasília e Ribeirão Preto- São Paulo. A construção de pesquisas transculturais com métodos de investigação clínicos e voltados para o funcionamento psíquico e saúde mental das mulheres, é fundamental para favorecer a compreensão dos vínculos maternos primários em seus processos de saúde e adoecimento.

O presente trabalho, é um recorte dessa pesquisa maior e adotou o método clínico-qualitativo de investigação com a realização de um estudo exploratório com um grupo único de mulheres primíparas um estudo de caso clínico individual. As pesquisas exploratórias são particularmente pertinentes quando se deseja obter dados sobre a natureza de um problema. Utiliza-se essa modalidade de pesquisa quando o interesse do projeto é obter informações que explorem em profundidade como dado fenômeno ocorre (Malhotra, 2006). É nesse sentido que

se justifica a escolha do método, uma vez que se pretende, através deste trabalho, investigar como o aparelho psíquico é solicitado em primíparas sem distúrbios psicológicos e obstétricos prévios durante a gravidez e após o parto. Mais especificamente, buscou-se analisar a qualidade e as modificações relativas à problemática corporal/identitária e à qualidade do funcionamento psíquico (mentalização) antes e após o nascimento de um primeiro filho.

De acordo com Hussein (1991), a pesquisa realizada a partir de um único grupo busca avaliar as variações internas relativas ao grupo estudado, possibilitando assim a apreciação dos resultados sem a necessidade de comparação com um grupo de controle. Nesse sentido, a pesquisa com o grupo único busca avaliar as especificidades dos funcionamentos dos integrantes de uma categoria, buscando revelar particularidades de cada participante e de suas personalidades. O estudo exploratório de grupo único promove um olhar detalhado para as singularidades entre os integrantes pertencentes a uma categoria (Wolff, 2012). É nesse sentido que as técnicas projetivas ganham lugar de destaque para esse tipo de estudo, uma vez que elas possibilitam a apreciação dos aspectos idiossincráticos do funcionamento psíquico dos integrantes do grupo em comparação aos dados normativos (Hussain, 1991).

Por sua vez, no estudo de caso clínico individual, a proposta é um pouco diferente. Nessa modalidade, aprecia-se de forma mais aprofundada as particularidades do caso, em detrimento da descoberta de uma lógica geral universal sobre o fenômeno estudado. De acordo com Verztman (2013, p. 71), “um estudo de caso. . . é uma forma de estudo que visa a descrição e a compreensão do singular” acreditando que este possa contribuir para a compreensão mais aprofundada de realidades subjetivas. A escolha do estudo de caso não visa a replicação, mas a possibilidade de criar linhas de divergência e convergência, sem a pretensão de avaliar a incidência dos fenômenos, mas sim entender o contexto no qual ele se produziu. Em suma, o

estudo de caso é uma narrativa cuja função é criar uma síntese ilustrativa sobre o caso, que facilite a elaboração reflexiva teórica a ser feita sobre o problema apresentado (Iribarry, 2003).

## 2.1 Participantes

Para abarcar o nosso problema de pesquisa, foram avaliadas à domicílio, por meio de instrumentos psicológicos sistematizados, 10 mulheres voluntárias, em período correspondente ao terceiro trimestre de gestação de um primeiro bebê (primíparas) e no primeiro trimestre após o nascimento. As principais características sociodemográficas encontram-se na Tabela 5.

**Tabela 5**

*Caracterização da amostra (n=10)*

n	Caso	1º momento da pesquisa (semanas de gravidez)	2º momento da pesquisa (semanas após o parto)	Idade (anos)	Nível econômico	Escolaridade	Estado civil
1	E.B.O	28	8	27	C1	Superior completo	casada
2	A.L.R	29	7	34	B1	Superior completo	casada
3	M.M.R	37	9	27	B2	Superior completo	casada
4	R.B.R	27	5	27	B2	Superior completo	casada
5	R.M.A	34	8	30	A	Superior completo	casada
6	E.R.S	32	10	37	B2	Superior completo	casada
7	N.N.A	31	9	26	B1	Superior completo	casada
8	M.M.M	37	6	26	B1	Superior completo	casada
9	A.K.P	35	9	43	B1	Superior completo	casada

---

10	K.R.R	36	8	39	A	Superior completo	casada
----	-------	----	---	----	---	-------------------	--------

---

A escolha do primeiro período em questão (terceiro trimestre da gestação) levou em consideração o estado de “transparência psíquica” característico desse período gestacional, em que as fantasias regressivas se intensificam e as representações inconscientes aparecem mais permeáveis, com o levantamento, até mesmo desaparecimento da repressão (Bydlowski, 1997), além das consideráveis mudanças corporais inerentes a esse período gestacional (Brazelton & Cramer, 1992). Já a opção pelo segundo período da pesquisa (primeiro trimestre no pós-parto) se justifica uma vez que, tendo ocorrido o parto, a mãe entra em uma nova fase de hipersensibilidade: a “preocupação materna primária” (Winnicott, 1969). É o momento em que a qualidade do aparelho psíquico materno é particularmente posta à prova, notavelmente a capacidade de mentalização (Debray, 1991).

Visto que este estudo foi realizado em parceria com o projeto internacional PROXIMA, os critérios de inclusão se mantiveram aqui correspondentes às diretrizes do projeto maior, a saber: a) mulheres primíparas e primigestas; b) entre 25 e 45 anos de idade; c) gestação única e espontânea (sem ajuda medicamentosa); d) em união estável; e) nível socioeconômico médio ou superior. A ideia principal é que a amostra representasse uma população de mulheres primíparas saudáveis, com um mínimo de interferência por fatores de vulnerabilidade durante a gravidez. Nesse sentido, os fatores de exclusão foram: a) diagnóstico psiquiátrico prévio, histórico de depressão, patologias gestacionais (como diabetes gestacional, eclâmpsia ou pré-eclâmpsia), autorreferidos durante entrevista inicial; b) obesidade (IMC > 30); c) nível socioeconômico baixo ou médio-baixo; d) casal homoparental.

Dentre as mulheres em período gestacional abordadas para participarem da pesquisa (n=18), cinco não correspondiam aos critérios de inclusão da pesquisa e três optaram por não participar do segundo momento da pesquisa (conforme Figura 1).

## **2.2 Instrumentos**

Seguindo o protocolo metodológico da pesquisa internacional PROXIMA, foram usados neste projeto como instrumentos: o Método de Rorschach, o *relationship Scale Questionnaire* (RSQ) e o *Adult Attachment Interview- AAI*. Além desses, também foi aplicado um questionário sociodemográfico e uma entrevista semiestruturada relativa ao pós-parto, proposto pelas pesquisadoras envolvidas no projeto. A seguir a descrição de cada um desses instrumentos.

### ***2.2.1 O Método do Rorschach na avaliação da personalidade***

Na Tabela 6 é indicado como o Rorschach é um instrumento propício para analisar os processos psicológicos, sendo um instrumento privilegiado para ilustrar os remanejamentos psíquicos vivenciados pela mulher durante o ciclo gravídico-puerperal (Belot, 2014). Os resultados do Rorschach podem ser interpretados mediante a perspectiva da Escola de Paris, compondo um sistema de análise e interpretação fundado em dados quantitativos e qualitativos (Chabert, 2003). O teste de Rorschach (1921) é composto por dez pranchas, sendo cinco manchas monocromáticas, duas manchas coloridas e três pranchas pastéis (Anzieu, 1978). Cada prancha apresenta um conteúdo manifesto, definido pelas características da mancha no plano perceptivo (dimensão estrutural e sensorial) e um conteúdo latente, cujo plano é imaginário e a solicitação inconsciente (dimensão simbólica) (Chabert et al., 2020). A instrução do teste é feita de modo a estimular e criar a situação projetiva. Para cada prancha, o examinando deve responder à pergunta “O que isto (a mancha) poderia ser?”. Dessa forma, os estímulos são

ambíguos e tanto o conteúdo como o tempo de resposta são livres. A ambiguidade dos estímulos, conjuntamente à liberdade de resposta, induz o sujeito a responder a tarefa à sua maneira. Dito de outra forma, a situação projetiva induz a projeção (Chabert, 2003).

## Tabela 6

### *Características e processos psicológicos avaliados pelo Rorschach*

Instrumento	Características / processos psicológicos
Rorschach	<p>Modalidades de funcionamento mental dos sujeitos (Marques, 1999). Interações entre a atividade perceptiva e atividade fantasmática, entre a realidade externa do objeto e a realidade interna (Rausch de Traubenberg, 1983)</p> <p>A integridade de um continente capaz de conter e transformar os conteúdos sem perder o controle das percepções (Chabert, 2003). Falhas na internalização da função <math>\alpha</math> (Oneto et al., 2009)</p> <p>Emoções, condições de relacionamento humano, nível de ansiedade, controle da agressividade e personalidade (Fonseca, 2012)</p> <p>Aspectos cognitivos, afetivos e interpessoais sob a dimensão de fatores inconscientes (Exner, 2003; Exner &amp; Erdberg, 2005; Weiner, 2001)</p> <p>Representações e afetos no eixo narcísico e objetal, considerando a representação de si, a representação das relações, do registro conflitual, a relação representação/afeto, a natureza da angústia e da organização defensiva (Chabert, 2003)</p>

Assim, cada aplicação exige do clínico um treinamento, uma vez que o aplicador não deve orientar o sujeito nas suas respostas, embora deva apresentar certo grau de flexibilidade. É nesse sentido que Chabert (2003) compara a posição do clínico ao da “mãe suficientemente boa”, não sendo nem rejeitante e nem invasora. Na primeira fase, a da associação livre, é papel do aplicador anotar as respostas do examinando tais quais elas são ditas, o mais fiel possível à linguagem falada, preocupando-se também em narrar o seu comportamento não verbal. Atenta-se, além disso, em registrar de forma cronometrada o tempo de latência entre a apresentação de uma prancha e a primeira resposta do sujeito a cada prancha. Também é cronometrado o tempo

total em que o sujeito leva para responder a cada prancha e a sua posição. Terminada a fase de associação livre na qual o sujeito pode dar quantas respostas quiser durante o tempo que necessitar, entra-se na fase do inquérito em que para cada resposta pergunta-se: a localização (onde foi visto), o determinante (o que fez ver) e o conteúdo (o que foi visto - geralmente já esclarecido durante a fase da associação livre) (Anzieu, 1978). O inquérito termina quando esses três componentes básicos de codificação estão esclarecidos.

As pranchas de Rorschach apresentam uma dupla solicitação: a imaginária (no caso a projeção) e a perceptiva (relativa ao real, à materialidade da prancha). É nesse sentido que o método é considerado por solicitar um fenômeno transicional. Um funcionamento harmonioso no teste de Rorschach pressupõe assim uma aceitação do paradoxo Winnicottiano: jogo entre o fantasmático e o real (Chabert, 2003). A capacidade do sujeito de se situar nesse jogo entre-dois, no espaço transicional na comunicação entre o clínico e o participante, mostra como e se o sujeito faz uso da transicionalidade oferecida pela situação projetiva (Chabert, 2003). Por espaço transicional, entende-se o espaço intermediário ilusório, que não está localizado nem dentro, nem fora dos limites do sujeito (Winnicott, 1975). O método de Rorschach foi utilizado nesse trabalho na abordagem da Escola de Paris (Anzieu, 1978; Chabert, 2003, 1998; Pasian & Amparo, 2018; Traubenberg, 1970).

### ***2.2.2 Instrumentos voltados para a avaliação do apego: RSQ e AAI***

O segundo instrumento, *Relationship Scale Questionnaire* (RSQ) (Griffin & Bartholomew, 1994), mede o estilo de apego. Trata-se de uma escala cujo cálculo das afirmativas faz com que cada indivíduo obtenha uma pontuação em cada um dos quatro estilos de apego: seguro, temeroso, preocupado e rejeitado (explicitados na Tabela 7), os quais estão dentro do modelo *self-model* (ansiedade) e *other-model* (evitação). De acordo com Priceputu



(2012), o *self-model* (ansiedade) retrata os relatos da própria pessoa com relação ao seu mundo interno e a maneira em que observa, organiza, interpreta suas experiências e constrói um conceito próprio de si mesmo. Além disso, essa dimensão demonstra a apreensão da pessoa em ser abandonada, rejeitada e ter um baixo reconhecimento (Griffin & Bartholomew, 1994). O *other model* (evitação), por sua vez, retrata os relacionamentos com os outros, a tendência de buscar ou evitar relacionamentos próximos, o grau de evitação de proximidade física e psicológica e também a dependência emocional dos outros (Griffin & Bartholomew, 1994). Essa escala é composta por 30 afirmativas em que o examinando é levado a responder com a opção que melhor descreve os seus sentimentos em relação ao seu relacionamento com as pessoas mais próximas. Cada uma das frases deve ser respondida de acordo com uma escala Likert de 1 a 5 onde: 1- não tem nada a ver comigo; 2- número intermediário entre 1 e 3; 3- tem um pouco a ver comigo; 4- número intermediário entre 3 e 5; 5- tem muito a ver comigo.

### **Tabela 7**

#### *Características e processos psicológicos medidos pelo Relationship Scale Questionnaire (RSQ)*

Instrumento	Características / processos psicológicos
RSQ	O estilo de apego seguro/autônomo formado pelo self-model positivo (baixa ansiedade), pelo other-model positivo (baixa evitação) e caracterizado por coerência, abordagem positiva com os outros, alta intimidade nos relacionamentos, autoconfiança e dependência emocional moderadas.
	O estilo de apego preocupado/ansioso formado pelo self-model negativo (alta ansiedade), pelo other-model positivo (baixa evitação) e caracterizado por facilidade de se expressar, preocupação com os relacionamentos, sensibilidade extrema, incoerência, alta dependência afetiva e alta reatividade emocional.
	O estilo de apego medroso/desorganizado formado pelo self-model negativo (alta ansiedade), pelo other-model negativo (evitação) e caracterizado por insegurança, timidez, vulnerabilidade, baixa autoconfiança, medo de rejeição, ciúmes, ansiedade de separação, dificuldade de confiar nos outros, evitação, reatividade e alta dependência emocional.
	O estilo de apego evitativo/desapegado formado pelo self-model positivo (baixa ansiedade), pelo other-model negativo (alta evitação) e caracterizado por baixa coerência, evitação de

---

intimidade, autoconfiança compulsiva, frieza ou arrogância ao extremo, racionalidade, pouca afetividade, baixa reatividade emocional, distanciamento dos outros e pouca expressividade.

---

*Nota.* Adaptado de Griffin e Bartholomew (1994)

Por último, o *Adult Attachment Interview- AAI* (George et al., 1996, versão em português de Casellato, 2004). Trata-se de uma entrevista semiestruturada, biográfica, de tipo clínico, organizada em torno de um conjunto de temas que traduzem as principais questões do apego e da história das relações com os pais do participante, a partir das suas memórias e percepções, também baseadas nas teorias de Bowlby (1985, 1989, 1997, 1998). Ela se focaliza no modo como as experiências e seus efeitos são refletidos, avaliados, integrados e traduzidos pelo indivíduo em termos de coerência narrativa e discursiva (Apêndice B). A análise qualitativa das respostas a esse instrumento permite formular um perfil de apego de uma pessoa de modo a complementar a análise quantitativa possibilitada pelo RSQ. (Apêndice E)

### ***2.2.3 Instrumentos complementares: questionário sociodemográfico e entrevista semiestruturada do pós-parto***

Entre os instrumentos complementares iremos detalhar primeiramente o *Questionário sociodemográfico e econômico* (Apêndice C): trata-se de uma entrevista adaptada a partir do roteiro desenvolvido por Pedreira (2014), para classificar grávidas em termos econômicos e sociodemográficos. Nele foi incluído o Critério de Classificação Econômica Brasil (ABEP, 2021), permitindo avaliação do perfil socioeconômico dos participantes com base em seus domicílios. Esse dado consiste em uma maneira de medir o poder de compra dos indivíduos, de sorte a segmentá-los em classes. O parâmetro leva em conta aspectos como bens de consumo, estrutura física da residência e escolaridade dos integrantes da família. Nessa divisão, o aspecto

econômico é o que possui maior peso. As classes são entendidas segundo estratos socioeconômicos, conforme ilustrado na Tabela 8.

### **Tabela 8**

*Estimativa para a Renda Média Domiciliar para os estratos do Critério Brasil*

Estrato Sócio Econômico	Renda média domiciliar (reais)
A	22.716,99
B1	10.427,74
B2	5.449,6
C1	3.042,47
C2	1.805,91
DE	813,56

*Nota.* Adaptado de Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (2021)

Por último, tem-se a entrevista semiestruturada intitulada: Questionário de Reavaliação no Pós-Parto. Cujas temáticas circunda aspectos diversos relativos ao parto e pós-parto das mulheres, entre eles: 1- o trabalho de parto; 2- a amamentação; 3- a relação e os cuidados com o bebê. Essa entrevista foi elaborada pelas pesquisadoras filiadas ao projeto PROXIMA.

### **2.3 Procedimento para a coleta de dados**

Esta pesquisa de mestrado representa um recorte da pesquisa internacional PROXIMA e foi inicialmente intitulada “Maternidade e vínculo mãe-bebê: estudo exploratório e longitudinal”, projeto que foi submetida e aprovada pelo conselho de ética através do sistema “Plataforma Brasil” do Ministério da Saúde com o número de protocolo 46945121.7.0000.5540. Após aprovação do projeto pelo comitê de ética, foram contactadas as participantes da pesquisa, dez gestantes recrutadas por meio de contatos informais e pelas redes sociais da pesquisadora, como dito anteriormente. Aquelas que se encaixam dentro dos critérios participaram da pesquisa em

dois momentos (antes e após o nascimento do bebê) como detalhado na Tabela 9. No primeiro momento, após a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE – Apêndice A), os instrumentos foram aplicados seguindo-se a ordem: Método de Rorschach, entrevista semiestruturada (AAI), aplicação da escala (RSQ). e por fim o questionário sociodemográfico. O segundo momento, já no pós-parto, por sua vez começou com a aplicação do teste de Rorschach, seguindo das entrevistas semiestruturadas (entrevista sobre o pós-parto e o AAI, respectivamente), e finalizou com a aplicação da escala (RSQ). O tempo desses encontros variaram entre 90 e 180 minutos para completar o processo de coleta de dados. Todos os encontros foram gravados e transcritos.

Todos os encontros foram realizados nos domicílios das gestantes a fim de viabilizar a pesquisa em tempos de pandemia - desde que resguardados os critérios e exigências para avaliação psicológica. A autora deste trabalho efetuou teste de sorologia para Covid-19 frequentemente a fim de assegurar a integridade física das participantes e dela mesma. Ela também foi realizar a coleta de dados vestida de equipamento de proteção individual (EPI) a fim de proporcionar o máximo de conforto e proteção às gestantes e puérperas.

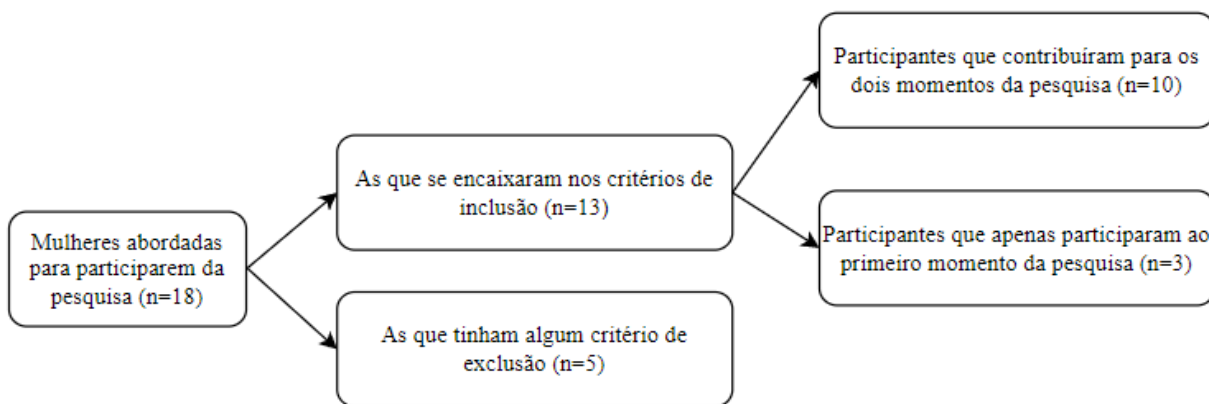
O recrutamento para a participação na pesquisa foi realizado por meio de contatos informais e pelas redes sociais da pesquisadora, de sorte a tornar viável a pesquisa. Esse tipo de amostragem não probabilística é denominado de amostra em bola de neve, ou *snowball*, tratando-se de uma técnica de amostragem que se utiliza de redes de referência (Dewes, 2013). Tal ferramenta é apropriada para pesquisas com grupos de difícil acesso ou até mesmo quando se trata de temas mais privados e sensíveis (Vinuto, 2014).

No momento do primeiro contato virtual, foram explicados os objetivos da pesquisa, os procedimentos metodológicos e a forma de participação das mulheres. Aquelas que concordaram

em participar e se encaixaram dentro dos critérios necessários da pesquisa foram chamadas para um encontro pessoal em domicílio no qual assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Dentre as mulheres em período gestacional abordadas para participarem da pesquisa (n=18), cinco não correspondiam aos critérios de inclusão da pesquisa e três optaram por não participar do segundo momento da pesquisa (conforme Figura1).

**Figura 1**

*Processo de recrutamento das participantes*



**Tabela 9**

*Encontros nos momentos nº1 e nº2 da pesquisa*

1º momento (3º trimestre de gestação)	2º momento (1º trimestre após o nascimento)
Etapa nº1: leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	Etapa nº1: aplicação do teste de Rorschach
Etapa nº2: aplicação do teste de Rorschach	Etapa nº2: entrevista semiestruturada do pós-parto (Questionário de Reavaliação no Pós-Parto)
Etapa nº3: entrevista com o AAI	Etapa nº3: entrevista com o AAI
Etapa nº4: aplicação da escala (RSQ) e questionário sociodemográfico	Etapa nº4: aplicação da escala (RSQ)

## 2.4 Procedimento de análise dos dados

A codificação e análise do Rorschach foi realizada de acordo com a abordagem Francesa do Rorschach, na perspectiva da Escola de Paris (Anzieu, 1978; Chabert, 2003, 1998; Pasian & Amparo, 2018; Traubenberg, 1970), sendo que os dados normativos usados para comparação estatística foram extraídos de um estudo realizado com uma população adulta brasileira (Pasian, 2010). A codificação das respostas no Rorschach foi realizada por pesquisadores treinados na abordagem da Escola de Paris. Primeiramente foi feita uma cotação pela pesquisadora principal e depois pelo grupo de pesquisa coordenado pela Professora Deise Amparo Matos, composto por profissionais treinados a fazer a cotação das respostas fornecidas segundo abordagem francesa do Rorschach (Apêndice F). As divergências eram discutidas até se chegar a um acordo sobre a codificação. Por último, os dados codificados foram para análise seguidos os preceitos da abordagem psicanalítica. Os dados qualitativos e quantitativos produzidos no Rorschach contribuíram na compreensão da problemática corporal/identitária e mental inerente ao período gravídico-puerperal, tendo como base de análise os indicadores previamente explicitados neste trabalho (capítulo 2).

Tratando-se da análise referente ao apego, primeiro as informações foram sistematizadas caso a caso, depois foi feita uma análise descritivo-interpretativa que buscou integrar as variáveis relevantes à proposta deste trabalho. Os dados derivados do RSQ forneceram informações relativas ao estilo de apego das participantes. Essa classificação e interpretação foi possível a partir do trabalho Bartholomew e Thompson (1995). Para os autores, os estilos de apego em adultos correspondem a diferentes estratégias presentes concomitantemente, mas em graus variados em cada pessoa. Há nas pessoas um continuum com diferentes estratégias que podem ser mais ou menos importantes, o estilo dominante e as informações sobre o Modelo de Self e o

Modelo dos Outros, resultantes desta. Portanto, não nos contentamos em apenas classificar os estilos de apego para cada participante, mas também nos debruçamos no espectro das estratégias de apego (modelo de self, modelo dos outros).

Os dados obtidos a partir da AAI foram analisados a partir da proposta desenvolvida por George et al. (1996), seguindo os princípios de análise do discurso de Grice (1975, 1989).

Segundo o autor, o discurso racional é atingido quando e somente quatro máximas estão presentes:

**Qualidade:** o autor considera um discurso de qualidade quando o orador fala a verdade, acompanhada de fatos. Contradições e falas muito gerais no discurso são consideradas violações desse princípio;

**Quantidade:** o discurso do orador precisa ser sucinto, porém completo. Essa máxima é desrespeitada quando o orador diz não lembrar dos acontecimentos passados, sem produzir uma resposta completa ou quando, ao contrário, produz uma fala demasiadamente extensa.

**Relevância:** a fala do orador precisa estar em consonância com a temática proposta. Esse princípio é desrespeitado quando o sujeito muda de assunto e não consegue responder propriamente à pergunta em questão.

**Clareza:** o orador precisa trazer conseguir organizar a sua fala de sorte a que ela seja clara, gramaticalmente coerente, sem jargões ou imprecisões que atrapalhem a compreensão.

Para a análise dos questionários de reavaliação no pós-parto, optou-se pela análise temática (AT) do tipo reflexiva, a fim de possibilitar uma codificação fluida e flexível. De fato, a AT pode ser realizada através de uma abordagem indutiva, ou seja, que não pretende partir de uma grade pronta de categorias ou temas para analisar os dados (Souza, 2019). O objetivo não foi, portanto, produzir exatidão, mas sim imersão, profundidade e engajamento com os dados

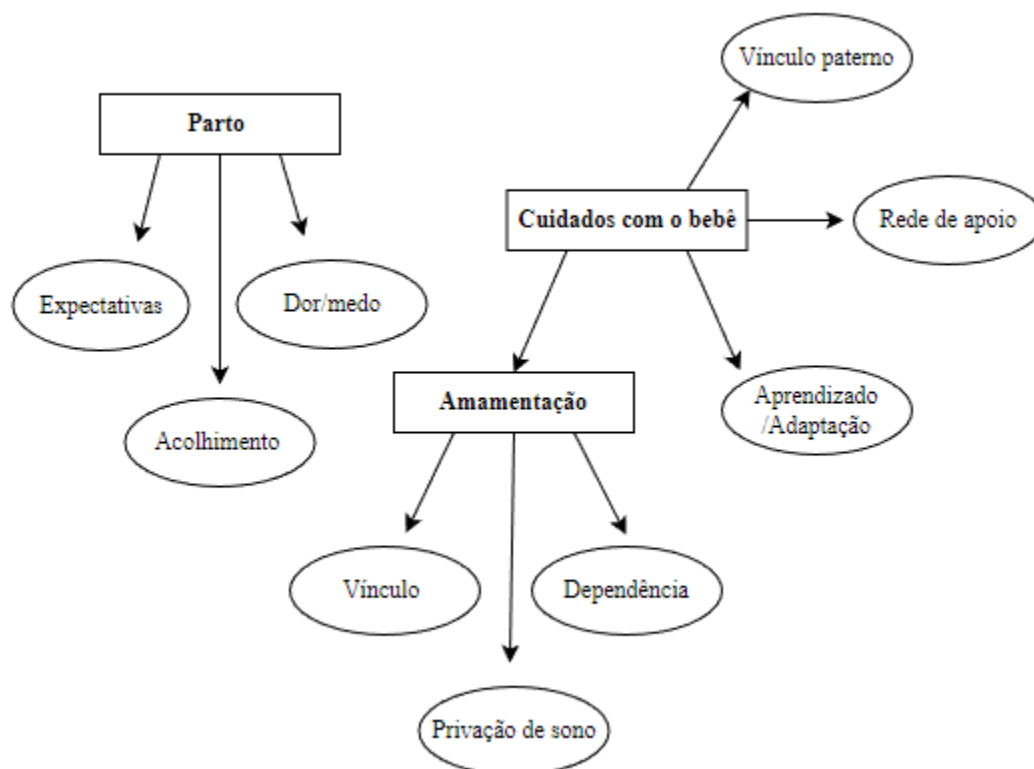
(Braun & Clarke, 2006). Nesse momento, foi realizada a análise temática em suas seis etapas: familiarização com os dados (transcrever, ler e anotar as ideias principais); geração de códigos (codificar aspectos interessantes dos dados de modo sistemático e reunir extratos relevantes); busca dos temas (reunir os códigos em temas potenciais); revisar os temas (checar se os temas conversam bem com o banco de dados); definir e nomear os temas (gerar nomes claros a cada tema); produção escrita (análise dos extratos escolhidos na relação com a pergunta de pesquisa e literatura). Podemos ver essas etapas a partir do mapa temático referente aos questionários de reavaliação no pós-parto (Figura 2).

A apresentação dos resultados seguiu a seguinte estrutura: 1 Avaliação cruzada da travessia psíquica da maternidade da gravidez ao puerpério; 2. Análise dos processos psíquicos no Rorschach de mulheres no último trimestre do período gestacional; 3. Análise dos processos psíquicos no Rorschach de mulheres no primeiro trimestre pós-natal; 4- Análise dos processos psíquicos de uma mulher primípara pré e pós-parto (estudo de caso multimetodológico longitudinal. As entrevistas semiestruturadas e as entrevistas clínicas foram também utilizadas para construção da história clínica do estudo de caso.



**Figura 2**

*Mapa temático das respostas ao Questionário de Reavaliação no pós-parto*



**PARTE 2: ANÁLISES DOS RESULTADOS E DISCUSSÃO DE ESTUDOS EMPÍRICOS  
E CLÍNICOS**

### Capítulo III

#### **Avaliação cruzada da travessia psíquica da maternidade: da gravidez ao puerpério**

Este capítulo busca analisar, em nível exploratório, as representações psíquicas mais relevantes ao tema da maternidade, principalmente, aquelas referentes ao apego e ao funcionamento psíquico durante a gravidez e pós-parto. Para tanto, adotamos uma abordagem multimetodológica com método misto (combinando estratégias das pesquisas qualitativas e quantitativas) visando analisar resultados extraídos tanto da escala de apego (RSQ), como das entrevistas semiestruturadas (AAI e do Questionário de Reavaliação no Pós-Parto) e do Rorschach. Realizamos assim uma análise descritivo-interpretativa em que os estilos de apego foram definidos através da análise do RSQ, conforme explicitado em Bartholomew e Thompson (1995). Já a análise do AAI foi sistematizada a partir das diretrizes desenvolvidas por George et al. (1996). Do Rorschach, extraímos os dados gerais propostos por Pasian e Amparo (2022).

#### **3.1 Análise do RSQ na gestação e no pós-parto**

A Análise interpretativa do RSQ se apoiou nas estratégias e estilos de apego como conceitos complementares. Para Bartholomew e Thompson (1995), os estilos de apego em adultos (seguro, medroso, preocupado e evitativo) correspondem a diferentes estratégias presentes concomitantemente (modelo de si e modelo do outro), mas em graus variados em cada pessoa. O modelo de si refere-se à forma como sujeito vê o valor do próprio *self*, e o modelo do outro como o sujeito percebe a disponibilidade dos outros (Griffin & Bartholomew, 1994). Há, portanto, nas pessoas um *continuum* com diferentes estratégias que podem ser mais ou menos importantes resultando em um estilo de apego dominante.

A Tabela 10 mostra os estilos de apego encontrados na gestação e no pós-parto nas mulheres que fizeram parte da pesquisa. No que se refere os estilos de apego encontrados durante a gestação, observamos heterogeneidade entre os casos. De fato, temos no grupo: 30% das mulheres com apego medroso (participantes 1, 6 e 8); 30% com apego evitativo (participantes 2, 4 e 7); 30% com apego seguro (participantes 3, 9 e 10) e por fim 10% com apego preocupado (participante 5). Em outras palavras, 70% da nossa amostra apresenta seja um modelo de si negativo (participante 5), um modelo do outro negativo (participante 2, 4, 7), ou modelo de si e do outro negativos (participantes 1, 6 e 8) no período gestacional. Apenas 30% das participantes (3, 9 e 10) mostram tanto um modelo de si como um modelo do outro positivo na gestação, sendo que 70% das mulheres se percebem de forma negativa ou percebe carência na disponibilidade dos outros, enquanto uma parte mais fragilizada apresenta resultados desfavoráveis em ambas as categorias ao mesmo tempo. Seria necessário, contudo, entender se essa proporção é característica da gestação ou se trata de estilos de apego estáveis ao longo da vida dessas participantes, resultado das suas histórias psicoafetivas. Teríamos que realizar, portanto, outras aplicações deste instrumento, de forma longitudinal, para traçar possíveis conclusões a respeito da estabilidade desses resultados. Nos debruçaremos mais para frente neste capítulo sobre as estratégias de apego.

Ainda conforme a Tabela 10, considerando os resultados no pós-parto, identificamos vários pontos interessantes, uma vez que 50% das participantes (1, 3, 6, 9 e 10) apresentam estilos de apego diferentes em ambos os momentos estudados, enquanto 50% das participantes (2, 4, 5, 7 e 8) mantém o mesmo estilo de apego. De fato, a proporção no pós-parto passa a ser a seguinte: 4 mulheres com apego preocupado, 4 com apego evitativo, 2 com apego medroso.

**Tabela 10***Estilo de apego das participantes no período gestacional e pós-parto (n=10)*

Participante	Gestação			Pós-parto		
	modelo de si	modelo do outro	Estilo de apego	modelo de si	modelo do outro	Estilo de apego
P1	-0.9	-3.8	Medroso	-1	0.6	Preocupado
P2	0.3	-2	Evitativo	0.1	-1.4	Evitativo
P3	1.2	0.3	Seguro	-2.9	-0.8	Medroso
P4	0.3	-1.7	Evitativo	0.8	-1.1	Evitativo
P5	-1	0.6	Preocupado	-2	1.9	Preocupado
P6	-0.3	-2.3	Medroso	0.1	-3.4	Evitativo
P7	0.7	-0.3	Evitativo	0.6	-1	Evitativo
P8	-1.8	-2.5	Medroso	-2.7	-0.7	Medroso
P9	2.1	2.5	Seguro	-0.4	3.1	Preocupado
P10	0.8	4.5	Seguro	-1.2	3.5	Preocupado
Média	0.1	-0.5	-	-0.9	0.1	-

Um ponto interessante de observação nos resultados do RSQ apontados na Tabela 10, é que nenhuma das participantes apresenta apego seguro nesse momento do pós-parto, incluindo aquelas que mostram apego seguro na gestação. De fato, na análise da Tabela 10, vemos as participantes 3, 9 e 10, aquelas com apego seguro na gestação, apresentarem, de forma unânime, queda no modelo de si. Esse padrão também se aplica para outras mulheres, uma vez que existe uma tendência a queda seja do modelo de si em 80% das participantes (1, 2, 3, 5, 7, 8, 9 e 10), sendo que apenas 20% das mulheres apresentaram uma melhora desse valor no pós-parto (4 e 6). Por outro lado, vemos uma tendência contrária no que diz respeito ao modelo dos outros no pós-parto, uma vez que os valores tendem a melhorar em 60% da amostra (participantes 1, 2, 5, 6, 8 e

9). Importante pontuar que esse não é o caso para 40% das mulheres (3, 6, 7 e 10) uma vez que elas passam a ter modelos dos outros piores no pós-parto do que na gestação.

A partir desses resultados, entendemos o impacto da maternidade nos próprios modelos internos do sujeito: suas estratégias de apego, a representação de si e a representação dos outros. No pós-parto, as mulheres do nosso grupo tendem a adotar estratégias mais inseguras de apego no pós-parto (quando o modelo de si ou modelo do outro é negativo). Curiosamente, vemos uma tendência significativa dessas mulheres de se enxergarem mais negativamente no pós-parto, ao passo que existe uma melhora na percepção que elas têm dos outros. Dito de outra forma, o modelo que elas têm delas mesmas tende a recair após o nascimento, sendo que a percepção que elas têm dos outros tende a melhorar. Esses elementos testemunham possivelmente duas coisas: um acolhimento majoritariamente efetivo por parte do ambiente externo e também possíveis dificuldades internas intrapsíquicas. É importante salientar que as estratégias de apego se desenvolvem em ligação direta com as relações de apego estabelecidas com figuras afetivas primordiais. O pós-parto representa assim um momento delicado de importantes remanejamentos psíquicos em relação à própria infância, aos próprios pais, à imagem de si (entre outros). Essa maternidade em conexão com a crise de amadurecimento que ela representa e os remanejamentos identitários e pulsionais que lhe são inerentes poderiam, de fato, causar rebaixamentos nos modelos que elas têm delas mesmas. Em outras palavras, para entendermos melhor essas oscilações nas estratégias de apego e nos modelos internos, faz-se necessário um olhar singular para cada história vivida, como também para as particularidades do parto e pós-parto, caso a caso.

Muitos pesquisadores acreditam que as relações de apego na infância encontram uma concordância nos vínculos estabelecidos como adultos e que o estilo de apego é transmitido de

geração em geração (Gaynes et al., 2005; Hautamaki et al., 2010). No entanto, a estabilidade desses estilos de apego ao longo da vida é posta em questionamento e ainda é pauta de várias pesquisas. Enquanto alguns autores apostam em sua estabilidade dos estilos de apego na vida adulta (Benoit et al., 1994), outros acreditam que experiências precoces e da juventude não determinam permanentemente o estilo de apego nos indivíduos.

De fato, Waters et al. (1995) mostram que o estilo de apego varia em 33% dos indivíduos cujas vidas foram tocadas por acontecimentos significativos (tais como doenças próprias ou intrafamiliares, por exemplo). Parece assim, que certos eventos da vida podem influenciar a mudança no estilo de apego entre a infância e a idade adulta. Segundo Debray (1987), a maternidade é um desses eventos que pode levar a mudanças estruturais no sujeito. Nós tendemos a concordar com essa premissa, dado que encontramos mudanças em estilos de apego em 50% da nossa amostra, conforme pode ser observado na Tabela 10. – Ressaltamos, contudo, que a nossa amostra não é estatisticamente significativa para traçar conclusões mais abrangentes

### **3.2 Análise cruzada do RSQ com a AAI – Gestação**

A análise da qualidade dos vínculos estabelecidos ao longo da vida foi realizada por meio da AAI. Podemos identificar alguns padrões relativos aos vínculos estabelecidos ao longo da vida e, também, no discurso dessas mulheres.

Neste trabalho, as participantes que apresentam estilo de apego seguro na gestação (3, 9 e 10), conforme apresentado na Tabela 10, produzem frequentemente falas que retratam vínculos sólidos e estáveis, com experiências de acolhimento, carinho, proteção e segurança durante a infância. O que não quer dizer que algumas experiências difíceis, até mesmo negativas, não apareçam nessas falas, mas, quando aparecem, também são acompanhadas de vínculos

relacionais fortes que ajudam no atravessamento de tal situação. Uma fala representativa desse grupo pode ser encontrada na entrevista AAI da participante 9:

*[Escolha cinco palavras ou adjetivos, para descrever a sua relação com a sua mãe e seu pai] É, o amor com certeza é a primeira. Eu digo amor porque eu acho que tudo que vem de positivo vem do amor e é uma relação bastante positiva. Minha mãe realmente é aquela mãe que abre mão de enfim, de comer, sabe? Pra dar para gente. Ela já fez isso. Eu lembro que eu tenho muito essa memória assim de momentos bem difíceis financeiramente, né? Dela falar assim, não estou com tanta fome, sabe? E na verdade é porque tinha pouca comida naquele dia então tipo aí ela colocava bem pouquinho e falava “come mais” né tipo e ela “não estou com tanta fome”. Então ela era muito dedicada. . . Com relação ao meu pai. . . amor também vem primeiro. No caso do meu pai já é diferente porque eu via o amor dele, demonstrando o amor de todas as formas. Ele consegue demonstrar. Ele tem mais facilidade porque ele já veio de uma família também um pouco mais estruturada então eu entendo assim que ele recebeu o amor de todas as formas então ele conseguia passar isso pra gente de todas as formas né? (P9, Gravidez)*

Quando o tema da relação com o bebê é abordado nesse momento da gestação, essas participantes geralmente demonstram vontade de repetir os padrões de relacionamento e de educação das suas famílias de origem. Em outras palavras, gostariam de educar os filhos seguindo o exemplo dos próprios pais. Elas também apresentam confiança na rede de apoio como suporte futuro nos cuidados com a criança. Um recorte passível de representar esse grupo pode ser encontrado no caso 3:

*Sim eu aprendi que o aconchego é muito importante para dar uma estrutura emocional para as agruras que vêm depois. Eu acho que o acolhimento que eu vivi com os meus pais*



*no início foi muito importante para mim. Eu acho que deixou uma base que me segurou nos momentos difíceis. Gostaria de seguir o mesmo exemplo com o meu filho e ajudar que ele sinta a mesma coisa que eu senti. Que ele sinta que tem um lugar, uma sensação de pertencimento. De uma segurança básica. Uma segurança para poder crescer e se tornar ele mesmo. (P3, Gravidez)*

De acordo com George et al. (1996), o discurso de um sujeito pode ser associado a um estilo de apego seguro quando a história de vida que ele relata, seja com acontecimentos favoráveis ou desfavoráveis, mostra valorização dos vínculos afetivos, experiências internas consistentes, com respostas claras, relevantes e razoavelmente sucintas. Além disso, o estilo de apego seguro aparece atrelado a lembranças positivas e de uma descrição equilibrada das experiências negativas do passado (Dalbem & Dell’Aglia, 2005).

Diferentemente do estilo de apego seguro, de acordo com George et al. (1996), as participantes da Tabela 10 (1, 6 e 8) com estilo de apego medroso na gestação, trouxeram vivências infantis ou da adolescência permeadas por conflitos familiares e sentimento de rejeição, dependência emocional e medo do abandono. Uma fala que permite a exemplificação desse estilo de apego pode ser encontrada na AAI da participante 6:

*[Você alguma vez se sentiu rejeitada quando criança?] Eu não sei se a palavra é rejeitada. Mas pode ser nesse contexto de achar que poxa não tem tempo para mim [falando da mãe], não me escuta, não pergunta, você só quer falar e que ninguém discuta. Mas eu não sei se é rejeição, era questionamento assim mesmo, sabe... tipo por que que eu estou aqui? Se não tem tempo para mim? Eu sou menos que alguém? Ela também não tinha paciência para nada, tudo ela batia. . . Lembro que um dia fui dormir na casa dos meus avós, chorei a noite inteira porque eu não conseguia ficar longe da minha mãe. Eu fiquei desesperada,*

*porque achei que ela não ia voltar mais. Era a sensação que eu tinha de que ela não ia voltar, que alguém estava mentindo, todos os dias eu perguntava para os meus avós que dia ela chega, “ah ela vai chegar amanhã” eles ficavam assim, aí eu quase não dormia, chegava outro dia e ela não chegou. E eu perguntava de novo, e ficava neste amanhã que nunca chegava e eu sabia que já era amanhã, e ela não chegava, então eu comecei a pensar que ela não ia voltar e aí depois ela voltou. (P6)*

Nesses casos, as expectativas, no que diz respeito à criação dos próprios filhos, é de fugir dos padrões aprendidos na própria infância, com um desejo de fazer diferente e não repetir aquilo que elas julgavam como sendo erros cometidos pelos pais, por mais que haja um reconhecimento da parte boa da educação que tiveram. Como pode ser visto a partir da seguinte fala da participante 6:

*Não é julgando a minha mãe, até porque eu não sei da dor dela, primeiro que ela nunca desabafou com a gente. E eu não consigo me imaginar na pele dela, tendo 6 filhos, educando sozinha, tendo que trabalhar para caramba, tendo que contar com o apoio de um e outro. Sabe, então é o que eu peço a Deus todo dia para que eu seja diferente e tenha muita paciência, que eu tenha muita sabedoria para educar, sabe? Com amor, com muita responsabilidade, porque eu sei que não é fácil. Com muita responsabilidade para que ele veja e me fale, minha mãe é a melhor do mundo, entendeu? (P6. Gravidez)*

O discurso de uma pessoa com estilo de apego medroso pode revelar também alta mobilização afetiva, principalmente ao tratar de vivências traumáticas. Como podemos ver nas respostas da AAI no caso da participante 1, é comum encontrar falas com lapsos de raciocínio, testemunhando possíveis dissociações de memória envolvidas com a experiência traumática. Como vemos a seguir:

*“[Escolha cinco palavras ou adjetivos, para descrever a sua relação com a sua mãe e seu pai] Raiva. Eu sempre era uma pessoa muito raivosa dizendo à minha mãe que eu sentia muita raiva do meu pai e eu fiquei assim também. Porque ele não foi pai de chegar e abraçar e elogiar, perguntar “como foi o seu dia na escola?” Não. Ele chegava e já ouvia reclamação da minha mãe e já automaticamente ia brigar comigo. Eu fui a única que tomei surra. As outras nunca tomaram. Não lembro se eu tinha feito algo para merecer. . . [Na adolescência, o pai rejeitou um namoro da participante] Gente do céu mas aquilo ali foi horrível, as minhas irmãs falam até hoje: “nossa acho que pra mim ali foi o pior porque meu pai te tratou como se você fosse uma vagabunda”. Uma pessoa que tivesse respeito nenhum. Eu fui quase jogada pra fora de casa, ou. . . Do meu quarto. É mesmo, eu tive que dormir na sala. Não lembro direito, só sei que me senti rejeitada e que ninguém me amava. Minhas irmãs e minha mãe ficaram tudo contra mim”. (P1- Gravidez)*

Em seguida, segundo George et al. (1996), um sujeito pode ser associado a um estilo de apego evitativo quando as seguintes máximas do discurso são violadas: qualidade, quantidade e coerência. De fato, o discurso de um sujeito com estilo de apego evitativo frequentemente vai parecer breve e incoerente, com tentativas de normalizar as relações afetivas, classificando-as como “boas” e rejeitando aspectos negativos da realidade, ainda que estejam claramente presentes. Vemos assim, falas idealizadas da infância, com falhas na reestruturação de memórias e, quando aspectos negativos são relatados, eles aparecem minimizados (Dalbem & Dell’Aglio, 2005). Dentre as participantes que apresentaram estilo de apego evitativo na gestação, conforme apresentado na Tabela 10 (2, 4 e 7), as falas da participante 7 são um exemplo pertinente:

*Bom, o que eu tenho lembrança. . . O que eu sei antes que aconteceu antes de eu nascer é que meus pais se casaram, né? Mas as lembranças com o meu pai em casa são bem poucas.*

*Quando eles se separaram, eu era muito pequena, tinha três a quatro anos. Então eu tenho algumas lembranças dele em casa. Eu, ele e minha mãe, mas bem poucas. Não, na verdade, eu, ele e minha mãe, acho que não. Eu tenho a lembrança de vê-lo em casa comigo, eu e ele. De nós três juntos, eu vejo foto, mas lembrança eu não tenho. Porque eu era muito nova. No início foi isso, a gente morava nos fundos da casa da minha avó, era uma casinha tipo um barraco né, de fundo aí moravam nós três. . . . Como o meu pai nunca esteve muito próximo porque ele foi embora quando eu era muito nova, a minha mãe eu acho que muitas vezes tentou meio que suprir né? A ausência. Mas foi uma infância boa. Apesar de tudo foi feliz assim eu considero feliz não me faltou nada. (P7, Gravidez)*

As falas, nesses casos, de apego evitativo referentes à gestação e ao bebê vêm frequentemente acompanhadas de conflitos entre estar junto e estar separado. Percebe-se que essas mulheres apresentam rancores/receios sobre a relação de dependência mãe-bebê e o possível impacto na vida profissional, vista como prioridade também. Percebe-se, concomitantemente a isso, que elas têm consciência da necessidade de dependência da criança no começo da vida e preocupam-se em cuidar delas. Sendo assim, há claramente um conflito entre desejos de cuidar do bebê e de autonomia, com receios nas proximidades dos vínculos de dependência. Podemos ilustrar essa dinâmica a partir da fala da participante 4:

*Ela não foi planejada de forma alguma, né? [a gravidez] Antes eu pensava até em aborto. Antes mesmo de engravidar, que se eu tivesse filho antes de casar, no meio da faculdade, eu ia dar um jeito de abortar e tudo. Casei, brinquei de roleta russa e me lasquei, né? Eu sempre planejo tudo muito assim, tipo certinho, né? Muito planejado, eu planejei em ter filho com trinta e três anos. Aconteceu com meus vinte e sete, cinco anos antes veio esse imprevisto. Então aconteceu no final da minha faculdade, no meio da pandemia, aí eu não*

*pude continuar. Então de início foi muito difícil assim, eu chorava bastante e tal. Aí tá. Hoje, eu já aceitei comigo, tá? Então vou fazer o melhor pra eu ter agora. Aí comecei a pensar nessas coisas e vou colocar na escola, não vou colocar longe. Aí eu comecei a chorar porque agora eu não vou poder mais fazer nenhum curso que eu quero, que o curso que eu queria fazer, queria ir pra Aeronáutica, o curso é lá no [nome da cidade]. Quatro meses longe da minha filha. Aí chorei, chorei. Meu marido falou para eu soltar essa menina... que nem nasceu. Assim, eu não lembro muito as teorias feministas, aquela coisa toda, tipo, não pensei que eu ia ser pega nessa armadilha, sabe? De me prender a ela e nem nasceu e eu já estou aqui meu Deus como é que eu vou deixar a menina? Ainda não dá, eu achei que eu ia ser totalmente diferente mas aqui estou eu sofrendo por um ser que nem saiu de mim e que só vai pra escola daqui a sei lá, cinco anos.” (P4, Gravidez)*

Por último, conforme a Tabela 10 temos o caso da participante (5) com estilo de apego preocupado na gestação. Segundo George et al. (1996), sujeitos com esse estilo de apego podem não apresentar uma fala coerente sobre os acontecimentos do passado, muitas vezes permeados por uma dimensão traumática e experiências tempestuosas. O interlocutor pode apresentar vínculos confusos, por vezes permeados por sentimentos de raiva, ou preocupações passivas com figuras de apego. Mesmo que haja lembranças positivas com tais figuras, falhas de coerência nos discursos e dificuldades na organização dos acontecimentos do passado podem estar presentes. No caso da nossa participante (5) encontramos um relato que testa de uma dificuldade no manejo das emoções, e uma confusão na relação principalmente com a figura materna, como pode ser ilustrado na seguinte fala:

*“[Além das que você descreveu, você teve qualquer outra experiência que você diria que foi traumática?] A minha mãe, ela sofria muito porque eu era muito bagunceira. E aí eu*

*acho que era meio frustrante pra ela. Mas ela era também muito muito amorosa. Muito amorosa. Só que eu era uma criança complicada, não sei se falo isso se você vai me julgar mas eu era muito emotiva e eu ainda sou melancólica, colérica. Então eu sou muito de chorar, de explodir, de gritar, de alegria e de felicidade, muitas vezes nem eu entendo direito o que se passa comigo. E eles não entendiam muito isso também. Então eu acho que era uma dificuldade pra eles e pra mim assim lidar com minhas emoções. Eu sempre fui muito brava, rancorosa, chorava por qualquer coisa, gritava quando estava feliz. Aí eu sentia rejeição né? Quando eu cresci, eu fui descobrir que a minha mãe não queria estar grávida. Aí eu descobri depois que era até uns seis meses e isso foi traumático pra mim, mas não por saber do fato e sim porque eu me senti, senti rejeição por muitos anos até eu descobrir isso. Tipo, nunca tive raiva da minha mãe por causa disso. Assim que eu descobri a minha cura começou. Então, eh, foi um trauma que eu não sabia que eu tinha. Então foi importante descobrir que isso aconteceu para poder ser curada, pra poder saber: não, o problema não é eu, o problema é algo que aconteceu antes.” (P5 Gravidez)*

Tratando-se da relação com a criança e de forma um tanto contrária às falas encontradas nos casos das gestantes com apego evitativo, encontramos preocupação exacerbada e desejo de não se separar da criança de forma alguma, sem qualquer menção de receios com outros aspectos (ex: vida profissional). Podemos ilustrar isso a partir da seguinte fala da participante 5:

*[Como você acha que vai reagir ao ter que se separar da sua filha?] Muito mal. Eu já estou reagindo mal. Com medo tipo no final de novembro eu volto a trabalhar e eu estou tipo Deus por favor que a gente fique rico antes disso pra eu não ter que voltar a trabalhar. Eu não sei assim, eu não quero deixar ela. Eu deixo ela [o bebê] aqui com meu marido aí às vezes de madrugada eu confiro se tá tudo ok. Mesmo confiando nele cem por cento, né?*

*Que ele está cuidando bem, mas aí não tenho coragem de deixar. Não sei quando que eu vou ter coragem de sair pra passear com meu marido e deixar ela com meus pais ou com outra pessoa, sabe? Não sei, eu não penso nisso, não quero” (P5, Gravidez)*

Não houve mudança significativa das participantes entre os AAI pré e pós-parto. De fato, o conteúdo das respostas não variou significativamente. Nesse segundo tempo, as mulheres se mostraram apenas mais breves e objetivas em suas falas, compreensivelmente, dado que os instrumentos foram aplicados duas vezes com apenas 3 meses de diferença entre os dois momentos da pesquisa. Também consideramos aspectos contextuais, o cansaço devido aos cuidados com o recém-nascido que pode ter influenciado na disponibilidade da mãe para formulação das respostas. No entanto, encontramos resultados interessantes na entrevista do parto e pós-parto.

### **3.3 Análise do Questionário de reavaliação no Pós-parto e RSQ – Pós-parto**

Ao analisarmos as respostas produzidas no questionário de Reavaliação no Pós-Parto (Apêndice D), identificamos que os casos cujos modelos de si rebaixaram no pós-parto em relação à gestação, trazem falas de insegurança/insatisfação, seja referente à experiência do parto ou nos cuidados com o bebê. Já por outro lado, encontramos modelos dos outros positivos nos casos das mulheres que expressaram contentamento com a rede de apoio no pós-parto.

**Tabela 11**

*Resumo dos pontos principais relativas ao questionário de Reavaliação no Pós-Parto (n=10)*

Participante	Pontos principais	
	Parto	Pós-parto/cuidados com o bebê
P1	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Parto vaginal " tranquilo", sem intercorrências;</li> <li>- Se sentiu apoiada pela família e pela equipe médica;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Relata as primeiras semanas como sendo difíceis, principalmente devido a frequência das mamadas e privação de sono;</li> <li>- Sentiu o apoio da família e principalmente do marido;</li> <li>- Diz ter estabelecido um vínculo bom com o bebê;</li> </ul>
P2	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Parto vaginal rápido, com laceração de primeiro grau (menos grave);</li> <li>- Diz ter tido o parto dos sonhos, pois só sentiu muita dor no momento do bebê nascer;</li> <li>- O trabalho de parto foi do jeito que ela queria, com o apoio da família e do marido;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Relata ter sido julgada pela equipe médica por não conseguir produzir a quantidade de leite necessária para amamentar, devido a uma mamoplastia prévia;</li> <li>- Amamentação como um ponto de cobrança e tristeza para a participante. Mas também diz estar em processo de aceitação;</li> <li>- Primeiras semanas difíceis pela privação de sono;</li> <li>- Problemas com a própria mãe que se "intromete" nos cuidados com o bebê;</li> <li>- O dia a dia com o bebê se tornou tranquilo com o tempo, os cuidados passaram a fazer parte da rotina;</li> </ul>
P3	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cesárea de emergência depois de 12 horas de trabalho de parto, com muita dor e sem dilatação;</li> <li>- A participante se queixa de ter sido o oposto do que ela havia sonhado para si;</li> <li>- Ela acentua o trabalho de parto como sendo um fenômeno extremamente violento;</li> <li>- Teve crise de pânico antes da cesárea, porque ela realmente não queria uma cirurgia - diz ter sentido muito medo de morrer;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Relata não ter tido muito vínculo com o bebê no início;</li> <li>- A amamentação como sendo um ponto positivo para a construção do vínculo com o bebê;</li> <li>- Teve dificuldades nos cuidados com o bebê por ter muito medo de machucá-lo;</li> <li>- Se sentiu perdida nas primeiras semanas e diz ter experimentado uma diferença clara nela mesma antes e depois do parto, como se ela fosse uma pessoa diferente;</li> <li>- Diz ter sentido muita angústia, como se ela fosse estranha para ela mesma;</li> </ul>



- P4
- Parto vaginal;
  - Achou uma experiência "traumatizante";
  - Ela sente que tudo o que ela estudou e viu previamente não a prepararam para o parto, que nada poderia ter preparado ela;
  - Ela não aguentava mais estar grávida e pediu o deslocamento das membranas (procedimento médico para acelerar o início do trabalho de parto) e o que era para ser um alívio (o nascimento, a saída do bebê), não foi;
  - Ela diz que quando a bolsa amniótica estourou, para ela foi algo "selvagem", "brutal", "animalesco", "Eu estava que nem um bicho no chão";
  - Pediu anestesia, pois o parto não evoluía, ficava em 3 cm de dilatação;
  - Parto vaginal precisou ser induzido;
  - Sentiu bastante dor, mas o trabalho de parto foi rápido;
  - O marido estar presente fez diferença para ela, fez ela se sentir apoiada;
- P5
- Ela sente que a experiência correu do jeito que ela imaginava que aconteceria;
- Considera a amamentação como sendo prática e boa para o vínculo, ao mesmo tempo que se queixa da relação de dependência do bebê, ela sente que tem pouca liberdade;
  - Considera ter muito apoio da família e vê isso como sendo importantíssimo para sua sanidade mental;
  - Ela sente como se a filha a visse como um "um grande peito";
  - Ela tem a sensação que o vínculo mão-bebê é apenas alimentício nesse momento, pelo bebê querer mamar o tempo todo e não interagir;
  - Sente irritação devido a privação de sono, mas diz estar se acostumando principalmente com o revezamento com o marido na parte da manhã;
  - Diz achar que as primeiras semanas foram mais tranquilas do que ela havia imaginado;
  - Depois de aprender a entender os sinais do bebê, as coisas ficaram mais fáceis;
  - Ela diz se sentir bem melhor, menos sensível e vulnerável do que na gravidez;
  - Primeiras semanas difíceis por não saber direito como cuidar do bebê;
  - Diz que as primeiras semanas ela esteve bem sensível e chorosa, mas que no segundo mês de pós-parto isso melhorou;
  - Ela se apoiou muito na mãe e confiou nas diretrizes dela para conseguir se sentir confiante para cuidar do bebê;
  - Dificuldades com a privação de sono, mas gosta de cuidar do bebê, de estar sempre com ele;

- P6
- Fala não ter sido fácil para ela;
  - Cesárea de emergência;
  - Expectativas frustradas de parto normal;
  - Não havia progressão do trabalho de parto, sem dilatação e com muita dor, sem dormir;
  - Ela ficou três dias sentindo contrações dolorosas, sem evolução, e o batimento cardíaco do bebe passou a dar sinais de sofrimento fetal;
  - Sentimentos de culpa seja por ter optado pela cesárea ou por ter insistido tanto tempo no parto normal a ponto do bebê entrar em sofrimento fetal;
  - Tentativas por parte da equipe médica de puxar o bebê dentro do canal vaginal através do vácuo extrator, porém não deu certo;
  - Cesárea de emergência, após 10 horas de trabalho de parto;
- P7
- Sentimentos de arrependimento, ela se cobra que poderia ter tentado mais;
  - Sonhos com um parto normal frustrados;
  - Preocupações com o bebê durante a cesárea, angústia para saber se ele estava bem;
  - Parto em casa, muito tranquilo, do jeito que ela queria;
  - Decorou a casa, teve acompanhamento com doula e o marido esteve presente;
- P8
- Lembranças positivas;
- Ela diz que o difícil foi processar as frustrações relativas ao parto;
  - O bebê dorme bem a noite, mas durante o dia ela julga não estar tendo a habilidade para acalmá-lo;
  - Ela diz que ele chora muito e tem dificuldade conseguir apaziguá-lo, e que ele fica no colo o dia todo;
  - Ela acha gostosa a amamentação, e que ela sente admiração profunda pelo filho;
  - Ela ressalta o cansaço como um ponto negativo da amamentação, e reclama do bebê querer ficar grudado nela mesmo quando acabou de amamentar;
  - Ficou muito chateada com a via de parto, pois ela havia se preparado de todas as formas para um parto normal e não pensava. nem cogitava uma cirurgia;
  - Ela queria ter evitado a cirurgia de toda forma, mas sente gratidão pelo filho estar bem;
  - Fala da recuperação da cirurgia como tendo sido muito "chata";
  - Sentimento culpa de se sentir frustrada se o bebê está bem;
  - Vínculo foi se construindo com o bebê, mas relatava ter sentido mais preocupação do que amor pela criança nas primeiras semanas, um senso de responsabilidade;
  - Relata que o bebê é muito "bonzinho": dorme bem, mama bem e que ela não tem o que reclamar;
  - Diz não ter tido dificuldade com a amamentação;
  - Vínculo sólido com o bebê, porém relata as primeiras semanas como sendo desafiadoras nos cuidados com o bebê;
  - Dificuldades para se adaptar ao tempo do bebê;
  - Sente que se aproximou muito do marido no pós-parto;

	- Cesárea de emergência; trabalho de parto longo; - Queria muito parto normal;	- Vê a amamentação como possibilidade de construir vínculo;  - Marido se sentiu excluído por não ter a possibilidade de criar vínculo através da amamentação;
P9	- Estava sofrendo muito com o final da gestação, contrações que não a deixavam dormir;  - O parto foi um alívio para ela de que estava acabando o sofrimento;  - Cesárea de emergência;  - Não queria parto cirúrgico por temer ser um peso para os outros no pós-operatório;	- Vê o marido como um grande parceiro;  - Primeiro mês foi difícil, mas diz que a contribuição do marido foi imprescindível para o seu bem-estar;  - Vínculo construído aos poucos, diz não ter sentido “euforia” com a chegada do bebê;
P10	- Teve que aprender a se deixar ser cuidada pelos outros;	- Ela descreve a chegada do bebê como um “renascimento”;  - Sente falta dos amigos antigos, mas não tem os mesmos assuntos que antes então está tendo que fazer novos amigos;

---

Foi possível reconhecer exemplos no que diz respeito aos modelos de si rebaixados no pós-parto, conforme análise da Tabela 10, do RSQ no pós-parto. Nas participantes 9, 7, 3, 4, 6 e 10, encontramos falas que expressam decepções com relação à experiência do trabalho de parto. Algumas, quando questionadas sobre o parto, muitas vezes se emocionaram e relataram experiências difíceis, marcadas por decepções e sentimentos de que poderiam ter “tentado mais” (muitas vezes referindo-se ao parto por via vaginal, pois precisaram de cesáreas de emergência).

Uma fala ilustrativa nesse contexto pode ser encontrada no caso 7:

*“ . . . Assim, se eu fosse falar para você uma coisa relevante, pra mim o parto todo foi relevante, porque é o nascimento do meu filho, mas a frustração é terrível, porque na hora que caiu minha ficha que eu ia para a cirurgia, comecei a chorar. Fiquei muito chateada, muito chateada, mas a chateação maior veio depois, porque eu queria o parto normal, por causa da recuperação. Porque tem gente que acha que a gente quer se exhibir indo parir.*

*Eu estava pensando na minha recuperação, eu cheguei em casa eu não conseguia subir na minha cama sozinha.. .] No início, eu também fiquei me sentindo culpada “será que eu poderia ter tentado mais?”. É mais porque o parto não foi como eu esperava que fosse.”*  
(P 7, Pós-parto)

Encontramos assim frustrações diante de planos de parto que foram impossibilitados por vários motivos. Trata-se frequentemente de mulheres que desejavam o parto por via vaginal, se prepararam, estudaram e que, contrariadas, acabaram precisando da cirurgia. Muitas vezes essas mulheres carregam sentimentos de não terem sido capazes por não terem “aguentado” dar à luz através de um “parto normal”. No entanto, dentre os casos cujos modelos de si rebaixaram no pós-parto, encontramos também mulheres que tiveram a possibilidade de seguir com um parto por via vaginal - a princípio a via de parto desejada anteriormente - mas que se surpreenderam negativamente com a experiência. Podemos encontrar uma fala ilustrativa dessa natureza no caso 4:

*[Como foi o parto para você?] Achei que é uma experiência traumatizante. Não vou repetir de novo jamais. Não pretendo. Assim do ponto de vista médico foi muito tranquilo, né? Tipo assim correu tudo bem relativamente bem. Mas acho que tudo o que eu li e me formei não me preparou para aquilo. . . . Eu já não estava aguentando. Aí fui internada e aquela dorzinha e eu comecei a ter muita contração e eu não dilatava. Então começou a dar edema. Nossa foi terrível. Aí quando a bolsa estourou, não tenho outra palavra pra descrever o que foi depois disso, foi o selvagem assim eu estava que nem um bicho no chão que eu deitava, no chão do banheiro lá do quarto com a água nas costas então assim eu gritava. Eu gritava muito, eu não tenho nem noção de como foi a cronologia dos fatos, porque eu tinha uma contração muito forte e não dilatava e eu fiquei presa nos três*

*centímetros com a contração de cinco em cinco minutos. Aí quando eu desci eu chorava pedindo anestesista chorava aí consegui. . . Aí foi que eu não consegui relaxar e depois eu sangrei muito. Eu tomei analgesia e daqui pra baixo não existia nada, né? Tipo minha perna nem mexia. Porque eu tive que tomar epidural e a peridural. Tomei as duas. Porque eu estava com tanta dor que uma só quando a anestesista fez não fez nada. . . . Aí ela demorou no período expulsivo, né? Demorou uma hora. E como eu estava anestesiada, eu não conseguia fazer força. O médico falava “Faz força!” e eu não estava conseguindo nem mandar o comando aqui que eu estava anestesiada. Quase que usou aquele vácuo extrator e tudo mais, não precisou. Graças a Deus. Aí quando ela nasceu, ela tava da cor do computador assim, cinza. E como eu sou da área de medicina assim pra mim saber medicina nesse momento foi tipo foi a maldição, o bracinho dela chega tava mole não tinha tonos nenhum aí na hora que eu vi isso eu mesma peguei ela dei pra pra pediatra falei: ‘ ‘ leva leva, leva’’. Aí a pediatra falou vamos levar ela pro outro quarto que tem o respirador, aí eu pensei: “vai morrer eu e a menina agora”. Só conseguia pensar isso, meu Deus do céu, matei minha filha” (P4, Pós-parto)*

Sendo assim, hipotetizamos que experiências negativas relativas ao trabalho de parto podem estar em direta correlação com quedas nos modelos de si, afetando os estilos de apego. Em outras palavras, supomos que traumas de nascimento podem trazer repercussões bastante deletérias para o sujeito (a visão que a mulher terá dela mesma) e também facilitam estratégias de apego inseguras. Importante pontuar que estratégias inseguras de apego (quando o modelo de si ou modelo do outro é negativo) levam a possíveis dificuldades nos vínculos e uma ansiedade maior, centrada no bebê (Hairston et al., 2018). Esse é um ponto de grande relevância não só pensando na saúde da mãe, mas também do vínculo mãe-bebê. De fato, um estudo envolvendo

200 mães revelou que a qualidade dos primeiros relacionamentos das mães com seus bebês foi pior entre as mães com uma experiência negativa de parto (Chabbert & Wendland, 2016).

Contudo, encontramos também estratégias inseguranças de apego em mulheres cujas maiores dificuldades apareceram no pós-parto, principalmente nos cuidados com a criança. Vemos nesses casos modelos de si também negativos, com falas que exprimem decepções, sentimentos de culpa e de inferioridade, como por exemplo, no caso 5:

*'Um dos receios que eu tinha durante a gestação, era se eu ia amamentar, porque eu já fiz cirurgia de redução de seio e eu sabia desde que eu fiz a cirurgia, que era o risco. Se um dia eu tivesse um bebê, não poderia amamentar, ou ter uma amamentação limitada. . . . Então eu não posso amamentar, não há o que eu faça que vá fazer jorrar leite desse peito. Vai ser a fórmula e pronto. Então me desgastou, me deixou triste. Foi muito ruim, muito, muito ruim. E não me sinto menos mãe agora, porque eu não amamentei exclusivamente, não jorrei leite e tudo mais, mas lá na maternidade eu me sentia péssima e todo mundo até hoje, todo mundo que pergunta de amamentação pra mim é um gatilho assim, entende? Eu fico péssima na hora de responder. Eu respondo que está tudo bem, só para acabar o assunto, sabe? Mas não é uma coisa que me faz bem. (P5, pós-parto)*

Há melhoras nos escores dos modelos dos outros, conforme Tabela 10, presentes, principalmente, nos casos em que as mulheres se sentiram acolhidas no pós-parto (participantes 1, 2, 4, 5, 8 e 9). As mulheres desse grupo contaram frequentemente com o apoio não só dos parceiros, mas também de outras mulheres que também são mães. Enquanto rebaixamentos desses escores são frequentemente acompanhados de queixas em relação à rede de apoio (participantes 3, 6, 7 e 10). Uma fala representativa do primeiro grupo (participantes cujos

modelos dos outros melhoraram no pós-parto em relação ao primeiro momento da pesquisa) pode ser encontrada no questionário de reavaliação do pós-parto no caso 8:

*O meu marido ajudou muito, mas assim quem ajudou mesmo foi geralmente minha mãe e minha irmã. Principalmente a irmã mais velha porque a minha sobrinha é um mês mais velha do que a minha filha. Minha irmã tinha acabado de ganhar bebê. A gente às vezes de madrugada. . . eu tava acordada e ela também com o bebê pequeno. Aí a gente trocava dicas, se apoiava. A gente se ajudou muito, nossa me fez sentir que eu não tava sozinha. Acho que foi fundamental pra mim contar com essa parceria. (P8, Pós-Parto)*

Vemos cada vez mais na literatura a ênfase dada à rede de apoio para facilitar um puerpério saudável, com foco especial também na importância do suporte justamente de outras mulheres nesse processo e dos parceiros (Leite et al., 2022). No nosso trabalho, encontramos uma concordância com esses achados, uma vez que recorrentemente as mulheres da pesquisa trouxeram falas de gratidão e reforçaram a indispensabilidade do apoio que obtiveram dos maridos e de outras mulheres nas suas vidas nas primeiras semanas de pós-parto, como mostra a fala supracitada.

Por outro lado, as mulheres do segundo grupo, cujos escores dos modelos dos outros tendem ao rebaixamento no pós-parto (conforme Tabela 10, as participantes 3, 6, 7 e 10), não apresentam o mesmo tipo de fala. Os relatos mostram frustrações seja com a ausência ou dificuldades do marido nos cuidados com a criança, ou com a rede de apoio - geralmente mãe ou sogra - que foi sentida muitas vezes como intrusiva ou negligente demais - como ilustrado pela fala da participante 6:

*Então minha mãe é uma mulher hoje que não tem compromisso. E assim foi, apesar dela ter me prometido uma coisa, não foi o que aconteceu, de repente eu tava vendo eu lavando*

*a louça, lavando banheiro e ela paparicando a neta. Eu falei, peraí, não é? A gente tinha feito um acordo, a gente tinha feito um acordo não, ela tinha me proposto um acordo que eu não pedi. Então, na hora dessa conversa eu falei: "o que você tinha me prometido era que você vinha me ajudar com o que eu não consigo fazer, e eu estou aqui fazendo tudo [...] Então ela ficou aqui em casa 15 dias. Ela chegou no dia em que a [nome retirado] nasceu e foi embora 20 dias depois. Eu não vi a hora da minha mãe ir embora. Não via a hora, não dá. Então assim, as primeiras semanas dela, essas 2 primeiras semanas foi com a minha mãe aqui. Então, foi muito desgastante para mim. (P6, Pós-parto)*

Essa fala retrata também um problema comum encontrado nas famílias no momento de uma mudança transgeracional, no momento em que filhos viram pais e pais viram avós. É comum, nas transmissões transgeracionais, que avós depositem inconscientemente seus desejos e fantasias em seus filhos e também em seus netos (Guirado & Motta, 2020). Assim, quando os filhos engravidam, pode ser que eles acabem se convertendo em atores de dramas familiares de seus pais e vivenciando as expectativas deles. A harmonia familiar pode ser desafiada nesse momento, um tema propício para pesquisas futuras.

### **3.4 Análise do Rorschach - Gravidez e Pós-parto**

Neste momento, iremos nos atentar brevemente ao funcionamento psíquico durante a gravidez e pós-parto (Tabela 12) - aspecto que será mais bem desenvolvido nos capítulos subsequentes. Analisaremos a média dos dados dos psicogramas das participantes, seguindo algumas das diretrizes clássicas da Escola de Paris. Consideraremos assim, os processos de pensamento, organização defensiva e o tratamento dos afetos (Pasian & Amparo, 2022). Acrescentamos também aspectos mais dinâmicos como o tratamento dos limites, a problemática corporal e a capacidade de mentalização (Belot, 2014; Belot & Tychev, 2015; Cardoso, 2015).



Neste momento, o intuito é de traçar hipóteses gerais, a fim que elas possam ser desenvolvidas melhor nos próximos capítulos. Dessa forma, nos distanciamos de qualquer interpretação conclusiva e/ou individual. A Tabela 12 indica a média dos resultados dos indicadores do Rorschach das mulheres na gravidez e no pós-parto.

**Tabela 12**

*Média dos resultados dos indicadores do Rorschach das mulheres na gravidez e pós-parto*

*(n=10)*

Variável	Gestação	Pós-parto	Norma (%)*
G	29.6%	26.6%	42-54
D	36.2%	45%	29-39
Dd	27.9%	26.5%	11-18
Dbl	9.8%	7.1%	0
F	42.5%	45.3%	29-38
F+	55.9%	54.6%	60-70
F+ext	64%	66.1%	67-75
K	7%	5.8%	8.2
$\Sigma K$	1.3	1.7	--
$K \geq kan+kob+kp$	20%	50%	--
IRA	34.70%	38.2	--
$FC \geq CF+C$	80%	90%	--
$FE \geq EF+E$	100%	100%	--
$FC' \geq C'F+C'$	90%	100%	--
C	17.8%	13.4%	17.9
E	4.7%	4.4%	15.6
$\Sigma C > \Sigma E$	90%	70%	--
Ind. Angústia	23.5%	21.9%	13.3
Anat	17.2%	14.7%	6.9
A	35.1%	42.1%	49-57
Ban	20.40%	18.3%	25-31
H	10.6%	12.8%	42-54
$H \geq Hd$	90%	70%	--
$H \geq (H)$	80%	60%	--
R	21	23.7	12-15

\*Referencial normativo de Pasian (2000)

Podemos observar a partir da Tabela 12, que as participantes mostram uma produção acima da norma para ambos os momentos da pesquisa (R= 21 na gestação e R= 23,7 no pós-parto). Além disso, a média das variáveis G%, D% e Dd% apontam para um modo de pensamento majoritariamente voltado para organização lógica e inteligência prática, com tendência a se apegarem aos detalhes e às minúcias tanto na gestação (gestação: G=29.6%, D=36.2%, Dd=27.9%) como no pós-parto (pós-parto: G=26.5%, D=45%, Dd=26.5%). Lançamos a hipótese que esse funcionamento psíquico esteja em consonância com o estado de preocupação materna primária (Winnicott, 1969), responsável por criar uma sensível sintonia entre a mãe e o bebê a fim que ela possa interpretar e responder aos mais discretos sinais não verbais da criança. Em outras palavras, as mulheres parecem apresentar uma tendência para o pensamento concreto, um apego às minúcias e aos detalhes, características essenciais para o bom exercício da maternagem.

Ainda nesse sentido, as médias dos psicogramas mostram recursos formais com tendência à rigidez na gestação (F%= 42.5), com agravamento no pós-parto (F%= 45.3). Um número de respostas formais aumentado pode demonstrar o controle dos afetos em prol da objetividade e do rigor da descrição (Chabert et. al, 2020), o que aponta para predominância de um pensamento rígido para preencher uma possível falta de elaboração psíquica (mentalização) por um sobreinvestimento na realidade (Bergeret, 1991). Estamos diante, possivelmente, de movimentos defensivos falhos, dado que F+% e F+%ext se mostram rebaixados em relação à norma, em ambos os momentos (gestação: F+% = 55.9 e F+%ext=64; pós-parto: F+% = 54.6 e F+%ext=66.1). O rebaixamento das médias das respostas de movimento humano, principalmente no pós-parto (gestação: K= 7%; pós-parto: K=5.8%), aponta para um possível empobrecimento

psíquico com falhas na capacidade de mentalização e fragilizações na representação de si (Chabert et. al., 2020; Tychev et al., 2000).

Talvez esses movimentos defensivos sejam uma tentativa de contornar um mundo interno que comparece transbordante na gestação ( $\Sigma C > \Sigma E$  e  $K \geq k_{an} + k_{ob} + k_p$  em 90% e 20% dos casos respectivamente), com uma leve melhora no pós-parto ( $\Sigma C > \Sigma E$  e  $K \geq k_{an} + k_{ob} + k_p$  em 70% e 50% dos casos respectivamente). As fórmulas afetivas mostram que, em sua maioria, os afetos aparecem sob o controle da representação, tanto na gestação (gestação:  $FC \geq CF + C$ ,  $FE \geq EF + E$  e  $FC' \geq C'F + C'$  em 80%, 90% e 100% dos casos, respectivamente) como no pós-parto (pós-parto:  $FC \geq CF + C$ ,  $FE \geq EF + E$  e  $FC' \geq C'F + C'$  em 90%, 100% e 100% dos casos, respectivamente). Esse resultado, geralmente, apontaria para uma eficácia da capacidade de mentalização, uma vez que tende a mostrar uma boa ligação entre representação e afeto (Bergeret et al., 2000). No entanto, tendo em vista o alto índice de angústia (Ind. Angústia (gestação)= 23,5%; Ind. Angústia (pós-parto)= 21.9%), o aumento da formalização (gestação:  $F+ \% = 55.9$  e  $F+ \% \text{ext} = 64$ ; pós-parto:  $F+ \% = 54.6$  e  $F+ \% \text{ext} = 66.1$ ), o rebaixamento das respostas de cor e esfumaçado (gestação:  $C = 17.8\%$  e  $E = 4.7\%$ ; pós-parto:  $C = 13.4\%$  e  $E = 4.4\%$ ) e a sensibilidade e reatividade afetiva (gestação:  $IRA = 34,7\%$ ; pós-parto:  $IRA = 38,2\%$ ), parece demonstrar que a capacidade de mentalização está diminuída tanto na gestação como no pós-parto. Por mais que haja o domínio das representações sobre o afeto em ambos os momentos, ele vem acompanhado de uma diminuição das respostas de cor e de esfumaçado, assim como o aumento da angústia, podendo indicar mais um controle defensivo dos afetos do que uma elaboração a nível simbólico propriamente dito. Apostamos, assim, que existam dificuldades importantes no campo do processamento afetivo e da mentalização, tanto na gestação como no pós-parto. No entanto, uma análise pormenorizada se faz necessária para traçar qualquer conclusão.

Segundo Chabert et. al. (2020), o F% aumentado pode também denotar uma mobilização de defesas narcísicas pelo sobreinvestimento dos limites entre dentro e fora, para proteger o eu de movimentos internos intoleráveis. Encontramos outros indicadores que também apontam para possíveis fragilizações dos limites corporais no nosso grupo de mulheres. De fato, além do aumento nas respostas formais em ambos os momentos da pesquisa, vemos um aumento considerável das médias referentes a respostas de anatomia na gestação (gestação: Anat=17,2%) e também no pós-parto (pós-parto: Anat= 14,7%). Além disso, o rebaixamento das respostas globais em ambos os momentos (gestação: G=29.6%; pós-parto: G=26.5%) e das respostas humanas (gestação: H=10.6%; pós-parto: G=12.8%) apontam para as preocupações corporais, os possíveis prejuízos das identificações e os limites corporais fragilizados. Possivelmente, a experiência da maternidade desafia os contornos do Eu. O dentro e fora fica confuso uma vez que há uma identificação com o bebê que antes dentro do corpo passa a estar fora. Entendemos esses resultados como possíveis testemunhas da dialética de *estar-em-um* e *estar separado*, da interdependência entre subjetividade e intersubjetividade, problemática inerente à essas fases da maternidade (Odgen, 1996). Além disso, apostamos que as preocupações corporais também estejam ligadas à experiência do parto, que também pode sobrecarregar o psiquismo materno.

### **3.5 Principais achados e hipóteses**

A qualidade do relacionamento de apego entre a mulher e seus progenitores, assim como a experiência do parto e a rede de apoio após o nascimento, são variáveis preditoras da qualidade do vínculo mãe-bebê estabelecido no pós-parto (Belot et al.,2023; Wachter, 2002). Sendo assim, a proposta deste capítulo foi de explorar, por meio de vários instrumentos de pesquisa, a travessia psíquica da maternidade nos períodos pré e pós-natais em população de primíparas.

Ainda que o estilo de apego seja considerado constante na vida adulta por autores diversos (Benoit et al., 1994; Stein et al., 2002; Waters et al., 2000), encontramos que eventos significativos, tais como a maternidade, podem levar a variações estruturais importantes, inclusive nos estilos de apego. No caso da nossa população, 50% (1, 3, 6, 9 e 10) apresentaram estilos de apego diferentes nos dois momentos da pesquisa, e os outros 50% (2, 4, 5, 7 e 8) mantiveram o mesmo estilo de apego. No período gestacional, encontramos no grupo: 3 mulheres com apego medroso (participantes 1, 6 e 8); 3 com apego evitativo (participantes 2, 4 e 7); 3 com apego seguro (participantes 3, 9 e 10) e por fim 1 com apego preocupado (participante 5). Já no pós-parto a proporção passou a ser a seguinte: 4 mulheres com apego preocupado, 4 com apego evitativo, 2 com apego medroso. A possibilidade de mudanças significativas no estilo de apego na idade adulta, e mais especificamente, decorrentes da experiência da gravidez e da maternidade, já tem sido confirmada por outros estudos recentes (Pointurier et al., 2021). No nosso estudo especificamente, caberia investigar o quão duradouras seriam essas mudanças, abrindo espaço para estudos subsequentes.

Através da análise qualitativa das respostas no AAI no período gestacional, observamos que as mulheres com estilo de apego seguro (3, 9 e 10) tenderam a apresentar valorização dos vínculos afetivos, experiências internas consistentes e descrição equilibrada das experiências negativas do passado. Essas mulheres também mostraram vontade de repetir os padrões de relacionamento e de educação das suas famílias de origem com os próprios filhos. As participantes com estilo de apego medroso (1, 6 e 8) mostraram resultados diferentes, tendo em vista que elas trouxeram vivências infantis ou da adolescência permeadas por conflitos familiares, sentimentos de rejeição, de dependência emocional e de medo do abandono. É nesse sentido que, ao se tratar dos cuidados com o bebê e da educação que elas almejam oferecer aos

filhos, a tendência foi de encontrar desejo de educar os filhos de forma diferente a como elas foram educadas. Encontramos aqui também mobilizações afetivas importantes, com experiências traumáticas, sentimentos de raiva, falas com lapsos de raciocínio, testemunhando possíveis dissociações de memória. As mulheres com estilo de apego evitativo (2, 4 e 7) apresentaram, por sua vez, falas mais evasivas, breves, com tentativas de normalizar as relações afetivas, classificando-as como “boas” e rejeitando aspectos negativos das mesmas, ainda que estejam claramente presentes. Encontramos aqui conflitos internos exacerbados, principalmente entre a dialética de estar junto e estar separado, de dependência e independência. São mulheres que apresentam desejos conflitantes, seja de cuidar da criança e de se dedicar à própria vida profissional, com receios na proximidade dos vínculos de dependência e dos sacrifícios que terão que fazer em prol da criança. Por último, o estilo de apego preocupado foi encontrado em apenas uma gestante (participante 5). Nesse caso, encontramos um relato que testa de uma dificuldade no manejo das emoções e uma confusão na relação principalmente com a figura materna, com sentimento de rejeição presentes. Na relação com a criança, encontramos uma tendência contrária aquela vista nos casos de apego do tipo evitativo. De fato, aqui encontramos dificuldades e angústias referentes à possibilidade de separação mãe-bebê. Vemos um medo presente de que outras pessoas possam não cuidar bem do bebê. Além de preocupações e vontade de estar sempre junto à mesma.

Um ponto interessante de observação é que nenhuma das participantes apresenta apego seguro no pós-parto, incluindo aquelas que mostraram apego seguro na gestação, resultado que aponta para o impacto da maternidade nas estratégias de apego, a representação de si e a representação dos outros. Ou seja, encontramos tendência à queda do modelo de si em 80% das participantes (1, 2, 3, 5, 7, 8, 9 e 10), sendo que apenas 20% das mulheres apresentaram uma

melhora desse valor no pós-parto (4 e 6). Enquanto vemos uma tendência contrária no que diz respeito ao modelo dos outros no pós-parto, uma vez que os valores tenderam a melhorar em 60% da amostra (participantes 1, 2, 5, 6, 8 e 9). Vemos, assim, uma tendência das mulheres se enxergarem mais negativamente no pós-parto, ao passo que existe uma melhora na percepção que elas têm dos outros. Ou seja, o modelo que elas têm delas mesmas tende a recair após o nascimento do bebê, sendo que a percepção que elas têm dos outros tende a melhorar.

Sabe-se, na literatura, que o parto pode desencadear uma dimensão traumática na mãe e o desenvolvimento de transtorno de estresse pós-traumático (Denis et al., 2011). Além disso, preocupação excessiva e ansiedade generalizada têm sido observadas em mulheres primíparas durante a fase pós-natal, afetando cerca de 32% delas em uma amostra de 68 mulheres (Wenzel et al., 2003). Em outras palavras, na área da psicologia perinatal, tem sido reconhecida a associação entre o parto e o bem-estar mental da mulher. No entanto, apesar dessa relevância clínica, observa-se uma lacuna na literatura científica em relação ao entendimento do impacto da experiência do parto no próprio modelo de si das mulheres. Poucos estudos têm se dedicado a investigar como um parto bem ou mal vivido, de acordo com os critérios individuais da mulher, pode influenciar sua percepção de si mesma e sua disponibilidade emocional para os cuidados com o bebê. Compreender essa relação complexa e multifacetada é fundamental para fornecer um suporte adequado e direcionado às mulheres durante o período perinatal, visando promover sua saúde mental e o estabelecimento de vínculos saudáveis com seus filhos.

Sendo assim, traçamos associações entre as experiências do parto e os modelos de si e dos outros, em nível exploratório. Após análise qualitativa do questionário de Reavaliação no Pós-Parto (Apêndice D), encontramos que os casos cujos modelos de si rebaixaram no pós-parto em relação à gestação, trazem falas de insegurança/insatisfação, seja referente à experiência do

parto ou nos cuidados com o bebê. Já por outro lado, encontramos modelos dos outros positivos nos casos das mulheres que expressaram contentamento com a rede de apoio no pós-parto. Exemplos dessa natureza, no que diz respeito os modelos de si rebaixados no pós-parto (casos 9, 7, 3, 4, 6 e 10), encontramos falas que expressam decepções fortes com relação à experiência do parto. Muitas vezes essas mulheres se culpam por desfechos diferentes daqueles almejados na gestação, como se tivessem falhado. Esse rebaixamento do modelo de si, com adoção de estratégias inseguras de apego, também é encontrado nos casos em que os cuidados com o bebê se encontram particularmente difíceis (ex: dificuldades na amamentação). Essas mulheres também mostraram falhas que apontam para os sentimentos de decepção com elas mesmas e considerações de que teriam falhado como mães. Por outro lado, vemos que o modelo do outro pode ser associado à qualidade da rede de apoio e a sentimentos de sobrecarga, sendo que redes de apoio satisfatórias aparecem conjuntamente a melhorias nos modelos dos outros (participantes 1, 2, 4, 5, 8 e 9), enquanto redes de apoio faltosas aparecem associados a rebaixamento no modelo dos outros (participantes 3, 6, 7 e 10).

Badinter (1985) contesta a existência de um instinto materno que fundamentaria um amor incondicional das mães por seus filhos e evidencia como a pressão para o cuidado integral dos filhos assume um caráter normativo, levando aquelas que não o seguem a serem alvo de culpa e julgamento moral. No presente estudo, constatamos que a culpabilização materna tem início ainda durante a gestação, quando expectativas idealizadas são formuladas em relação a um determinado tipo de parto, em prol do suposto bem-estar fetal. Mulheres que não conseguiram realizar o parto desejado, por exemplo, apresentaram uma diminuição no modelo de si mesma no pós-parto. Da mesma forma, mulheres que enfrentaram desafios nos cuidados com o bebê também tiveram essa percepção rebaixada. Nossa hipótese é que sentimentos de falhas em



qualquer aspecto relacionado ao bebê têm maior propensão a apresentar modelos de si rebaixados.

Além disso, nossos achados estão em consonância com estudos anteriores que destacam a importância da percepção materna sobre os cuidados de seus companheiros, parentes e amigos, relacionando-se diretamente ao seu bem-estar geral (Hyde, 2001; Gjerdingen & Chaloner, 1994). A percepção de receber cuidados contribui para melhorar a qualidade de vida da mãe durante a transição para a maternidade, reduzindo a probabilidade de depressão pós-parto (Singley & Hynes, 2005). Observamos que o suporte social e emocional oferecido às mães desempenha um papel significativo em sua saúde física e mental, influenciando possivelmente seu autoconceito e a percepção dos outros. Embora os resultados encontrados não sejam estatisticamente significativos, eles fornecem bases para hipóteses que podem orientar futuras investigações nessa área. Dessa forma, apostamos que quando as mães se sentem apoiadas por suas redes de apoio, isso contribui para maior satisfação e bem-estar, facilitando estratégias positivas de apego. Quando as mães se sentem apoiadas e acolhidas, isso pode ter um impacto positivo em sua saúde mental e emocional, promovendo uma transição mais suave para a maternidade. Essas evidências enfatizam a necessidade de promover uma cultura que valorize o cuidado e incentive o envolvimento ativo de companheiros, parentes e amigos, a fim de garantir o bem-estar materno durante o período perinatal.

Por último, nos atentamos ao funcionamento psíquico das mulheres na gravidez e pós-parto através dos dados do Rorschach das participantes. Consideramos os processos de pensamento, a organização defensiva, o tratamento dos afetos, o tratamento dos limites, a problemática corporal e a capacidade de mentalização (Belot, 2014; Belot & Tychey, 2015; Cardoso, 2015; Pasian & Amparo, 2022). Os resultados apontam para a adoção de um modo de

pensamento majoritariamente voltado para a organização lógica e a inteligência prática, com tendência a se apegarem às minúcias tanto na gestação (gestação:  $G=29.6\%$ ,  $D=36.2\%$ ,  $Dd=27.9\%$ ) como no pós-parto (pós-parto:  $G=26.5\%$ ,  $D=45\%$ ,  $Dd=26.5\%$ ). Lançamos a hipótese de que as mulheres apresentem uma tendência para o pensamento concreto, um apego às minúcias e aos detalhes, características possíveis do estado de preocupação materna primária, uma vez que a mulher, para atender às demandas de um recém-nascido, precisa estar atenta aos mais discretos sinais não verbais do bebê.

Encontramos também a predominância de pensamento rígido para preencher uma possível falta de elaboração psíquica (mentalização) por um sobreinvestimento na realidade (Bergeret, 1991), dado que  $F+\%$  e  $F+\%ext$  se mostra rebaixado em relação à norma, em ambos os momentos (gestação:  $F+\%= 55.9$  e  $F+\%ext=64$ ; pós-parto:  $F+\%= 54.6$  e  $F+\%ext=66.1$ ). O rebaixamento das médias das respostas de movimento humano principalmente no pós-parto (gestação:  $K= 7\%$ ; pós-parto:  $K=5.8\%$ ) aponta também para um possível empobrecimento psíquico com falhas na capacidade de mentalização e fragilizações na representação de si (Chabert et. al, 2020; Tychev et al., 2000).

Apostamos no aumento da formalização como movimentos defensivos a fim de tentar contornar um mundo interno que comparece transbordante na gestação ( $\Sigma C > \Sigma E$  e  $K \geq kan+kob+kp$  em 90% e 20% dos casos respectivamente), com uma leve melhora no pós-parto ( $\Sigma C > \Sigma E$  e  $K \geq kan+kob+kp$  em 70% e 50% dos casos respectivamente). As fórmulas afetivas mostram que, em sua maioria, os afetos aparecem sob o controle da representação, tanto na gestação (gestação:  $FC \geq CF+C$ ,  $FE \geq EF+E$  e  $FC' \geq C'F+C'$  em 80%, 90% e 100% dos casos, respectivamente) como no pós-parto (pós-parto:  $FC \geq CF+C$ ,  $FE \geq EF+E$  e  $FC' \geq C'F+C'$  em 90%, 100% e 100% dos casos, respectivamente) tendo em vista o alto índice de angústia (Ind.

Angústia (gestação)= 23,5%; Ind. Angústia (pós-parto)= 21.9%), o aumento da formalização (gestação: F+% = 55.9 e F+% ext=64; pós-parto: F+% = 54.6 e F+% ext=66.1), o rebaixamento das respostas de cor e esfumaçado (gestação: C= 17.8% e E=4.7%; pós-parto: C= 13.4% e E=4.4%), e a sensibilidade e reatividade afetiva (gestação: IRA= 34,7%; pós-parto: IRA= 38,2%).

Supomos que o domínio das representações sobre o feto em ambos os momentos não represente uma elaboração a nível simbólico propriamente dita, mas sim uma tentativa de controle defensivo dos afetos, diante de uma insuficiência da capacidade de mentalização.

Por fim, o aumento nas respostas formais em ambos os momentos da pesquisa, acrescentado das respostas de anatomia na gestação (gestação: Anat=17,2%) e também no pós-parto (pós-parto: Anat= 14,7%), do rebaixamento das respostas globais em ambos os momentos (gestação: G=29.6%; pós-parto: G=26.5%) e das respostas humanas (gestação: H=10.6%; pós-parto: G=12.8%), apontam para preocupações corporais, possíveis prejuízos das identificações e limites corporais fragilizados. Acreditamos que esses sejam sinais que testemunham da problemática inerente à essas fases da maternidade, a confusão entre o que é o bebê e o que é a mãe propriamente dita, a dialética de *estar-em-um* e *estar separado*, a interdependência entre subjetividade e intersubjetividade (Odgen, 1996). Além disso, apostamos que as preocupações corporais também estejam ligadas à experiência do parto, que também pode sobrecarregar o psiquismo materno.

## Capítulo IV

### **Análise exploratória dos processos psíquicos e impactos no corpo e no psiquismo no Rorschach de mulheres na gestação**

Neste capítulo, analisamos os dados do Rorschach do grupo de gestantes no último trimestre do período gestacional. Buscamos explorar os resultados comuns ao grupo, evitando análises individuais neste momento. Tomamos como referência os dados normativos utilizados no estudo com população adulta brasileira realizado por Pasion (2010). Visamos identificar os resultados singulares que se destacam quando comparados com os de uma população não gestante.

Ilustramos, em primeiro lugar, a especificidade e o caráter singular do período gravídico, no que diz respeito aos processos psíquicos que lhe estão subjacentes. Agrupamos neste capítulo em eixos de resultados no Rorschach, no período do último trimestre da gestação, capazes de testemunhar justamente a singularidade desse momento da vida psíquica da mulher, a saber: dinâmica dos modos de apreensão e seus impactos na mentalização e no corpo; socialização e relação com a preocupação materna primária; angústia e defesas: seus impactos no corpo e psiquismo; problemática corporal e investimento nos limites; a dinâmica dos afetos; a mentalização e a representação de si nas cinestésias. As nossas constatações centraram-se nos resultados e tipos de respostas que expressam a qualidade da dinâmica dos processos e do funcionamento psíquico materno na gestação. Focamos em um contexto no qual as possíveis preocupações corporais/identitárias produzem impacto ao nível psíquico, bem como na capacidade de mentalização da gestante e futura mãe considerando a transparência psíquica e a preocupação materna primária própria do período.

Contudo, é preciso considerar dois aspectos importantes: o primeiro é que esta pesquisa é um estudo exploratório realizado a partir de um número restrito de participantes (n=10), selecionadas por oportunidade, seguindo o modelo de “bola de neve”. Não representando, portanto, uma “amostra significativa”. Sendo este um estudo exploratório, levamos os resultados encontrados como base para a construção de possíveis hipóteses com o intuito de orientar pesquisas futuras.

#### **4.1 Os modos de apreensão e seus impactos na mentalização e no corpo**

Analisando a Tabela 13, a média das respostas dadas nesse primeiro momento (R=21) parece apontar para os protocolos com alta produtividade e bom potencial de elaboração cognitiva no caso da maioria das gestantes. No entanto, é importante levar em consideração a heterogeneidade dentro do grupo. De fato, enquanto 60% das participantes apresentam um número total de respostas elevado (em relação aos dados normativos), 30% mostram um número total de respostas rebaixado e 10% ficam dentro da norma. As gestantes, em sua maioria, apresentam uma alta produtividade. Com exceção de três casos que mostram valores diminuídos em relação à norma (participantes 2, 3 e 4). No que se refere ao ritmo, a rapidez associativa parece comprometida (TLM=16; TRM= 53.7), pois vemos aqui, em média, uma lentificação dos processos associativos (TLM = 16”e TMD = 53,72”).

**Tabela 13***Modos de apreensão e indicadores de produtividade no grupo de gestantes (n=10)*

Participante	G%	D%	Dd%	Db1%	R	TLM	TRM
P1	17.4	39.1	0	4.3	23	14.1	35.5
P2	60	30	10	10	10	11.2	23.4
P3	72.7	9.1	18.2	9.1	11	7.5	49.8
P4	30	40	30	20	10	22.1	45.4
P5	38.9	33.3	27.7	16.7	18	5.5	32.6
P6	8.3	58.3	25	16.7	12	42.7	75.7
P7	26.3	26.3	47.4	5.3	19	31.8	83.8
P8	27.6	34.5	34.5	3.4	29	8.1	64.2
P9	9.3	51.2	37.2	7	43	8.2	59.9
P10	5.7	40	48.6	5.7	35	9.2	66.9
Média	29.62	36.18	27.86	9.82	21	16	53.72
Norma*	42-54%	29-39%	11-18%	0%	12-15	-	-

\*Referencial normativo de Pasian (2000)

Ainda em relação à Tabela 13, em relação aos modos de apreensão, as médias do grupo se distanciam consideravelmente dos dados normativos (G%= 29,62; D%= 36,2; Dd%= 27,9). Percebemos assim uma tendência grupal por um pensamento concreto, inteligência prática, com apego às minúcias em detrimento da percepção global. De fato, referindo-se ao G%, vemos que a maioria, - 80% das participantes, apresenta valores de G% rebaixados em relação aos dados normativos, enquanto apenas 20% das participantes mostram valores elevados. No que diz respeito ao D%, podemos observar a seguinte proporção dentro do grupo: 50% das participantes apresentam resultados acima da norma, 20% abaixo e 30% dentro da norma. Por último, vemos uma atenção maior ao detalhe diminuto (Dd) nas gestantes, com 70% das participantes apresentando resultados acima dos valores normativos, enquanto apenas uma participante fica dentro da norma.

Esses resultados, G% reduzido e D% aumentado comparativamente ao esperado, inicialmente poderiam ser interpretados como falhas na capacidade de pensar por mostrarem dificuldades de transformação de conteúdos, com atenção demasiada aos detalhes em detrimento do todo (Cardoso, 2015; Chabert et. al., 2020). De fato, o tipo de apreensão pode indicar uma preocupação no controle do material no que diz respeito às suas configurações perceptivas e contenção de movimentos internos (Chabert et. al., 2020). No entanto, não podemos esquecer as particularidades do momento vivido: o final da gestação. Esse foco maior nos detalhes da prancha tende a revelar a atenção às minúcias inerentes ao bom exercício da maternagem durante o estado de preocupação materna primária. De fato, espera-se durante esse estado peculiar, que a mulher consiga se ajustar aos mais discretos sinais não verbais do bebê para atender devidamente as suas necessidades vitais. Em consonância com as propostas de Winnicott (1975), encontramos indícios de que esse estado de maior sensibilidade materna aos detalhes já esteja presente no último trimestre de gestação. Por outro lado, algumas gestantes mostram uma propensão diferente, por exemplo, a participante 3 apresenta um G% aumentado em relação ao esperado denotando maior tendência ao pensamento abstrato e privilegiando a apreensão global da prancha em detrimento dos detalhes. Reforçamos, assim, a existência de uma heterogeneidade dentro do grupo e a necessidade de uma análise pormenorizada e individual, com outros indicadores.

Outro dado relevante obtido pela análise dos modos de apreensão parece ser o Dbl% aumentado no grupo de gestantes em relação aos dados normativos (Dbl% médio= 9,8). Nesse caso, vemos unanimidade no grupo, uma vez que todas as participantes apresentam respostas elevadas nos espaços brancos da prancha. Considerando o estado de transparência psíquica da gravidez, é possível entender que a sensibilidade ao vazio (associada ao branco do estímulo da

prancha) seja possivelmente decorrente do reencontro com traços do traumático (Roman, 2015). Essa hipótese pode fazer sentido, considerando que a mulher se encontra no final da gestação. Momento conhecido por trazer à tona reminiscências de conteúdos recalcados do passado e de sua história infantil como bebê (Bydlowski, 2007).

O aumento do uso do branco na gestação pode remeter também à experiência do vazio e à falta (Belot, 2014) aspecto que necessariamente deverá ser elaborado com a finalização da gestação e do trabalho de luto em relação à separação com o bebê real. A sensibilidade ao vazio é uma característica inerente a esse período (Belot, 2014). De fato, de acordo com Bydlowski (2007), durante a gestação o bebê é sonhado com expectativas de reparar e preencher vazios, lutos e perdas, o que explicaria essa maior sensibilidade ao branco.

Contudo, para entendermos melhor a natureza dessas respostas, consideramos importante realizar uma análise qualitativa das respostas Dbl nos protocolos (Tabela 14). O branco das pranchas do Rorschach pode tanto ilustrar a presença do vazio e a separação do objeto, como pode servir como uma tela sobre a qual há o reencontro com o objeto perdido, servindo como base para a emergência da representação (Roman, 2015). Nesse sentido, também as respostas Dbl são relevantes para a análise da capacidade de mentalização quando indicam a ocorrência de catástrofes de simbolização (Roman, 2017).

É importante lembrar que a mentalização, como conceituada por Lustin (1986), corresponde a todo o campo de elaboração psíquica, incluindo, portanto, as operações de representação e simbolização por meio das quais o aparelho psíquico busca atingir uma autorregulação das energias pulsionais. Sendo assim, pobreza de simbolização não possibilitariam uma elaboração psíquica e denunciariam uma falha da atividade de mentalização



(Lustin, 1986). Nesse sentido, a análise das respostas Dbl fornecidas no Rorschach das gestantes (Tabela 14) traz alguns elementos que nos permitem melhor desenvolver essa análise.

### Tabela 14

*Respostas Dbl fornecidas no Rorschach das gestantes (n=10)*

Participantes	Dbl%	Respostas Dbl
P1	4,3	<b>Prancha II:</b> "Aqui tem mais alguma coisa, só que eu não sei identificar o que é, tipo um peão aqui no meio. (?) Toda essa parte branca aqui, do meio (?) Por conta do formato e da cor, o branco destacou aqui no meio. E ter duas esferas aqui como se fosse, para rodar. É isso" Dbl FC' → kob Obj
P2	10	<b>Prancha III:</b> "Nossa... parece um smoking. Gente isso é muito difícil (?) Na gravata borboleta e aqui no escuro tá parecendo as lapelas. Aqui, o smoking no total aqui. (?) A gravata." DdDbl FC' Vest
P3	9,1	<b>Prancha II:</b> "Aqui vejo um parto, saindo sangue da vagina. Um momento de expulsão de saída, de corte e de abertura. (?) Olha, acho que pela forma mesmo e a cor." DDbl kp Sg/sexo
P4	20	<b>Prancha I:</b> "Vejo um cox para falar a verdade, vejo esse ossinho bem daqui. Um sacro, remete a pelve não sei por quê. (?) Assim, aqui, tem uns furinhos assim atrás e aí é como se continuasse até o osso também. Esse é o sacro e o cox aqui. Pega aqui essa parte. O que fez pensar foi esses dois buraquinhos aqui e essa pontinha para baixo." DdDbl F- Anat  <b>Prancha II:</b> "Pode mudar a posição? Eu consigo ver um peão aqui dentro. Parece que tá movimentando um peãozinho assim.(?) Na parte branca, aí o preto dá uma ideia de movimento assim. A forma que ficou nesse espacinho branco. Me lembrou um peão." DblID kob Obj

Participantes	Dbl%	Respostas Dbl
P5	16,7	<p><b>Prancha II:</b> " Um sistema reprodutor feminino menstruado. Acho que estou fazendo muita aula de parto. Aqui que seria a bacia que tem, né o espaço onde nasce o neném e aqui seria a vulva. Aí eu falei que eu lembrava a menstruação também né, esses risquinhos aqui que lembram sangue. (?) O formato com o buraco no meio que seria a bacia né, a passagem do bebê, assim a parte óssea né e a parte que parece a vulva, acho que é o formato também que lembra assim os lábios e o vermelho meio escorrendo que parece o sangue." Ddbl kp Sang/Sex/Anat</p> <p><b>Prancha III:</b> "Um pinguim ou panda com uma gravata borboleta. (?) A parte preta e branca, a mesma coisa do panda. Parece um bichinho preto e branco e aí tem a essa coisinha no meio que seria uma borboleta-vermelha. (?) A cor preta e branca e o desenho vermelho no meio assim com formato de gravatinha." Ddbl C' A/Vest</p> <p>"E dois pinguins brincando... e pronto. (?) É são esses dois esse e esse aqui. Parece que eles tão assim batendo palminha. O formato com a cor preta" Ddbl kan A</p>
P6	16,7	<p><b>Prancha II:</b> " Um foguete. (?) O formato do biquinho dele, esse espaço branco e isso aqui embaixo, a cor debaixo parece que ele tá em ponto de partida. Acho que é isso. Decolando." Ddbl kob Obj</p> <p><b>Prancha VII:</b> " Não sei se parece o rosto assim de alguém com... traços assim do rosto de alguém, não sei. É, eu vejo isso. (?) Tudo isso aqui. Essa parte branca. É não sei como isso aqui tivesse sei lá olho e o rosto mesmo propriamente dito aqui nas partes brancas. O traço." Dbl F+ Hd</p>
P7	5,3	<p><b>Prancha III:</b> "Eu enxerguei um bicho com as duas mãos assim (gesticulou) de gravata. Aqui a gravata borboleta no meio. Tipo um pinguim gigante. (?) É esse aqui, como se fosse um pinguim aí aqui está os dois olhos, esse é o nariz. As duas mãos. Levantadas. E aqui é a parte do peito. A parte branca. Aquela parte branca que o pinguim tem. E a gravatinha. Acho que mesmo se não tivesse a gravata teria visto o pinguim por causa do do formato do dos olhos. E pôr aqui embaixo também" Ddbl FC' A/Vest</p>
P8	3,4	<p><b>Prancha II:</b> "Essa parte branca aqui pareceu um vestido (?) Aqui, tem o vestido certinho no branco." Dbl FC' Vest</p>

Participantes	Dbl%	Respostas Dbl
P9	7	<p><b>Prancha II:</b> "Ah! No meio tem outro vestido. (?) Aqui nessa parte branca, tem um vestido rodado." Dbl F+ Vest</p> <p><b>Prancha IV:</b> " Dois pinguins no braço do pé grande. (?) A cor, eu acho porque é preto e branco, mas vi mesmo a cabeça deles, como se tivesse saindo, ai tem a manchinha dele aqui também" DdDBl FC' A</p> <p><b>Prancha IX:</b> " Olhando o verde e o laranja também parece um bicho com um focinho, só não sei qual bicho. (?) Um bicho aqui, aqui esses dois parecem um focinho, quase tudo menos o rosa." DDbl F- A</p>
P10	5,7	<p><b>Prancha II:</b> " Vejo como se fosse um aumento de uma pirâmide...É isso. (?) Uma pirâmide, tipo aquelas pirâmides de Cancun aqui. Usando a parte branca." Dbl FC' Arq</p> <p><b>Prancha IX:</b> "Uma coluna lá atrás. (?) Uhum, isso aqui. O formato." Dbl F- Anat</p>

Ao analisar as respostas Dbl das participantes, indicadas na Tabela 14, é possível agrupar as participantes em dois grupos. O primeiro grupo com as gestantes que parecem ter alcançado um nível de simbolização satisfatório, usando o branco como apoio para a construção de um enquadre para a representação, ainda que com a presença de afetos depressivos. O segundo grupo das gestantes, em contrapartida, mostra, através do uso do branco, a presença do vazio, a depressividade e as falhas da simbolização primária.

No primeiro grupo, 60% das participantes (1, 2, 6, 7, 8 e 9), vemos um bom uso de determinantes formais junto às respostas Dbl, marcando o alcance de um nível superior de elaboração e de mentalização. Um exemplo pode ser encontrado na resposta da participante 1 à prancha II: "Aqui tem mais alguma coisa, só que eu não sei identificar o que é, tipo um peão aqui

no meio. (?) Toda essa parte branca aqui, do meio (?) Por conta do formato e da cor, o branco destacou aqui no meio. E ter duas esferas aqui como se fosse, para rodar. É isso" (Dbl FC' → kob Obj)

Em outras palavras, nota-se uma boa capacidade de formalização, sem prejuízos aparentes à qualidade da resposta. Percebemos também uma certa depressividade (FC'), ainda que acompanhada pelo controle da qualidade formal. Francis Drossart (2004) vincula os processos da maternidade ao conceito de “reparação da posição depressiva” de Melanie Klein (1996). Podemos considerar, nesse sentido, a depressividade, encontrada nas nossas participantes, como necessária à construção da maternidade psíquica e não, necessariamente, como um indício patológico (Drossart, 2004).

Em contrapartida, no caso do segundo grupo, em 40% dos participantes (3, 4, 5 e 10), as respostas Dbl estão majoritariamente atreladas ao concreto da prancha ou ao concreto do corpo. Essas participantes mostram maiores comprometimentos da capacidade de mentalização, uma vez que as respostas Dbl produzidas se encontram geralmente associadas a conteúdos de Sangue, Sexo e Anatomia, ou seja, são respostas que são comumente ligadas a índices altos de angústia e remetem ao corpo de forma crua, pouco simbolizada. Um exemplo disso é a resposta da participante 3 na prancha II: "Aqui vejo um parto, saindo sangue da vagina. Um momento de expulsão de saída, de corte e de abertura. (?) Olha, acho que pela forma mesmo e a cor." (DDbl kp Sg/sexo)

Ademais, na maior parte dos casos, quando as respostas são acompanhadas de cinestésias, observamos movimentos mais regressivos (kan, kp ou kob), que apontam para um processo de falha de mentalização com simbolização no nível dos significantes formais de caráter mais patológicos (Roman, 1997). Sendo assim, a análise das respostas Dbl do segundo

grupo denotam formas de simbolização primária (Roman & Amparo, 2021) que remete de forma acentuada às expressões sensoriais e do corpo. Aspecto este que pode estar sendo mais mobilizado nesse momento da gestação. De certa forma, essas gestantes do segundo grupo apresentam uma maior dificuldade de mentalização no que se refere às temáticas relativas ao vazio e ao branco da prancha. Ou seja, a problemática dos lutos e da separação de objetos é colocada em questão. Também podemos hipotetizar a partir dessas respostas mais regressivas que as participantes do segundo grupo apresentam falhas no envelope psíquico, indicativo também de possíveis prejuízos na representação de si. Lembrando que nos casos em que o sujeito apresenta representações corporais sólidas, o branco das manchas de Rorschach é geralmente usado como suporte ou fundo para a criação de perceptos íntegros, em torno de um eixo central (Chabert, 2003). Não observamos tal uso do branco no segundo grupo, mas sim respostas associadas a conteúdos crus, de má qualidade formal ou respostas cinestésicas menores, ou seja, apontando para os possíveis desarranjos à imagem corporal que podem ser comuns considerando os rearranjos psíquicos produzidos na gravidez.

#### **4.2 Socialização e preocupação materna primária**

De modo geral, o rebaixamento dos indicadores de socialização (Tabela 15) reforçam a premissa de que as mulheres se encontram possivelmente no estado de maior sensibilidade e de preocupação materna primária (Belot, 2014). De fato, encontramos os valores de A% rebaixados em 60% (n=6) da amostra, o número médio de respostas Banais no grupo também está rebaixado em relação ao referencial normativo (Ban= 20.4%), bem como as respostas de conteúdo humano (H % média do grupo =10.1%).

**Tabela 15**

*Análise dos indicadores de socialização dos protocolos de Rorschach das gestantes (n=10)*

Participantes	A%	Ban%	H%	F%	F+%	F%ext
P1	26.1	13	13	17.4	25	69.6
P2	20	40	0	50	60	60
P3	27.3	27.3	9.1	18.2	50	54.5
P4	20	40	20	50	60	70
P5	50	16.7	5.5	16.7	100	66.7
P6	58.3	16.7	16.7	58.3	57.1	75
P7	52.6	10.5	5.2	63.2	50	57.9
P8	17.2	10.3	17.2	51.7	46.7	65.5
P9	51.2	20.9	13.9	39.5	67.6	77.9
P10	28.6	8.6	0	60	42.9	42.9
Média	35.13	20.4	10.06	42.5	55.9	64
Norma*	49-57%	25-31%	11-18%	29-38%	60-70%	67-75%

\*Referencial normativo de Pasian (2000)

Nesse momento da gestação, juntamente com o estabelecimento do estado de preocupação materna primária, existe uma preparação psicológica para a chegada do bebê, além de transformações corporais e sociais importantes. Todos esses fatores seriam componentes possivelmente responsáveis pela baixa dos indicadores de socialização (Belot, 2016).

Acrescentando ao rebaixamento dos índices de socialização, vemos 60% da amostra com valores de F+% rebaixados em relação à norma, apontando possivelmente para uma certa desadaptação ao mundo real, (Chabert et. al., 2020), aspectos indicados na Tabela 15.

O aumento da formalização em 70% da amostra, ilustrada na Tabela 15, resulta possivelmente da tentativa de delimitar a realidade o mais próximo de seu contorno formal em um movimento de adaptação ao real. Trata-se de um movimento falho, uma vez que o F+% se mostra rebaixado em relação à norma (média F+% = 55.9). Seria uma regulação introduzida pelo princípio da realidade e um mecanismo de defesa em prol do controle sobre a realidade objetiva

contra o imprevisto da regressão (Chabert, 2003). Iremos nos aprofundar nessa hipótese ao longo deste estudo.

### 4.3 Angústia e defesas: seu impacto no corpo e psiquismo

Um aspecto importante dos processos psíquicos da maternidade refere-se à angústia, os mecanismos de defesa do psiquismo. No Rorschach das gestantes, o índice de angústia e seus componentes podem ser obtidos pelos indicadores da Tabela 4. As defesas psíquicas e seus mecanismos são avaliados seguindo os indicadores da Tabela 5. Os índices de angústia e seus componentes, no entanto, das gestantes apresentados nos protocolos de Rorschach são indicados na Tabela 16.

#### Tabela 16

*Análise dos índices de angústia e dos seus componentes nos protocolos de gestantes (n=10)*

Participantes	Hd (%)	Sg (%)	Anat (%)	Sx (%)	Índice de angústia (%)
P1	4.3	4.3	21.7	0	30.4
P2	0	0	10	0	10
P3	0	9.1	9.1	0	18.2
P4	10	0	10	0	20
P5	0	11	0	0	11.1
P6	8.3	0	8.3	0	16.7
P7	5.3	0	5.3	0	10.5
P8	3.4	0	44.8	0	48.3
P9	4.7	0	2.3	0	7
P10	0	2.9	60	0	62.9
Média	3.6	2.73	17.15	0	23.51
Norma*	4.5	0.2	6.9	1.9	<13.3%

*Nota.* Índice de Angústia retirado de Tychev et al. (2012)

\*Referencial normativo de Pasian (2000)

Na Tabela (16), tratando-se do índice de angústia, podemos agrupar as gestantes em dois grupos: 60% da amostra com índices elevados de angústia - participantes 1, 3, 4, 6, 8 e 10, e as que mostraram níveis satisfatórios em relação à norma, 40% das participantes (2, 5, 7 e 9). Vemos, assim, que a intensidade da angústia acompanha esse período gestacional e é confirmada por estudos recentes (Belot, 2016; Capponi & Horbacz, 2005). Tratando-se dos elementos de maior peso na fórmula do índice de angústia, em ordem de significância, vemos primeiro os conteúdos de anatomia particularmente aumentados, depois os conteúdos de sangue e respostas de conteúdo humano visto parcialmente. Dessa forma, identificamos sinais de que a gestação intensifica problemáticas corporais e emocionais, como o manejo da impulsividade agressiva. As preocupações sexuais, por outro lado, não aparecem em primeiro plano nesse momento – aspecto a ser observado sob reserva, sendo importante uma análise aprofundada qualitativa dos protocolos individuais.

Considerando o contexto de uma primeira gestação, o estado de transparência psíquica, juntamente com a preocupação materna primária que já se instala, é de se esperar um aumento nos índices de angústia (Belot, 2016). Além disso, o nascimento de um primeiro filho perturba os padrões estabelecidos na família e requer adaptação intensa, o que também explica a presença de um alto índice de angústia social. Mas diante desses resultados, encontramos também uma intensificação da ansiedade relativa ao corpo. As preocupações com o corpo aparecem particularmente presentes e podem ser identificadas pelo aumento considerável de respostas de Anatomia em 70% das participantes.

A gravidez é uma experiência corporal singular que exige ser assimilada no plano psíquico. A intensidade das demandas psíquicas e corporais parecem desestabilizar o ego dessas mulheres uma vez que a capacidade do ego de tratar, processar e tolerar a angústia está



diretamente ligada à qualidade da mentalização (Rebourg et al., 2018). Hipotetizamos que o excesso pulsional inerente ao período gestacional se apresenta incompatível com a atual capacidade de processamento e mentalização das participantes do primeiro grupo, refletindo assim em índices de angústia consideravelmente aumentados em relação aos dados normativos. Contudo, uma análise individual pormenorizada relacionando outros indicadores é importante ser realizada.

Tratando-se do segundo grupo de gestantes, pensamos que a diminuição dos índices de angústia em 40% das participantes reflete não só as importantes variações interindividuais dentro de nossa população como também a capacidade dessas mulheres de processar o excesso pulsional no nível psíquico. Transformando suficientemente as experiências vividas através do trabalho de elaboração psíquica adequada (mentalização). É importante pontuar que mesmo os índices de angústia estando rebaixados. Percebemos um aumento das respostas de anatomia e Hd nessas participantes, apontando possíveis fragilizações ao nível da imagem corporal.

Agora, em se tratando das dos mecanismos de defesa, lembramos que o objetivo final dos processos defensivos é amenizar a angústia, muito embora as defesas não atuem diretamente sobre a angústia, mas sobre o conflito. No Rorschach, as defesas podem aparecer pela capacidade do psiquismo de formalizar e intelectualizar os processos psíquicos, bem como em sobreinvestir os limites (Tabela 17) e pelas manifestações verbais, como o uso de diminutivos, e não verbais, mas também por certos fatores da cotação. Nesse sentido, a análise dos fenômenos especiais também nos parece pertinente e analisaremos a seguir.

**Tabela 17***Análise dos determinantes formais no grupo de gestantes (n=10)*

	F%	F+%	F%ext
P1	17.4	25	69.6
P2	50	60	60
P3	18.2	50	54.5
P4	50	60	70
P5	16.7	100	66.7
P6	58.3	57.1	75
P7	63.2	50	57.9
P8	51.7	46.7	65.5
P9	39.5	67.6	77.9
P10	60	42.9	42.9
Média	42.5	55.93	64
Norma*	29-38%	60-70%	67-75%

\*Referencial normativo de Pasian (2000)

Em relação aos determinantes formais, de forma específica, 70% das participantes (n=7) parecem se engajar em operações defensivas rígidas para evitar possíveis invasões de estímulos, o que faz sentido tendo em vista o aumento considerável dos níveis de angústia em alguns desses casos. Esse aumento do controle formal durante a gestação pode estar atrelado a um maior investimento nos limites para garantir a integridade do Ego, em uma tentativa de controlar o excesso da emergência pulsional diante da transparência psíquica e mudanças corporais que se instalam - hipóteses que iremos desenvolver nos subcapítulos seguintes. O sobreinvestimento defensivo parece eficaz em 40% da amostra (2, 4, 5 e 9), uma vez que o F+% também se apresenta acima dos valores estimados pelos dados normativos, resultando possivelmente em mecanismos de inibição e diminuição das trocas do Ego com o meio e outras partes do Self. No entanto, vemos mecanismos falhos de proteção para os outros 50% da amostra, já que encontramos F+% abaixo do esperado (participantes 1, 3, 6, 7, 8 e 10).

Em relação a 30% dos participantes (1, 3 e 5) o F% encontra-se rebaixado, característica típica de protocolos lábeis, indicando possivelmente uma valência defensiva contra as representações (Chabert et. al., 2020). Esse grupo é composto por mulheres que estariam mais à "flor da pele", ou seja, mais passíveis de inundação pelo excesso pulsional. O que se destaca aqui seria a fragilidade dos limites que dificulta o processamento mental dos estímulos internos e externos. Em outras palavras, a dificuldade de realizar o exercício da mentalização. No entanto, faz-se necessário estudar esses achados individualmente e articulá-los a mais indicadores quantitativos e qualitativos para aferirmos com maior precisão os mecanismos de defesa usados.

Ainda em relação às defesas, é possível constatar, por meio da análise da Tabela 18, que os fenômenos especiais mais comuns são: o uso do diminutivo (25,5%), resposta par (19,9%), resposta complexo (13,4%) e referência de lembrança pessoal (7,9%). Ao analisar esses fenômenos especiais, vemos que todas as participantes fazem uso do diminutivo, ou seja, da formação reativa, o que aponta para uma possível repressão da agressividade (Passalacqua & Gravenhorst, 2005). De fato, espera-se que a mulher grávida atenda e corresponda ao modelo social de uma maternidade idealizada (Badinter, 1985). É nesse sentido que contextualizamos o alto índice da formação reativa através do uso do diminutivo, justamente por ser uma defesa contraimpulsos que são inaceitáveis para o ego (Freud, 1915). Sentir raiva e frustração seria possivelmente inaceitável para essas mulheres nesse momento da vida, o que daria margem para a repressão. Já a incidência de respostas complexo em 60% da amostra (participantes 3,5,6, 7, 9 e 10), é compatível com o momento da transparência psíquica, conhecida por representar um período da gestação e pós-parto em que emergências pulsionais e reatualizações de conflitos internos, se fazem notar mais facilmente. Por último, a frequência significativa de resposta par e referência de lembrança pessoal (ambos presentes em 100% da amostra), apontam para uma

tendência ao centramento narcísico, com uma representação de objeto atrelada e indiferenciada em relação à representação de si. Reforçamos novamente a possibilidade de haver uma dificuldade no estabelecimento dos limites entre dentro/fora, sujeito/objeto (Passalacqua, 2005).

**Tabela 18**

*Análise quantitativa dos fenômenos especiais nos protocolos de Rorschach no grupo de gestantes (n=10)*

Fenômenos especiais	Participantes										Total	(%)
	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10		
Uso do diminutivo	1	4	0	9	5	5	7	6	11	7	55	25.1
Resposta par	6	0	4	2	2	2	1	5	10	9	41	18.7
Resposta complexo	0	0	2	0	3	1	8	0	13	2	29	13.2
Referência de lembrança pessoal	3	1	2	1	1	1	3	1	3	1	17	7.8
Perseveração	2	0	0	0	0	0	1	2	0	4	9	4.1
Transparência	0	0	0	2	0	0	0	5	0	1	8	3.7
Resposta reflexo	0	0	0	1	2	0	2	1	0	0	6	2.7
Resposta de ligação	0	1	2	1	0	2	0	0	0	0	6	2.7
Conteúdo mórbido	1	1	0	1	0	0	2	0	0	0	5	2.3
Resposta "ou"	0	0	0	0	3	0	0	0	2	0	5	2.3
Verbalização desviante	1	0	0	0	0	1	0	0	1	0	3	1.4
Choque	1	0	0	1	1	1	0	0	0	0	4	1.8
Apoio ao clínico	2	0	0	1	1	0	0	0	0	0	4	1.8
Crítica ao material/sujeito/objeto	0	1	0	0	0	1	1	0	1	0	4	1.8
Gesticulação	0	0	0	3	0	1	0	0	0	0	4	1.8
Metamorfose	0	0	1	0	0	0	0	2	0	0	3	1.4
Fusão figura-fundo	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	3	1.4

Denegação	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	2	0.9
Referência a simetria	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	2	0.9
Tendência a contaminação	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	2	0.9
Perspectiva	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	2	0.9
Recusa	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0.5
Autorreferência	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0.5
Splitting	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0.5
Uso do aumentativo	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0.5
Comparação	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0.5
Total	17	8	13	26	21	17	28	23	41	25	219	100.0

#### 4.4 Problemática corporal e investimento nos limites

Nesta seção, iremos nos aprofundar na análise do grau de solidez/vulnerabilidade dos envelopes psíquicos e corporais das gestantes. Para isso, focaremos na problemática corporal e no investimento dos limites, melhor entendida como a capacidade do sujeito de bem delimitar e diferenciar o Eu do outro, o dentro do fora (Anzieu, 1989), capacidade essa fundamental tanto para uma representação de si saudável como para um funcionamento mental eficaz. Importante ressaltar que um investimento nos limites saudáveis é aquele que por um lado proporciona proteção contra invasões externas ao mesmo tempo que mantém a possibilidade de trocas entre o sujeito e o meio. Portanto, entendemos como funcionamentos patológicos, tanto barreiras demasiadamente frágeis, criando estados de confusão entre dentro/fora e deixando o sujeito suscetível de transbordamentos, como também sobreinvestimento nos limites a ponto de dificultar as trocas do sujeito com o meio (Chabert et. al., 2020).

Na seção anterior, apontamos na Tabela 17 para uma tendência grupal no sentido do aumento dos índices relativos aos determinantes formais (70% dos participantes) com F+%

rebaixado (50% das participantes). Entendemos, a partir disso, que esse aumento pode ser devido a mecanismos defensivos, por vezes falhos, de sobreinvestimento nos limites diante de solicitações pulsionais fortes demais para a capacidade atual de processamento do aparelho psíquico. O sobreinvestimento defensivo teria assim a função principal de evitar a emergência de conteúdos internos e possivelmente restringir/inibir a vida afetiva.

Ao considerar os indicadores que revelam o investimento nos limites nos protocolos de Rorschach (Tabela 4), observamos falhas significativas dos envelopes corporais no grupo de gestantes (Tabela 19).

### **Tabela 19**

*Indicadores dos investimentos nos limites nos protocolos de Rorschach das gestantes (n=10)*

	F%	F+%	F%ext	H%	H:Hd	H:(H)	G%	Anat%	B:P
P1	17.4	25	69.6	13	2:1	2:0	17.4	21.7	5:5
P2	50	60	60	0	0:0	0:1	60	10	4:3
P3	18.2	50	54.5	9.1	1:0	1:0	72.7	9.1	1:4
P4	50	60	70	20	1:1	1:1	30	10	4:3
P5	16.7	100	66.7	11.1	1:0	1:2	38.9	0	11:2
P6	58.3	57.1	75	16.7	1:1	1:0	8.3	8.3	3:1
P7	63.2	50	57.9	5.3	0:2	0:1	26.3	5.3	8:3
P8	51.7	46.7	65.5	17.2	4:1	4:0	27.6	44.8	3:15
P9	39.5	67.6	77.9	14	4:2	4:1	9.3	2.3	10:5
P10	60	42.9	42.9	0	0:0	0:0	5.7	60	22:2
Média	42.5	55.93	64	10.64	-	-	29.62	17.15	--
Norma*	29-38%	60-70%	67-75%	11-18%	-	-	42-54%	6.9%	4:2

\*Referencial normativo de Pasian (2000)

Na Tabela 19, encontramos diminuição em relação à norma dos índices de respostas humanas (H%) em 50% dos participantes e das respostas globais em 80% dos protocolos. O rebaixamento do índice de H% e de G% pode apontar para remanejamentos importantes na

identificação e integração do corpo, aspectos que parecem ser questões centrais vividas nesse período gestacional. É importante ressaltar que as proporções de conteúdo humano expressas nas fórmulas H:Hd e H:(H) parecem adequadas em 90% e 80% da amostra, respectivamente. Isso mostra que, ainda com o rebaixamento das percepções humanas, as gestantes mantêm a capacidade de perceber o outro e a si mesmo de forma integrada (Chabert, 2003).

Outro aspecto de análise do apelo ao corpo no Rorschach refere-se ao investimento nas barreiras, que pode ser analisado pelo índice de respostas barreira – penetração segundo Fischer e Cleveland (1958). No grupo das gestantes encontramos variações, como descritas a seguir: 40% dos participantes (5, 7, 9, 10) as respostas barreiras são nitidamente superiores à norma; 40% dos participantes (1, 3, 6,8) as respostas penetração estão aumentadas em relação à norma; 20% dos participantes (2 e 4) os índices barreira –penetração estão adequados à norma.

Em outras palavras, 40% da nossa amostra apresenta um índice de barreira-penetração, destacando barreiras demasiadamente investidas e 40% apresentam sinais de fragilidade das barreiras pelo índice de penetração aumentado. Esse resultado testemunha que essas gestantes podem estar vivenciando dificuldades na distinção entre o dentro e o fora, entre eu/não eu que podem ser próprias ao período da gestação, mesmo em casos não patológicos.

Em alguns casos, observamos falhas na função de para-excitação do Eu-Pele e alta porosidade dos limites internos. Ou seja, no auge das mudanças que ocorrem no final da gravidez, exacerbam-se fragilidades nos envelopes psíquicos e corporais. Segundo Cardoso (2015), o aumento da formalização pode apontar para um sobreinvestimento dos limites como defesa utilizada para afastar possíveis transbordamentos e dar maior contorno aos limites corporais e psíquicos, principalmente, para aquelas cujas bordas aparecem demasiadamente porosas/frágeis (ex: participante 8). Em outras palavras, os protocolos que mobilizam

mecanismos de defesa intensos ligados ao reforço do Ego e a seus envelopes (respostas de barreira B aumentadas) são numerosos tanto quanto aqueles com respostas de penetração, ambos mostrando movimentos subjacentes de desestabilização psíquica. Destaca-se, por exemplo, a Participante 3, "Aqui vejo um parto, saindo sangue da vagina. Um momento de expulsão de saída, de corte e de abertura. (?) Olha, acho que pela forma mesmo e a cor." (DDbl kp Sg/sexo)

Outro importante indicador da problemática relativa à integração da imagem corporal diz respeito a um aumento quase generalizado das respostas de Anatomia (em 70% da amostra). Vemos aqui um apelo ao corpo de forma mais crua e menos simbolizada (Tabela 20).



**Tabela 20**

*Análise qualitativa das respostas de Anatomia nos protocolos de Rorschach do grupo de gestantes (n=10)*

Participantes	Anat%	Respostas de Anatomia
P1	4,3	<p><b>Prancha I:</b>  <i>" Eu também fiz relação à pelve, porque eu tô muito com isso na cabeça (risos) Com o corpo. E é isso... (?) Esses dois formatos aqui do meio que tá em branco. O formato aqui ao redor. Como se aqui no meio tivesse a púbis. "</i> (Dd F- Anat)</p> <p><b>Prancha III:</b>  <i>"Uma pelve. (?) O formato e essas cores diferentes de preto e aqui embaixo como se fosse a cartilagem da pelve. Esse tom mais claro do preto."</i> (D FE Anat)</p> <p><b>Prancha III:</b>  <i>"Aqui parece um... não, aqui é um estômago, um fígado, não sei. (risos). Que engraçado esse desenho. Aqui é o estômago, o fígado não. É um estômago com a faringe. (?) A cor que me chamou atenção e o formato."</i> (D CF Anat)</p>
P2	10	<p><b>Prancha VIII:</b>  <i>"Parecem os órgãos do corpo aqui parecem os dois rins. (?) Os rins aqui, os dois rosa. O formato, e a disposição deles na imagem. "</i> (Dd FC- Anat)</p>
P3	9,1	<p><b>Prancha II:</b>  <i>"Aqui vejo um parto, saindo sangue da vagina. Um momento de expulsão de saída, de corte e de abertura. (?) Olha, acho que pela forma mesmo e a cor."</i> (DDbl kp Sg/sexo/Anat)</p> <p><b>Prancha II:</b>  <i>~Aqui parece uma bacia do corpo, que eu tenho visto na fisioterapia, o movimento do corpo, da bacia na abertura.~</i> (G kp Anat)</p>
P4	20	<p><b>Prancha I:</b>  <i>"Vejo um cox para falar a verdade, vejo esse ossinho bem daqui. Um sacro, remete a pelve não sei por quê. (?) Assim, aqui, tem uns furinhos assim atrás e aí é como se continuasse até o osso também. Esse é o sacro e o cox aqui. Pega aqui essa parte. O que fez pensar foi esses dois buraquinhos aqui e essa pontinha para baixo."</i> (DdDbI F- Anat)</p>

P5	16,7	<p><b>Prancha II:</b>  <i>"Um sistema reprodutor feminino menstruado. Acho que estou fazendo muita aula de parto. Aqui que seria a bacia que tem, né o espaço onde nasce o neném e aqui seria a vulva. Aí eu falei que eu lembrava a menstruação também né, esses risquinhos aqui que lembram sangue. (?)</i>  <i>O formato com o buraco no meio que seria a bacia né, a passagem do bebê, assim a parte óssea né e a parte que parece a vulva acho que é o formato também que lembra assim os lábios e o vermelho meio escorrendo que parece o sangue."</i> (DDbl kp Sang/Sex/Anat)</p>
P6	16,7	<p><b>Prancha II:</b>  <i>"Nossa não sei, um pulmão. Não vejo mais nada. (?) Acho que vendo as duas partes assim né. Todo o desenho e não sei... por essa parte mais avermelhada e o formato. São dois pulmões"</i> (D FC- Anat)</p>
P7	5,3	<p><b>Prancha X:</b>  <i>"Esse alaranjadinho me lembrou pulmão. Dois pulmões, o resto enxergo mais abstrato.(?) por causa da disposição que eles tao assim paralelos. E tem uma coisa no meio que pela anatomia que seria o coração."</i> (Dd FC- Anat)</p>
P8	44.8	<p><b>Prancha I:</b>  <i>"Me lembrou um pouco da fisionomia do útero. A partir das pontas, que assim são vários, não é isso? Pois é porque a gente também está vendo tanto isso, que foi o que ficou.</i>  <i>Esse formato aqui, mais aqui no meio, como se tivesse as trompas e ovários continuando... Como se aqui fosse o canal vaginal, o útero, as trompas."</i> (Dd F- Anat)</p> <p><b>Prancha II:</b>  <i>"Essa parte de cima parecem órgãos, 2 rins ou 2 pulmões, (?) Só esses dois aqui de cima. A parte de cima mesmo."</i> (Dd F- Anat)</p> <p><b>Prancha III:</b>  <i>"Essa parte de cima parecem órgãos, 2 rins ou 2 pulmões. (?) Só esses dois aqui de cima. A parte de cima mesmo."</i> (D FE Raio X/Anat)</p> <p><i>"Mas aqui também parece um pulmão com a costela.(?) Pulmão ou rins aqui Isso, bem aqui perto também"</i> (D F+ Anat)</p> <p><b>Prancha IV:</b>  <i>"Os ovários aqui, o formato assim (?) Isso, aí é tudo, como se fosse um raio X."</i> (G FE Anat/Raio X)</p> <p><b>Prancha VIII:</b>  <i>"Essa pareceu mais a fisionomia do útero. O órgão reprodutor feminino (?) Tipo um raio x colorido que mostra toda essa região"</i> (G C'F Anat/RX)</p> <p><i>"Com os ovários Ai aqui tem os ovários (?) Nessa região aqui"</i>(G F- Anat)</p> <p><i>"E a costela aqui do lado. (?)E aqui também parece que a costela tá junto de todo o resto"</i> (G F- Anat)</p> <p><b>Prancha X:</b></p>

		<p>"Essa tá parecendo uma demonstração dos órgãos separados, tipo aqui parece a traqueia e pulmão (?) Aqui, a parte cinza, nessa divisão por dois, o formato assim" (D F- Anat)</p> <p>"Aqui do lado, aparece como se fosse os rins.(?) Acho que esse aranjadinho aqui" (Dd FC Anat)</p> <p>"Puxando pra cá aqui parece o estômago (?) Esse marrom, parece um estômago" (Dd F- Anat)</p> <p>"Tipo um osso de coluna, a mesma imagem de cima duplicada (?) Sim, aqui tipo a vértebra." (D F- Anat)</p>
P9	7	<p><b>Prancha III:</b> "Dois pulmões no vermelhinho do meio mesma coisa da borboleta, mas pela cor mesmo que é como a gente sempre desenha ele né?" (D FC Anat)</p>
P10	60	<p><b>Prancha I:</b> "Eu vejo uma bacia, quase como um esqueleto. (?) Esse pedaço me fez lembrar, essas garrinhas seriam as espinhas." (Dd F- Anat)</p> <p>"Pode lembrar um coração... Assim, a forma dele aqui" (Dd F- Anat)</p> <p><b>Prancha III:</b> "Nossa, eu vejo muita anatomia nesses desenhos, mas aqui tem um encéfalo ali embaixo (?) Essa parte aqui toda." (D F- Anat)</p> <p>"Uns ventrículozinhos, aqui ao centro também né, dois negocinhos assim (?) Essa partezinha e essa partezinha." (Dd F- Anat)</p> <p>"Lembra o cérebro né, a anatomia do cérebro (?) Ah essa parte toda aqui também (risada)" (D F- Anat)</p> <p>"Ali, indo bem longe mesmo, parecem dois rins, nesses pontos vermelhos.(?) Aqui e aqui."(D FC- Anat)</p> <p><b>Prancha IV:</b> "Vejo uma coluna cervical aqui (?) Isso aqui no meio, a linha " (D F+ Anat)</p> <p>"As trompas... e é isso, não consigo ver mais nada (?) Esses dois aqui." (Dd F- Anat)</p> <p><b>Prancha VI:</b> "E uma coluna também, cervical de novo (?) A linha que se forma no meio" (Dd F- Anat)</p> <p><b>Prancha VII:</b> " Olha... uma bacia também aberta novamente, open book que a gente fala (?) Essa aqui é a parte de baixo e essa teria que tá assim, então tá aberta" (G F- Anat)</p> <p>"Um coração (?) Aqui e aqui" (Dd CF- Anat)</p> <p><b>Prancha IX:</b> "Uma coluna lá atrás. (?) Uhum, isso aqui. O formato." (Dbl F- Anat)</p> <p>"Cara, uma bacia de novo (?) O que tá em verde." (Dd FC Anat)</p>

	<p><i>"E parecem ter duas vértebrinhas (?) Esses aqui e esse espaçozinho." (Dd FE Anat)</i></p> <p><b>Prancha X:</b>  <i>"Novamente, eu tô vendo o esqueleto da bacia (?) Tudo isso aqui, mas o rosa principalmente" (Dd FC- Anat)</i></p> <p><i>"Aí, isso me lembra também como se fosse quando a gente coloca contraste e faz uma bifurcação de veias (?) Isso aqui" (D CF→ kob Anat)</i></p> <p><i>"Dois óvulosinhos e um deles tá saindo de um lado (?) Os dois estão sendo liberados, esse e esse. Os óvulos dominantes." (D kp Anat/Sex)</i></p> <p><i>"Trompas (?) É como se fosse isso aqui também, o amarelo aqui são as trompas e o outro são os óvulos" (Dd FC- Anat/Sex)</i></p>
--	--

Nas respostas apresentadas na Tabela 20, vemos a importância das representações anatômicas, em particular, aquelas relacionadas diretamente à anatomia sexual feminina (vagina, trompas, útero, ovário), como também da região da barriga (bacia, pelve, coluna). Esse tipo de resposta deixa a impressão de que as participantes projetam no Rorschach o impacto do que elas sentem e experimentam no corpo durante a gestação.

As respostas anatômicas são dadas quase coladas ao real do corpo, com investimento na anatomia da pélvis e no parto, com pouquíssimas respostas mais simbolizadas. De certo modo, o trabalho de transformação do psiquismo não pode acontecer quando o real, por vezes impregnado de uma dimensão traumática, ocupa todo o espaço psíquico. No último trimestre de gestação, as mudanças corporais atingem seu auge e a expectativa do parto também preenche o imaginário, talvez até sobrecarregando o aparelho psíquico ainda sem possibilidade de mentalizar a experiência vivida no corpo. A permeabilidade psíquica com o surgimento de representações inconscientes e o afrouxamento das forças do recalcado, geralmente descrita durante o período gestacional e pós-natal (Bydlowski, 1997), podem ser facilmente lidas neste tipo de resposta.

Em suma, esses resultados mostram como a gravidez pode modificar a representação de si e os limites do Eu-pele (Belot, 2014). Encontramos sinais tanto de fragmentação e porosidade das fronteiras como também de enrijecimentos defensivos de um Eu em busca de unidade. Analisaremos a seguir como a dinâmica afetiva se apresenta diante desse quadro de fragilização dos envelopes psíquicos e corporais.

#### 4.5 A dinâmica dos afetos

Nesta seção, faremos a análise da afetividade das participantes a partir das fórmulas dos tipos de vivências (K:  $\Sigma C$  (TRI); k:  $\Sigma E$  (TL) e frequência de respostas nas últimas três pranchas em relação ao número total de respostas (RC%) na gestação e pós-parto, como indicado na Tabela 21. Depois analisaremos os determinantes sensoriais e os controle interno e externo no Rorschach.

**Tabela 21**

*Tipo de vivência no Rorschach das gestantes (n=10)*

	TRI		TL		RC%
	Gestação	Norma*	Gestação	Norma*	Gestação
Extratensivo	70%	41.5%	20%	15.3%	50%
Introversivo	30%	17.8%	80%	65.9%	20%
Ambigüal	0%	3.5%	0%	2.0%	30%
Coartado/ Coartativo	0%	37.8%	0%	16.8%	0%

\*Referencial normativo de Pasion (2000)

Ao analisarmos a vivência afetiva na gestação, identificamos a predominância do Tipo de Ressonância Íntima extratensiva (70% das participantes), seguido em menor proporção (30% das participantes) do Tipo de Ressonância Íntimo introversivo. Sendo assim, nas participantes

(1,2,3,5, 7, 8 e 10) observamos uma tendência de manifestar a afetividade de forma mais direta no mundo externo, apontando para funcionamentos mais expressivos, voltados para o mundo externo. O tipo de adaptação ao meio parece ser muito mais determinado pelos afetos do que pelo pensamento. Essas gestantes apresentam um TRI extratensivo dilatado, mostrando um grau de capacidade reflexiva e vivência interiorizada dos afetos. Nas participantes (4, 6, e 9), 30% da amostra, apostamos em personalidades mais centradas em si e reservadas (Traubenberg, 1970). Assim, essas participantes podem demonstrar tendência a adotar características inibitórias, se apoiando em uma função lógica para mediar o contato com o mundo externo. Importante ressaltar que nenhuma das gestantes apresenta TRI coartado ou coartativo que indicaria um funcionamento de personalidade mais restritivo e com tendência depressiva, do ponto de vista dos afetos.

Em contrapartida, em relação às tendências latentes (T.L), nota-se, pelo contrário, que a maior parte das gestantes (80%) apresenta Tendência Latente introversiva. A princípio esse resultado pode parecer contraditório, levando em consideração a análise do TRI apontada previamente. Contudo, segundo Traubenberg (1970), os dois tipos de vivência não se opõem, eles apenas apontam para orientações diferentes de sensibilidade. Para a autora, são funções psíquicas diferentes. Enquanto o TRI representa a atitude fundamental da personalidade para consigo mesma e com o meio, o índice TL revela a presença ou não da angústia, tendo um papel complementar ao TRI e sendo um indicativo potencial em relação ao que está atualizado pela ressonância íntima (Traubenberg, 1970), ou seja, podemos pensar que por mais que as mulheres gestantes estejam expressando as vivências afetivas de forma direta, a angústia experimentada nesse momento de gestação parece estar sendo vivida internamente mais do que exposta externamente.

Quanto ao índice de reatividade (RC), temos 50% da amostra das gestantes com um tipo de vivência extratensiva, apontando mais uma vez para uma reatividade afetiva que pode ocorrer em função da sensibilidade do momento da gestação. As mulheres parecem ser tocadas por solicitações regressivas, ressaltando a permeabilidade e hipersensibilidade maior da nossa população à cor. Por outro lado, 20% da amostra teve um RC do tipo introversivo indicando uma tendência ao desequilíbrio entre as funções introversivas e extratensivas. Por outro lado, encontramos também o Tipo de Ressonância ambigüal em 30% da amostra, indicando um possível equilíbrio entre as funções introversivo e extratensivas. Ressaltamos assim, a heterogeneidade dentro do grupo e a importância de se analisar de forma mais aprofundada os indicadores afetivos do grupo de gestantes apresentados na Tabela 22.

## **Tabela 22**

*Análise dos indicadores afetivos do grupo de gestantes (n=10)*

Participantes	C%	E%	C:E	Choques	Recusas
P1	23.9	13	5.5: 3	Pr. IV	Pr. VI
P2	30	0	3:0	-	-
P3	27.3	9.1	2:1	-	-
P4	5	0	0.5:0	VI e IX	-
P5	33.3	5.6	6:1	Pr.X	-
P6	4.2	0	0.5:0	Pr.II	-
P7	13.2	2.6	2.5:0.5	-	-
P8	12.1	8.6	4:2.5	-	-
P9	7	7	3:3	-	-
P10	15.7	1.4	5.5:0.5	-	-
Média	17.17	4.73	-	-	-
Norma*	17.9	15.6	-	-	-

\*Referencial normativo de Pasion (2000)

É interessante observar uma tendência do grupo como um todo para descargas empreendidas de forma inadequada ( $\sum C > \sum E$  em 90% dos casos) com presença de choques e recusas (participantes 1, 4, 5 e 6), indicando possíveis falhas na função de para-excitação do Eu-pele (Linhares & Pinheiro, 2009). Outro ponto em comum é a diminuição tanto das respostas de esfumaçado (100% da amostra) como das respostas de cor no geral (60% das gestantes) em relação aos dados normativos. Lembrando que as respostas de esfumaçado refletem, entre outras coisas, a sensibilidade do sujeito a reativações de experiências precoces relacionadas ao meio ambiente e as respostas de cor nos mostra o lugar do afeto e a capacidade de expressão do sujeito nessa área (Chabert, 2003). Sendo assim, esse resultado nos surpreende, uma vez que esperaríamos justamente um aumento das respostas de cor e de esfumaçado, tendo em vista a maior sensibilidade às solicitações regressivas inerentes ao período gestacional.

Esses são assim importantes desvios observados neste estudo relacionados à dificuldade do trabalho psíquico (da mentalização), à intensidade das reativações pulsionais subjacentes e às consequentes tentativas de controle do excesso pulsional. Esses achados andam de mãos dadas com o aumento do controle formal observado anteriormente na Tabela 23 com a análise dos controles internos e externos no Rorschach das gestantes.

### **Tabela 23**

*Fórmulas de controle interno e externo no Rorschach das participantes (n=10)*

Participantes	FC: CF+C	FE:EF+E	FC':C'F+C'	FClob:ClobF+Clob	K:kan+kob+kp
P1	4:3	4:1	1:0	0:0	2:4
P2	1:1	0:0	1:1	0:0	1:0
P3	0:2	2:0	0:0	1:0	1:2
P4	1:0	1:0	0:0	0:0	1:2
P5	1:4	2:0	0:1	1:0	1:5



P6	1:0	0:0	0:0	0:0	1:3
P7	2:1	1:0	1:0	0:0	0:2
P8	2:1	5:0	5:0	0:0	2:1
P9	6:0	4:1	4:1	0:1	5:7
P10	6:4	1:0	1:0	0:0	0:2

Ainda que a nossa população tenha uma vivência afetiva majoritariamente extratensiva com um controle interno prejudicado ( $K < kan + kob + kp$  em 80% dos casos), encontramos um maior domínio das representações sobre o afeto ( $FC \geq CF + C$ , em 80%;  $FC' \geq C'F + C'$  e  $FClob \geq ClobF + Clob$  em 90%;  $FE \geq EF + E$  em 100%), ou seja, mesmo diante de emergências afetivas e de desorganizações internas importantes, as gestantes mantêm o controle sobre os afetos. Muito embora o domínio das representações sobre o afeto seja comumente interpretado como um bom exercício da capacidade de mentalização (Tychev et al., 2000), considerando o aumento do controle formal generalizado, ele é, provavelmente, indicativo de uma retenção defensiva dos afetos muito mais do que de uma elaboração ao nível simbólico propriamente dito (Cardoso, 2015). Mais uma vez vemos indícios de que parece haver uma tentativa de evitar a emergência dos conteúdos internos em função, possivelmente, da restrição dos recursos de elaboração ou pelo excesso pulsional que supera as capacidades de mentalização atuais. No entanto, reforçamos a necessidade de uma avaliação individual dos casos, qualitativamente e quantitativamente, para aferirmos essa hipótese de forma mais precisa

#### 4.6 A mentalização e representação de si nas respostas cinestésicas

Na Tabela 24, analisaremos as respostas cinestésicas (K, kan, kob e kp) com foco principalmente nas respostas de cinestesia humana (K) que, quando de boa qualidade, traduzem não só as possibilidades do sujeito de situar-se em um espaço transicional, evidenciando as

capacidades de mentalização, como também as suas capacidades identificatórias (Belot, 2014; Trautenberg, 1970).

#### **Tabela 24**

*Análise dos determinantes cinestésicos no grupo de gestantes (n=10)*

	K%	$\Sigma k\%$	K: $\Sigma k$
P1	8.7	17.4	2:4
P 2	10	0	1:0
P 3	9.1	27.3	1:3
P 4	10	20	1:2
P 5	5.5	27.8	1:5
P 6	8.3	25	1:3
P 7	0	10.5	0:2
P 8	6.9	3.4	2:1
P 9	11.6	16.3	5:7
P 10	0	5.7	0:2
Média	7.01	15.34	-
Norma*	8.2	22.4	1:2.7

\*Referencial normativo de Pasion (2000)

Ao considerar a Tabela 24, constatamos que 40% das participantes (5, 7, 8 e 10), apresentam um rebaixamento das respostas de movimento humano em relação à norma ou até mesmo uma ausência total de tais respostas, no caso duas participantes apresentam  $K=0$ . Por sua vez, 60% das gestantes (participantes 1, 2, 3, 4, 6 e 9), produziram respostas de movimento humano compatíveis ou superiores aos dados normativos.

No caso do primeiro grupo, o rebaixamento das respostas de movimento humano (K) pode indicar tanto dificuldades do aparelho psíquico em simbolizar os processos identificatórios e relativos à representação de si, como também prejuízos na capacidade de mentalização.

Tratando-se das participantes que apresentam  $K=0$  (participantes 7 e 10), as defesas psíquicas

parecem apontar para a direção da inibição e do “congelamento pulsional” (Chabert, 2003) como forma de barreira contra invasões externas e/ou internas. Aqui vemos também maiores comprometimentos na capacidade de identificação e maiores fragilidades na representação de si.

No caso das participantes que apresentaram respostas compatíveis ou superiores à norma, destaca-se a qualidade das capacidades de pensamento, bem como uma possibilidade de trabalho psíquico de mentalização mais eficiente. As grandes cinestésias representam, de fato, o espaço transicional por excelência e o reflexo das capacidades de elaboração psíquica do sujeito no Rorschach (Belot, 2014). Outro fator associado à presença satisfatória de respostas K é a elevada capacidade empática (Trautenberg, 1970), possibilidade compatível com o estado de preocupação materna primária esperado para esse período gestacional. A presença significativa de respostas de movimento neste grupo pode também mostrar que as gestantes apresentam boa capacidade de identificação ou que estejam em busca de modelos de identificação (Trautenberg, 1970/1988). Apostamos na segunda possibilidade como característica dessas gestantes, uma vez que os resultados referentes à problemática corporal apontam para fragilidades da imagem corporal e representação de si mais ou menos importantes em toda a amostra. Ainda, o excesso de K, associado com o rebaixamento do F% em alguns casos, pode indicar um funcionamento altamente projetivo devido a fragilidades dos limites entre o eu e o outro, reforçando a necessidade de uma análise individual para maiores esclarecimentos dessa hipótese.

Tratando-se das pequenas cinestésias ( $\Sigma k$ ), elas aparecem diminuídas em relação à norma, porém aumentadas considerando as cinestésias humanas (K) em 80% da amostra. Além desse resultado ser indicativo de falhas no controle interno, ele pode apontar para a sobrecarga no aparelho psíquico. Este pode se encontrar inundado pelas solicitações regressivas, próprias da gravidez, o que explicaria o rebaixamento das pequenas cinestésias e também das respostas de

esfumaçado (como visto anteriormente). Entendemos essa proporção de  $K < \Sigma k$  como um possível indicador do excesso que transborda de difícil processamento e, portanto, projetado em figuras distanciadas do humano, deslocadas para os animais e objetos. De fato, para Traubenberg (1970), quanto menos aceitas forem as projeções do sujeito, mais estas devem ser distanciadas do humano e deslocadas, primeiro para o animal, e depois para o objeto e/ou para a parte humana incompleta. Sendo assim, parece que as mulheres provavelmente lidam, nesse momento de transparência psíquica, com estados afetivos e representações que demandam demais do aparelho psíquico, e podem ser até mesmo insuportáveis, para que o Ego consiga integrá-las.

Em uma análise qualitativa das respostas cinestésicas K (Tabela 25), pretendemos avaliar a natureza da elaboração simbólica das pulsões - fator importante para a apreciação da mentalização (Tychev et al., 1991, 2000). Lembrando que se considera uma rica elaboração mental da pulsão quando o sujeito for capaz de produzir uma resposta cinestésica com um cenário relacional efetivo por meio de uma interação real entre os protagonistas (Rebourg et al., 2008). Por outro lado, segundo Rebourg et al. (2008) quando a resposta vem acompanhada de uma clara valência sexual ou agressiva, podemos considerar como falhas na capacidade de mentalização das pulsões.

Tabela 25

*Respostas de movimento humano nos protocolos das mulheres gestantes (n=8)*

	K	Resposta K
P 1	2	<p><b>Prancha VII:</b> "Aqui são duas mulheres uma olhando para outra. (?) Aqui ó. Essa é a primeira mulher. Essa é a segunda mulher. Aqui a cabeça dela aqui e tira isso daqui. O formato do rosto aqui em cima, e como se fosse uma expressão delas duas uma olhando para outra"</p> <p>"Aqui também tem outras mulheres, mas olhando para fora (?) O formato aqui."</p>
P 2	1	<p><b>Prancha II:</b> "Para mim parecem dois duendes, batendo as mãos, tocando as mãos. (?) Aqui eu vi o chapéuzinho e as mãozinhas aqui. . . batendo. [A imagem inteira?] É, mas o que me levou a ver mais foi o bater das mãos."</p>
P3	1	<p><b>Prancha III:</b> "Aqui parece duas pessoas se olhando, me vem a palavra "encontro" na cabeça e pessoas que não tem como ver a forma tão definida da outra pessoa. É sempre uma coisa meio borrada mesmo, mas que se olham."</p>
P 4	1	<p><b>Prancha III:</b> "Eu vejo duas mulheres fazendo tipo uma cerâmica, uma de frente para outra. Como se elas tivessem compartilhando alguma coisa. (?) Uma mulher parece que ela tá assim de frente assim. Até o saltinho, o sapato, o peito, o nariz. Aqui parece que ela tá fazendo cerâmica com aquele negocinho de cerâmica assim. Esse movimento, e o que eu acho que elas tão compartilhando é aqui, uma conversa ou um coração."</p>
P5	1	<p><b>Prancha VII:</b> "Duas senhorinhas brigando ou dançando. Acho que só. (?) É aqui, né? Cada senhora seria uma metade, aqui seria um chapéu tipo de pena assim? Cabelo, nariz, o queixo bem pra frente assim, por isso que eu falei brigando porque elas estão tipo com o queixo bem pra frente e a as mãos aí elas poderiam brigar ou dançando ou tipo com raiva assim. Aí embaixo seria a saia do vestido aquelas aquelas saias com bumbum assim bem grandão de de desenho"</p>
P 6	1	<p><b>Prancha III:</b> "Não sei parece duas pessoas dançando, um balé, alguma coisa assim. É, acho que eu vejo isso, duas pessoas, com as pernas pra cima, alguma coisa assim, dançando, não sei. Vejo isso. (?) O formato mesmo, parece o corpo de alguém com a perna. Me pareceu mais nítido essa. Cabeça no corpo, pescoço e perna"</p>
P 8	1	<p><b>Prancha I:</b> "Duas mãos como se fossem duas pessoas abraçadas, levantando as mãos da mesma forma (?) Aqui, só essa parte do meio aqui"</p> <p><b>Prancha III:</b> " Duas pessoas, uma de frente pra outra, como se tivesse segurando alguma coisa (?) Essa parte aqui, tirando isso do meio, exatamente essa parte aqui, tem os pézinhos e tá espelhado."</p>

P 9	5	<p><b>Prancha II:</b> "Duas pessoas encostando as mãos uma na outra, se cumprimentando assim ou dançando, o joelho também tá encostando (?) Primeiro eu vi dois rostos aqui, tem o nariz, a boca e aqui são as mãos e o corpo e o joelho se encostando por isso tá dançando"</p> <p><b>Prancha III:</b> " Duas pessoas tocando algum instrumento de percussão, tipo um tambor ou uma caixa. Duas mulheres provavelmente porque tem seios e saltos (?) Só a parte preta aqui, aí como parecem seios eu associei a mulher e aqui o tambor"</p> <p><b>Prancha IV:</b> "Tipo pé grande, cabeça pequenininha e o pé grandão (?) É porque olhando esse desenho todo, aqui parece uma cabeça bem pequena e o tronco e parece uma pessoa andando meio desengonçado tipo o pé grande"</p> <p><b>Prancha VII:</b> "Parecem duas pessoas se olhando, dois índios talvez porque tem um negócio que parece uma pena. (?) Essa parte aqui de cima seria o rosto, aqui a pena e aqui embaixo o corpo e eles estão se olhando."</p> <p><b>Prancha VII:</b> "Embaixo tem outras pessoas, mas elas estão olhando para lados opostos e elas tem um topete na cabeça, estão meio emburradas com a cara fechada. (?) Esse outro pedacinho aqui, que tem o olho e o topete. Esse parece bem emburrado, mais que a outra"</p>
-----	---	--

Em relação às participantes que produziram respostas de movimento humano, constatamos que todas elas conseguiram, com maior ou menor qualidade, criar cenários relacionais de interação entre os protagonistas - ainda que não em todas as respostas. Um exemplo de uma boa elaboração mental é a resposta da participante 4, na prancha II (prancha caracterizada por reativar modos relacionais cujos investimentos pulsionais são massivos, particularmente no seu caráter agressivo): "Eu vejo duas mulheres fazendo tipo uma cerâmica, uma de frente para outra, como se elas tivessem compartilhando alguma coisa". Essa gestante denota uma interação positiva nessa resposta, de boa qualidade, em que existe capacidade empática e a pulsão parece estar bem integrada no psiquismo.

Outras participantes, contudo, ainda que tenham apresentado respostas com interação entre protagonistas, a pulsão agressiva se fez notar, diretamente, de forma menos mentalizada. Um exemplo é a resposta da participante 5: Prancha VII: "Duas senhorinhas brigando ou dançando. Acho que só". Essa prancha solicita que o avaliando elabore a imago da mãe primitiva, por consequência, o feminino e o maternal (Chabert et al., 2020). Vemos aqui, mais

explicitamente, a presença da ambivalência em relação ao maternal. Esse também é o caso das participantes 5, 2 e 9, uma vez que apresentaram respostas de movimento humano em que a ambivalência materna foi mais aparente e a mentalização falha. Podemos sugerir que essa ambivalência pode ser efeito do processo regressivo desencadeado pela maternidade.

Outro resultado relevante refere-se a quatro participantes (2, 4, 8, 9) que apresentam respostas cinestésicas (K) com incidência de conteúdos de respostas de ligação. Revelando a mobilização dessas gestantes na direção do outro pelas expressões utilizadas, como: encostando, abraçados. Um exemplo disso pode ser a resposta dada pela participante 9 à prancha II: "Duas pessoas encostando as mãos uma na outra, se cumprimentando assim ou dançando, o joelho também tá encostando". Ou seja, muito embora essa participante apresente um valor aumentado de cinestésias humanas ( $K=5$ ), as respostas de ligação parecem indicar uma tendência ao estabelecimento de relações de dependência (Passalacqua & Gravenhorst, 2005). O que dentro do contexto da preocupação materna primária pode ser indicativo de uma propensão à relação de dependência necessária da relação mãe/bebê. Pensamos também que esse resultado seja coerente com o momento de gestação, tendo em vista que mãe e filho estão literalmente ligados e confundidos - à criança ainda presente dentro do corpo materno. De novo, uma análise individual de cada caso se faz necessária.

Além disso, outro aspecto que permite analisar se há fragilidades na representação de si na nossa amostra é a questão da identificação ao feminino e ao masculino relativo às diferenças de sexos. De fato, ainda que algumas participantes produzam respostas bem-vistas com protagonistas femininas (participantes 5, 4 e 1), indicando uma identificação ao feminino, ou masculinos (participante 2). Muito frequentemente, 40% do grupo avaliado não define o gênero/sexo do personagem humano em movimento (participantes 6, 8, 9 e 3). Nessas gestantes,

as respostas de movimento humano são “pessoas” de sexos indefinidos. Supomos a partir disso, e corroborando com os achados anteriores, que no grupo avaliado pode haver instabilidade dos processos de identificação que acompanham o processo da gestação.

#### **4.6 Principais achados decorrentes da análise do Rorschach das gestantes**

Os protocolos das gestantes se mostram majoritariamente produtivos (dentro ou acima da norma), com exceção de três participantes que apresentam um rebaixamento do total de respostas. Essa tendência pode ser devido ao estado de transparência psíquica, uma vez que há um resultado esperado do rebaixamento das defesas, ou seja, da ausência ou da diminuição do freio imposto pela censura mental, trata-se justamente do retorno do recalado e de um aumento da produção de respostas. Percebemos, além disso, uma tendência grupal para o pensamento concreto, com apego aos detalhes e às minúcias em detrimento da percepção global.

Hipotetizamos que esse foco maior nos detalhes em detrimento do todo seja característico do estado de preocupação materna primária. De fato, a mulher, sendo convocada a se ajustar aos mais discretos sinais não verbais do bebê, logicamente, estaria mais sintonizada aos detalhes perceptivos. Outro sinal de que a preocupação materna primária já está em exercício no final da gestação e, portanto, em consonância com as observações de Winnicott (1975), é justamente o rebaixamento dos indicadores de socialização (Belot, 2016). De fato, encontramos um rebaixamento das respostas animais (A% rebaixado em 60% da amostra), das respostas humanas (H% rebaixado em 60% da amostra) e também das respostas banais (em 70% da amostra).

Os dados mostram também uma maior sensibilidade ao vazio em todas as gestantes do grupo. Segundo Bydlowski (2007), durante a gestação o bebê é sonhado com expectativas de reparar e preencher vazios, lutos e perdas, o que explicaria a maior sensibilidade ao vazio. Vemos em algumas gestantes (40% das participantes), contudo, dificuldades para mentalizar,



para usar o branco da prancha como apoio para a construção de um enquadre, de um fundo/suporte para a representação. Encontramos, nesses casos, respostas Dbl majoritariamente atreladas ao concreto da prancha ou ao concreto do corpo. Essas participantes produziram respostas pouco simbolizadas, seja de Sangue, Sexo ou Anatomia. Em contrapartida, o outro grupo de gestantes (60% da amostra) logrou fazer um uso do branco de forma satisfatória, com presença de movimento e boa capacidade de formalização. Entendemos que, para algumas mulheres, o branco que remete ao vazio pode ser organizador ou desorganizar dos processos de simbolização. Isso pode ocorrer, possivelmente, nos casos com falha de simbolização devido ao reencontro com o traumático catalisado pelo branco da prancha. Podemos dizer que a capacidade de mentalização dessas gestantes parece estar sobrecarregada e por vezes a simbolização é prejudicada. Enquanto outras, ainda que afetadas pela carga depressiva do branco, que remete a experiência do vazio, conseguem formalizar positivamente e manter o controle do afeto (respostas do tipo FC' são comuns nesse grupo).

Além disso, os resultados mostram a presença de angústia elevada em 60% da nossa amostra comparada aos dados normativos. Levando-se em consideração a fórmula da angústia, vemos indícios de preocupações corporais, uma vez que os valores de Anatomia e Hd se mostram consideravelmente aumentados em relação aos dados normativos. Contudo, 40% da amostra manteve índices relativamente baixos de angústia, apontando possivelmente para um trabalho satisfatório dos mecanismos de mentalização e para-excitação, ressaltando assim a heterogeneidade dentro do grupo. Segundo Belot (2014), índices de angústia elevados no período peri e pós-natal podem testemunhar uma forma de fratura no plano psíquico e indicam uma permeabilidade dos limites do Eu. Segundo a autora, na experiência da gravidez e do parto, o Eu pode não conseguir conter as múltiplas fraturas das quais é alvo. A intensidade do que está em

jogo nos planos psíquico e corporal desestabiliza profundamente o Eu do sujeito, que, após transformações, pode ser fortalecido.

Nesse contexto, percebemos frequentemente fragilizações mais ou menos importantes da representação de si, com dificuldades de identificação, de diferenciação entre eu/outro e na integração do corpo. Um resultado relevante nesse sentido foi o aumento notável de respostas de anatomia, em particular, aquelas relacionadas diretamente à anatomia sexual feminina (vagina, trompas, útero, ovário), como também da região da barriga (bacia, pelve, coluna).

Testemunhamos, assim, uma possível fragilização das defesas com aumento da regressão durante esse período, o que permite a emergência de respostas cruas e aumento da permeabilidade inconsciente. Esse resultado está em consonância com a teoria de Bydlowski (2002) a respeito da transparência psíquica na gestação. A impressão que temos é que as gestantes relatam, sem filtro do pré-consciente, as vivências sentidas no corpo. Hipotetizamos que o amortecimento conferido pelo trabalho psíquico não pode acontecer diante das mudanças corporais vividas e do real que transborda. Nesse ponto, tratando-se das preocupações corporais, o trabalho da mentalização se vê comprometido e a simbolização prejudicada. De fato, respostas anatômicas refletem o impacto do evento corporal do parto e podem até mesmo refletir preocupações anteriores relacionadas ao estado de gravidez. Segundo Belot et al. (2021), as preocupações ligadas ao corpo são centrais nessa fase da vida e surgem de forma mais ou menos direta. A intensidade dos ajustes psicológicos e corporais pode interferir nas atividades de simbolização e secundarização, revelando emergências mais numerosas de processos primários

Diante desse cenário, observamos uma desestabilização das defesas com tendência ao estabelecimento de operações defensivas rígidas para evitar possíveis transbordamentos e lutar contra as fragilidades do mundo interno e dos seus limites, mais especificamente, encontramos o

que seja uma porosidade dos limites do eu, ou das barreiras demasiadamente rígidas. Vemos por um lado uma tendência para o aumento do controle formal durante a gestação (F% elevado em 70% da amostra) e, por outro lado, uma diminuição do mesmo (F% diminuído em 30% da amostra). Essa frequente tendência para a formalização pode estar atrelada a um maior investimento nos limites como mecanismo de defesa para garantir a integridade do Ego, em uma tentativa de controlar o excesso da emergência pulsional diante da transparência psíquica e mudanças corporais que se instalam. De fato, segundo Chabert (2003), a presença de um formalismo excessivo (aumento do F%) associado a um controle moderadamente eficaz, que está destinado a falhar em parte devido ao surgimento de engramas F- com significado dinâmico, indica uma preferência pela utilização da realidade externa como defesa contra a realidade interna. O grupo com maior porosidade dos limites são as mulheres consideradas "à flor da pele", em outras palavras, as mais passíveis de inundação pulsional. De todo modo, os indícios de desestabilização psíquica são visíveis em toda a amostra, seja pela porosidade ou pelo sobreinvestimento nos limites. Essa desestabilização também pode ser lida através dos índices aumentados de respostas penetração ou pelo aumento das respostas barreira, responsáveis pelo uso de mecanismos de defesa específicos.

Diante do rebaixamento do controle interno com emergências afetivas e pulsionais internas importantes nas gestantes ( $K < kan + kob + kp$  em 80%), as participantes aparentemente mantiveram o controle sobre os afetos ( $FC > CF + C$ ,  $FC' > C'F + C'$  e  $FClob > ClobF + Clob$  em 90%;  $FE > EF + EF$  em 100%). Muito embora o domínio das representações da capacidade de mentalização, se analisado de forma conjugada com o aumento do controle formal generalizado, ele é provavelmente indicativo de uma repressão defensiva dos afetos, muito mais do que de uma elaboração ao nível simbólico propriamente dita. Observamos, além disso, uma diminuição tanto

das respostas de esfumaçado (100% das gestantes) como das respostas de cor no geral (60% das gestantes) em relação aos dados normativos. Esse resultado foi surpreendente, uma vez que esperaríamos justamente um aumento das respostas de cor e de esfumaçado, tendo em vista a maior sensibilidade afetiva e as solicitações regressivas inerentes ao período gestacional. Vemos, assim, uma tentativa, ainda que falha, de reagir na direção do controle do excesso pulsional. Dizemos falha porque é acompanhada de conteúdos psíquicos e descargas empreendidas de forma inadequada ( $\Sigma C > \Sigma E$  em 90% dos casos) com presença de choques e recusas (participantes 1, 4, 5 e 6), indicando possíveis prejuízos na função de para-excitação do Eu-Pele.

Todos esses resultados mostram como as vivências em torno da gravidez podem enfraquecer os limites do ego do sujeito e, também, as estratégias psíquicas para enfrentar este intenso período de desestabilização, colocando em xeque a identidade (Belot, 2014). No entanto, é necessário observar que algumas mulheres mostram maiores recursos psíquicos para o atravessamento desse momento, enquanto outras mostram maiores fragilidades.

Ainda que existam fragilizações dos indicadores de mentalização de forma mais generalizada: Dbl% aumentado com frequência dos modos de apreensão distantes da norma (G%, D% e Dd%);  $\Sigma k > K$  em 80% da amostra; índice de Angústia elevado em 60% dos casos; presença de choques e recusas;  $\Sigma C > \Sigma E$  em 90% dos casos; tendência para as defesas rígidas (F% aumentado em 70% dos casos; F+% aumentado em 90% dos casos); algumas gestantes apresentaram indicadores de mentalização menos comprometidos e operantes, a saber: presença e boa qualidade das respostas de movimento humano, com cenário relacional; índice de angústia  $< 13,3\%$ ; Dbl% aumentado, porém, com respostas bem simbolizadas; menor frequência de respostas de anatomia e sangue. Outras, por sua vez, mostram variáveis mais preocupantes e indicadores de mentalização gravemente prejudicados com: diminuição ou ausência de respostas

K; índice de angústia elevado; aumento considerável de respostas de anatomia e sangue; Dbl aumentado acompanhado de respostas cruas, pouco simbolizadas.

Reforçamos assim a heterogeneidade dentro do grupo e levantamos a importância de uma análise individual, pois esses resultados não representam uma lei universal, mas sim uma tendência observada analisando-se o grupo como um todo. Mesmo sem sintomas patológicos específicos, algumas gestantes podem precisar de maior suporte ou de uma ancoragem do ambiente para atravessarem o período da gestação, parto e pós-parto.

## Capítulo V

### **Análise longitudinal dos processos psíquicos e seus impactos no corpo e psiquismo no Rorschach de mulheres na gestação e no pós-parto**

Neste capítulo, analisamos os dados dos protocolos de Rorschach das mulheres na gestação e no período pós-natal. Da mesma forma do que no capítulo anterior, neste estudo exploratório, buscamos avaliar os resultados comuns ao grupo, evitando análises individuais neste momento. Como referência usamos não só os mesmos dados normativos da população adulta brasileira (Pasian, 2010), como também realizamos uma comparação dos resultados encontrados no período pós-natal com aqueles encontrados na gestação. Visamos identificar resultados singulares diante dos dados normativos e também buscamos entender de forma dinâmica como as problemáticas encontradas na gestação evoluíram no pós-parto.

#### **5.1 Análise dos modos de apreensão e adaptação social e seus impactos no psiquismo**

Nesta seção, focalizaremos mais especificamente na produtividade, nos modos de apreensão e na adaptação social, buscando semelhanças e diferenças entre esses dois momentos tão particulares na vida das mulheres participantes desta pesquisa. A Tabela 1 indica a produtividade e o ritmo na gestação e pós-parto e a Tabela 2 os modos de apreensão nesse mesmo período.

**Tabela 26***Produtividade e ritmo no Rorschach na gestação e no pós-parto (n=10)*

Participantes	Gestação			Pós-parto		
	TLM	TMD	R	TLM	TMD	R
P1	14.1"	35.5	23	6.1	29.5	19
P2	11.2"	23.4	10	11.5	39.7	14
P3	7.5"	49.8	11	6.7	29.1	17
P4	22.1"	45.4	10	4.6	39.6	31
P5	5.5"	32.6	18	4.6	39.6	31
P6	42.7"	75.7	12	37.7	59.8	11
P7	31.8"	83.8	19	11.4	38.5	17
P8	8.1"	64.2	29	8.5	60.3	29
P9	8.2"	59.9	43	7.6	62.5	42
P10	9.2"	66.9	35	11	53	26
Média	16"	53.72	21	11	45.16	23.7
Norma*	10"-25"	20-30	12-15	10"-25"	20-30	12-15

\*Referencial normativo de Pasian (2000)

Analisando a Tabela 26, percebemos que as participantes mantiveram, em sua maioria, um número de respostas totais semelhantes antes e depois do parto, ou seja, uma produção alta de respostas totais no Rorschach. Contudo, algumas delas tiveram aumento considerável do total de respostas. No caso, as participantes 2, 3 e 4, que durante a gestação produziram respostas abaixo dos dados normativos, no pós-parto produziram respostas seja dentro da norma (participante 2) ou acima (participantes 3 e 4). Vemos aqui a seguinte proporção: 80% das participantes apresentaram, no pós-parto, um número total de respostas elevado em relação aos dados normativos (na gestação a porcentagem foi de 60%), 10% mostrou um número total de respostas rebaixado (diferindo do período da gestação que era de 30%), e 10% ficou dentro da norma (mesmo valor na gestação). Observamos assim uma tendência para o aumento da produtividade no pós-parto, salva exceção da participante 10, cuja produção parece ter diminuído consideravelmente (gestação R= 35, pós-parto R=26), mesmo que tenha se mantido acima dos dados normativos. Tratando-se da rapidez associativa vemos uma tendência similar àquela

encontrada na gestação: uma possível ansiedade situacional (60 % das participantes apresentam um tempo médio de latência rebaixado) e uma lentificação da produção de respostas (90% das participantes apresentam um Tempo Médio de Duração aumentado) - em relação aos dados normativos.

No que se refere ao modo de apreensão, comparando os achados do primeiro momento da pesquisa (período gestacional) com o segundo momento (período pós-parto), percebemos que a tendência grupal, voltada para um pensamento concreto na gestação, parece se exacerbar no pós-parto (Tabela 27).

**Tabela 27**

*Modos de apreensão nos dois tempos da pesquisa: gestação e puerpério (n=10)*

	Gestação				Pós-parto			
	G%	D%	Dd%	Dbl%	G%	D%	Dd%	Dbl%
P1	7.4	39.1	0	4.3	10.5	57.9	31.6	0
P2	60	30	10	10	35.7	35.7	35.7	7.1
P3	72.7	9.1	18.2	9.1	23.5	47.5	23.5	0
P4	30	40	30	20	41.2	41.2	11.7	5.9
P5	38.9	33.3	27.7	16.7	29	48.4	22.6	16.1
P6	8.3	58.3	25	16.7	36.4	45.5	18.2	9.1
P7	26.3	26.3	47.4	5.3	35.3	35.3	23.5	17.6
P8	27.6	34.5	34.5	3.4	20.7	41.4	34.5	6.9
P9	9.3	51.2	37.2	7	14.2	42.8	40.5	4.8
P10	5.7	40	48.6	5.7	19.2	53.8	23.07	3.8
Média	29.6	36.2	27.9	9.8	26.6	45.0	26.5	7.1
Norma*	42-54%	29-39%	11-18%	0%	42-54%	29-39%	11-18%	0%

\*Referencial normativo de Pasian (2000)

De fato, observamos um maior rebaixamento das respostas globais, com os índices de G% rebaixados na gestação e no pós-parto. Nesse segundo momento, no pós-parto, vemos também um aumento do D% e Dd % em relação ao período da gestação. É importante salientar que valores significativamente altos de respostas nos detalhes da mancha podem indicar uma atenção maior ao concreto, ao objetivo, e a uma inteligência do tipo prática (Chabert, 2003;



Traubenberg, 1970). Por observarmos um aumento dos pequenos detalhes, consideramos a possibilidade de uma tendência voltada para a meticulosidade e defesas rígidas, principalmente no pós-parto.

Se compararmos o grupo com os dados normativos, vemos no período pós-natal: 100% da amostra com valores rebaixados de G%; 80% da amostra com D% aumentado; 90% das mulheres com Dd% elevado. Aderindo à hipótese de que as tendências presentes na gestação se exacerbam no pós-parto, entendemos essa tendência como um possível indicador da preocupação materna primária, estado que exige da mulher uma maior atenção às minúcias e ao real concreto - como dito anteriormente. No entanto, podemos considerar também que quanto maiores os mecanismos de isolamento (D% e Dd%), maiores as dificuldades no encontro de uma unidade (G%) e de transformação de conteúdos internos. Conseqüentemente representando possíveis prejuízos na representação de si e na mentalização - pontos que desenvolvemos em breve.

Contudo, outro achado interessante e que aponta para a heterogeneidade do grupo, é também observar como a experiência de dar à luz fisicamente e mentalmente pode levar a mudanças consideráveis no plano psíquico. De fato, neste estudo de teste-reteste com tempos relativamente próximos entre as duas aplicações do Rorschach (com aproximadamente 3 meses de distância), vemos participantes apresentarem respostas no pós-parto bem diferentes daquelas observadas no período gestacional. Enquanto a participante 3 apresenta, no primeiro momento da pesquisa, uma tendência ao pensamento abstrato, privilegiando a apreensão global da prancha em detrimento dos detalhes; no pós-parto, há a primazia das respostas de detalhe sobre as respostas globais. Em outras palavras, a tendência aqui foi voltada para o pensamento concreto, se afastando do pensamento abstrato. Talvez os cuidados com o bebê convoquem as mães a se concentrarem mais em aspectos concretos da realidade, e menos nos próprios devaneios.

Outro resultado interessante diz respeito à análise das respostas localizadas nas lacunas das pranchas (Dbl), conforme pode ser observado na Tabela 28. No pós-parto, temos 80% da amostra com o Dbl% acima da norma, enquanto na gestação esse valor era de 100% da amostra. Comparando os valores de Dbl% nos dois momentos da pesquisa, podemos agrupar a nossa amostra em três grupos: o primeiro, e o de maior proporção (70% da amostra), obteve um rebaixamento importante do Dbl% no pós-parto (participantes 1, 2, 3, 4, 6, 9 e 10); o segundo (com 20% da amostra) apresentou um aumento das respostas de Dbl no pós-parto (participantes 7 e 8); o terceiro (com 10% da amostra) manteve valores semelhantes nos dois momentos da pesquisa (a participante 5). Esses resultados indicam primeiramente a individualidade e singularidade da experiência da maternidade, pois vemos que mulheres diferentes vivenciam esse momento de forma única. Uma tendência em comum parece ser, contudo, a diminuição da sensibilidade ao branco no pós-parto. Importante pontuar que mesmo diante desse declínio, 80% das mulheres ainda apresentam respostas de Dbl acima da norma, mostrando que mesmo que elas estejam menos sensíveis diante desses conteúdos em comparação ao momento da gestação, ainda existe uma forte suscetibilidade no pós-parto.

Na gestação, a experiência da transparência psíquica aumenta a sensibilidade ao branco da prancha, como apontado anteriormente. Em relação ao pós-parto, questionamos se existiria, nesse momento, um esforço maior de domínio do material, revelando tentativas de preenchimento do vazio, além de uma possível depressividade branca ligada a sentimentos de perdas, lutos e vazio (Roman & Amparo, 2021). No caso do primeiro grupo de mulheres, que tem um rebaixamento do número de respostas Dbl, talvez os lutos e conteúdos relativos à experiência do vazio convocados pela revivência do narcisismo materno na gestação (transparência psíquica) sejam mais difíceis de processar mentalmente do que o próprio pós-

parto. Possivelmente no pós-parto, ainda que o luto do estado gravídico, do bebê imaginário e da vida anterior ao nascimento possa estar em exercício, existiria aqui um investimento libidinal que se afasta gradualmente daquilo que se perdeu (investimento narcísico numa história passada) e se aproxima daquilo que se ganha (um investimento objetal no bebê real).

No entanto, esse não é o caso para todas as gestantes. De fato, o segundo grupo mostrou um aumento da sensibilidade ao branco das pranchas do Rorschach no pós-parto (Dbl% aumentado). Articulamos este resultado aos processos inerentes à maternidade, a saber: a sensibilidade ao vazio, característica do período pós-natal, ligada em parte ao ressurgimento de conteúdos infantis maternos não elaborados, atualizados no encontro com o bebê. Segundo Belot (2014), a sensibilidade ao vazio no pós-parto também pode se referir: à imaturidade do bebê, a novidade em termos de experiência, a perda do conteúdo uterino, do bebê imaginário, a mudanças em termos de investimento objetal, de regime narcísico e as possíveis ressonâncias que esses aspectos podem assumir a nível psíquico para a mãe. Contudo, para entendermos melhor a natureza dessas respostas, analisamos qualitativamente as respostas Dbl, apresentadas na Tabela 28.

## Tabela 28

*Respostas Dbl fornecidas no Rorschach das puérperas (n=8)*

Participantes	Dbl	Respostas Dbl
P2	1	<b>Prancha II:</b> "Se eu ignorar a parte do chapéuzinho, parece um templo, assim um caminho até um templo, uma escada (?) Aqui também. Como se aqui fosse o templo, aqui a escada. E aqui o caminho até chegar. Parece uma foto que eu já vi de um tempo lá do sudeste asiático, que tem esses formatos assim bem icônicos " DdDbl F- Arq
P4	1	<b>Prancha II:</b> "E vejo sei lá, dois... como se fosse palhaço assim com a maozinha para frente, virado pro outro. (?) Assim. Aqui. Virando pro outro. Pega. Para mim seria o chapéuzinho deles. Essa parte que se encontra aqui parecem e a vermelha parece para mim uma espécie de chapéu. Palhacinho assim." Dbl K (H)/Vest

<b>P5</b>	5	<p><b>Prancha I:</b> "Um lobo também, acho que pela cara (?) o formato e a cor preto e branco, cinza." GDbI FE Ad</p> <p><b>Prancha III:</b> "Os pinguins brincando. O formatinho dos biquinhos e a cor porque preto é pinguim né." DdDbI kan- A</p> <p>"Parece também a bacia do corpo. O formato de bacia. a cor que parece de ecografia de raio X. o espaço branco no meio onde não tem osso." DdDbI EF-Anat/Raio X</p> <p>"Uma gravatinha borboleta (?) O formatinho de borboleta e a cor vermelha no fundo branco. a camisetinha branca com a gravata vermelha e estar bem no meio." DDbl FC Vest</p> <p>"Uma cara de formiga (?) Esse escuro dos olhos também e esse clarão seria a boca, esse pedacinho branco aqui. o contraste das cores." DDbl F+ Ad</p>
<b>P6</b>	1	<p><b>Prancha VII:</b> "Um formato de um rosto de barba nao sei (?) Esse formato, como se aqui fosse a cabeça toda e essa parte preta como se fosse... a barba." GDbI FC' H</p>
<b>P7</b>	3	<p><b>Prancha I:</b> "Um rosto com dois olhos e um nariz e aqui é um sorriso partido (?) Partido porque o branco não tem continuidade. Ta um paralelo ao outro e o branco no meio que seria o nariz. o formato também, aquele olho meio agressivo tipo o olho do duende verde do homem aranha." DDbl F- Hd</p> <p><b>Prancha II:</b> " Um peão essa parte de dentro. ta meio abstrato (?) porque aqui eu enxergo como se fosse a ponta do peão e aqui o corpo." Dbl F+ Obj</p> <p><b>Prancha III:</b> "Um pinguim, os dois olhos, a gravata e os dois olhos pra cima (?) Por conta desses olhões aqui,e a gravata porque parece e o pinguim é preto com peito branco, pelo menos os pinguins do senso comum quando eu penso em pinguim são assim" DDBI FC' A/vest</p>
<b>P8</b>	2	<p><b>Prancha II:</b> "Aqui no meio como se fosse um vestido (?) Só esse meio branco, só essa parte branca aqui" Dbl FC' Vest</p> <p>"Uma bailarina (?) O vestido, a bailarina tá usando ele " DdDbI FC' H/Vest</p>
<b>P9</b>	2	<p><b>Prancha II:</b> "<i>Nele todo parece também uma raposa só o rosto da raposa. (?) Nele todo parece que onde eram os cachorros parece a orelha da raposa pontuda também. É esse buraco branco. Parecem os olhos. E ela tem um focinho bem compridinho porque tem uma pontinha aqui embaixo. também.</i>" GDbI F+ Ad</p> <p><b>Prancha VII:</b> "<i>Aqui na parte branca aqui dentro parece um jarro é um jarro uma jarra acho que isso (?) Aqui no meio essa parte branca aqui é a boca dele, ó aberta né? Aí vem e embaixo maior</i>" DBI F+ obj</p>
<b>P10</b>	1	<p><b>Prancha II:</b> "<i>Uma pirâmide (?)Essa aqui é a parte branca. Parece.</i>" Dbl F+ Arq</p>

A análise qualitativa das respostas Dbl, no período gestacional, permite o agrupamento em dois grupos de gestantes. O primeiro que pareceu ter alcançado um nível de simbolização satisfatório, usando o branco de apoio para a construção de um enquadre para a representação, ainda que com a presença de afetos depressivos (constituído pelas participantes 1, 2, 6, 7 e 8). E o segundo grupo, que mostrou falhas consideráveis na capacidade da simbolização primária (composto pelas participantes 3, 4, 5 e 10), com respostas majoritariamente de má qualidade formal e atreladas ao concreto da prancha ou ao concreto do corpo (respostas de anatomia).

No pós-parto, também, podemos agrupar as puérperas em dois grupos. O primeiro que parece ter alcançado um nível de simbolização satisfatório (participantes 10, 9, 8, 7, 6, e 4) e o segundo que mostra falhas na capacidade da simbolização primária (composto pelas participantes 2 e 5). Lembrando que duas participantes deixam de apresentar respostas Dbl no pós-parto (participantes 1 e 3). Vemos assim que o uso do branco diminui no pós-parto e, quando usado, a tendência é elaborar respostas de boa qualidade. No primeiro grupo, constituído por 75% das mulheres que apresentam respostas Dbl, vemos um uso do branco como tela sobre a qual há o reencontro com o objeto perdido, servindo como base para a emergência da representação (Roman, 2015). As respostas são acompanhadas de boa qualidade formal e a depressividade inerente ao período vivido parece contido pela representação (ex: respostas do tipo FC, FC' e FE). Vemos aqui também respostas bem estruturadas com presença de movimento humano, sendo este um indicador importante da capacidade de mentalização das puérperas. Por exemplo, o participante 8, responde na prancha II: "Uma bailarina (?) O vestido, a bailarina tá usando ele."

Em contrapartida, no caso do segundo grupo podemos observar as respostas Dbl de má qualidade formal, acompanhadas também de conteúdos de anatomia: "Parece também a bacia do

corpo. O formato de bacia. A cor que parece de ecografia de raio X, o espaço branco no meio onde não tem osso." - resposta dada pela participante 5 à prancha III. Essa resposta nos mostra como a transparência psíquica pode se fazer ainda presente no pós-parto, resultando nessa resposta de Raio X de partes do corpo. Sendo assim, a análise das respostas Dbl do segundo grupo parece revelar falhas de simbolização primária (Roman & Amparo, 2021). Assim, esse grupo apresenta maior dificuldade de mentalização, tratando-se de temáticas relativas ao vazio e ao branco da prancha

Em suma, tratando-se das respostas Dbl, podemos dizer que a sensibilidade ao vazio ainda é presente no pós-parto, porém de forma menos frequente e mais simbolizada. Obviamente, e como dito anteriormente, esse não é o caso de todas as participantes, sendo importante reiterar a singularidade com que cada mulher atravessa esse momento.

## **5.2 Socialização e preocupação materna primária**

Outro indicador da preocupação materna primária é a análise dos indicadores de socialização como apontado por Belot (2014). Na Tabela 29, em consonância com os achados do primeiro momento da pesquisa, vemos um declínio dos indicadores de socialização no pós-parto em relação aos dados normativos (rebaixamento de A% em 50% das mulheres, de Ban% em 80% e H% em 40% delas). Porém, comparando com os indicadores encontrados na gestação, encontramos uma tendência ao aumento do H% e A% no pós-parto (Tabela 29). De fato, participantes que antes não apresentaram respostas humanas (ex: participante 2 e 10) produzem tais respostas no pós-parto - ainda que com valores de H% baixos em relação aos dados normativos. Seguindo essa linha, algumas participantes passam de valores rebaixados de H% para valores dentro da norma no pós-parto (ex: sujeito 3, 7 e 9). Enquanto outras se mantêm em posições similares em relação aos dados normativos, mas mostram um aumento das respostas de

H% no pós-parto (participantes 5, 6 e 8). Comparando os dois momentos da pesquisa, apenas 20% da amostra apresenta um rebaixamento dos valores de H% no pós-parto (participante 1 e 4).

### Tabela 29

*Análise dos indicadores de socialização dos protocolos de Rorschach na gestação e pós-parto (n=10)*

	Gestação			Pós-parto		
	A%	Ban%	H%	A%	Ban%	H%
P1	26.1	13	13	15.8	15.8	10.5
P2	20	40	0	35.7	28.6	7.1
P3	27.3	27.3	9.1	35.3	23.5	11.7
P4	20	40	20	29.4	23.5	11.8
P5	50	16.7	5.5	51.6	16.1	9.7
P6	58.3	16.7	16.7	63.6	27.3	18.2
P7	52.6	10.5	5.2	52.9	11.8	11.8
P8	17.2	10.3	17.2	34.5	6.9	20.7
P9	51.2	20.9	13.9	52.4	14.3	19
P10	28.6	8.6	0	50	15.4	7.7
Média	35.1	20.4	10.1	42.1	18.3	12.8
Norma (%)*	49-57	25-31	11-18	49-57	25-31	11-18

\*Referencial normativo de Pasian (2000)

Segundo Belot (2014), a relação fusional que une a mãe ao bebê nas primeiras fases após o nascimento pode explicar o declínio dos indicadores clássicos de socialização. Esses resultados testemunham um rebaixamento nas habilidades de socialização e participação no pensamento coletivo nessa fase da vida. Contudo, o aumento do H% pode indicar melhoras no plano da identificação, ou seja, por mais que os indicadores de socialização estejam em declínio na gestação e principalmente pós-parto, o bebê parece convocar a mãe, facilitando que esta estabeleça uma identificação com o outro (o bebê).

### 5.3 Angústia e seu impacto no corpo e psiquismo

Nesta seção, iremos analisar o índice de angústia no grupo (Tabela 30) e os indicadores dos mecanismos de defesa (Tabela 31), novamente comparando os achados nos dois momentos da pesquisa.

**Tabela 30**

*Análise dos índices de angústia e dos seus componentes nos protocolos de gestantes e puérperas (n=10)*

	Gestação					Pós-parto				
	Hd (%)	Sg (%)	Anat (%)	Sx (%)	Ind. angústia	Hd (%)	Sg (%)	Anat (%)	Sx (%)	Ind. angústia
P 1	4.3	4.3	21.7	0	30.4	5.3	0	36.8	0	42.1
P 2	0	0	10	0	10	7.1	0	14.3	0	21.4
P 3	0	9.1	9.1	0	18.2	5.9	0	11.8	0	17.6
P4	10	0	10	0	20	5.9	0	11.8	5.9	23.5
P 5	0	11	0	0	11.1	6.4	0	9.7	3.2	19.4
P 6	8.3	0	8.3	0	16.7	9.1	0	0	0	9.1
P7	5.3	0	5.3	0	10.5	11.8	0	11.8	0	23.5
P 8	3.4	0	44.8	0	48.3	3.4	0	17.2	0	20.7
P9	4.7	0	2.3	0	7	4.8	0	2.4	0	7.2
P10	0	2.9	60	0	62.9	3.8	0	30.8	0	34.6
Média	3.6	2.7	17.1	0	23.5	6.3	0	14.6	0.9	21.9
Norma	4.5	0.2	6.9	1.9	<15%	4.5	0.2	6.9	1.9	<15%

*Nota.* Índice de Angústia retirado de Tychey et al. (2012)

\*Referencial normativo de Pasian (2000)

A partir dos dados ilustrados na Tabela 30, podemos observar uma tendência para o aumento dos índices de angústia no pós-parto. Encontramos, neste momento, 80% das participantes com índices elevados em relação aos dados normativos, diferente dos 60% durante



o período gestacional. No entanto, analisando de forma mais detalhada os resultados no pós-parto e comparando-os com os achados no primeiro momento da pesquisa, podemos agrupar a nossa amostra em três grupos: o primeiro grupo cujos índices de angústia aumentam no pós-parto (participantes 1, 2, 4, 5 e 7 - 50% da amostra); o segundo cujos índices declinam (participantes 3, 6, 8 e 10 - 40% da amostra); e por último a participante cujo índice de angústia se manteve semelhante nos dois momentos da pesquisa (participante 9 - 10% da amostra). Precisamos pontuar que essa diminuição encontrada no segundo grupo não significa que os índices de angústia chegam a níveis satisfatórios necessariamente (ainda que este seja o caso da participante 6). Por exemplo, a participante 10 apresenta um índice de angústia de 62.9% na gestação, valor que passa a 34.9% no pós-parto. Ainda que haja um declínio considerável entre os dois momentos, um índice de angústia de 34.9% ainda é considerado alto.

Em ordem de significância, vemos que os conteúdos de anatomia e respostas de conteúdo humano vistos parcialmente ainda representam os elementos de maior peso na fórmula do índice de angústia. Dessa forma, identificamos sinais de que as problemáticas corporais ainda estejam presentes no pós-parto, seja se intensificando (no caso do primeiro grupo) ou diminuindo (no caso do segundo grupo). Vemos o aumento também das respostas de conteúdo sexual no caso de duas participantes (participantes 4 e 5).

Diante desses resultados, constatamos que a maternidade, no contexto de um primeiro filho, é no geral angustiante em ambos os momentos (gestação e pós-parto). Mas também encontramos diferenças em níveis de angústia que nos levam a considerar a singularidade com que cada mulher atravessa esse momento. De fato, para algumas, a experiência da gestação é mais angustiante do que o pós-parto; enquanto outras são mais mobilizadas pelo pós-parto em si. Entendemos, contudo, que em ambos os momentos o aparelho psíquico é desafiado a processar

conteúdos, muitas vezes e demasiadamente, mobilizadores e regressivos. A intensidade das demandas psíquicas e corporais parecem desestabilizar o ego dessas mulheres também no pós-parto, ainda que com uma tendência menor. Segundo Debray (1991), a mentalização refere-se à capacidade do sujeito de tolerar ou mesmo de processar e negociar as angústias e conflitos intrapsíquicos. Sendo assim, uma análise qualitativa dos protocolos se faz necessária para entendermos de que forma essa angústia está sendo tratada, a fim que possamos aferir a qualidade da capacidade de mentalização.

#### 5.4 Problemática corporal e investimento nos limites

Durante o período gestacional percebemos falhas significativas dos envelopes corporais, seja pela porosidade ou sobreinvestimento nos limites, e dificuldades de identificação importantes no grupo como um todo. Nesta seção iremos investigar como evolui a problemática corporal e o investimento nos limites no período pós-parto, conforme apresentado na Tabela 31.

**Tabela 31**

*Indicadores dos investimentos nos limites nos protocolos de Rorschach no período da gestação e pós-parto (n=10)*

	Gestação					Pós-parto				
	H%	H:H d	H:(H)	G%	Anat	H%	H:Hd	H:(H)	G%	Anat
P1	13	2:1	2:0	17.4	21.7	10.5	1:1	1:1	10.5	36.8
P 2	0	0:0	0:1	60	10	7.1	0:1	0:1	35.7	14.3
P 3	9.1	1:0	1:0	72.7	9.1	11.7	1:1	1:1	23.5	11.8
P 4	20	1:1	1:1	30	10	11.7	1:1	1:3	41.2	11.8
P5	5.5	1:0	1:2	38.9	0	9.7	1:2	1:2	29	9.7
P 6	16.7	1:1	1:0	8.3	8.3	18.2	1:1	1:1	36.4	0
P 7	5.2	0:2	0:1	26.3	5.3	11.8	0:2	0:1	35.3	11.8

P 8	17.2	4:1	4:0	27.6	44.8	20.7	5:1	5:1	20.7	17.2
P 9	13.9	4:2	4:1	9.3	2.3	19	6:2	6:0	14.2	2.4
P 10	0	0:0	0:0	5.7	60	7.7	1:1	1:0	19.2	30.8
Média	10.6	-	-	29.6	17.2	12.8	-	-	26.6	14.7
Norma*	11-18%	-	-	42-54%	6.9%	11-18%	-	-	42-54%	6.9

\*Referencial normativo de Pasian (2000)

Analisando a Tabela 31, percebemos no pós-parto uma diminuição das respostas globais em 100% dos protocolos (na gestação era 80%), e a elevação das respostas de anatomia em 80% da amostra (na gestação era 60% dos protocolos). Além disso, observa-se que na gestação as proporções de H:Hd e H:(H) se mostram adequadas em 90% e 80% da amostra, respectivamente. No pós-parto, vemos proporções diferentes: H>Hd e H>(H) em 70% e 60% da amostra, respectivamente. Encontramos, portanto, indícios importantes de maior fragilização na integração da imagem corporal no pós-parto. Como se as turbulências na representação de si, presentes já na gestação, se agravassem após a experiência de dar à luz.

No entanto, encontramos um aumento no que diz respeito aos índices de respostas humanas (H%). Os valores de H% estão rebaixados na gestação em 50% das participantes, essa proporção passa a 40% no pós-parto (em relação à norma). Mais detalhadamente, comparando os valores de H% de cada participante antes e depois do parto, notamos que 80% das mulheres (participantes 2, 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10) apresentam aumentos do H% no pós-parto. Tomemos por exemplo, as participantes 2 e 10 que inclusive não apresentam nenhuma resposta humana na gestação (H%=0), passam a produzir tais respostas no pós-parto (H%= 7.1 e H%=7.7, respectivamente). Com essa configuração de respostas, hipotetizamos que o bebê convoca a mãe a se identificar com ele, ainda que muitas delas sigam apresentando dificuldades de identificação, ou seja, parece que mesmo diante de fragilizações corporais importantes, há um esforço materno no sentido das identificações. Esse resultado condiz com o estado de

preocupação materna primária teorizado por Winnicott (1975). Segundo Santos e Zornig (2014), nesse estado a mulher se encontra, em tese, devotada ao cuidado de seu bebê, que de início parece ser parte dela mesma. Elas aparecem, portanto, muito identificadas com o filho e geralmente sabem o que ele está sentindo com base em suas próprias experiências como bebê, estando ela também em um estado dependente e vulnerável (Santos & Zornig, 2014). Essa maior identificação explicaria um aumento no H%. Ainda que, por estarmos falando de um momento de mudança do regime libidinal (a libido narcísica passando a ser objetal), entendemos que as respostas humanas ainda estejam diminuídas em relação à norma no pós-parto.

No que se refere a análise dos investimentos nos limites e, mais especificamente, dos determinantes formais no período pós-natal (Tabela 32), podemos agrupar a nossa amostra de mulheres em três grupos: o primeiro constituído por aquelas que apresentam F% elevado (50% das participantes, na gestação foi 70%); o segundo grupo é constituído por aquelas que mostram um rebaixamento desse determinante (30% dos participantes, mesmo valor encontrado na gestação); o terceiro são as que obtiveram valores de F% dentro da norma (20% das participantes), sendo que não encontramos esses valores na gestação.

**Tabela 32**

*Análise dos determinantes formais no período da gestação e pós-parto (n=10)*

	Gestação				Pós-parto			
	F%	F+%	F%ext	B:P	F%	F+%	F%ext	B:P
P1	17.4	25	69.6	5:5	26.3	60	68.4	2:8
P 2	50	60	60	4:3	21.4	40	50	1:5
P3	18.2	50	54.5	1:4	29.4	40	64.7	1:3
P4	50	60	70	4:3	35.2	58.3	73.5	5:3
P5	16.7	100	66.7	10:3	19.4	75	75.8	9:6
P6	58.3	57.1	75	3:1	54.5	83.3	90.9	4:0
P7	63.2	50	57.9	6:5	76.4	53.8	58.8	2:4

P8	51.7	46.7	65.5	3:15	51.7	40	48.3	6:7
P 9	39.5	67.6	77.9	10:5	50	52.4	66.7	19:5
P10	60	42.9	42.9	2:22	88.5	43.5	63.5	4:9
Média	42.5	55.9	64	--	45.28	54.6	66.1	--
Norma*	29-38%	60-70%	67-75%	4:2	29-38%	60-70%	67-75%	4:2

\*Referencial normativo de Pasian (2000)

Sendo assim, há uma persistência de determinantes formais distantes de valores normativos em 80% da amostra, em prol de mecanismos defensivos lábeis ou rígidos - ainda que majoritariamente rígidos (50% da amostra). Tratando-se dos determinantes formais e considerando os participantes de forma mais detalhada, observamos que enquanto participantes como a 1, 3 e 4 apresentam uma aproximação em relação à norma dos valores de F%, outras participantes, por sua vez, mostram resultados antagônicos (participante 2), totalmente contrários aqueles achados no primeiro momento da pesquisa, ou uma persistência das tendências anteriores (participantes 5, 6, 7, 8, 9 e 10). Nesse caso, a tendência encontrada na gestação e que persiste no pós-parto dessas participantes é majoritariamente de defesas rígidas, visando evitar ou minimizar o surgimento de elementos da realidade interna. No entanto, percebemos um F+% rebaixado em 70% da amostra (na gestação essa porcentagem era de 60%) o que indica falhas de delimitação adaptativa de um envelope que funcione como um limite entre o eu e o outro, entre o dentro e o fora, assim como aponta para as falhas na capacidade de pensar que pioram no pós-parto.

Apontamos também para um caso curioso que nos permite entender o potencial transformador do atravessamento das fases da maternidade (gestação, parto e pós-parto) na dinâmica psíquica das mulheres. No caso da participante 2, notamos que no período gestacional ela apresenta um aumento dos determinantes formais, indicando possivelmente mecanismos defensivos do tipo rígidos (F%= 50; F+% = 60; F+ext% = 60). E no segundo momento da pesquisa, contudo, a mesma participante mostra um rebaixamento dessas defesas e os

determinantes formais diminuem em relação aos dados normativos ( $F\% = 21.5$ ;  $F+\% = 40$ ;  $F+ext\% = 50$ ). Nesse segundo momento, determinantes formais rebaixados podem ser indicativos de um protocolo lábil de limites mais frágeis e passíveis de inundação pelo excesso pulsional. Hipotetizamos que esse resultado pode estar relacionado à experiência de fragilização dos limites inerentes ao parto.

Ainda em relação aos investimentos nos limites, a Tabela 32 apresenta os índices de barreira e penetração. Considerando esse aspecto podemos agrupar a nossa amostra em dois grupos:

- Quatro protocolos (40%) nos quais as respostas “barreira” são superiores à proporção normativa (participantes 4, 5, 6 e 9) - antes era 40%
- Seis protocolos (60%) nos quais as respostas penetração estão aumentadas em relação à proporção normativa (participantes 1, 2, 3, 7, 8 e 10) - antes era 40%;

Vemos assim que 100% da nossa amostra apresenta um índice de barreira-penetração fora da norma, destacando primeiramente e majoritariamente sinais de fragilidade das barreiras, que observamos pelo índice de penetração aumentado em 60% dos casos. Segundo Régine Prat (2008), com a chegada do bebê a mãe perde a sua identidade e faz uma troca de pele. Este resultado corrobora com a fala da autora na medida em que mostra uma diferença nítida entre os dois tempos da pesquisa e aponta para o poder disruptivo do atravessamento das fases da maternidade (gestação, parto e pós-parto) nos limites corporais. Disrupção essa certamente potencializada pela experiência do parto e pela chegada do bebê. De fato, gestantes que antes apresentavam barreiras rígidas (participantes 5 e 10, por exemplo) passam a apresentar fronteiras porosas.

Em outras palavras, 60% das mulheres parecem apresentar, no pós-parto, limites frágeis caracterizados por uma porosidade excessiva a ponto de deixá-las vulneráveis à confusão entre dentro/fora, entre o eu e outro. Esse resultado faz sentido não só devido à experiência do parto que por si só desafia todas as barreiras e fronteiras do corpo, mas também pelo estado de união/fusão não mais dos corpos mãe/bebê, mas no próprio psiquismo materno, que no pós-parto funciona para dois. Embora, diferentemente do bebê em estado de não integração e de indiferenciação em relação ao meio, a mãe já tenha atingido um grau de maturação e de integração do self. É conhecido que a mulher em estado de preocupação materna se encontra regredida a estágios anteriores, por vezes até primitivos da vida psíquica, identificando-se com o bebê que outrora fora e vivenciando estados de não integração e de indiferenciação em relação a seu próprio filho (Santos & Zornig, 2014). Hipotetizamos que essa fusão bebê/mãe seja possível de se observar empiricamente através dos índices de barreira/penetração comentados acima.

Segundo Santos & Zornig (2014), se por um lado a subjetividade materna deve ceder lugar à do bebê permitindo à mãe vivenciar as necessidades dele como próprias, ao mesmo tempo, é preciso que a mãe possa manter um senso suficiente de sua própria subjetividade distinta, tanto em prol da sua saúde mental como também para conseguir servir de intérprete das necessidades da criança. Acreditamos que aí esteja a função do aumento das respostas de forma em pelo menos 50% da amostra. Hipotetizamos que esse aumento seria uma tentativa defensiva de delimitação entre o eu/outro, de sorte a manter um grau de individualidade e integridade do Eu no sobreinvestimento das barreiras. É nesse sentido que Ogden (1996) pontua que a preocupação materna primária implica numa dialética de *estar-em-um* e *estar separado*, uma interdependência entre subjetividade e intersubjetividade.

Além disso, durante a gestação vimos um aumento quase generalizado das respostas de anatomia em relação à norma (em 70% da amostra). No pós-parto, vemos valores aumentados de respostas com conteúdos de Anatomia (em relação aos dados normativos) em 80% das mulheres (ver Tabela 33). Analisando a nossa amostra de forma mais detalhada, agrupamos as participantes em grupos: o primeiro que apresentou um aumento das respostas de anatomia no pós-parto em comparação à gestação (participantes 1, 2, 3, 4, 5 e 7); o segundo com um declínio dessa variável no pós-parto (participantes 10, 8 e 6); e o terceiro com valores semelhantes em ambos os momentos (participante 9). Sendo assim, entendemos que no segundo momento da pesquisa houve uma tendência maior pelo aumento das respostas de anatomia em comparação ao momento da gestação. Hipotetizamos que esse achado resulte dos resquícios deixados pela experiência do parto, indicando uma preocupação corporal ainda presente e exacerbada no pós-parto. Para investigarmos essa possibilidade com maior profundidade, nos deteremos na análise qualitativa das respostas de anatomia apresentadas na Tabela 33.

### Tabela 33

*Análise qualitativa das respostas de Anatomia nos protocolos de Rorschach do grupo de puérperas (n=9)*

Participantes	Anat	Respostas de Anatomia
P1	7	<p><b>Prancha I:</b> " E uma pelve (risos). É, é isso. (?) A pelve por conta de eu ter estudado né também do formato e de eu ter focado muito nisso nos últimos tempos." (Dd F- Anat)</p> <p><b>Prancha III:</b>  "Uma pelve. (?)Que está escuro nessa parte aqui. E o formato mesmo do desenho.Sempre me lembro isso. " (D FE Anat)</p> <p>"E aqui parece um órgão, acho que o estômago. (?) qui ó essa parte toda vermelha aqui. Porque seria o esôfago." (D FC Anat)</p> <p><b>Prancha IX:</b>"Uma pelve.(?) Toda essa parte verde aqui. Dos dois lados. Essa aqui é uma parte da pélvis da pelve. Ela tá se abrindo, o formato também. " (D kp Anat)</p>



---

		<p><b>Prancha X:</b> " Uns neurônios. (?) Aqui o neurônio essa partezinha é toda amarela aqui com essa bola bolinha alaranjada. A cor porque pareceu os desenhos quando eu fazia, quando eu desenhava os neuronios e o formato." (D CF Anat)</p> <p>"Uma pelve. (?) É, nesse azul aí. O formato só me lembra isso." (Dd F+ Anat)</p> <p>"E um pulmão. (?) O pulmão que está e o formato, esse aqui, ó, toda essa parte aqui. Aqui é o canal respiratório, nosso sistema respiratório, isso aqui e o pulmão. E o pulmão está preto, e está estragado, é formato e a cor." (D FC' Anat)</p>
<b>P2</b>	2	<p><b>Prancha III:</b> "E esse vermelhinho parece dois pulmões (?) Aqui nesses vermelhinhos. Acho que o formato e a cor um pouco." (D FC- Anat)</p> <p><b>Prancha X:</b> "Ai parecem dois pulmões também (?) Aqui, essa parte aqui. O formato e a cor." (D FC- Anat)</p>
<b>P3</b>	2	<p><b>Prancha I:</b> "Bacia do corpo estrutura óssea.(?) A forma do desenho. " (G F+ Anat)</p> <p><b>Prancha X:</b>"E uma parte de um esqueleto também.(?) Ah aqui só a forma mesmo." (D F- Anat)</p>
<b>P4</b>	2	<p><b>Prancha III:</b>"Um coração no meio (?). como se ele estivesse de lado um coraçãozinho que liga um no outro. Acho que o vermelho também influenciou ainda que parecia um coração. (?) Acho que a forma e a cor " (D FC Anat)</p> <p><b>Prancha X:</b>"Eu vejo um útero bem aqui (?) Acho que a forma que começa maiorzinha em cima e unifica embaixo e essas duas saídas que tem aqui lembram as trompas" (D F- Anat)</p>
<b>P5</b>	3	<p><b>Prancha II:</b>" Vejo pulmões. O fato de ser bem simétrico, parecer raio X. manchadinho. O formato e a cor, tipo a textura da tinta parece bastante com as coisas de pulmão." (D EF- Anat/Raio X)</p> <p><b>Prancha III:</b>" Parece também a bacia do corpo. (?) O formato de bacia. a cor que parece de ecografia de raio X. o espaço branco no meio onde não tem osso." (DdDbI kan- A)</p> <p><b>Prancha X:</b>"Pulmão. (?) A cor o vermelho meio rosa e a simetria que são os dois pulmões e tem essa ligação no meio que é onde os dois pulmões se comunicam" (D FC- Anat)</p>
<b>P6</b>	0	<p><b>Prancha II:</b> [Resposta adicional] "Tambem vejo um pulmao, não sei " (D F+ Anat)</p>
<b>P7</b>	2	<p><b>Prancha VIII:</b>"Me lembra o tórax quando faz uma radiografia, tipo aquela parte do pulmão assim. (?) Acho que tem essa linha dividindo. parece que é um osso externo quando você tira o raio x do pulmão tem um meio e as costelas."(Dd FE Anat/Raio X)</p> <p><b>Prancha X:</b>" Esse aqui no meio eu vejo como se fosse um osso da bacia.(?) A forma mesmo." (Dd F- Anat)</p>

---

<b>P8</b>	5	<b>Prancha II:</b> "Essa parte aqui de novo vejo órgão, pulmão, como se fosse um raio x(?) A imagem toda, lembra. " (G EF Anat/Raio X)
		<b>Prancha VIII:</b> "Um pulmão, essa parte de baixo aqui. Esses vermelhinhos aqui" (Dd F- Anat)
		<b>Prancha X:</b> "Parecem vários órgãos separados, tipo aqui tem uma traqueia. (?) Na verdade foi muita cor, mas é aqui " (D CF Anat)
		"Um pulmão (?) Esse aqui." (D F- Anat)
		"Aqui parece tipo um rim, aqui do lado (?) Esses do cantinho, esse e esse aqui" (D F- Anat)
<b>P9</b>	1	<b>Prancha III:</b> "E aqui parece como se fossem eh rins, eu acho ou pulmões acho que é isso. (?) E eu acho que foi por causa da cor também. Bem aqui onde está esse vermelhinho." (D FC Anat)
<b>P10</b>	8	<b>Prancha I:</b> " Um coração.(?) O jeito " (G/ F- Anat)
		<b>Prancha II:</b> " E uma vértebra. (?) A parte preta parece pela forma " (D F- Anat)
		<b>Prancha III:</b> "Dois rins (?) Acho que lembra pela cor e forma." (D FC- Anat)
		"Uma vértebra aqui também. (?) Parece osso assim, um pedaço da coluna. O formato mesmo." (Dd F- Anat)
		<b>Prancha IV:</b> "Coluna vertebral (?) Mesma coisa, parece pelo jeito, em linha reta." (Dd F+ Anat)
		<b>Prancha IX:</b> "Vértebra novamente (?) Essa parte verde. O formato é bem de osso. " (D F- Anat)
		"Bacia (?) A parte verde também. é que parece também uma bacia, pelo formato. " (D F- Anat)
		<b>Prancha X:</b> "Ai gente, horrível. Hum aqui dois uns ovários (?) Esse formato aqui, parece dois ovários. " (D ClobF- Anat)

Analisando as respostas anatomia na Tabela 33, encontramos de forma similar ao período da gestação, a prevalência das representações anatômicas relacionadas à anatomia sexual feminina (útero, ovário), às regiões da barriga (bacia, pelve, coluna) e à do torço (pulmão, esôfago, estômago). Esses conteúdos remetem muitas vezes à temática do nascimento, mostrando como a experiência do parto ainda se mantém presente no pós-parto. Um exemplo

disso é claramente a resposta dada pela participante 1 à prancha IX: *"Uma pelve.(?) Toda essa parte verde aqui. Dos dois lados. Essa aqui é uma parte da pélvis da pelve. Ela tá se abrindo, o formato também."*. A pelve se abrindo é um relato da experiência crua e com relação direta com a experiência do parto. Juntando essa análise qualitativa com a constatação do aumento de respostas anatômicas no pós-parto para a maioria das participantes, notamos o impacto claro do atravessamento das fases de gestação, parto e pós-parto, na imagem corporal das mulheres. Impacto esse que já se inicia na gestação e se exacerba no pós-parto. Contudo é importante pontuar que este não é o caso para todas as participantes, de fato vemos uma redução considerável de respostas anatômicas no pós-parto, no caso da participante 8 por exemplo (Tabela 31). Ressaltando novamente a heterogeneidade das vivências entre as mulheres da nossa amostra.

Percebemos também como o afeto está presente nas respostas relacionadas ao corpo. Vemos que mulheres diferentes vão apresentar graus de simbolização e também atrelar afetos distintos à experiência corporal, por exemplo, a resposta dada à prancha X pela participante 10 - *"Ai gente, horrível. Hum aqui dois, uns ovários (?) Esse formato aqui, parece dois ovários."* (D F- Anat) - é diferente da resposta dada à prancha III pela participante 4 - *"Um coração no meio (?). Como se ele estivesse de lado um coraçãozinho que liga um no outro. Acho que o vermelho também influenciou ainda que parecia um coração. (?) Acho que a forma e a cor"* (D FC Anat). Ainda que ambas apresentem respostas de anatomia, denotando uma preocupação corporal, a última é bem simbolizada, com o afeto sob o domínio da representação (mesmo com o fenômeno especial de resposta de ligação), enquanto a primeira vem acompanhada de uma resposta malvista e de choque à prancha. Sendo assim, vemos aqui uma falha na capacidade de mentalizar esses afetos e produzir uma resposta bem simbolizada.

Esses resultados mostram objetivamente que a experiência da gravidez e depois do parto modifica a representação de si, da imagem corporal e os limites do eu-pele das mulheres. Encontramos modificações nos indicadores da representação de si e imagem corporal (entre a gestação e o pós-parto), o que aponta para o poder disruptivo e transformador da experiência da maternidade no corpo e psique da mente humana. Contudo, os protocolos com altos índices de penetração são os mais numerosos e tendem a mobilizar intensos mecanismos de defesa ligados ao reforço do Eu, como o aumento de respostas de forma; enquanto as respostas de anatomia tendem a aumentar no pós-parto, testemunhando certamente os resquícios da experiência de alta turbulência psíquica e corporal que é o parto.

### **5.5 A dinâmica dos afetos**

Nesta seção, faremos a análise da afetividade das participantes a partir das fórmulas dos tipos de vivências ( $K: \Sigma C$  (TRI);  $k: \Sigma E$  (TL) e frequência de respostas nas últimas três pranchas em relação ao número total de respostas (RC%) - Tabela 34. Depois focaremos na avaliação dos determinantes sensoriais (Tabela 35), e finalizaremos com a análise das fórmulas de controle interno e externo no Rorschach (Tabela 36).

**Tabela 34***Tipo de vivência no Rorschach das gestantes e puérperas*

	TRI			TL			RC%	
	Gestação	Pós-parto	Norma*	Gestação	Pós-parto	Norma*	Gestação	Pós-parto
Extratentivo	70%	50%	41.5%	20%	10%	15.3%	50%	50%
Introversivo	30%	40%	17.8%	80%	70%	65.9%	20%	20%
Ambigüal	0%	0%	3.5%	0%	0%	2.0%	30%	30%
Coartado/ Coartativo	0%	10%	37.8%	0%	20%	16.8%	0%	0%

\*Referencial normativo de Pasion (2000)

Ao analisar a Tabela 34, mais especificamente a vivência afetiva no pós-parto, podemos agrupar a nossa amostra em três grupos: o primeiro (composto pelas participantes 1, 2, 3, 5 e 8) cujo tipo de vivência é o extratensivo - representando 50 % das participantes, na gravidez a porcentagem era 70%; o segundo (composto pelas participantes 4, 6, 9 e 10) com tipo de vivência introversivo - sendo 40% das participantes, na gravidez era 30%; e o terceiro (participante 7) coartado/coartativo - com 10% da amostra, na gravidez nenhuma das mulheres apresentaram esse tipo de vivência.

Ainda que a maioria das participantes tenham mantido o mesmo tipo de vivência afetiva pré e pós-parto (80% da amostra), duas mulheres apresentam ressonâncias afetivas diferentes nos dois momentos (participante 10 e participante 7). Essas mudanças, ainda que presentes em apenas 20% da amostra, testemunham novamente o potencial transformador na dinâmica interna das mulheres que atravessam as primeiras fases da maternidade (gestação, parto e pós-parto).

Sendo assim, vemos que as puérperas mantêm, mais frequentemente, a tendência a serem mobilizadas pelo afeto e a se expressarem de forma direta. De fato, as integrantes do primeiro grupo parecem voltadas para o mundo externo, com uma adaptação social que mais se apoia nos

afetos do que no pensamento concreto. O segundo grupo, por sua vez, mostra um maior centramento em si, com tendência a estilo mais reservado. Segundo Traubenberg (1970), pessoas com esse tipo de vivência afetiva contemplam os seus problemas de forma introspectiva, no campo da imaginação. Vemos um crescimento desse tipo de vivência no pós-parto, e uma diminuição da extratensão. De fato, a participante 10, que no primeiro momento apresentou um T.R.I do tipo extratensivo, no segundo momento mostrou uma vivência afetiva do tipo introversiva. Parece que para algumas mulheres, as solicitações complexas inerentes ao pós-parto as convocam para um retraimento em si mesmas.

Diferentemente do período da gestação, observamos também o surgimento, no pós-parto, do tipo de vivência coartado no caso de uma participante (sujeito 7). Esse tipo de vivência afetiva é conhecido por embotamento da vida interior com pouca espontaneidade e pouco interesse social (Chabert, 2020). Segundo Chabert (2020), um TRI coartado põe em evidência o freio posto na expressão fantasmática e afetiva. As incidências projetivas e emocionais aparecem gravemente limadas, dando toda a aparência de morte psíquica. A participante 7 passou de um tipo de vivência extratensivo na gestação para um tipo de vivência coartado, indicando o tamanho da turbulência física e mental que é mobilizada quando diante do nascimento de um bebê. No caso dessa participante, podemos considerar como hipótese que a coartação aparece como medida de proteção diante de um excesso pulsional maior do que a própria capacidade de processamento interno - mentalização. No entanto, um olhar mais detalhado na análise do caso como um todo se faz necessário para traçarmos qualquer tipo de conclusão.

Analisando agora as tendências latentes (T.L), tal como apresentada na Tabela 34. Nota-se que, semelhantemente ao período gestacional, a maior parte da amostra apresenta uma tendência do tipo introversiva (representando 70% da amostra, na gravidez era 80%) e outra

parte da amostra, 20% das mulheres, apresentam T.L. do tipo coartado (na gestação as mulheres não apresentaram T.L. coartado ou coartativo). E por fim, temos 10% das mulheres com um T.L. do tipo introversivo (na gestação eram 20%). Ou seja, duas participantes mudaram de tendência latente no segundo momento da pesquisa. De fato, enquanto as participantes 2 e 10 apresentam, na gestação, tendências latentes do tipo extratensivo e introversivo, respectivamente, elas passaram a apresentar T.L. do tipo coartado no pós-parto.

Desse modo, assim como no período gestacional, a maioria das participantes manteve uma alta expressividade das vivências afetivas, ao mesmo tempo em que viveram a angústia inerentes ao momento internamente, essa tendência se mantém no pós-parto. Contudo, vimos surgir no segundo momento da pesquisa a tendência latente do tipo coartado, novamente adicionando à nossa interpretação de que algumas mulheres podem desenvolver defesas no pós-parto contra as reativações pulsionais indesejáveis ou demasiadamente potentes para que o psiquismo dê conta de elaborar.

Ainda segundo a Tabela 34, o índice de reatividade (RC), por sua vez, se manteve nas mesmas proporções no pré e no pós-parto, mostrando que as mulheres se mantiveram majoritariamente sensíveis à cor e às solicitações regressivas com RC extratensivo em 50% das mulheres nos dois tempos da pesquisa. Temos, novamente, 20% da amostra com um RC do tipo introversivo no pós-parto. Ainda que 70% da amostra tenha indicado um desequilíbrio entre as funções introversivas e extratensivas no pós-parto, temos 30% da amostra com uma reatividade ambigüal, indicando um possível equilíbrio entre tais funções introversivas e extratensivas. Vemos que, no que diz respeito à sensibilidade afetiva à cor e a solicitações regressivas, as mulheres na gestação ou pós-parto não apresentam diferenças, mostrando-se igualmente sensíveis em ambos os momentos.

Além disso, considerando o grupo como um todo, percebemos uma tendência à diminuição das respostas de cor com relação à norma (em 70% da amostra no pós-parto, na gestação era 60%), assim como as respostas de esfumaçado (em 100% da amostra em ambos os momentos), como pode ser visto na Tabela 35.

**Tabela 35**

*Análise dos indicadores afetivos do grupo de gestantes (n=10)*

	C%		E%		C:E		Choques		Recusas	
	G	PP	G	PP	G	PP	G	PP	G	PP
P 1	23.9	28.9	13	2.6	5.5: 3	5.5:0.5	Pr. IV	-	Pr. VI	-
P2	30	28.6	0	7.1	3:0	4:1	-	-	-	-
P3	27.3	29.4	9.1	0	2:1	5:0	-	Pr.VI	-	-
P4	5	5.9	0	0	0.5:0	1:0	VI e IX	-	-	-
P 5	33.3	14.5	5.6	11.3	6:1	4.5:3.5	Pr.X	-	-	-
P6	4.2	4.5	0	0	0.5:0	0.5:0	Pr.II	-	-	-
P7	13.2	0	2.6	2.9	2.5:0.5	0:0.5	-	Pr.VII	-	-
P8	12.1	13.8	8.6	13.8	4:2.5	4:4	-	-	-	-
P9	7	4.8	7	5.9	3:3	2:2.5	-	-	-	-
P10	15.7	3.8	1.4	0	5.5:0.5	1:0	-	Pr.X	-	-
Média	17.17	13.42	4.73	4.36		-	-	-	-	-
Norma	19.9	19.9	15.6	15.6			-	-	-	-

\*Referencial normativo Pasian (2000)

Analisando de forma mais detalhada as participantes podemos observar que alguns resultados se destacam. De fato, tratando-se das respostas de cor, ainda que 60% da amostra mantivesse valores semelhantes na gestação e pós-parto (participantes 1, 2, 3, 4, 6 e 8), outras mostram valores ainda mais diminuídos em relação ao primeiro momento da pesquisa



(participantes 10, 9, 7 e 5). Ademais, ao considerar as respostas de esfumaçado, vemos algumas diferenças importantes também. De fato, no pós-parto 40% da amostra mostrou uma diminuição maior das respostas de esfumaçado (participantes 1, 3, 9, 10), um aumento das respostas de esfumaçado encontrou-se em 30% da amostra (participantes 2, 5, e 8 - ainda que com valores todavia rebaixados em relação aos dados normativos), enquanto o restante manteve valores análogos nos dois momentos.

Resumidamente, entendemos que para uma parcela considerável das participantes (40%), as respostas de cor que já se mostram diminuídas na gestação em relação à norma, e sofrem um declínio maior no pós-parto. Vemos uma tendência similar também em relação as respostas de esfumaçado em 40% das participantes. No caso das respostas de esfumaçado, porém, encontramos aqui um aumento relativo para algumas mulheres (30% da amostra), ainda que mantendo valores rebaixados em relação à norma. Enfim, esses dados mostram como a experiência da maternidade no pós-parto pode ir na direção de uma reorganização psíquica e emocional, ou ao contrário, na direção de uma desorganização ainda maior.

Em relação a diminuição das respostas de cor, principalmente no pós-parto nos surpreendemos com esse resultado inesperado tendo em vista a maior sensibilidade e susceptibilidade neste período pós-natal. Entendemos isso, portanto, como mais um sinal de que estamos diante de mecanismos defensivos justamente para combater o impacto e o excesso de reatividade às pranchas do Rorschach. Por sua vez, a diminuição das respostas de esfumaçado traduz tanto as dificuldades do trabalho psíquico como também a falta de desprendimento e a recusa a solicitações de tipo regressivas (Belot, 2014). Parece haver um esforço defensivo em prol de evitar a emergência dos conteúdos internos, uma vez que a elaboração desses conteúdos parece estar prejudicada por conta de excesso pulsional que supera as capacidades egóicas de

transformação dos conteúdos. Corroborando a essa hipótese, vemos que o grupo manteve uma tendência para descargas emocionais inadequadas (com  $\Sigma C > \Sigma E$  em 70% dos casos, na gestação era em 90% dos casos) apontando novamente para possíveis falhas na função de para-excitação do Eu-Pele.

**Tabela 36**

*Fórmulas de controle interno e externo no Rorschach das participantes na gravidez e pós-parto (n=10)*

	FC: CF+C		FE:EF+E		FC':C'F+C'		FClob:ClobF+Clob		K:kan+kob+kp	
	G	PP	G	PP	G	PP	G	PP	G	PP
P 1	4:3	2:4	4:1	1:0	1:0	1:0	0:0	0:0	2:4	1:5
P 2	1:1	2:2	0:0	2:0	1:1	1:0	0:0	0:0	1:0	1:1
P 3	0:2	4:3	2:0	0:0	0:0	0:0	1:0	0:0	1:2	1:4
P 4	1:0	2:0	1:0	2:0	0:0	0:0	0:0	0:0	1:2	4:3
P 5	1:4	5:1	2:0	5:2	0:1	3:0	1:0	0:0	1:5	1:8
P 6	1:0	0:0	0:0	0:0	0:0	1:0	0:0	0:0	1:3	1:3
P 7	2:1	0:0	1:0	1:0	1:0	1:0	0:0	0:0	0:2	0:2
P 8	2:1	3:2	5:0	1:3	5:0	2:0	0:0	0:0	2:1	2:1
P 9	6:0	5:0	4:1	2:2	4:1	0:0	0:1	0:0	5:7	6:6
P10	6:4	1:1	1:0	0:0	1:0	0:0	0:0	0:1	0:2	0:0

\*G: gravidez; \*PP: pós-parto

Tratando-se agora da análise do controle externo das participantes no pós-parto. Vemos novamente resultados com alguns padrões parecidos aos encontrados na gestação. De fato, mesmo diante de uma preponderância de vivências afetivas do tipo extratensivas, encontramos um domínio importante das representações sobre o afeto ( $FC > CF+C$ ,  $FE > EF+ E$  e  $FClob > ClobF+Clob$  em 90% dos casos;  $FC' > C'F+C'$  em 100% das participantes). Quanto ao

controle interno, vemos aqui uma pequena diferença entre os dois momentos, com uma tendência à melhora no pós-parto. De fato, encontramos um controle interno prejudicado ( $K < kan + kob + kp$ ) em 50% dos casos (na gestação era 80%), e um controle interno satisfatório ( $K \geq kan + kob + kp$ ) em 50% dos casos também (na gestação era 20%). Destacando uma possível melhora no campo das identificações humanas, bem como uma possibilidade de trabalho psíquico eficiente em 50% da amostra. Lembrando que as grandes cinestésias representam tanto o espaço transicional por excelência quanto o reflexo das capacidades de elaboração psíquica do sujeito no Rorschach (Belot & Tychev, 2015), iremos analisar as respostas de cinestésias de forma mais detalhada no próximo item, ou seja, mesmo diante de emergências afetivas importantes, as participantes mantêm o controle sobre os afetos. Ao mesmo tempo em que há o domínio das representações sobre o afeto no pós-parto, ele vem acompanhado de uma diminuição das respostas de cor e de esfumado, assim como o aumento da angústia, podendo indicar mais controle dos afetos do que uma elaboração a nível simbólico. Mesmo assim, vemos aqui também sinais de melhora na capacidade e mentalização com um controle interno positivo em 50% da amostra, o que nos leva a considerar que para algumas mulheres o pós-parto representa uma possibilidade de reorganização psíquica. Enquanto outras mostram dificuldades importantes no campo do processamento afetivo, tanto na gestação como no pó parto. No entanto, reforçamos a necessidade de uma avaliação individual dos casos para as análises mais aprofundadas

### **5.6 A mentalização e representação de si nas respostas cinestésicas**

Aqui analisaremos as respostas cinestésicas ( $K$ ,  $kan$ ,  $kob$  e  $kp$ ) com foco principalmente nas respostas de cinestesia humana ( $K$ ) que, quando de boa qualidade, traduzem não só as possibilidades do sujeito de situar-se em um espaço transicional, evidenciando as capacidades de

mentalização, como também as suas capacidades identificatórias (Belot, 2016; Trautenberg, 1970).

**Tabela 37**

*Análise dos determinantes cinestésicos na gravidez e no pós-parto (n=10)*

	Gestação					Pós-parto				
	K	K%	Σk	Σk%	K:Σk	K	K%	Σk	Σk%	K:Σk
P1	2	8.7	4	17.4	2:4	1	5.3	5	26.3	1:5
P2	1	10	0	0	1:0	1	7.1	1	7.1	1:1
P3	1	9.1	3	27.3	1:3	1	5.9	4	23.5	1:4
P4	1	10	2	20	1:2	4	6.5	3	17.6	4:3
P5	1	5.5	5	27.8	1:5	1	3.2	8	25.8	1:8
P6	1	8.3	3	25	1:3	1	9.1	3	27.3	1:3
P7	0	0	2	10.5	0:2	0	0	2	11.8	0:2
P8	2	6.9	1	3.4	2:1	2	6.9	1	3.4	2:1
P9	5	11.6	7	16.3	5:7	6	14.3	6	14.3	6:6
P10	0	0	2	5.7	0:2	0	0	0	0	0:0
Média /Proporção das participantes	--	7	--	15.3	-	--	5.8	--	15.7	--
Média *	--	8.2	--	22.4	1:2.7	--	8.2	--	22.4	1:2.7

\*Referencial de proporção, Pasian (2010)

Ao considerarmos as porcentagens das respostas de movimento humanas inteiras (K%), percebemos que: 50% das participantes mostram um declínio nas respostas de movimento humano em comparação aos achados na gestação (participantes 1, 2, 3, 4 e 5); 20% das mulheres apresentam um aumento dessa variável no pós-parto (participantes 6 e 9); e 30% delas mantêm valores parecidos nos dois momentos da pesquisa (participantes 7, 8 e 10).

Tratando-se do grupo de mulheres com a tendência à diminuição das respostas de movimento humano (K) no pós-parto, supõe-se que para elas, o trabalho psíquico se mostra mais

difícil no segundo momento da pesquisa do que no primeiro. As preocupações corporais ainda presentes e as defesas exacerbadas em prol de uma tentativa de controle emocional, mostram a intensidade do trabalho psíquico em andamento. Possivelmente nessas circunstâncias em que os movimentos projetivos podem parecer restritos, testemunha-se as dificuldades do trabalho psíquico e, portanto, da mentalização. A presença de poucas respostas de movimento humano reforça também as suspeitas de fragilidades na representação integrada de si e do outro, e quiçá também nos processos identificatórios (Chabert, 2003). Além de apontar para as dificuldades de diferenciação dentro-fora e de manter a dialéctica entre unidade e separação do corpo (Godinho et al., 2009).

Já o segundo grupo, ainda que menos numeroso, tem os valores adequados de cinestesia humana em relação à norma, no pós-parto, destacando-se uma possibilidade de trabalho psíquico eficiente. Nesse grupo (constituído pelas participantes 2, 6, 9), vemos que duas integrantes chegaram a aumentar a quantidade de respostas de movimento no pós-parto (as participantes 6 e 9). No entanto, tendo em vista os resultados referentes ao impacto no corpo, apresentados anteriormente, entendemos que o aumento das respostas de movimento humano possa representar mais uma busca por modelos de identificação, do que uma prova de uma boa integridade corporal em si (Traubenberg, 1970). Podemos atrelar esses resultados também a uma boa capacidade empática em função do estado de preocupação materna primária, ou a funcionamentos altamente projetivos, devido às fragilidades dos envelopes psíquicos. Tendo em vista a grande diversidade de interpretações possíveis atreladas a esse resultado, aprofundamos a análise das sinestésias de forma qualitativa (Tabela 38).

Traubenberg (1970) aponta que as cinestésias menores (kan, kp e kob) carregam um significado de menor integração, de menor adaptação à realidade concreta e menor capacidade de

realização do sujeito. Analisando-se a proporção de  $\Sigma k:K$  no pós-parto, podemos agrupar a nossa amostra em três grupos: o primeiro (constituído pelas participantes 4 e 8) com  $K > \Sigma k$ ; o segundo (constituído pelas participantes 1, 3, 5, 6, e 7) com  $K < \Sigma k$ ; e o terceiro (integrado pelas participantes 2, 9 e 10) com  $K = \Sigma k$ . Sendo assim, enquanto o primeiro grupo parece indicar uma capacidade adequada de tratamento da pulsão, o segundo denota, por sua vez, uma imaturidade no manejo da pulsão (Chabert, 2003). Neste último, encontramos a capacidade de simbolização e elaboração dos movimentos pulsionais prejudicada. Já no terceiro grupo, temos uma tendência para o congelamento pulsional, como por exemplo no caso da participante 10 que não apresenta nenhuma resposta de movimento (humano ou animal) no pós-parto. Tendência essa que já se mostra presente na gestação (com  $K=0$  e  $\Sigma k=2$ ), tendo se agravado no segundo momento da pesquisa ( $K=0$  e  $\Sigma k=0$ ). Porém, esse não é o caso de todas as integrantes. A participante 9, por exemplo, mostrou valores altos de cinestésias humanas no pós-parto ( $K=6$ ) revelando a necessidade de uma avaliação mais pormenorizada e da heterogeneidade no seio do grupo.

Em suma, entendemos que metade das participantes mostra um bom tratamento pulsional com um controle interno adequado, enquanto a outra metade apresenta prejuízos, em maior ou menor grau, nesse aspecto. Vemos, contudo, e de forma desigual, uma melhora discreta dessa proporção em algumas participantes no pós-parto. De fato, enquanto na gestação e no pós-parto apenas 20% das mulheres mostram uma proporção adequada das grandes e pequenas cinestésias ( $K > \Sigma k$ ), no pós-parto vemos um aumento de  $K = \Sigma k$  (20%). Hipotetizamos que no caso dessas mulheres, as projeções estejam mais aceitas pelo aparelho psíquico e em menor necessidade de deslocamento para o conteúdo animal/objetal do que na gestação, ainda que a proporção ainda não esteja adequada no que diz respeito ao controle interno. Para uma análise mais detalhada apresentamos na Tabela 38 as respostas de movimento humano dadas nos protocolos.

Tabela 38

*Respostas de movimento humano nos protocolos das mulheres gestantes*

	K	Respostas K
P1	1	<b>Prancha VII:</b> "Duas mulheres. Só isso.(?) O formato parece ser duas senhoras conversando. Conversando não, mas uma olhando pra outra."
P2	1	<b>Prancha II:</b> "Pra mim parece dois duendes dando a mão, batendo a mão assim. (?) Aqui o chapeuzinho e aqui as mãozinhas juntas e aqui o corpinho. O chapeuzinho e aqui as mãozinhas. Pelo formato, assim de parecerem essas umas mãozinhas unidas. E aqui parecerem dois rostos, um virado de frente pro outro."
P3	1	<b>Prancha III:</b> " Vejo duas pessoas se olhando (?) Ah... também pela forma."
P4	4	<p><b>Prancha I:</b> "Uma forma mais humanoide aqui no canto, como se eles tivessem dançando aqui com a mãozinha pra trás.(?) É espelhado. Geralmente todas as imagens que eu vejo são espelhadas. As linhas que parecem o queixo pra cima e as mãos pra frente "</p> <p><b>Prancha II:</b> " E vejo sei lá, dois... como se fosse palhaço assim com a maozinha para frente, virado pro outro. (?) Para mim seria o chapeuzinho deles. Essa parte que se encontra aqui parecem e a vermelha parece para mim uma espécie de chapéu. Palhacinho assim."</p> <p><b>Prancha III:</b> " Para mim ainda são as duas mulheres mexendo uma espécie de cerâmica alí (?) Essa parte assim aí está sempre espelhado pra mim quando eu falo assim, uma de frente um para outra porque parece um um rosto de perfil aqui o busto e as mãozinhas e aqui no final aparece até que elas tão de salto."</p> <p><b>Prancha VII:</b> "Parece o busto de duas mulheres se olhando de frente (?) Acho que principalmente nessa forma como é meu nariz, a boca, o queixo, cabelinho aqui, parece até uma franjinha."</p>
P5	1	<b>Prancha VII:</b> "Duas senhorinhas dançando, eu lembro dessa muito bem. (?) o formato delas, do coisa, que as duas são iguais. e uma pena o cabelo."
P6	1	<b>Prancha III:</b> " Essa parece um sei lá... um.... uma perna sei lá, uma mulher dancando agachada, no salto alguma coisa assim. (?) Aqui cabeça e pescoco, a sombra de um corpo mesmo, isso como se fosse um sapato, e a posição dela como se tivesse sei lá dançando."
P8	2	<p><b>Prancha III:</b> " Duas pessoas também, cada uma olhando pra um lado (?) Sim, essa parte toda, olhando pra essa."</p> <p><b>Prancha VII:</b> "Parecem anjinhos, duas crianças olhando uma pra outra (?) Só essa parte aqui, esse dois"</p>
P9	6	<b>Prancha I:</b> "É uma pessoa que é como se tivesse deitada de joelhos pra cima mas só dá pra ver os joelhos e as mãos. Joelhos dobrados e as mãos como se tivesse tentando pegar alguma coisa ou apontando pro céu, ou alguma coisa assim, a mão para cima (?) Cara só esse pedacinho aqui acho que é a junção

---

desse joelho essa parte redonda com essa mãozinha assim que me lembrou mas eu não sei porquê. Parece que a pessoa está deitada."

**Prancha III:** " Duas mulheres tocando tambor ou alguma coisa assim algum instrumento de percussão aí elas estão de salto ah é por isso que eu acho que que é mulher que tem um salto né? Elas são carecas (?) Eh essa parte preta. é aqui é a cabeça aí elas estão olhando uma pra outra o tronco aqui como se fosse seios oh por isso que parece mulher a o aqui é tipo o bumbum dela ou está inclinada assim pra frente e aqui é a perna e o saltinho e as mãos aqui no meio."

**Prancha IV:** " Como se fosse um monstro grande ou um ou um cara mesmo só que com uma cabeça bem pequena e os pés grandes parece que ele está numa moto alguma coisa assim andando de moto (?) Lá em cima é uma cabecinha pequenininha nessa parte mais clara e aqui é um corpo e aqui tudo é as pernas como a bota essa parte aqui é tipo a moto dele."

**Prancha V:** "Aqui nessa parte aqui como se fosse a parte de baixo da Mariposa também parecem duas perninhas assim bem finas parece de bailarina ou alguma coisa assim como se tivesse fazendo uma ponta (?) Esse pedacinho aqui ó parece que ela está fazendo uma ponta que aqui tem a perna mais grossinha e na parte fininha seria tipo a sapatilha dela sei lá."

**Prancha VII:**

" Me parece dois índios aí eles estão se olhando né? Se encarando eu não sei assim dizer o que que eles estão fazendo mas eles estão olhando um pro outro (?) Aqui a cabeça aqui tem uma pena na cabeça e aqui é o corpo só o tronco não dá pra ver as pernas então essa seria até aqui né isso aí é como se tivesse recortado a imagem aí não deu pra ver as pernas "

" Aí tem também duas pessoas com uma cara meio rabugenta olhando pra fora elas não estão se olhando (?) É esse pedaço onde era o tronco do índio. Aí como se a pessoa tivesse um topete aqui esse essa pontinha aqui é o cabelo essa bolinha mais clara são os olhos e essa pontinha é o nariz "

---

De forma semelhante à gestação, podemos observar que todas as participantes produziram, com maior ou menor frequência, cenários relacionais de interação entre os protagonistas (ver Tabela 38). Vemos também como a experiência do parto se faz presente ainda nesse momento do pós-parto em algumas respostas de movimento humano totalmente originais. Como exemplo, temos a resposta da participante 9 à prancha I (prancha materna):

*"É uma pessoa que é como se tivesse deitada de joelhos pra cima mas só dá pra ver os joelhos e as mãos. Joelhos dobrados e as mãos como se tivesse tentando pegar alguma coisa ou apontando pro céu, ou alguma coisa assim, a mão para cima (?) Cara só esse*



*pedacinho aqui acho que é a junção desse joelho essa parte redonda com essa mãozinha assim que me lembrou mas eu não sei porquê. Parece que a pessoa está deitada."*

O conteúdo da sua resposta faz alusão a uma mulher que parece estar em posição para parir, mostrando como as respostas nesse momento podem aparecer cruas e coladas no impacto da experiência corporal.

Um ponto interessante é que encontramos nas respostas de movimento humano menos fenômenos de ligação no pós-parto do que na gestação. Esse tipo de resposta se fez presente na gestação no caso de quatro participantes (sujeito 9, 8, 4 e 2), enquanto no pós-parto só conseguimos identificar uma resposta de ligação nas respostas de movimento. A participante 2, no caso, apresenta uma resposta de ligação no cenário relacional, a saber na prancha II: "Para mim parecem dois duendes, batendo as mãos, tocando as mãos". Ainda que essa resposta K comece carregada de um valor agressivo - "os duendes estão batendo as mãos" - a participante rapidamente muda o teor da resposta para "tocando" as mãos, denotando um grau de integridade dos processos secundários depois de um deslize. Essa resposta mostra uma tentativa de transformação da pulsão agressiva solicitada pelo próprio conteúdo latente da Prancha II. A presença da resposta de ligação denota, contudo, o conflito existente na separação entre o eu/outro. No entanto, a diminuição de respostas de ligação precisa ser avaliada em todos os protocolos, não só nas respostas de movimento humano, mas sim levando em conta todas as respostas.

Podemos identificar ainda problemáticas no que diz respeito à representação de si no pós-parto. Encontramos respostas que mostram protagonistas sem identificação do sexo ou forma definidos. Um exemplo disso é a resposta dada à prancha I pela participante 4:

*'Uma forma mais humanoide aqui no canto, como se eles tivessem dançando aqui com a mãozinha pra trás.(?) É espelhado. Geralmente todas as imagens que eu vejo são espelhadas. As linhas que parecem o queixo pra cima e as mãos pra frente.*

Aqui não só encontramos o fenômeno especial de resposta reflexo, revelando um centramento narcísico, como também uma indefinição sexual nessa prancha carregada de simbolismo referente ao vínculo materno primário.

No entanto, esse não parece ser o caso para todas as puérperas. De fato, a maioria das respostas são de protagonistas femininas ou masculinas (menos frequentes). Um exemplo é a resposta da participante 4 à prancha:

*Para mim ainda são as duas mulheres mexendo uma espécie de cerâmica alí (?) Essa parte assim aí está sempre espelhado pra mim quando eu falo assim, uma de frente um para outra porque parece um rosto de perfil aqui o busto e as mãozinhas e aqui no final aparece até que elas tão de salto.*

Essa resposta é considerada como sendo positiva tanto no que se refere a mentalização como também no quesito da representação de si, uma vez que vemos um cenário relacional efetivo com protagonistas com sexos definidos, mostrando uma identificação clara da participante.

Em suma, ao considerara as respostas de movimento humano de forma qualitativa encontramos uma grande variedade de possibilidades. Ao mesmo tempo em que vemos respostas de cenários relacionais efetivos entre protagonistas bem definidas, encontramos também respostas de figuras sem sexo e forma estabelecidos. Vemos também respostas cruas e que remetem diretamente à experiência do parto, ressaltando novamente o impacto do trabalho de parto na imagem corporal das mulheres e falhas na capacidade de mentalização. Uma vez que

quanto menos simbolizada uma resposta, menor o trabalho de mentalização. Esses resultados reforçam a necessidade de uma análise individual de cada caso.

### **5.7 Principais achados e hipóteses decorrentes dos resultados do Rorschach das puérperas**

No segundo momento da pesquisa, observamos que algumas tendências da gestação se amplificam, enquanto outros indicativos mostraram contrários bem diferentes daqueles encontrados no primeiro momento da pesquisa. Vemos que a tendência grupal voltada para um pensamento concreto e atenção aos detalhes na gestação parece se exacerbar no pós-parto. Observamos aqui um maior rebaixamento das respostas globais e um aumento nas respostas de detalhes da prancha. O estado de preocupação materna, que já se faz notar na gestação, parece se manifestar de forma mais intensa no pós-parto. Nesse sentido, entendemos que os cuidados com o bebê demandam da mãe um olhar mais atencioso para os detalhes e para a realidade concreta.

Em consonância com esses achados, vemos um declínio dos indicadores de socialização no pós-parto em relação aos dados normativos e também em relação ao primeiro momento da pesquisa quando as mães estavam no último trimestre da gestação. Entendemos esse declínio como inerente aos cuidados reais com o bebê. Winnicott descreve a relação fusional que une uma mãe e seu bebê no período inicial como um estado psíquico muito peculiar, por vezes beirando a loucura, chamada de preocupação materna primária (Winnicott, 1975). Esse estado acompanha um interesse reduzido em interações sociais, pode resultar em uma diminuição dos indicadores clássicos de socialização no teste de Rorschach e, ao mesmo tempo, em um aumento simultâneo das respostas humanas (Belot et al., 2021). Segundo Belot et al. (2021), esse declínio nos indicadores de socialização é previsível e parece surgir da relação fusional que une a mãe ao bebê nas primeiras fases após o nascimento. No entanto, ainda que encontremos um maior declínio dos valores de A% e Ban%, vemos um aumento discreto do H% no pós-parto que pode

indicar uma tentativa dessas mães se identificarem mais com os seus bebês e com o humano no sentido geral o aumento das respostas de conteúdo humano parece demonstrar que a experiência do pós-parto e o acolhimento do bebê convoca a mãe a se identificar com ele. No entanto, no pós-parto, 40% da amostra ainda apresenta H% rebaixado em relação aos dados normativos, o que pode indicar falhas nos processos de identificação, hipótese coerente frente aos resultados relativos ao impacto no corpo sofrido por essas mulheres que estão no puerpério.

Em seguida, observamos uma tendência no pós-parto (70% da amostra) para a diminuição das respostas no branco das pranchas (Dbl), ou seja, as mulheres tendem a dar mais respostas relacionadas ao vazio na gestação do que no pós-parto. Ainda que 80% das mulheres continuem apresentando valores de Dbl acima da norma no pós-parto, vemos uma diminuição desse tipo de resposta nesse segundo momento comparando ao primeiro. Hipotetizamos que para algumas mulheres (no caso a maioria da nossa amostra) os conteúdos convocados pela gestação relativos à experiência do vazio e os lutos possibilitados pela transparência psíquica sejam mais intensos mentalmente do que aqueles convocados no pós-parto. Após o nascimento, ainda que lutos importantes justifiquem o aumento do Dbl em relação à norma, existe um investimento libidinal que se afasta gradualmente daquilo que se perdeu (investimento narcísico numa história passada) e se aproxima daquilo que se ganha (um investimento objetal no bebê real), possivelmente explicando essa tendência à diminuição das respostas de Dbl. No entanto, é importante pontuar que esse não é o caso para todas as gestantes, já que uma minoria mostra um aumento do Dbl no pós-parto comparando ao momento da gestação (20%). Esse resultado é mais esperado se levarmos em conta os estudos científicos já realizados. De fato, segundo Belot (2014), é de se esperar que as mulheres estejam mais sensíveis ao vazio no pós-parto tendo em vista as mudanças intensas nesse período, mudanças não só em termos sociais e corporais, mas

também de investimento libidinal e regime narcísico. Em suma, mesmo que a sensibilidade ao vazio ainda esteja presente no pós-parto na nossa amostra, ela aparece de forma menos frequente e mais simbolizada.

Os resultados acima não permitem afirmar, contudo, que a experiência do pós-parto seja menos angustiante do que a gestação. Ainda que as mulheres se apresentem menos sensíveis a conteúdos relativos ao vazio, podemos observar uma tendência ao aumento dos índices de angústia no pós-parto. Encontramos, neste momento, 80% das participantes com índices elevados em relação aos dados normativos contra 60% durante o período gestacional. Além disso, metade da nossa amostra apresenta um aumento dos índices de angústia no pós-parto em relação ao período gestacional. Isso reflete a intensidade da ansiedade comumente observada no período pós-parto, o que foi confirmado por estudos recentes (Belot et al., 2021; Capponi & Hotbacz, 2005). Tendo em vista o aumento das respostas de anatomia (Anat) e de conteúdo humano vistos parcialmente (Hd), apostamos em um estado de preocupação corporal ainda vigente e talvez até intensificada nesse segundo momento, no pós-parto. No entanto, somos levadas novamente a considerar a singularidade com que cada mulher vivencia esse processo, tendo em vista que o aumento da angústia não é unânime. De fato, vemos sinais de que, para algumas, a experiência da gestação é mais angustiante do que no pós-parto, enquanto outras parecem mais mobilizadas pelo pós-parto em si.

Além disso, existem mais indícios de fragilização na integração da imagem corporal, tais como: a diminuição das respostas globais (em 100% dos protocolos), a elevação das respostas de anatomia (em 80% da amostra), o índice de barreira-penetração fora da norma (em 100% da nossa amostra) e os determinantes formais distantes de valores normativos (em 80% da amostra). Nesse sentido, supomos que as turbulências na representação de si já encontradas na gestação se

intensificam muito provavelmente em decorrência da experiência de dar à luz. Arriscamos ainda a hipótese de que esse seja o ponto de maior vulnerabilidade e angústia nesse período pós-natal. De fato, vemos nesse segundo momento uma mudança drástica de paradigma. Enquanto na gestação também há problemáticas relativas ao investimento nos limites, seja em um sobreinvestimento mais rígido nas barreiras (40% da amostra) ou em fronteiras porosas (40% da amostra); no pós-parto, vemos a prevalência de limites porosos e frágeis (em 60% da amostra). Dito de outra forma, no pós-parto, 60% das mulheres apresentam limites caracterizados por uma porosidade excessiva a ponto de deixá-las vulneráveis à confusão entre dentro/fora, entre o eu e outro. Segundo Régine Prat (2008), com a chegada do bebê a mãe perde a sua identidade e faz uma troca de pele. Este resultado corrobora com a perspectiva dessa autora na medida em que mostra uma diferença nítida entre os dois tempos da pesquisa e aponta para o poder disruptivo do atravessamento das fases da maternidade (gestação, parto e pós-parto) nos limites corporais.

Vemos nesse sentido indícios do estado de fusão entre os psiquismos mãe/bebê. A mãe, identificando-se com o bebê que outrora fora, vivencia estados de não integração e de indiferenciação em relação ao seu próprio bebê (Santos & Zornig, 2014), estados passíveis de observação pelos índices barreira/penetração.

Esses resultados mostram possivelmente que a experiência da gravidez e do pós-parto modificam a representação de si, a imagem corporal e os limites do eu-pele das mulheres. Além disso, considerando os conteúdos das respostas de anatomia, observamos como eles remetem na maior parte das vezes diretamente ao momento do parto, deixando claro o poder de impacto dessa experiência no psiquismo feminino e seus resquícios em forma de preocupações corporais no pós-parto. No entanto, é importante ressaltar que o pós-parto aumenta os índices de respostas

humanas (H%), mostrando que mesmo diante de fragilizações corporais importantes, há esforços do psiquismo no sentido das identificações.

Outro eixo de análise é O Tipo de Vivência, na qual observamos uma persistência do tipo de vivência extratensiva (50% da amostra), depois a introversiva (40% das mulheres) e o surgimento da coartação (10% da amostra) no pós-parto. O surgimento da coartação também é passível de observação nas Tendências Latentes em 20% das participantes e mostra o impacto afetivo que é atravessar o período da gestação, do parto e do pós-parto. Vemos que a maioria das mulheres manteve uma tendência a sentir e demonstrar afetos de forma direta, com uma adaptação social que se apoia mais nos afetos do que no pensamento concreto. Outras, por outro lado, mostram uma tendência a estilo reservado, com vivências afetivas interiorizadas, mais apoiadas no pensamento do que na ação (40%). Ainda que a maioria das participantes mantivessem o mesmo tipo de vivência afetiva na gestação e pós-parto (80% da amostra), duas mudaram os tipos afetivos no pós-parto para coartado. Segundo a autora (Chabert, 2020), um TRI coartado é indicativo de um freio na expressão fantasmática e afetiva. A manifestação emocional parece nesses casos gravemente comprometida, dando a impressão de uma morte psíquica. Hipotetizamos que no caso dessas participantes a coartação aparece como medida de proteção diante de um excesso pulsional incompatível com a capacidade de mentalização. De fato, vários estudos (Belot, 2014; Belot et al., 2016) mostram a fragilidade do sistema de paraexcitação materna, uma vez que a mãe precisa se adaptar a um novo estilo de vida e simultaneamente gerenciar a regulação emocional de seu bebê. Segundo Belot et al., (2016), a nova mãe não apenas se depara com seu bebê, mas antes disso, ela vivencia a gravidez, as modificações em sua imagem corporal e a experiência desafiadora do parto, que pode ser

classificado como um trauma comum. Essa sucessão de eventos pode levar ao efeito de paralisia psicológica.

A restrição na vida afetiva pode ser observada também na tendência à diminuição das respostas de cor e esfumado em relação ao valor da norma no pós-parto - tendência maior àquela encontrada na gestação. Reforçamos a possibilidade de estarmos diante de mecanismos defensivos justamente para combater o impacto e o excesso de reatividade às pranchas do Rorschach. Por sua vez, a diminuição das respostas de esfumado pode traduzir tanto as dificuldades do trabalho psíquico como também a falta de desprendimento e a ressalvas diante de solicitações do tipo regressivas. Parece haver um esforço defensivo em prol de evitar a emergência dos conteúdos internos, uma vez que a elaboração desses conteúdos pode estar dificultada no processo da gestação e no pós-parto. Corroborando a essa hipótese, vemos que o grupo manteve uma tendência para as descargas emocionais inadequadas (com  $\Sigma C > \Sigma E$  em 70% dos casos, na gravidez era 90%) apontando novamente para possíveis falhas na função de para-excitação do Eu-Pele.

No entanto, mesmo diante dessas descargas inadequadas, há uma tentativa no sentido da manutenção do controle sobre os afetos ( $FC > CF+C$ ,  $FE > EF+ E$  e  $FClob > ClobF+Clob$  em 90% dos casos;  $FC' > C'F+C'$  em 100% das participantes). Quanto ao controle interno, vemos aqui uma pequena tendência à melhora no pós-parto, o controle interno aparece prejudicado ( $K < kan+kob+kp$ ) em apenas 50% dos casos no pós-parto, na gestação era 80%. Destacando uma possível melhora não só no campo das identificações humanas, como também uma possibilidade de trabalho psíquico mais eficiente em 50% da amostra, o que nos leva a considerar que para algumas mulheres o pós-parto representa uma possibilidade de reorganização psíquica. Enquanto



outras mostram dificuldades importantes no controle interno em ambos os momentos (50% da amostra). Reforçamos assim a necessidade de uma avaliação individual dos casos.

Ao considerar as respostas de movimento, vemos que apenas 30% da amostra apresenta valores de K dentro ou acima da norma, a grande maioria (70% das mulheres) mostra um rebaixamento dessa variável no pós-parto. Como na gestação 40% das mulheres obtiveram valores rebaixados de K, entendemos que a tendência ao rebaixamento das respostas cinestésicas humanas se faz ainda mais presente no pós-parto. As cinestésias revelam uma atividade psíquica complexa de reorganização dos dados perceptivos da prancha, remetendo diretamente a potencialidades projetivas e criativas do sujeito (Chabert, 2020). Por esse motivo associa-se a qualidade, a frequência e o conteúdo das respostas cinestésicas com o conceito de mentalização. Lembrando que se considera uma rica elaboração mental da pulsão sempre que o sujeito for capaz de produzir uma resposta cinestésica com um cenário relacional efetivo por meio de uma interação real entre os protagonistas (Rebourg et al., 2018).

Ao analisarmos qualitativamente as respostas de movimento humano no pós-parto, vemos que as mulheres que produziram respostas K, em sua maioria, também criaram cenários relacionais efetivos entre protagonistas, ou seja, mesmo com menos respostas de movimento humano no pós-parto, quando estas aparecem tendem a ser em cenários relacionais efetivos. Portanto, hipotetizamos que a presença de poucas respostas de movimento humano reforça mais as suspeitas de fragilidades na representação integrada de si e do outro, do que necessariamente falhas importantes da mentalização no pós-parto. Entendemos que mulheres focadas nos cuidados com o bebê podem se afastar possivelmente do mundo fantasmático interno para focar no real, particularmente no real do bebê a ser investido, e por isso se mostram menos projetivas. Essa hipótese não descarta, contudo, a possibilidade de dificuldades de mentalização em algumas

participantes, sendo necessária uma análise pormenorizada caso a caso. Além disso, o impacto do pós-parto no corpo se comparecem na sua intensidade também nas respostas de movimento humano, testemunhando a dificuldade do trabalho psíquico em andamento. De fato, algumas respostas cinestésicas humanas (K) são totalmente originais e remetem diretamente à experiência do parto.

Em suma, vemos que o atravessamento do parto e o acolhimento da criança no pós-parto são fases desafiadoras dos limites do corpo e do psiquismo para todo o grupo que analisamos. Contudo vemos que cada mulher vai atravessar essas fases de forma única, mostrando seja uma tendência para a reorganização psíquica ou uma maior desorganização mental. Enquanto algumas mostram sinais de maior estresse psíquico na gestação do que no pós-parto (piores indicadores de mentalização e da representação de si), outras, por sua vez, apresentam uma maior facilidade de elaboração psíquica no pós-parto do que na gestação. Vemos, além disso, alguns casos curiosos que testemunham o potencial transformador desses eventos na dinâmica psíquica. Uma vez que algumas mulheres mostram resultados contrários no teste de Rorschach nos dois momentos. No entanto, de forma mais geral, vemos uma amplificação dos resultados encontrados na gestação, no segundo momento do pós-parto.

## Capítulo VI

### **Processos psíquicos de uma mulher primípara pré e pós-parto: análise de caso multimetodológica e longitudinal**

No presente capítulo, realizamos um estudo de caso de uma mulher primípara, o caso (P3) buscando realizar uma análise mais detalhada dos seus processos psíquicos no contexto do tornar-se mãe. Em um primeiro momento, apresentamos os resultados referentes ao estilo de apego (RSQ) e o histórico da participante (a partir das respostas dadas no *Adult Attachment Interview* - AAI). A análise qualitativa relativa ao estilo de apego (AAI) seguiu a proposta desenvolvida por George et al. (1996). Em seguida, analisamos a Entrevista de Reavaliação no Pós-Parto para, por fim, apreciar os resultados encontrados no Rorschach. A análise do Rorschach foi realizada seguindo o modelo da Escola de Paris, a partir dos seguintes eixos: processo de pensamento, o tratamento dos afetos e a organização das defesas, a problemática corporal.

Trata-se assim de um estudo de caso com metodologia mista (Turato, 2005) de cunho qualitativo e quantitativo. De acordo com Verztman (2013, p. 71), “um estudo de caso. . . é uma forma de estudo que visa a descrição e a compreensão do singular”, acreditando que este possa contribuir para a compreensão mais aprofundada de realidades subjetivas. A escolha desse estudo de caso, não visa a replicação, mas a possibilidade de entender a incidência dos fenômenos relativos à experiência do tornar-se mãe, e entender o contexto nos quais eles se produzem. Assim, segundo Yin (2005), nosso estudo foi do tipo descritivo-exploratório visando entender e articular os vários fatores envolvidos na experiência da maternidade em seus três momentos fundamentais: gestação, parto e pós-parto.

## 6.1 Estudo de caso - Olívia (P3)

### 6.1.1 Descrição do caso e estilo de apego

**Tabela 39**

*Resumo dos dados principais do caso da Olívia*

Dados Principais	Caso Olívia (P3)
Estado civil:	Casada
Idade:	28 anos
Profissão:	Psicóloga
Situação familiar:	Pais separados. Filha mais velha de dois irmãos.
Primeira coleta de dados:	9 meses e 2 semanas (gestação)
Segunda coleta de dados:	2 meses e 1 semana (pós-parto)
Tipo de parto:	Cesárea
Rede de apoio:	Mãe, marido e sogra.

Esta participante é denominada aqui de Olívia - um nome fictício para preservar o sigilo dos dados. Outras informações podem ter sido omitidas ou modificadas para resguardar a identidade da participante. A mesma foi encontrada através dos contatos pessoais da pesquisadora, mais especificamente por meio de um grupo de doulas. No primeiro momento de coleta de dados, a participante se encontrava numa primeira gestação e estava sendo acompanhada por uma profissional da doulagem. Após um primeiro contato, Olívia rapidamente se mostrou cooperativa e interessada em participar da pesquisa. O processo de coleta de dados seguiu os procedimentos de pesquisa anteriormente esclarecidos (ver capítulo sobre o Método). Com isso, começamos com a análise do estilo de apego a partir dos dados extraídos com o *Relationship Scale Questionnaire (RSQ)* e o *Adult Attachment Interview (AAI)*

### 1. *Relationship Scale Questionnaire* (RSQ) - Dinâmica do estilo de apego e dos modelos internos

Primeiramente, vemos a partir da análise dos dados do RSQ (Tabela 40), que o estilo de apego que antes do nascimento do bebê, no último semestre da gestação, era seguro passa para o medroso no pós-parto. Com isso, ressaltamos o potencial desorganizador da dinâmica interna do sujeito no atravessamento das primeiras fases da maternidade (gestação, parto e pós-parto). Em outras palavras, aos 9 meses de gestação, Olívia encontra a possibilidade de se sentir estável com ela mesma e com as pessoas à sua volta.

Lembrando que o estilo de apego seguro é formado por um *modelo de si* (como ela vê o valor do próprio *self*) e um *modelo dos outros* (como ela percebe a disponibilidade dos outros) ambos positivos, enquanto o tipo de apego medroso é constituído por ambos: *modelo de si* e um *modelo do outro* negativos (Griffin & Bartholomew, 1994). Dessa forma, observamos que há uma queda tanto no modelo de si (de 1.2 passou para -2.9) como no modelo do outro (de 0.9 passou para -0.8), comparando os momentos da gestação e pós-parto (Tabela 40).

#### Tabela 40

*Estilo de apego antes e depois do parto de acordo com o RSQ - Caso Olívia*

Gestação			Pós-parto		
Modelo de si	Modelo do Outro	Estilo de Apego	Modelo de si	Modelo do Outro	Estilo de Apego
1.2	0.9	Seguro	-2.9	-0.8	Medroso
Descrição			Descrição		
O estilo de apego seguro formado pelo self-model positivo (baixa ansiedade), pelo other-model positivo (baixa evitação) e caracterizado por coerência, abordagem positiva com os outros, alta intimidade nos relacionamentos, autoconfiança e dependência emocional moderadas.			O estilo de apego medroso formado pelo self-model negativo (alta ansiedade), pelo other-model negativo (evitação) e caracterizado por insegurança, timidez, vulnerabilidade, baixa autoconfiança, medo de rejeição, ciúmes, ansiedade de separação, dificuldade de confiar nos outros, evitação, reatividade e alta dependência emocional.		

Fonte: Griffin e Bartholomew (1994)

Enquanto na gestação de um primeiro filho a mulher pode vivenciar um preenchimento narcísico (Freud, 1914). Na fase do pós-parto, sabe-se que ela deve lidar com as repercussões corporais e psíquicas do trabalho de parto, com a imaturidade do bebê, a novidade em termos de vivências e regime narcísico, a perda do bebê imaginário e as possíveis ressonâncias que esses aspectos podem assumir a nível psíquico para a mãe (Belot, 2016).

Importante pontuar que estratégias inseguras de apego (quando o modelo de si ou modelo do outro é negativo) levam a possíveis dificuldades nos vínculos, com ansiedade maior centrada no bebê (Hairston et al., 2018). Lembrando que a qualidade dos primeiros relacionamentos das mães com seus bebês pode ser pior entre as mães com uma experiência negativa do parto (Chabbert & Wendland, 2016). Nesse contexto, consideramos necessária uma análise mais aprofundada das experiências afetivas primárias e das experiências vividas no parto e pós-parto, a fim de compreender a adoção de estratégias de apego inseguras, com quedas tanto no modelo de si como no modelo do outro no período pós-natal.

### ***6.1.2 Análise descritivo-interpretativa do AAI***

As respostas da entrevista de Olívia apontam para uma infância e adolescência permeadas concomitantemente por experiências positivas (majoritariamente em relação à mãe) e negativas, até mesmo traumáticas (majoritariamente em relação ao pai), como descrito na Tabela 41.

**Tabela 41**

*Falas significativas, positivas e negativas, em relação aos pais de Olívia na entrevista AAI*

*(período gestacional)*

	<b>Falas sobre a mãe</b>	<b>Falas sobre o pai</b>
<b>Positivas</b>	<p><b>Pergunta 1:</b> "Meus pais eram casados. Eu fui a primeira filha que nasceu. <i>Eu tenho lembranças muito muito gostosas. De muito carinho. De um clima familiar muito divertido. Muito unido assim. Eu lembro de uma sensação de entrega assim minha.</i></p> <p><b>Pergunta 2:</b> "Com a minha mãe, me vem mais uma cena de eu pequenininha, me jogando nos braços dela. <i>Então muito acolhimento, muita confiança. Principalmente fisicamente"</i></p>	<p><b>Pergunta 2:</b> "Então com o meu pai não tinha muita confiança, mas tinha muito da diversão, ele era muito brincalhão, de me fazer rir."</p> <p><b>Pergunta 3:</b> (Engajamento) Ele era muito presente assim, em tudo que a gente fazia, na maioria das coisas. Minhas primeiras percepções eram essas. Dele sempre junto. (Disposição) Porque eu lembro dele ser uma pessoa muito enérgica e sociável e das relações assim, e eu me sentia assim com ele.</p>
<b>Negativas</b>	<p><b>Pergunta 3:</b> "(Apatia) Depois de um tempo, dedução minha né, acho que ela começou a ficar deprimida ou eu comecei a reparar isso, e... na relação, ela não tinha uma coisa de me tratar mal. Tinha uma apatia em relação a tudo assim. Por parte dela. (Distância) Acho que tá muito ligada a essa apatia, porque eu lembro de eu enquanto criança fazer sempre o movimento de tentar me aproximar de novo dela como eu me sentia próxima dela. Tentar ver ela, e ela sempre tava muito distante."</p> <p><b>Pergunta 8:</b> "[Você alguma vez se sentiu rejeitado quando criança?] Sim. Mais pela minha mãe. [O que você lembra?] Lembro de eu demandando algum afeto e ela rejeitando aquilo, não podendo dar naquela hora.</p> <p><b>Pergunta 10:</b> "[. . .] ao mesmo tempo eu tinha muito medo, porquanto quando tinham os embates e os conflitos eles eram muito intensos. Eu tenho muito medo de brigar até hoje, ficou para mim."</p> <p><b>Pergunta 15:</b>"Com a mudança da configuração familiar, muitas coisas ficaram instáveis então as formas de se relacionar. Sempre muito tabu sobre o que estava acontecendo. A maioria das coisas era não dito. Não tinha esse espaço para falar francamente sobre as coisas. Me distanciei deles. Eu tinha 11 anos quando tudo isso aconteceu."</p>	<p><b>Pergunta 3:</b>" (Medo) Porque a partir de algum momento para me educar e me corrigir o meu pai usava de estratégias violentas. Ele era uma pessoa violenta não só comigo, eu não tenho lembrança dele bater na minha mãe, não lembro muito no mais. (Excesso) Porque aí eu comecei a sentir muitas coisas na relação com o meu pai como se fossem demais para mim. Ele começou a beber muito então ele ficava muito agressivo. Ele compartilhava coisas que na época eu não tinha estrutura emocional para lidar. De às vezes não conseguir nem simbolizar, ficava um resto. Ele falava por exemplo de ter traído a minha mãe para mim, e eu tinha que guardar o segredo. Foi uma situação muito impossível."</p> <p><b>Pergunta 7:</b>" A lembrança mais antiga que eu tenho é meu pai me deixando na escola e eu chorando horrores e ele ficava mais um tempo comigo e depois ia embora"</p> <p><b>Pergunta 9:</b> "[Seus pais eram ameaçadores para você alguma maneira?] Sim, meu pai. Eu lembro de ter muito medo dele ficar chateado com as coisas, me causava muito medo"</p> <p><b>Pergunta 14:</b>" Sim. Me vem algumas na cabeça. Quando minha mãe decidiu se separar do meu pai, foi uma época de alguns anos muito difíceis. Porque toda instabilidade emocional que eles tinham ali no casamento ficou muito intenso, então o meu pai estava o tempo inteiro mau humorado, e agressivo. O meu pai também contou muitas coisas para mim que eu não</p>

---

estava preparada para ouvir. Ele me falou que estava traindo a minha mãe e pediu para não contar, e para mim foi uma grande decepção. Eu tive que cuidar dos meus irmãos mais novos porque os meus pais tavam muito submergidos na separação. O meu pai era muito agressivo também, eu tinha muito medo dele, por mais que tenha me trazido muita coisa boa também.'

---

De acordo com o relato de Olívia, observamos que ela teve uma infância carregada de memórias positivas, com ambos os pais. No entanto, ela retrata experiências de violência com o pai na infância, que parece ter adotado abordagens violentas com a filha ao tentar educá-la ou “discipliná-la”. Ainda que as memórias positivas estejam mais concentradas com a figura materna, elas também existem com o pai no período da infância. Contudo, vemos uma mudança significativa nesse quadro na pré-adolescência/adolescência. Nesse período, o pai desenvolve relações extraconjugais e desabafa com a filha, solicitando que ela não compartilhe tais informações com a mãe. A participante se queixa de ter sido solicitada dessa forma por parte do pai e da situação traumática como um todo. Quando a mãe toma conhecimento da situação, ela não só desenvolve um estado depressivo grave, como também o ambiente familiar muda como um todo, sendo preenchido por brigas conjugais explosivas e constantes. Olívia, aos 11 anos, é obrigada assim a cuidar dos irmãos mais novos e da casa. É nesse sentido que Olívia diz sentir sempre muito medo da instabilidade das coisas e se queixa de ser obediente demais, como um condicionamento direto, um mecanismo de defesa que ela teria adotado para não apanhar do pai na infância.

De acordo com George et al. (1996), o discurso de uma pessoa pode ser associado a um estilo de apego seguro quando a história de vida que ele relata, seja com acontecimentos favoráveis ou desfavoráveis, mostra valorização dos vínculos afetivos, experiências internas consistentes, com respostas claras, relevantes e razoavelmente sucintas. Além disso, o estilo de



apego seguro aparece atrelado a lembranças positivas, com descrição equilibrada das experiências negativas do passado (Dalbem & Dell’Aglío, 2005). No caso da Olívia, vemos que os acontecimentos negativos e experiências ruins são frequentemente acompanhadas de menção a vínculos relacionais fortes que ajudam no atravessamento de tais situações. Encontramos exemplos dessa natureza principalmente quando a fala se refere à mãe. Um exemplo disso, pode ser visto a resposta para a sexta questão da entrevista, localizada na Tabela 41 (“Quando você ficava chateado quando criança, o que você fazia?”): *“Eu chorava porque eu sou uma pessoa do choro e. . . eu acho que eu buscava acolhimento principalmente na minha mãe. A maioria das vezes eu recebia o acolhimento.”*. Encontramos também exemplos dela se sentir protegida por essa mãe, diante de situações desagradáveis da vida. Exemplo (resposta à terceira pergunta): *“Me vem a lembrança de muitos abraços e também que quando tinha um adulto querendo ficar me pegando no colo, eu tenho muita lembrança da minha mãe barrando assim, que não era qualquer pessoa que ia me pegar, que eu não era qualquer coisa. É como se ela tivesse conseguido colocar alguma coisa que eu não tinha muito recurso para colocar”*.

Ao analisarmos as respostas de Olívia, na Tabela 41, vemos a palavra “medo” sendo usada frequentemente para retratar a sua relação com o pai. Um exemplo disso está na resposta que ela produz para a terceira questão da entrevista (*“Agora, eu quero te perguntar cinco adjetivos ou palavras que refletem sua relação de infância com seu pai, começando de sua primeira lembrança*). Entre os adjetivos/palavras que ela escolhe para descrever o pai, um deles é “medo” e ela justifica da seguinte forma: *“Porque a partir de algum momento para me educar e me corrigir o meu pai usava de estratégias violentas. Ele era uma pessoa violenta não só comigo, eu não tenho lembrança dele bater na minha mãe, não lembro muito no mais”*.

Dessa forma, conseguimos contextualizar os seus desejos para com o seu bebê como possíveis tentativas de reparar lutos/sofrimentos da sua própria vida e de construir vínculos diferentes àqueles que ela construiu, principalmente com o pai. De fato, ela ressalta a vontade que ela sente do filho se sentir justamente seguro na relação com os pais. Observamos tais desejos na seguinte fala: *“Gostaria que ele pudesse sentir que tem um lugar, uma sensação de pertencimento. De uma segurança básica. Uma segurança para poder crescer e se tornar ele mesmo.”*

Importante pontuar que o AAI no período pós-natal não apresentou mudanças significativas, apenas encontramos respostas mais objetivas e breves. Durante a entrevista pós-natal, a participante estava acompanhada do bebê que estava choroso. Sendo assim a sua atenção pareceu mais voltada para os cuidados com o bebê do que para responder às mesmas perguntas, previamente já respondidas.

### ***6.1.3 Análise descritivo-interpretativa do Questionário de Reavaliação no Pós-Parto***

Como dito anteriormente, traumas de nascimento podem trazer repercussões nefastas para o sujeito (a visão que a mulher terá dela mesma) e também facilitam estratégias de apego inseguras (Hairston et al., 2018). A partir das respostas produzidas no Questionário de Reavaliação no Pós-Parto, podemos entender que Olívia tinha idealizações e expectativas com relação ao próprio parto que não foram realizadas. O parto prazeroso e humanizado que ela sonhou, foi substituído por experiências reais de dor, pânico e medo da morte (tanto do bebê como dela mesma). Ela relata a violência inerente a todo esse processo e episódios de dissociação que ela provavelmente vivenciou como mecanismo para suportar a dor. Importante pontuar que o parto não progrediu como deveria e Olívia precisou de intervenção cirúrgica. Como podemos ver na seguinte fala:

*Bom primeiro, ele (o parto) foi completamente o oposto do que eu tinha imaginado, assim porque como a gente contratou uma enfermeira obstetra eu achei que ia ser bem tranquilo. Eu imaginava uma coisa bonita, só que eu achei bem brutal assim. Eu achei violento, e não por violência que tenha acontecido, eu não sofri nenhuma violência, mas pela natureza mesmo da coisa. Assim, eu senti muita dor, então foi uma experiência muito diferente assim. Eu não fiquei muito consciente no momento, eu estava em outro lugar que era um lugar de muita presença para aguentar a dor. E aí depois de doze horas de trabalho de parto eu não tive dilatação. O batimento cardíaco dele (do bebê), começou a cair bastante. Então a gente teve que fazer uma cesárea de emergência, foi a hora que eu tive uma crise de pânico. Eu tinha certeza que eu ia morrer. Só que aí a enfermeira me acalmou né? Falou que eu não estava morrendo, ela não falou todos os meus sinais vitais aí eu fiquei tranquila*

Além disso, ela marca esse evento como um divisor de águas onde uma Olívia deixou de existir e outra nasceu - se afastando de qualquer interpretação poética disso e relatando o evento do parto como sendo extremamente desorganizador. No pós-parto, os corpos, tanto do bebê como dela mesma, lhe pareciam estranhos. Ela perdeu a familiaridade e o sentimento de habitar um corpo que é dela, momento que ela mesma chama de “despersonalização”. Além disso, o medo que ela sentiu de perder o próprio filho durante o parto (com os batimentos cardíacos que caíram) persistiram nos cuidados com o bebê no pós-parto:

*A recuperação física eu senti bastante dor e eu acho que juntando com o fato de que é tudo muito novo. os primeiros quinze dias pra mim foram muito difíceis. fisicamente e emocionalmente falando. Eu me senti bem despersonalizada assim. Eu não tinha, eu esquecia tudo eu ficava muito angustiada, eu tinha, eu fiquei muito paranoica com ele, então a gente tinha que sair pro pediatra e pra mim era um sofrimento muito grande*

*porque eu jurava que qualquer coisa ele ia pegar covid. Então eu ficava muito ansiosa com isso, muito ansiosa mesmo. É então essa recuperação assim foi difícil, mas a partir do deu quinze dias eu comecei a me sentir eu mesma assim começou a ficar muito tranquilo e tudo foi voltando ao normal em questão de poucos dias. [ . . . ] Eu acho que ficou um sentimento muito difícil do parto assim. Eu fiquei me sentindo muito angustiada assim. Foi muito estranho pra mim, eu nem, até hoje, eu não sei dizer direito assim. Mas é como se fosse um divisor de tempos assim pra mim. Tem a minha vida antes do parto e depois, nitidamente.*

O encontro com o bebê foi marcado não só pelo estranhamento de se deparar com o bebê real (diferente daquele imaginado e amado dentro da barriga), mas também por um sentimento de desproteção e vulnerabilidade. Como se o bebê estivesse mais protegido dentro da barriga do que fora. Olívia foi permeada por sentimento de insegurança nos cuidados básicos com a criança (inclusive no manuseio do bebê) com medo de que qualquer coisa pudesse machucá-lo. A rede de apoio, por mais que presente e disposta a ajudar, não conseguiu apaziguar angústias de aniquilamento extremamente presentes. O sentimento foi de que ninguém poderia ajudá-los e que eles (ela e o bebê) estavam totalmente “expostos”. O vínculo com o bebê foi visto pela participante como prejudicado, pois não só o bebê que ela amava na ocasião do nascimento não era o bebê real e sim o bebê imaginário, como também o medo de machucá-lo atrapalhou o processo.

*Emocionalmente assim eu amava um bebê que estava dentro da minha barriga então era muita imaginação, né? Quando ele nasceu de corpo enfim e com o jeito dele. É no início, aquilo foi assim... eu consigo descrever como se fosse uma coisa que foi muito pra mim. Eu tinha muito medo de machucar ele. Eu senti muito medo com a questão dos batimentos*

*cardíacos no parto né? Eles caíram e eu fiquei com medo de algo dar errado e acho que isso influenciou no pós-parto. Eu tinha muito medo de que alguma outra coisa machucasse ele, então pra mim era muito difícil pegar e manipular ele. Eu senti que tinha muita isso. interferiu no vínculo assim tipo no início eu não não tinha muito vínculo. Então foi algo nitidamente construído nos dias seguintes. À medida que eu fui tendo confiança também pra pegar ele, pra mexer nele , e confiança que eu ia dar conta de cuidar. [. . .] Acho que é uma palavra que define bem a minha angústia no início é que eu sentia um desamparo muito grande assim, um medo muito grande de que qualquer coisa pudesse dar errado com ele. Então a minha mãe oferecia ajuda, a minha sogra oferecia ajuda e era como se nada pudesse me ajudar, sabe? Como se a gente estivesse completamente exposto.*

Diante disso, de uma angústia inominável, ela tentou encontrar no mundo real qualquer ancoragem e sentimento de familiaridade, visitando lugares que ela conhecia, tamanha a desorganização psíquica e corporal decorrente do parto. À medida que Olívia foi retomando um senso de familiaridade e se reestruturando, ela foi conseguindo se conectar mais ao seu filho e criar um vínculo com o mesmo. Em outras palavras, o vínculo com o bebê real precisou ser construído aos poucos e, para Olívia, amamentar a criança ajudou bastante nesse processo. Como podemos ver pela seguinte fala:

*Eu fiquei me sentindo muito perdida à medida que eu fui ficando mais tranquila pra sair de casa eu pedia pra gente fazer algumas coisas que pra mim eram familiares. Então eu pedi pro Eduardo[marido] passar na [lugar da cidade onde ela habita] de carro e eu olhava [o lugar] e aquilo apaziguava um pouco a minha angústia. Era o que eu conhecia, nasci aqui em [nome da cidade]. Uma vez a gente foi ver o pôr do sol [no lugar da cidade], foi algo que eu já tinha feito. Então essas pequenas tarefas assim familiares, foram me*

*aliviando e me reestruturando. Eu buscava ativamente por esse sentimento de unidade. À medida que eu fui me reestruturando eu acho que eu também fui conseguindo cuidar melhor dele (do bebê) assim estar mais presente com ele. [Fale pontos positivos e negativos da amamentação] O positivo eu acho que tem a questão do vínculo num momento de muita intimidade, é muito gostoso e eu acho que pra ele também porque ele ri, ele relaxa muito, é a hora que ele relaxa. A confiança também, eu confio muito no leite materno e no poder que ele tem assim pro desenvolvimento da criança.*

Entendemos então a experiência do parto de Olívia como uma situação de trauma de nascimento em que a capacidade da mãe para cuidar de seu bebê se mostrou inicialmente comprometida. A intensidade das reorganizações psíquicas que a mulher deve experimentar e absorver durante a gravidez, o parto e o encontro com o bebê são tamanhos que se houver complicações durante o parto, a mãe pode se encontrar facilmente sujeita a um transbordamento (Belot et al., 2023). Nesse caso, o parto de Olívia foi agravado por uma experiência traumática, o que não só desestabilizou consideravelmente o seu primeiro encontro com o bebê e o subsequente vínculo precoce, como também desafiou o seu próprio senso de *self*. Entendemos assim a existência de um hiato, de uma temporalidade diferente, entre a necessidade de restabelecer o equilíbrio psíquico e se recuperar fisicamente, e a possibilidade de se atentar aos cuidados com o bebê.

#### **6.1.4 Análise do Rorschach de Olívia**

Neste tópico, analisaremos os dados do psicograma de Olívia seguindo as diretrizes clássicas da Escola de Paris. Consideraremos assim, os processos de pensamento, o tratamento dos afetos, a organização defensiva (Pasian & Amparo, 2022). Acrescentamos também aspectos mais dinâmicos como o tratamento dos limites, a problemática corporal e a capacidade de

mentalização (Belot, 2014; Belot & Tychey, 2015; Cardoso, 2015). A Tabela 42 apresenta os indicadores do Rorschach encontrados no caso da Olívia na gestação e no pós-parto.

**Tabela 42**

*Indicadores encontrados no Rorschach da Olívia na gestação e no pós-parto*

Índices	Gestação	Pós-parto	Norma*
R	11	17	13-17
TLM	7.5"	6.7"	-
TRM	49.8"	29.1"	-
G%	72.7%	23.5%	42-54%
D%	9.1%	47.5%	29-39%
Dd%	18.2%	23.5%	11-18%
Dbl%	9.1%	0%	0%
A%	27.3%	35.3%	49-57%
H%	9.1%	11.7%	11-18%
Ban	27.3%	23.5%	25-31%
F%	18.2%	29.4%	29-38%
F+%	50%	40%	60-70%
F+% ext	54.5%	64.7%	67-75%
Ind. Angústia	18.2%	17.6%	13.3%
Hd	0%	5.9%	4.5
Sg	9.1%	0%	0.2
Anat	9.1%	11.8%	6.9
Sx	0%	0%	1.9
K	9.10%	5.9%	8.2%
C	18.20%	29.40%	19.9
E	13.6%	0%	15.6%
K: Σk	1:3	1:4	--
KΣC	1:2	1:5	--
ΣC: ΣE	2:1	5:0	--
FC:CF+C	0:2	4:3	--
FE:EF+E	1:1	0:0	--
FC':C'F+C'	0:0	0:0	--

RC%	27.3%	41.8%	--
H:Hd	1:0	1:1	--
H:(H)	1:0	1:1	--
H+A:Hd+Ad	4:0	7:1	--
B:P	1:4	1:3	--

*Nota.* Índice de Angústia retirado de Tychey et al. (2012)

\*Referencial normativo de Pasian (2000)

#### 6.1.4.1 Os processos de pensamento

No período gestacional, o processo de pensamento de Olívia é do tipo abstrato, caracterizado pela tendência a realizar sínteses ( $G\%=72.7\%$ ), sendo pouco voltado para os detalhes concretos da prancha ( $D=9.1\%$ ). As respostas globais estão geralmente associadas a boas elaborações, como podemos ilustrar com a seguinte resposta à prancha VIII: "Dois animais subindo alguma coisa da natureza assim, como se tivessem um objetivo e. . . é como se não tivesse muito. . . muita disposição para. . . tempo para hesitar, é um foco que você olha e vai assim. [?] Pela verticalidade eu penso que eles não teriam tempo para hesitar. É pela disposição mesmo, como eles tão posicionados." [G kan A].

Durante a gestação, Olívia apresenta também pensamento coerente com o coletivo ( $Ban=27.3\%$ ), ainda que os outros indicadores de socialização estejam rebaixados ( $A=27.3\%$ ,  $H=9,1\%$ ). Entendemos esse rebaixamento dos indicadores de socialização como reflexo do estado de preocupação materna primária (Belot, 2016). Entretanto, o número de respostas ( $R=10$ ) mostra um baixo índice de produtividade, assim como a qualidade das respostas está abaixo do esperado ( $F\%=18,2$ ;  $F+\%= 50$ ), apontando também na direção de possíveis falhas da capacidade de mentalização, talvez decorrentes da invasão do afeto sobre os processos de pensamento (Índice de angústia= $18.2\%$ ;  $FC:CF+C=0:2$ ).



Já no período pós-natal, encontramos mudanças significativas nos processos de pensamento de Olívia. Enquanto no primeiro momento da pesquisa, existe uma tendência ao pensamento abstrato, privilegiando a apreensão global da prancha em detrimento dos detalhes; no pós-parto, há a primazia das respostas de detalhe sobre as respostas globais (G= 23.5%; D=47.5% e Dd=23.5%). Em outras palavras, a tendência aqui foi voltada para o pensamento concreto, se afastando do abstrato. O aumento das respostas em D e Dd e pode indicar que no pós-parto, Olívia usa mais mecanismos rígidos de defesa para se ligar a realidade ficando o mais próxima possível do engrama perceptivo, limitando as suas projeções. Por exemplo, a resposta que ela dá na gestação à prancha VII: *“Me faz pensar em montanhas, em um cume de uma montanha. Muita liberdade. [?] A disposição, de parecer um pouco entre montanhas. Essa cavidade me faz pensar no encontro de duas montanhas. E aqui embaixo um corredor entre elas também. Como se tivesse um sol atrás. Acho que o sol vem de mim mesmo, não é nada da imagem que me faz pensar. Eu que tô trazendo a luz.”* [Dd FE Nat]. Passa a ser a seguinte no pós-parto: *“Me vem várias mãos. Alguma mão. [?] Por conta da forma assim, parece uma mão. Olhando assim, verticalmente, lembra.”* [D F- Hd]. A restrição da resposta no pós-parto com rebaixamento da qualidade formal (F-) nos dá a sensação de que estamos diante de um empobrecimento psíquico, particularmente importante nessa prancha que suscita a imago materna.

No pós-parto, assim como na gravidez, vemos um rebaixamento dos indicadores de socialização (Ban= 23.5%; A= 35.3%) em relação à norma, mostrando um certo afastamento do pensamento comum e o desenvolvimento da preocupação materna primária em ambos os momentos (Belot, 2016). Encontramos na gravidez respostas que indicam uma mobilização do corpo, respostas de sexo, sangue e anatomia em um protocolo com um pensamento em ebulição.

No pós-parto, ainda que a quantidade de resposta tenha aumentado com R=17 (R= 11 na gravidez), analisando-as qualitativamente, elas parecem curtas, menos elaboradas em comparação ao primeiro momento da pesquisa (Tabela 43). De fato, as respostas globais no pós-parto são frequentemente banais e/ou vagas (prancha IV, V e X), apontando para uma leitura simplista da realidade, ou ligadas a projeções relativas ao corpo e sua anatomia (prancha I):

*"Vejo uma bacia do corpo, estrutura óssea [?] A forma do desenho."* [G F+ Anat]. Olívia investe mais nos limites no pós-parto (F%=29.4%; F+%=40; F+ext%=64,7). Possivelmente seu investimento racional seja uma tentativa de dar um contorno a um mundo interno que parece em ebulição (K:Σk=1:4; CF=3)- como iremos aprofundar na próxima seção.

### Tabela 43

*Respostas dadas por Olívia ao teste de Rorschach na gestação e pós-parto*

	Gestação	Pós-parto
<b>Prancha I</b>	1. "Parece... um inseto, uma fêmea que voa com garras. [?] Ah, pelo formato mesmo." - G F+ A	1. <i>"Vejo uma bacia do corpo, estrutura óssea [?] A forma do desenho."</i> (G F+ Anat)  2. <i>"Um inseto também. [?] A forma também."</i> - Dd F- A
<b>Prancha II</b>	1. "Aqui vejo um parto, saindo sangue da vagina. Um momento de expulsão de saída, de corte e de abertura. [?] Olha, acho que pela forma mesmo e a cor." - DDBL CF Sg/sexo	1. "Uma floresta, uma cachoeira com a queda dela. [?] A forma também." D kob nat  2. <i>E uma flor também. [?] Ah, pelo jeito, não sei muito bem. . . . parece, acho que a forma mesmo, e a cor."</i> - D FC pl
<b>Prancha III</b>	1. "Aqui parece duas pessoas se olhando, me vem a palavra "encontro" na cabeça e pessoas que não tem como ver a forma tão definida da outra pessoa. É sempre uma coisa meio borrada mesmo, mas que se olham. [?] Pelo formato." - G K H/mancha	1. "Vejo duas pessoas se olhando [?] Ah... também pela forma." (Dd K H)  2. "E uma borboleta. [?] A cor, e o formato também" - D FC+ A
<b>Prancha IV</b>	1. "Aqui parece uma bacia do corpo, que eu tenho visto na fisioterapia, o movimento do corpo, da bacia na abertura.[?] Hmm.. a forma." - G kp Anat	1. "Como se fosse um monstro gigante, um bicho, olhando de baixo para cima. [?] Pela perspectiva da imagem, se olhar de baixo assim parece. " - G kan (A) (Ban)

<b>Prancha V</b>	1. "Hmm...me vem uma mariposa, só que associada. Diferente da de antes, que tava com a asa erguida. me vem mais uma tristeza. uma asa caída e menor e mais associada à melancolia eu acho.[?] As cores, ou a ausência de cor." - G FClob A	1. "Uma mariposa de costas [?] A forma mesmo, parece"- G F+ A (Ban)
<b>Prancha VI</b>	1. "Me vem a palavra divisão. É... de algo que tá dividido. De um duplo assim. E ao mesmo tempo os duplos têm contato um com o outro. Não estão separados, mas tem uma comunicação. Me faz pensar, emocionalmente, na parte que a gente tem controle e na parte que não tem controle. [?] É assim... parece pela forma mesmo." - Dd F- Abst	1. "Eu vejo um rio. Um canal de um rio assim.[?] É como se tivesse a água assim escorrendo. Tem o formato e as cores que me fazem pensar nisso."- Dd kob nat
<b>Prancha VII</b>	1. "O universo. Uma nebulosa. Sensação de expansão. De grandiosidade assim da vida.[?] A disposição da imagem." G EFElem/Abst  2. " Me faz pensar em montanhas, em um cume de uma montanha. Muita liberdade. [?] A disposição, de parecer um pouco entre montanhas. Essa cavidade me faz pensar no encontro de duas montanhas. E aqui em baixo um corredor entre elas também. Como se tivesse um sol atrás. Acho que o sol vem de mim mesmo, não é nada da imagem que me faz pensar. Eu que tô trazendo a luz. " Dd FE Nat	1. Me vem várias mãos. Alguma mão. [?] Por conta da forma assim, parece uma mão. Olhando assim, verticalmente, lembra." D F-Hd
<b>Prancha VIII</b>	1. "Dois animais subindo alguma coisa da natureza assim, como se tivessem um objetivo e... é como se não tivesse muito... muita disposição para... tempo para hesitar, é um foco que você olha e vai assim. [?] Pela verticalidade eu penso que eles não teriam tempo para hesitar. É pela disposição mesmo, como eles tão posicionados." G kan A	1. O urso subindo. [?] Pela forma e pela cor, dá impressão do urso andando com as quatro patas." D kan A (Ban)  2. "A borboleta numa floresta [?] Pela cor e pela forma também. " D FC+ A/Nat
<b>Prancha IX</b>	1. Vejo comida aqui. então é como se... tivessem comidas muito vivas e muito saborosas e a sensação de satisfação. De poder se nutrir assim, se alimentar. [?] Pelas cores e as formas arredondadas."G CF-Alim	1."Penso em pintura de tinta aquarela jogada espalhada, carimbada. Quando eu era criança e eu pintava de aquarela a tinta ficava meio assim [?] Pela cor. . . o formato também." Gvago CF- Art

---

<b>Prancha X</b>	<p>1. "Eu penso num jardim com muitas flores, bem ensolarado. Muita tranquilidade. Uma sensação de que dá para confiar nas coisas, no fluxo das coisas.[?] A diferença de cores e formas juntas, diferenças se conciliando, conseguindo conviver." G CF PI/Abst</p>	<p>1. "Vejo um passarinho [?] Pela cor aqui, cor de passarinho"Dd FC A</p> <p>2. Uma flor aqui também [?] Acho que as cores também me fazem lembrar D CF- PI</p> <p>3. Hmm.. acho que água aqui. [?] A cor e a forma, lembra água.</p> <p>4. E uma parte de um esqueleto também. [?] Ah aqui só a forma mesmo. D F- Anat</p>
------------------	---	--

---

### 6.1.4.2 Tratamento dos afetos e organização defensiva

Em ambos os momentos da pesquisa, Olívia apresenta um TRI do tipo extratensivo, apontando para uma tendência a manifestar a afetividade de maneira mais direta no mundo externo, de forma expressiva. Encontramos também, em ambos os momentos, diminuição dos controles internos ( $K: \Sigma k = 1:3$  na gestação;  $K: \Sigma k = 1:4$  no pós-parto) aliada a descargas emocionais empreendidas de forma inadequada ( $\Sigma C > \Sigma E$  em ambos os momentos). Esses resultados apontam para a possibilidade de o período gravídico-puerperal propiciar possíveis desestabilizações da psique, mesmo em condições favoráveis: mulher sem distúrbios prévios, apego seguro no período gestacional, gravidez desejada, rede de apoio presente etc.

Durante o período gestacional, por mais que as respostas de cor estejam em proporção coerente com os dados normativos ( $C = 18.9\%$ ), há certa dificuldade no manejo dos afetos ( $FC: CF+C = 0:2$ ). Contudo, as defesas psíquicas parecem frear as solicitações do tipo regressivas ( $E = 13.6\%$ ). Talvez em prol de evitar possíveis transbordamentos, ainda que de forma falha ( $FE:EF+E = 1:1$ ). Encontramos nesse momento da gravidez também um aumento do Dbl ( $Dbl = 9.1\%$ ), apontando para uma sensibilidade ao vazio. De acordo com Bydlowski (2007), durante a gestação a mulher não só entra em um estado de transparência psíquica, como o bebê é sonhado com expectativas de reparar e preencher vazios, lutos e perdas, o que explicaria essa maior

sensibilidade ao branco. Como comparece nos dados da pesquisa no aumento do Dbl na gestação e diminuição importante no pós-parto, quando Olivia tem que lidar com o bebê real.

Segundo Tychey et al. (2000), a presença e a natureza dos afetos de angústia são de extrema relevância para a aferir a capacidade de mentalização de um sujeito. No caso de Olívia, no período gestacional, por mais que o Índice de angústia esteja elevado (Ind. Angústia = 18.2%), há uma elaboração de afeto em um plano mental. De fato, Olívia parece vincular o afeto de angústia a uma representação em nível simbólico (Rebourg et al., 2018). Um bom exemplo é a resposta dada à prancha V: "Hmm. . . me vem uma mariposa, só que associada. Diferente da de antes, que tava com a asa erguida, me vem mais uma tristeza. Uma asa caída e menor e mais associada à melancolia eu acho.[?] As cores, ou a ausência de cor." [G FClob A]. Vemos, de fato, uma certa capacidade de experienciar psicologicamente e conter o afeto de angústia, marcando a formação de uma representação, apesar do sofrimento depressivo. No geral, entendemos que há uma turbulência emocional devido ao momento da gestação, mas Olívia mostra recursos internos para a elaboração dos afetos, mesmos os de caráter depressivo.

No pós-parto, comparece uma configuração afetiva diferente. Vemos o afeto aparecer sob o controle da representação (FC: CF+ C = 4:3), o Dbl dentro da norma (Dbl=0%) e um rebaixamento considerável das respostas de esfumaçado (E= 0%). Quando o afeto está sob o controle das representações, é considerado um indicador positivo do exercício da mentalização (Tychey et al., 2000). No entanto, nesse caso, apesar desses indicadores, é importante observar, por outro lado, a turbulência emocional e as falhas na capacidade de mentalização: respostas de cor aumentadas (C= 29.4%), controle interno e externo ambos comprometidos (K= 5.2%,  $K < \Sigma k$  e  $\Sigma C < \Sigma E$ ). Hipotetizamos que o aumento da formalização (F%=29.4, antes era F%= 18.2), por mais que ela se encontre dentro da norma no pós-parto, não representa necessariamente uma

organização psíquica. Mas sim uma tentativa de conter a mobilização afetiva e principalmente as solicitações do tipo regressivas, que mesmo diante de tais defesas, e fazem notar (RC= 41.8% no pós-parto, na gestação era menor RC= 27.3%). A impressão que temos é que durante a gestação Olívia se mostra mais "transparente" afetivamente, com um certo rebaixamento das defesas. No pós-parto, pelo contrário, ela se mostra reservada, fornecendo respostas mais curtas e ligadas ao concreto da prancha. Ou seja, percebemos um aumento das defesas.

No pós-parto, ainda que encontremos um leve rebaixamento do Índice de angústia (Ind. Angústia= 17.6%) em comparação à gestação, esse índice ainda se mantém elevado considerando a norma. Analisando de forma mais detalhada para a fórmula responsável pelo cálculo em questão, vemos que as respostas de anatomia e Hd aumentam no pós-parto. Já na gestação, não há resposta de Hd, e o que se torna expressivo na fórmula são as respostas de anatomia e sangue. As respostas de anatomia que comparecem, em ambos os momentos, apontam para uma angústia ligada as vulnerabilidades corporais, exacerbadas no pós-parto com o surgimento de respostas Hd.

#### **6.1.4.3 O impacto no corpo**

Do ponto de vista corporal, encontramos sinais de que em ambos os momentos Olívia resente o impacto no corpo nesse processo de tornar-se mãe. De fato, tanto na gestação como no pós-parto, as respostas de anatomia estão aumentadas em relação à norma (Gestação: Anat = 9.1%; Pós-parto: Anat= 11.8%). Vemos, contudo, que durante a gestação as respostas de anatomia carregam a projeção da expectativa do parto. A saber, a resposta dada à prancha IV: "Aqui parece uma bacia do corpo, que eu tenho visto na fisioterapia, o movimento do corpo, da bacia na abertura. [?] Hmm. . . a forma." [ G kp Anat]. Já no pós-parto, ainda que a temática relativa ao parto ainda esteja presente, ela aparece de forma menos dinâmica sem a integração do

movimento. Como pode ser visto na resposta dada à prancha I (prancha materna): "Vejo uma bacia do corpo, estrutura óssea [?] *A forma do desenho.*" [G F+ Anat].

Em relação às respostas de movimento, observamos não só uma diminuição no pós-parto (K= 9.1% na gestação, K= 5.9% no pós-parto), mostrando possíveis falhas na mentalização nesse momento, como também uma confusão entre o eu e outro mais evidente na gestação do que no pós-parto. É como se, devido à transparência psíquica, Olívia expressasse mais abertamente os seus contornos pouco delimitados nesse momento da gestação. Abertura que rapidamente parece se fechar no pós-parto. Um bom exemplo pode ser visto na resposta dada à prancha III, ainda na gestação: "Aqui parece duas pessoas se olhando, me vem a palavra "encontro" na cabeça e pessoas que não tem como ver a forma tão definida da outra pessoa. É sempre uma coisa meio borrada mesmo, mas que se olham. [?] Pelo formato." [G K H/mancha]. Outro exemplo pode ser encontrado na gestação também na prancha VI: "Me vem a palavra divisão. É. . . de algo que tá dividido. De um duplo assim. E ao mesmo tempo os duplos têm contato um com o outro. Não estão separados, mas tem uma comunicação. Me faz pensar, emocionalmente, na parte que a gente tem controle e na parte que não tem controle. [?] É assim. . . parece pela forma mesmo." [Dd F- Abst]. Em ambas as respostas, vemos bem a dialética entre *estar-em-um* e *estar separado* explicada por Ogden (1996). Já no pós-parto, a resposta dada à III prancha parece mostrar uma separação mais clara entre o eu e o outro, permitindo a resposta de movimento bem-vista, porém ela é elaborada com o controle do olhar: "Vejo duas pessoas se olhando [?] Ah. . . também pela forma." [Dd K H].

Essa análise qualitativa parece apontar para uma maior estruturação dos envelopes corporais de Olívia no pós-parto, talvez pela separação efetiva com o corpo do bebê e pelas exigências de um bebê real. Porém, enquanto alguns indicadores também caminham em direção

a essa conclusão (aumento do H%= 11.7%), outros já mostram levemente uma vulnerabilidade maior da estabilidade corporal (H:Hd= 1:1, H:(H): 1:1, Anat= 11.8%; G= 23.5%) em comparação ao período gestacional (H:Hd= 1:0, H:(H): 1:0, Anat= 9.1%; G= 72.7%). É importante observar que em ambos os momentos os índices de barreira e penetração mostram limites ainda frágeis, caracterizados por uma porosidade excessiva a ponto de facilitar a confusão entre dentro/fora, entre o eu e outro (B:P= 1:4 na gestação e B:P= 1:2 no pós-parto).

### ***6.1.5 Síntese do caso***

Após a análise dos resultados do RSQ, AAI, Questionário de reavaliação no pós-parto e o Rorschach podemos entender de forma mais dinâmica o funcionamento psíquico de Olívia nesse processo de tornar-se mãe.

As respostas oferecidas no AAI (durante o período gestacional) mostram que Olívia apresenta uma descrição equilibrada das experiências positivas e negativas da sua vida. Por mais que ela tenha passado por situações que ela mesma julga como excessivas, Olívia traz experiências de aconchego e segurança com as figuras parentais. As suas falas se mantêm condizentes com o discurso de uma pessoa com estilo de apego seguro. Olívia produz respostas similares no pós-parto, ainda que mais breves e objetivas. Encontramos, contudo, uma mudança entre os dois momentos da pesquisa no que diz respeito ao estilo de apego. De fato, o estilo de apego seguro na gestação é substituído pelo estilo de apego medroso no pós-parto. Em outras palavras, observamos que há uma queda tanto no modelo de si (de 1.2 passou para -2.9) como no modelo do outro (de 0.9 passou para -0.8) comparando os dois momentos.

A partir da entrevista de reavaliação no pós-parto, encontramos resultados que talvez estejam atrelados a essa queda tanto no modelo de si como no modelo do outro. De fato, o parto de Olívia foi acompanhado de idealizações e expectativas frustradas. A participante descreve o



evento como sendo extremamente violento e que vivenciou um medo de morrer debilitante. Ela diz que o parto foi um divisor de águas em que muito (ou tudo) dela se perdeu, a ponto de ter dificuldade de reconhecer a si mesma e o ambiente a sua volta. Para Olívia, a experiência foi despersonalizante. O pós-parto, por sua vez, também foi difícil, pois Olívia sentiu medo do bebê se machucar. Segundo o estudo conduzido por Chabbert e Wendland (2016), mães que passaram por uma experiência de parto negativa mostram menor qualidade nos primeiros relacionamentos com seus bebês. Os autores enfatizaram a importância de considerar experiências negativas e até mesmo traumáticas de parto ao avaliar o impacto dessas experiências nos primeiros vínculos entre mãe e bebê. A partir desse estudo de caso, tendemos a concordar com o poder de impacto do parto na criação do vínculo mãe-bebê.

Os cuidados com a criança foram comprometidos e o sentimento que ela tinha era de que ninguém nem nada poderiam ajudar, a não ser a volta do bebê para a barriga. A rede de apoio, por mais que presente, não conseguia apaziguar a sua angústia. Olívia relata ter tido dificuldade de se apegar com o bebê real, pois aquele que ela amava era imaginado dentro da barriga. Esse relato nos mostra como o primeiro mês do pós-parto pode ser extremamente delicado e desafiador para a mulher que ainda está vivendo as repercussões do parto e a necessidade de acolher o bebê real. No momento da segunda aplicação dos instrumentos, dois meses já havia se passado desde o momento do nascimento. Entendemos que nesse momento já houve um tempo para a Olívia conseguir se reorganizar minimamente, pois não só ela já conseguia cuidar do bebê e criar um vínculo com ele, como também voltou a sentir familiaridade com o próprio corpo, ainda que ela sinta que existem duas mulheres diferentes: uma Olívia antes e outra Olívia após o parto. Dessa forma, de acordo com Belot et al (2023), a ocorrência de um parto complicado pode resultar em considerável desestabilização do primeiro encontro da mãe com o bebê e do

subsequente vínculo inicial. Esse vínculo pode ser dolorosamente afetado pela indisponibilidade mental e física da mãe. Segundos os autores, existe nesses casos, uma temporalidade distinta entre a necessidade de restabelecer o equilíbrio psíquico e a recuperação física, e a possibilidade de cuidar do bebê. Vimos exatamente essa temporalidade no estudo de caso, uma vez que a mãe precisou de um tempo para encontrar o seu equilíbrio primeiro antes de poder cuidar do bebê efetivamente.

Analisando a dinâmica psíquica no Rorschach, vemos que algumas tendências se mantiveram relativamente parecidas nos dois momentos da pesquisa. De fato, em ambos os momentos, do ponto de vista afetivo, vemos sinais de turbulência, com falhas no controle interno ( $K: \Sigma k = 1:3$  na gestação;  $K: \Sigma k = 1:4$  no pós-parto) e descargas empreendidas de forma inadequada ( $\Sigma C > \Sigma E$  em ambos os momentos). Vemos também vulnerabilidades no que diz respeito à problemática corporal tanto na gestação ( $H:Hd = 1:1$ ,  $H:(H): 1:1$ ,  $Anat = 11.8\%$ ;  $G = 23.5\%$ ) como também no pós-parto ( $H:Hd = 1:0$ ,  $H:(H): 1:0$ ,  $Anat = 9.1\%$ ;  $G = 72.7\%$ ). Com índices de barreira e penetração que apontam para os limites frágeis, caracterizados por uma porosidade excessiva a ponto facilitar a confusão entre dentro/fora, entre o eu e outro ( $B:P = 1:4$  na gestação e  $B:P = 1:2$  no pós-parto). Vemos também índices de angústia aumentados em relação à norma (Ind. Angústia na gestação =  $18.2\%$ ; Ind. Angústia no pós-parto =  $17.6\%$ ).

Ao analisar os pontos que se divergem entre os dois momentos, vemos que a tendência a realizar sínteses ( $G\% = 72.7\%$ ;  $D = 9.1\%$ ) do período gestacional, no período pós-natal foi substituído por um pensamento concreto com uma maior atenção aos detalhes ( $G = 23.5\%$ ;  $D = 47.5\%$ ). Além disso, enquanto no período gestacional as respostas de cor estão em proporção coerente com os dados normativos ( $C = 18.9\%$ ), com certa falha na elaboração do afeto (FC:

CF+C = 0:2). Entendemos que o F% rebaixado na gestação (F%= 18.2) pode apontar para as defesas psíquicas frouxas, condizentes com o estado de transparência psíquica.

Encontramos também nesse momento da gestação um aumento do Dbl (Dbl = 9.1%), apontando para uma sensibilidade ao vazio. Vemos, contudo, que mesmo as defesas psíquicas mais relaxadas, elas parecem frear as solicitações do tipo regressivas (E= 13.6%). Talvez em prol de evitar possíveis transbordamentos, ainda que de forma pouco efetiva (FE:EF+E = 1:1). No pós-parto, diferentemente da gestação, vemos o aumento da formalização (F= 29.4%), o afeto sob o controle da representação (FC: CF+ C = 4:3), o Dbl dentro da norma (Dbl=0%) e um rebaixamento considerável das respostas de esfumaçado (E= 0%). Entendemos essas mudanças como tentativa de conter a vida afetiva, e principalmente as solicitações do tipo regressivas, que mesmo diante de tais defesas, se fazem notar (RC= 41.8% no pós-parto, na gestação era menor RC= 27.3%). Entendemos também que o rebaixamento das respostas de movimento (K= 9.1% na gestação, K= 5.9% no pós-parto) no pós-parto, pode apontar para as falhas na capacidade de mentalização, com a vida criativa possivelmente diminuída.

Ao considerar as respostas qualitativamente, na gestação elas parecem bem mais projetivas, abstratas, marcando o alcance do campo de fantasia e até mesmo bem simbolizadas (em sua maioria), muito embora com forte impacto do corpo. Já no pós-parto, vemos o aumento de respostas curtas, veladas, objetivas, com representações empobrecidas e poucos cenários fantasiados. Hipotetizamos que Olívia precisou investir em defesas mais rígidas para conseguir se reorganizar fisicamente e mentalmente, restringindo as solicitações regressivas e se mostrando mais apegada ao concreto. Foi justamente isso que ela fez quando pediu ao marido que a levasse para ver, no mundo real e concreto, os lugares que a trouxessem maior familiaridade. Ela

manejou a sua vida interna desorganizada, olhando para fora de si, buscando formas de se enraizar na realidade concreta.

Concluimos assim, que os três momentos da maternidade estudados neste trabalho (gestação, parto e pós-parto) são extremamente delicados e têm um poder disruptivo da dinâmica interna das mulheres de forma considerável. Entendemos que uma gravidez desejada e um parto planejado, ainda que importantes, não garantem necessariamente um pós-parto sem turbulências. Consideramos que existem poucas medidas interventivas e estudos no campo da psicologia a respeito do parto em si, e da elaboração das experiências do parto. Acredita-se que não só profissionais de psicologia como também a equipe médica responsável pelo acompanhamento do trabalho de parto e pós-parto imediato, precisam estar à par das particularidades e possíveis repercussões de experiências mal vividas na dinâmica interna da mãe e na possibilidade de criar um vínculo com o bebê, a fim de intervenções pertinentes possam ser implementadas.

## Considerações Finais

Ao longo desta dissertação de mestrado, exploramos o possível impacto da experiência da maternidade (gestação, parto e pós-parto) no corpo e no psiquismo. Nossos resultados comparativos dos estilos de apego em ambos os momentos, bem como os resultados do teste de Rorschach, focados nos indicadores de mentalização e representação de si e as entrevistas semiestruturadas, nos permitiram uma compreensão mais profunda da travessia subjetiva da maternidade. A nossa análise apontou para importantes remanejamentos psíquicos no pré e no pós-parto. Lembrando que nosso estudo foi realizado com uma população primigesta e sem vulnerabilidade psíquica anterior.

Ao nos determos nas contribuições da análise dos resultados, o capítulo III se concentrou em uma análise cruzada de todos os instrumentos utilizados na pesquisa, visando estabelecer padrões grupais entre as participantes. Dessa forma, foram realizadas análises quantitativas e qualitativas buscando identificar possíveis relações entre os diferentes aspectos investigados: as estratégias de apego, os modelos internos de si e de outros, o funcionamento psíquico e as experiências de vida relacionadas ao parto e aos cuidados com o bebê. Essa análise cruzada possibilitou uma compreensão mais ampla das dinâmicas e dos desafios enfrentados pelas mulheres no período gestacional e pós-parto, bem como contribuiu para a formulação de hipóteses.

Nossos resultados mostraram que a maternidade pode afetar os modelos mentais internos das mulheres, incluindo suas estratégias de apego, modelo de si e percepção dos outros. Após o parto, muitas mulheres adotaram estratégias de apego mais inseguras e tiveram uma visão negativa de si mesmas, enquanto sua percepção dos outros geralmente melhorou. Mudanças nos estilos de apego foram observadas em 50% da nossa amostra, sugerindo que a maternidade pode

ser um evento que influencia mudanças estruturais no indivíduo. De acordo com Waters et al (1995), o estilo de apego pode variar no decorrer de eventos significativos, como doenças próprias ou familiares. Parece que alguns eventos da vida podem influenciar mudanças no estilo de apego desde a infância até a idade adulta. Debray (1987) argumenta que a maternidade é um desses eventos que pode resultar em mudanças estruturais no indivíduo. Nós tendemos assim a concordar com essas premissas. No entanto, é importante ressaltar que nossa amostra não é estatisticamente significativa e mais estudos longitudinais se fazem necessários para avaliar a durabilidade dessas mudanças.

Através da análise do AAI, observamos que mulheres com estilo de apego seguro demonstraram valorizar vínculos afetivos e ter uma descrição equilibrada de suas experiências negativas no passado. As mulheres com estilo de apego medroso compartilharam experiências de conflitos familiares e medo do abandono, e desejaram educar seus filhos de maneira diferente da que receberam. As mulheres com estilo de apego evitativo apresentaram respostas breves e tentaram normalizar as relações afetivas classificando-as como "boas" e rejeitando aspectos negativos, mesmo quando estes são claramente presentes. Apenas uma participante apresentou estilo de apego preocupado, em que foi possível observar uma tendência oposta àquela observada nos casos de apego evitativo, com a participante apresentando preocupações e angústias relacionadas à possibilidade de separação com a criança. Dessa forma, o nascimento do bebê parece de fato confrontar as mulheres a elementos arcaicos de sua história familiar e dimensões inconscientes de sua vida psíquica. Não houve mudanças significativas nas respostas das participantes entre as avaliações pré e pós-parto, possivelmente devido a fatores contextuais, como cansaço decorrente dos cuidados com o bebê.

Ao analisarmos as respostas do questionário de Reavaliação no Pós-Parto e cruzá-las com os resultados do RSQ, notamos que as participantes que apresentaram modelos de si rebaixados no pós-parto em comparação com a gestação, expressaram majoritariamente sentimentos de insegurança e insatisfação relacionados à experiência do parto e/ou aos cuidados com o bebê. Por outro lado, observamos modelos dos outros positivos nas mulheres que relataram contentamento com a rede de apoio no pós-parto. Levantamos a hipótese de que a experiência do parto pode ter um impacto significativo nos modelos internos das participantes e que o acolhimento oferecido durante esse período pode influenciar o modelo que elas terão em relação aos outros. Durante a pesquisa, hipotetizamos que o modelo de si das mulheres durante o período gestacional pode estar diretamente relacionado ao sucesso do trabalho de parto, de acordo com as idealizações que a mulher carrega, assim como ao que ela considera como sucesso nos cuidados com o bebê. Acreditamos que sentimentos de falhas nessas funções podem acarretar quedas consideráveis nos modelos de si das mulheres.

Por último, neste capítulo, examinamos o funcionamento psíquico das participantes durante a gestação e pós-parto, por meio da análise dos psicogramas do teste de Rorschach. Analisamos processos de pensamento, organização defensiva, regulação emocional, capacidade de lidar com limites, a problemática corporal e habilidades de mentalização (Belot, 2014; Belot & Tychev, 2015; Cardoso, 2015; Pasian & Amparo, 2022). Os resultados que obtivemos foram particularmente interessantes em comparação aos dados normativos com população adulta, uma vez que encontramos resultados singulares (Pasian, 2010; Tychev et al., 2012).

De fato, os nossos resultados apontam para intensos remanejamentos e possível vulnerabilidade psíquica das mães durante as fases da gestação e do pós-parto, o que reforça a ideia de que esses momentos fragilizam os limites internos do sujeito e modificam os

mecanismos habituais de defesa. Os processos de regressão, fundamentais tanto no período pré-natal quanto no pós-natal, podem desestabilizar vários aspectos que compõem a personalidade. Durante as fases da gestação, do parto e do encontro com o bebê, há um aumento significativo do trabalho psíquico, com destaque para as atividades da mentalização, função especialmente solicitada. No entanto, a análise global das médias dos resultados dos índices de angústia, das respostas no branco das pranchas, dos indicadores relativos aos mecanismos de defesa, do tratamento dos afetos etc., aponta consistentemente para uma dificuldade em conter psiquicamente a experiência provocada pela gravidez, nascimento e acolhimento de um bebê no período gestacional e pós-natal. Os resultados mostram a presença de ansiedade elevada em comparação com a população normativa, porosidade das fronteiras do Eu e uma representação de si frágil.

Os próximos dois capítulos de resultados (capítulo IV e V) analisamos os dados do método de Rorschach. Optamos por enfatizar a análise quantitativa com alguns elementos qualitativos do Rorschach. Priorizamos as especificidades dentro de uma perspectiva grupal, permitindo uma compreensão exploratória ampla e longitudinal da trajetória da maternidade pelas fases da gestação, parto e pós-parto. Importante destacar que estudos futuros realizados em nível individual serão necessários para aprofundar ainda mais nos resultados obtidos. Isso permitirá uma análise mais detalhada das características individuais com que cada mulher atravessa esse processo. Além disso, a amostra utilizada nesta pesquisa foi limitada (n=10) e foi obtida por conveniência, o que representa uma limitação em relação à generalização dos resultados obtidos. É importante ter cautela na interpretação dos resultados e reconhecer que estudos futuros com amostras maiores e mais representativas podem ser necessários para confirmar e expandir as conclusões obtidas neste estudo. No entanto, a análise exploratória dos



dados coletados nesta pesquisa representa uma contribuição importante para o avanço do conhecimento no campo de estudo em questão.

De fato, dentre os resultados principais, observamos heterogeneidade dentro do grupo de mulheres relativa aos resultados no Rorschach. Ainda que tenha sido possível observar uma desestabilização psíquica no grupo como um todo, em ambos os momentos, a saber: sensibilidade ao vazio, controle interno prejudicado; índice de Angústia elevado; presença de choques e recusas; tendência para defesas rígidas. Algumas mulheres apresentaram indicadores de mentalização menos comprometidos e operantes, a saber: presença e boa qualidade das respostas de movimento humano, com cenário relacional; índice de angústia adequada; Dbl aumentado, porém com respostas bem simbolizadas; menor frequência de respostas de anatomia e sangue. Outras, por sua vez, mostram variáveis mais preocupantes e indicadores de mentalização gravemente prejudicados com: diminuição ou ausência de respostas K; índice de angústia elevado; aumento considerável de respostas de anatomia e sangue; Dbl aumentado acompanhado de respostas cruas, pouco simbolizadas. Em outras palavras, enquanto para a maioria das nossas participantes, a desorganização psíquica e a porosidade das fronteiras psíquicas e corporais se refletem em índices elevados de penetração ou de barreira, o que indica o uso de mecanismos de defesa específicos.

Observamos graus de capacidade de manejo diferentes, a depender do funcionamento psíquico da mulher. Entendemos que, por mais que a experiência da maternidade seja potencialmente desestabilizadora, algumas mulheres mostraram maiores recursos mentais do que outras.

As respostas de anatomia ocuparam também um lugar de grande relevância nesse estudo. De fato, encontramos em toda a amostra respostas pouco simbolizadas, anatômicas, quase

coladas ao real do corpo com investimento na anatomia da pélvis e no parto. Os conteúdos de resposta no teste Rorschach relacionados diretamente com a fase da concepção, anatomia feminina, parto e encontro com o bebê também foram particularmente numerosas, mostrando um claro apego à experiência corporal. Hipotetizamos que o trabalho de transformação do psiquismo não pode acontecer quando o real, por vezes impregnado de uma dimensão traumática, ocupa todo o espaço psíquico. Durante o último trimestre da gestação e logo após o nascimento (primeiro trimestre pós-parto), as mudanças corporais atingem seu pico e a expectativa do parto preenche o imaginário, possivelmente sobrecarregando o aparelho psíquico que ainda não tem a capacidade de mentalizar completamente a experiência vivida no corpo. Essa sobrecarga pode levar a uma maior permeabilidade psíquica, com o surgimento de representações inconscientes e um afrouxamento das forças do recalcado, como geralmente é descrito durante o período gestacional e pós-natal (Bydlowski, 1997).

Durante a análise das respostas obtidas no pós-parto, observamos que algumas tendências da gestação se amplificam, enquanto outros indicativos se mostram contrários e bem diferentes daqueles encontrados no primeiro momento da pesquisa. Ao contrário do que é encontrado na literatura (Belot, 2014), nossos resultados apontaram para uma tendência no pós-parto de diminuição das respostas no branco das pranchas (Dbl) em 70% da amostra. Isso indica que as mulheres tendem a dar menos respostas relacionadas ao vazio no pós-parto do que na gestação. Embora 80% das mulheres ainda apresentem valores de Dbl acima da norma no pós-parto, há uma diminuição desse tipo de resposta em comparação ao primeiro momento da pesquisa. Hipotetizamos que, para a maioria das mulheres de nossa amostra, os conteúdos convocados pela gestação relativos à experiência do vazio e os lutos possibilitados pela transparência psíquica sejam mais intensos mentalmente do que aqueles convocados no pós-parto. Com o nascimento

do bebê, existe um investimento libidinal que se afasta gradualmente daquilo que foi perdido no passado e se aproxima do que se ganha no presente, possivelmente explicando a tendência à diminuição das respostas de Dbl. No entanto, uma minoria das gestantes (20%) apresentou um aumento nesse indicador, o que de novo aponta para a heterogeneidade do grupo.

Embora os resultados sugiram uma diminuição da sensibilidade das mulheres a conteúdos relacionados ao vazio no pós-parto, isso não implica necessariamente em uma redução do nível de angústia. Na verdade, há uma tendência ao aumento dos índices de angústia nesse período, o que sugere que as mulheres podem estar enfrentando outros tipos de desafios emocionais e psicológicos durante o pós-parto. De fato, as turbulências na representação de si, já presentes na gestação, são intensificadas no pós-parto, possivelmente devido à experiência de dar à luz. Arriscamos ainda a hipótese de que a problemática corporal seja um, se não o maior ponto de vulnerabilidade e angústia nesse período pós-natal para muitas mulheres.

De fato, outros indicadores contribuíram para a formulação dessa hipótese. Na fase pós-parto, houve uma mudança significativa nos padrões de limites psíquicos e corporais em comparação com a fase de gestação. Enquanto na gestação também há problemáticas relativas ao investimento nos limites, como um sobreinvestimento mais rígido nas barreiras (40% da amostra) ou fronteiras porosas (40% da amostra), no pós-parto, vemos a prevalência de limites porosos e frágeis (em 60% da amostra). Isso indica uma vulnerabilidade à confusão entre dentro/fora e eu/outro. Essa mudança nos limites corporais pode ser um resultado do poder disruptivo da maternidade. Observa-se, então, indícios de estados de não integração e indiferenciação em relação ao próprio filho(a), conforme indicado pelos índices de barreira/penetração. Isso sugere que a experiência da gravidez e do pós-parto pode modificar a representação de si, a imagem corporal e os limites do eu-pele das mulheres. Poderíamos

interpretar esses resultados como indicadores da dinâmica entre estar separado e estar-em-um, e da interdependência entre a subjetividade e a intersubjetividade inerentes à maternidade (Odgen, 1996). É nesse contexto que encontramos evidências de maiores dificuldades e falhas na capacidade de pensar, para a maioria das participantes no pós-parto.

Algumas participantes mostraram resultados tão diferentes entre os dois momentos da pesquisa que uma delas foi escolhida para a realização do estudo de caso, no capítulo VI. Essa participante teve uma mudança de estilo de apego entre os dois momentos da pesquisa. Ela passou de um estilo de apego seguro para estilo de apego medroso. Além disso, a reavaliação no pós-parto de Olívia mostrou resultados que podem possivelmente explicar a queda no modelo de si. O parto foi descrito como extremamente violento, deixando Olívia com medo de morrer e dificuldade em reconhecer a si mesma e ao ambiente ao redor. O pós-parto também foi desafiador, com medo do bebê se machucar e dificuldade em criar um vínculo com o bebê real. Além disso, vemos que a construção do vínculo com a criança não é necessariamente simples. O encontro com o bebê real, distante do bebê fantasiado e imaginário, aumenta essa dificuldade. Também é importante conseguir fazer a transição entre o filho idealizado na fantasia e o filho real. Dois meses depois, Olívia já havia se reorganizado minimamente e conseguiu cuidar do bebê e criar um vínculo com ele, mas ainda sentia que existiam duas mulheres diferentes antes e após o parto. Essa história mostra como o primeiro mês do pós-parto pode ser delicado e desafiador para as mulheres, enquanto elas lidam com as repercussões do parto e a necessidade de acolher o bebê real. Os resultados no Rorschach apontaram para um empobrecimento da capacidade de mentalização no pós-parto com aumento das defesas e de mecanismos defensivos rígidos.

Interpretamos esse resultado como uma tentativa de conter a vida afetiva, que transborda as atuais capacidades de mentalização da participante. Encontramos também resultados interessantes e contrastantes a nível de pensamento. De fato, ao analisar os pontos que se divergem entre os dois momentos, vemos que a tendência a realizar sínteses do período gestacional, no período pós-natal foi substituído por um pensamento concreto com uma maior atenção aos detalhes. Ao analisarmos as respostas qualitativamente, notamos que durante a gestação as respostas foram mais projetivas, abstratas e simbolizadas, muito embora com forte impacto do corpo. Já no pós-parto, houve um aumento de respostas curtas, objetivas e com representações empobrecidas, sugerindo a adoção de defesas mais rígidas para lidar com a necessidade de se reorganizar física e mentalmente. Olívia precisou restringir as solicitações regressivas e se apegar mais ao concreto para não se desorganizar.

A presente pesquisa evidenciou que a presença de um estilo de apego seguro não é suficiente para prevenir perturbações psíquicas ou mudanças significativas na representação de si no pós-parto. Observou-se que a maternidade, mesmo em condições favoráveis, pode desencadear turbulências emocionais em mulheres, que podem ser mais ou menos vulneráveis à experiência da gestação e/ou do pós-parto. Os resultados indicam que a maternidade representa um momento crítico de transformações internas, e que a experiência do parto necessita de maior investigação, uma vez que muitas mulheres ainda estão elaborando os acontecimentos ocorridos durante esse período. É comum que as mulheres, no período pós-parto, lidem com sentimentos de realização ou frustração em relação ao parto idealizado, sendo essencial fornecer suporte adequado aos processos psicológicos e emocionais envolvidos na transição para a maternidade. Portanto, a presente pesquisa sugere a relevância de futuros estudos sobre este tema.

## Referências

- Abdel-Bali A., & Poulin, M-J. (2004). Du désir d'enfant à la réalisation de l'enfantement, Perspectives psychodynamiques du vécu normal autour du désir d'enfant et de la grossesse. *Médecine & Hygiène, Psychothérapies*, 2(41), 3-9.
- American Psychological Association. (2010). *Dicionário de Psicologia APA*. Artmed.
- Ammaniti, M., Candelori, C., & Pola, M. (1999). *Maternité et grossesse: étude des représentations maternelles*. Presses Universitaires de France.
- Amparo, D. M. D., Magalhães, A. C. R. D., & Chatelard, D. S. (2013). O corpo: identificações e imagem. *Revista Mal Estar e Subjetividade*, 13(3-4), 499-520.
- Amparo, D. M. D., Pasian, S. R., Okino, E. T. K., & Colombarolli, M. S. (2022). *Atualizações do método de Rorschach na escola. Avanços em métodos projetivos*. Hogrefe
- André, J., Ansermet, F., Aupetit, L., Candilis-Huisman, D., Flis-Trèves, M., Konichekis, A., Pierrehumbert, B., & Vanier, C. (2010). *Maternités traumatiques*. Presses Universitaires de France.
- Anzieu, D. (1978). *Métodos Projetivos*. Campus.
- Anzieu, D. (1989). *O Eu-Pele*. Casa do Psicólogo.
- Anzieu, D. (2002). *O pensar do eu-pele ao eu-pensante*. Casa do Psicólogo.
- Aragão, R. O. D. (2007). *A construção do espaço psíquico materno e seus efeitos sobre o psiquismo nascente do bebê* [Dissertação de Mestrado, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo]. Repositório da PUCSP.  
<https://sapiencia.pucsp.br/bitstream/handle/15630/1/Regina%20Orth%20de%20Aragao.pdf>

- Assis, E.N.; Loureiro, F.S.; Menta, C.; Nogueira, E.L.; Silva Filho, I. G.; Von Gunten, A., & Cataldo Neto, A. (2019). Tradução e adaptação brasileira do Relationship Scales Questionnaire (RSQ). *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*, 41(1), 69-77.  
<https://www.scielo.br/j/trends/a/tjNF4jQ6dbQTvq6mL79fx4N/?format=pdf&lang=en>
- Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. (2021). *Critérios de Classificação Econômica Brasil*. [https://www.abep.org/criterioBr/01\\_cceb\\_2021.pdf](https://www.abep.org/criterioBr/01_cceb_2021.pdf)
- Athanassiou, C. (1992). Crise d'identité precoce. *Dialogue*, 118, 14-25.
- Aubert-Godard, A. (1998). Entre adulte et bébé, l'étrange désordre de la naissance In D. Mellier, & J. Rochette-Guglielmi, *Le bébé, l'intime et l'étrange* (pp. 13-36). Érès.  
<https://doi.org/10.3917/eres.prat.1998.01>
- Aulagnier, P. (1964). Observações sobre a estrutura psicótica. In S. C. Katz (Org.), *Psicose: Uma leitura psicanalítica* (pp. 13-31). Andrade.
- Aulagnier, P. (1975). *La Violence de l'interprétation. Du pictogramme à l'énoncé*. PUF.
- Badinter, E. (1985). *Um amor conquistado: o mito do amor materno*. Nova Fronteira.
- Bartholomew, K., & Thompson, J. M. (1995). The application of attachment theory to counseling psychology. *The Counseling Psychologist*, 23(3), 484-490.
- Bayle B. (2005). *L'enfant à naître: Identité conceptionnelle et gestation psychique*. Érès.
- Bateman, A. W., & Fonagy, P. (2003). The development of an attachment-based treatment program for borderline personality disorder. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 63, 187-211.
- Belot, R. A. (2014). La singularité des protocoles Rorschach chez une population de femmes en période post-natale. *Devenir*, 26(165), 204. <https://doi.org/10.3917/dev.143.0165>.

- Belot, R. A., & Bonnet, T. M. (2016) Défaillance dans la construction des enveloppes psychiques et conséquences somatopsychiques chez le bébé. À partir d'une observation, Madras 2 mois 15 jours. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 64(7), 464-472.
- Belot, R. A., Bonnet, M., Sanahuja, A., & Taunay, C. (2023). Traumatic Birth and Early Bonding, a Case Study. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 39, e39403.
- Belot, R. A., & De Tychev C. (2015). Mentalisation maternelle et expression somatique du bébé, une étude comparative au Rorschach. *Bulletin de psychologie*, 539(5), 367-389.  
<https://doi.org/10.3917/bupsy.539.0367>
- Belot, R. A., Maïdi, H., Givron, S., & Arcangelli, E. (2016). Dépression maternelle et processus de co-identification mère-bébé. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 174(9), 748-756. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2016.04.011>
- Belot, R. A., Pheulpin, M. C., Roman, P., Bouteloup, M., Pointurier, M., Paez, D., Mottet, N., & Mellier, D. (2021). *Motherhood specificities with the Rorschach method*. Rorschachiana.  
<https://doi.org/10.1027/1192-5604/a000137>
- Benoit, D., & Parker, K. (1994) Stability and transmission of attachment across three generations. *Child Dev*; 65, 1444–1456.
- Bergeret, J. (1991). *Communication personnelle*. Artmed.
- Bergeret J., Becache A., Boulanger, J-J., Chartier, P., Houser M., & Lustin, J-J. (2000). *Psychologie pathologique, théorique et clinique*. Elsevier Masson.
- Bion, W. R. (1962/1991). *O aprender com a experiência* (P. D. Corrêa, Trad.). Imago.
- Bion, W. R. (2004). *Elementos de psicanálise* (J. Salomão, Trad.). Imago. (Original publicado em 1963)



- Bortoletti, F. F. (2007). Psicodinâmica do ciclo gravídico puerperal. In *Psicologia na prática obstétrica: Abordagem interdisciplinar* (pp. 21-31). Editora Manole.
- Bowlby, J. (1985). *Apego e perda*. Martins Fontes.
- Bowlby, J. (1989). *Uma base segura: aplicações clínicas da teoria do apego* (S. M. Barros, Trad.). Artes Médicas. (Original publicado em 1988)
- Bowlby, J. (1997). *Formação e rompimento dos laços afetivos* (3a ed.). Martins Fontes. (Original publicado em 1979)
- Bowlby, J. (1998). *Apego e perda - Separação: angústia e raiva* (3a ed., Vol. 2.). Martins Fontes. (Original publicado em 1973)
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Brazelton, B., & Cramer, B. (1992). *As primeiras relações*. Martins
- Bydlowski, M. (1997). *La dette de vie. Itinéraire psychanalytique de la maternité*. Presses Universitaires de France.
- Bydlowski, M. (2002). O olhar interior da mulher grávida: transparência psíquica e representação do objeto interno. In L. Corrêa Filho, M. E. G. Corrêa, & P. S. França (Orgs.). *Novos olhares sobre a gestação e a criança até os 3 anos*. L.G.E.
- Bydlowski, M. (2007). *La deuda de vida: itinerário psicanalítico de la maternidad* (I. Marinas & P. Marinas, Trad.). Biblioteca Nueva.
- Bydlowski, M. (2019). Passions et constructions après la naissance. *Le Carnet PSY*, 5(226), 34-39. <https://doi.org/10.3917/lcp.226.0034>
- Candi, T. (2010). *O duplo limite: o aparelho psíquico de André Green*. Escuta.

- Candilis-Huisman, D. (2010). Psychopathologie du «travail utérin» de l'accouchement. *Maternités traumatiques, 1*, 81-96. <https://doi.org/10.3917/puf.andre.2010.01>
- Capponi, I., & Horbacz, C. (2005). Evolution et déterminants éventuels de l'anxiété périnatale de primipares: du huitième mois de grossesse au troisième mois post-partum. *Devenir, 17*(3), 211-231. <https://doi.org/10.3917/dev.053.0211>
- Cardoso, B. C. C. (2015). *A escarificação na adolescência: A problemática do Eu-pele a partir do método de Rorschach* [Dissertação de Mestrado, Universidade de Brasília]. Repositório Institucional da UnB. <https://repositorio.unb.br/handle/10482/20593>
- Cardoso, M. R. (2011). *Adolescente*. Escuta.
- Cardoso, M. R., & Garcia, C. A. (2010). *Entre o eu e o outro: espaços fronteiros*. Juruá.
- Casellato, G. (2004). *Luto por abandono: enfrentamento e correlação com maternidade*. [Dissertação de Doutorado, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo]. Repositório da PUC. <https://tede2.pucsp.br/bitstream/handle/18931/2/Cibele%20Martins%20de%20OLiveira%20Marras.pdf>
- Chabbert, M., & Wendland, J. (2016). Le vécu de l'accouchement et le sentiment de contrôle perçu par la femme lors du travail: un impact sur les relations précoces mère-bébé?. *Revue de médecine périnatale, 8*(4), 199-206.
- Chabert, C. (1993). *Psicopatologia do Exame do Rorschach*. Caso do Psicólogo.
- Chabert, C. (1998). *O Rorschach na clínica do adulto: Interpretação psicanalítica*. Climepsi.
- Chabert, C. (2003). *O Rorschach na clínica do adulto: Interpretação psicanalítica* (da Silva, J. P., & Cunha, L. A. Trad.). Climepsi.

- Chabert, C., Azoulay, C., Verdon, B., & Louët, E. (2020). *Manuel du Rorschach et du TAT: Interprétation psychanalytique*. Dunod.
- Cortina, M., & Marrone, M. (2003). *Attachment theory and the psychoanalytic process*. Whurr Publishers.
- Ciccone, A. (2014). Transmission psychique et parentalité. *Cliopsy*, (1), 17-38.
- Creedy, D. K. (2002). *Emotional well-being of childbearing women: a review of the evidence*. Griffith University.
- Dalbem, J. X., & Dell'aglio, D. D. (2005). Teoria do apego: bases conceituais e desenvolvimento dos modelos internos de funcionamento. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 57(1), 12-24. [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-52672005000100003&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672005000100003&lng=pt&nrm=iso)
- Darchis, E. (2002). *Ce bébé qui change votre vie*. Éditions Fleurus.
- Dayan, J. (2008). *Les dépressions périnatales*. Elsevier Masson.
- Dayan, J., Andro, G., & Dugnat, M. (2014). *Psychopathologie de la périnatalité et de la parentalité*. Elsevier Masson.
- de Amorim Junqueira, M. D. F. (2014). Parentalidade contemporânea: encontros e desencontros. *Primórdios*, 3(3), 33-44.
- Debray, R. (1987). *Bébés/mères en révolte: traitements psychanalytiques conjoints de déséquilibres psychosomatiques précoces*. Le Centurion.
- Debray, R. (1991). Réflexion actuelles sur le développement psychique des bébés et le point de vue psychosomatique. *Revue française de psychosomatique*, (1), 41-59.
- Debray, R. (2001) Épître à ceux qui somatisent. *Le corps du désir, Psychanalyse de la grossesse*. Presses universitaires de France. Dunod.

- Dejours, C. (2009). Le corps, comme «exigence de travail» pour la pensée. In *Psychopathologie des limites* (pp. 53-88). Dunod.
- Denis, A., & Callahan, S. (2009) État de stress post-traumatique et accouchement classique revue de littérature. *Journal de thérapie comportementale et cognitive*, 19,116–19.  
<https://doi.org/10.1016/j.jtcc.2009.10.002>
- Dewes, J. O. (2013). *Amostragem em Bola de Neve e Respondent-Driven Sampling: uma descrição dos métodos*. [Trabalho de Conclusão de Curso, Universidade Federal do Rio Grande do Sul]. Repositório da UFRS. <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/93246>
- de Tychey, C., Huckel, C., Rivat, M., & Claudon, P. (2012). Nouvelles normes adultes du test de Rorschach et évolution sociétale: quelques réflexions. *Bulletin de psychologie*, 65(5), 453-466.
- Dolto, F. (1984). *A imagem inconsciente do corpo*. Perspectiva.
- Doron, J. (2013). Du Moi-peau à l'enveloppe psychique. In D. Anzieu et al., *Les enveloppes psychiques* (pp. 1-17). Dunod.
- Drossart, F. (2004). Résurgences archaïques chez la mère en période périnatale. *Topique*, (2), 207-214.
- Emmanueli, M., & Azoulay, C. (2008). *As técnicas projetivas na adolescência: Abordagem psicanalítica*. Vetor Editora.
- Exner, J. E., Jr. (2003). *The Rorschach: A comprehensive system* (4th ed.). Wiley.
- Exner, J. E., Jr., & Erdberg, P. (2005). *The Rorschach: A comprehensive system, Interpretation* (Vol. 2, 3rd ed.). Wiley.

- Faisal-Cury, A., & Rossi Menezes, P. (2007). Prevalence of anxiety and depression during pregnancy in a private setting sample. *Arch Womens Ment Health*, (10), 25-32.  
<https://doi.org/10.1007/s00737-006-0164-6>
- Felix, G. M. A., & Gomes, A. P. R. (2008). Depressão no ciclo gravídico-puerperal. *Comun Ciênc Saúde*, 19, 51-60.  
[http://www.escs.edu.br/pesquisa/revista/2008Vol19\\_1art06depressaonocilco.pdf](http://www.escs.edu.br/pesquisa/revista/2008Vol19_1art06depressaonocilco.pdf)
- Ferenczi, S. (1933). Réflexions sur le traumatisme. *Dans Oeuvres Complètes Psychanalyse*, 6, 139-147.
- Fischer, S., & Cleveland, S. E (1958). *Body images and personality*. Van Nostrand.
- Folino, C. D. S. G. (2014). *Sobre dores e amores: caminhos da tristeza materna na elaboração psíquica da parentalidade* (Dissertação de Mestrado, Universidade de São Paulo).
- Fonagy, P. (1996, November). Le rôle de la mentalisation dans l'attachement, dans le développement affectif et dans le trouble de personnalité état-limite. In *Communication au Colloque de Vaucresson*.
- Fonagy, P. (1999). Persistências transgeneracionais del apego: Uma nova teoria. *Revista Internacional de Psicoanálisis*, 3. <http://www.aperturas.org/23fonagy.html>
- Fonagy, P. (2000). Apegos patológicos y acción terapéutica. *Revista Internacional de Psicoanálisis*. <http://www.aperturas.org/4fonagy.html>
- Fonagy, P. (2001). *Attachment Theory and Psychoanalysis*. Other.
- Fonagy, P. (2006). *Le rôle de la mentalisation dans l'attachement, dans le développement affectif et dans le trouble de la personnalité état-limite*.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. L., & Target, M. (2002). *Affect regulation, mentalization, and the development of the self*. Other Press.

- Fonseca, M. A. (2012). *A intersubjectividade no transgeracional através de um Rorschach de aplicação conjunta*. [Dissertação de Mestrado, Instituto Superior de Psicologia Aplicada]
- Fonseca, M. N. D. A., Rocha, T. S., Cherer, E. D. Q., & Chatelard, D. S. (2018). Ambivalências do ser mãe: um estudo de caso em psicologia hospitalar. *Estudos Interdisciplinares em Psicologia*, 9(2), 141-155.
- Frederick-Libon, C. (2005). Phénomènes archaïques de pensée au Rorschach en clinique infantile. *Bulletin de psychologie*, 480, 645-654. <https://doi.org/10.3917/bupsy.480.0645>
- Freud, S. (1974). *O ego e o id: Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. 9, pp. 25-76). Imago. (Original publicado em 1923).
- Freud, S. (2006). Sobre o narcisismo: uma introdução. In *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (pp.77- 108). Imago. (Original publicado em 1914)
- Freud, S. (1996). Inibições, sintomas e ansiedade. In *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. 20). Imago. (Original publicado em 1926).
- Freud, S., & Strachey, J. (1975). *Além do princípio de prazer*. Imago.
- Gaynes, B. N., Gavin, N., Meltzer-Brody, S., Lohr, K. N., Swinson, T., Gartlehner, G., Brody, S., & Miller, W. C. (2005). Perinatal depression: prevalence, screening accuracy, and screening outcomes. *Evidence Report Technology Assessment*, 119, 1–8. <https://doi.org/10.1037/e439372005-001>
- George, C., Kaplan, N., & Main, M. (1996). *Adult Attachment Interview* (3a ed.). Departamento de Psicologia, University of California, Berkeley.
- Grandgirard, C. (2012). *Le déni de grossesse: une réalité encore ignorée ?* Médecine humaine et pathologie.

- Green, A. (1995). *La causalité psychique: entre nature et culture*. Odile Jacob.
- Grice, H. P. (1975). Logic and Conversatio. In P. Cole, & J. L. Morgan. (Eds.), *Syntax and Semantics* (Vol. 3, pp. 41-58). Academic Press.
- Griffin, D. W., & Bartholomew, K. (1994). The metaphysics of measurement: The case of adult attachment. In K. Bartholomew & D. Perlman (Eds.), *Advances in personal relationships: Attachment processes in adulthood* (pp. 17–52). Jessica Kingsley.
- Guirado, R. M. B., & Motta, I. F. (2020). Influências da transgeracionalidade em gestantes primigestas. *Pensando familias*, 24(2), 46-60.
- Hairston, S. I, Handelzalts, J. E., Assis, C., & Kovo, M. (2018). Postpartum bonding difficulties and adult attachment styles: The mediating role of postpartum depression and childbirth-related ptsd. *Infant Mental Health Journal*, 39(2), 198-208.
- Hautamaki, A., Hautamaki, L., Neuvonen, L., & Maliniemi-Piispanen, S. (2010). Transmission of attachment across three generations. *European Journal of Developmental Psychology*, 7(5), 618–634. <https://doi.org/10.1080/17405620902983519>
- Houzel, D. (2000). Devenir parent. In C. Geissmann, & D. Houzel, (Eds.), *L'enfant, ses parents et le psychanalyste* (pp. 293-309). Bayard.
- Hussein, O. (1991). Sélection de l'échantillon en recherche projective: pour une défense du groupe unique faible visibilité groupale. *Bulletin de Psychologie*, 402, 465-468.
- Iribarry, I. N. (2003). O que é pesquisa psicanalítica? *Estudos em Teoria Psicanalítica*, 6(1),115-138.
- Kallas, R. (2012). *Adição a drogas e funcionamentos limite: suas expressões e convergências no Rorschach*. [Tese de Doutorado, Universidade de São Paulo].

- Kumar, R. (1994). Postnatal mental illness: a transcultural perspective. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 29(6), 250-264.
- Klein, M., & Money-Kyrle, R. E. (1996). *Obras completas de Melanie Klein*. Paidós.
- Komniski, P. C. N. V. (2019). *Encontros e desencontros: a travessia da maternidade* [Tese de doutorado, Universidade de Brasília]. Repositório Institucional da UnB.  
<https://repositorio.unb.br/handle/10482/37907>
- Korbivcher, C. F. (2010). *Transformações autísticas: o referencial de Bion e os fenômenos autísticos*. Imago.
- Labaki, M. E. P. (2007). Ter filhos é o mesmo que ser mãe? *Interlocuções sobre o feminino na clínica, teoria, na cultura* (pp. 273-284). Escuta/Instituto Sedes Sapientiae.
- Langer, M. (1986). *Maternidade e sexo*. Artes Médicas.
- Leal, M. D. C., & Gama, S. G. N. D. (2014). Nascer no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 30.
- Lebovici, S. (1987). *A mãe, o bebê e o psicanalista*. Artes Médicas. (Original publicado em 1983)
- Linhares, M. B. F., & Pinheiro, C. B. (2009). O Eu-pele no Rorschach: A sua expressão em adolescentes toxicodependentes. *Análise Psicológica*, 27(3), 307-318
- Lustin (1986). La mentalisation. In J. Bergeret (Org.), *Abrégé de psychologie pathologique* (pp. 258-250). Masson.
- Main, M. (2000). The organized categories of infant, child and adult attachment: Flexible vs. inflexible attention under attachment-related stress. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 48, 1055-1127.
- Main, M., Kaplan, N., & Cassidy, J. (1985). Security in infancy, childhood, and adulthood: A move to the level of representation. In I. Bretherton & E. Waters (Orgs.), *Growing points*



- of attachment theory and research* (pp. 66-106). Monographs of the Society for Research in Child Development, 50.
- Malhotra, N. K. (2006). *Pesquisa de marketing: uma orientação aplicada* (4a ed.). Bookman.
- Mandet, E. S. C. (1993). La fascinacion de los significados una problemática acerca de la noción de cuerpo en psicoanálisis. *Psicoanálisis con niños y adolescentes*, 4, 114-124.
- Marinapoulous, S. (2009). De l'impensé à l'impensable en maternité: le déni. *37èmes assises nationales des sages-femmes, 20ème session européenne*.
- Marty, P. (1976). *Les mouvements individuels de vie et de mort*. Essai d'économie psychosomatique, Payot.
- Marty, P. (1991). Maladies graves et critères de gravité. *Revue française de psychosomatique*, 1, 6-22.
- Mellier, D., & Belot, R. A. (2010). Violence des bébés et anxiétés primitives familiales, un enjeu intersubjectif. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, (2), 103-115.
- Montmasson, H., Bertrand, P., Perrotin, F., & El-Hage, W. (2012). Facteurs prédictifs de l'état de stress post traumatique du postpartum chez la primipare. *J Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, 41(6), 553–60. <https://doi.org/10.1016/j.jgyn.2012.04.01>
- Motta, L. A., Costa, K. S., & Chatelard, D. S. (2008). O diário do bebê: Relato de uma experiência em uma unidade de terapia intensiva neonatal. *Encontro: Revista de Psicologia*, 11(16), 167-174.
- <http://pgsskroton.com.br/seer/index.php/renc/article/view/2567/2451>
- Ogden, T. (1996). *Os sujeitos da psicanálise*. Casa do Psicólogo.
- Ogden, T. (2010). Sobre sustentar e conter, ser e sonhar. In T. Ogden, *Esta arte da psicanálise: sonhando sonhos não sonhados e gritos interrompidos* (pp. 121-138). Artmed.

- Ogden, T. H. (2019). Ontological psychoanalysis or “What do you want to be when you grow up?”. *The Psychoanalytic Quarterly*, 88(4), 661-684.
- Oneto, M., Marques, M. E., & Pinheiro, C. (2009). A natureza e especificidade do espaço mental através do Rorschach. Um espaço potencial? Análise de um protocolo de uma paciente limite. *Análise Psicológica*, 27(3), 331-347.
- Passalacque, A. M., & Gravenhorst, M. C. (2005). *Os fenômenos especiais no Rorschach*. Vetor.
- Pasian, S. (2010). *O psicodiagnóstico de Rorschach em adultos :atlas, normas e reflexões*. Casa do psicólogo.
- Pereira, P. K., & Lovisi, G. M. (2008). Prevalência da depressão gestacional e fatores associados. *Revista Psiquiatria Clínica*, (35),144-53. <https://doi.org/10.1590/S0101-60832008000400004>
- Pheulpin, M. C. (2014). L'économie psychosomatique, une notion chère à Rosine Debray. *Psychologie clinique et projective*, (1), 167-180.
- Pickmann C-N. (2001). Actualité d'un symptôme féminin : la stérilité psychique. *La clinique lacanienne: Le symptôme*, 5, 109-123.
- Pointurier, M., Belot, R. A., Roman, P., Mottet, N., & Mellier, D. (2021). Modalités d'attachement et maternité: étude des remaniements psychiques à partir d'un cas. In *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. Elsevier Masson.
- Prat, R. (2008). Entre demais e muito pouco: a quadratura do círculo da parentalidade. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 42(4), 125-137.
- Priceputu, M. (2012). Attachment style - from theory to the integrative intervention in anxious and depressive symptomatology. *Social and Behavioral Sciences*, 33, 934-938.

- Racamier, P.-C. (1961). La mère et l'enfant dans les psychoses post-partum. *L'évolution psychiatrique*, 26(4), 525-570.
- Racamier, P. -C. (1979). La maternalité psychotique. In *De psychanalyse en psychiatrie* (pp. 193-242). Payot.
- Rausch de Trautenberg, N. (1983). Actividade perceptiva e actividade fantasmática no teste de Rorschach: O Rorschach espaço de interações. *Análise Psicológica*, 4(1), 17-22.
- Rank, O. (2016). *O trauma do nascimento: e seu significado para a psicanálise*. Cienbook.
- Rebourg, C., & Vivot, M. (1991). Étude comparée des conceptions de l'imaginaire et de la mentalisation: réflexion sur leur opérationnalisation au test de Rorschach. *Psychologie clinique et projective*, 35(1), 45-66.
- Rochette, J. 2005. Le temps du post-partum immédiat, une clinique du "qui-vive" et de l'après coup. *Neuropsychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*, 53(2), 11-18.
- Roman, P. (1996). Blanc au Rorschach et psychopathologie du Moi-peau. *Revue Européenne de Psychologie Appliquée*, 46, 139-143.
- Roman, P. (1997). Troubles somatiques et catastrophes de symbolisation. *Psychologie clinique e projective*, 16, 29-49.
- Roman, P. (2001). Des enveloppes psychiques aux enveloppes projectives: travail de la symbolisation et paradoxe de la négativité. *Psychologie Clinique et Projective*, 7, 71-84.
- Roman, P. (2015). *Le Rorschach en clinique de l'enfant et de l'adolescent: Approche psychanalytique*. Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.roman.2016.02>
- Roman, P. (2017). Traços traumáticos e figuras projetivas nas catástrofes. In D. M. Amparo, E. R. Lazzarini, I. M. Silva, & L. Polejack (Orgs.), *Psicologia clínica e cultura contemporânea* (Vol. 3, pp. 243-244). Technopolitik

- Roman, P., & Amparo, D. M. (2021). Traces du travail de symbolisation dans les protocoles de Rorschach d'adolescents engagés dans des violences sexuelles au Brésil et en Suisse. *Revue Québécoise de Psychologie*, 42, 97–121. <https://doi.org/10.7202/1078919ar>
- Rorschach, H. (1921). *Psychodiagnostic*. PUF.
- Rua, M. O., Soares, G. F. G., de Araujo Lima, C. S., Martins, E. R., Pereira, L. F., Nakahata, N. T., ... & Leão, J. C. (2021). Cesárea e depressão pós-parto: uma revisão dos fatores de risco. *Revista Eletrônica Acervo Científico*, 18. <https://doi.org/10.25248/reac.e5727.2021>
- Ruschi, G. E. C., Sun, S. Y., Mattar, R., Chambô Filho, A., Zandonade, E., & Lima, V. J. D. (2007). Aspectos epidemiológicos da depressão pós-parto em amostra brasileira. *Revista de psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 29, 274-280. <https://doi.org/10.1590/S0101-81082007000300006>
- Santos, C. S. P. R. D. (2014). *A intersubjetividade na relação continente-conteúdo através de um Rorschach de aplicação conjunta mãe adotiva e filha adotada* [Dissertação de doutorado, Instituto Universitário]. Repositório Institucional da ISPA. <http://hdl.handle.net/10400.12/3641>
- Santos, N. T. G. (2017). *Preocupação materna primária: Condições de instauração e seus desafios na atualidade* [Tese de pós-graduação, Pontifícia Universidade Católica -Rio]. Repositório Institucional da PUC-Rio. [https://www2.dbd.puc-rio.br/pergamum/tesesabertas/1311630\\_2017\\_completo.pdf](https://www2.dbd.puc-rio.br/pergamum/tesesabertas/1311630_2017_completo.pdf)
- Sanglade, A. (1983). Image du corps et image de soi au Rorschach. *Techniques Projectives II. Psychologie Française*, 28, 104-110.
- Santos, N., & Zornig, S. (2014). Primeiros tempos da maternidade: indiferenciação ou intersubjetividade na relação primitiva com o bebê? *Estilos da Clínica*, 19(1), 78-90.

- Simas, F. B., Souza, L. V., & ScorsoliniI-Comin, F. (2013). Significados da gravidez e da maternidade: discursos de primíparas e múltiparas. *Psicologia: Teoria e Prática*, 15(1), 19-34. [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-36872013000100002&lng=pt&nrm=isso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872013000100002&lng=pt&nrm=isso)
- Souza, L. K. D. (2019). Pesquisa com análise qualitativa de dados: conhecendo a Análise Temática. *Arquivos brasileiros de psicologia*, 71(2), 51-67.
- Spielrein, S. (1981). La destruction comme cause du devenir. In *Entre Freud et Jung* (pp. 213-262)
- Stein, H., Koontz, A., Fonagy, P., Allen, J., Fultz, J., Brethour, J., Allen, D., & Evans, R. (2002). Adult attachment: What are the underlying dimensions? *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 75, 77-91.
- Stern, D. N. (1997). *A constelação da maternidade: O panorama da psicoterapia pais/bebê*. Artes Médicas.
- Szejer, M. (1999). *Palavras para nascer: a escuta psicanalítica na maternidade*. Casa do Psicólogo.
- Target, M. (2007). Teoria e pesquisa sobre apego. In E. S. Person, A. M. Cooper, & G. O. Gabbard (Org.), *Compêndio de psicanálise* (D. Bueno, Trad., pp. 169-182). Artmed. (Original publicado em 2005)
- Trautenberg, N. R. (1970). *A prática do Rorschach*. Cultrix.
- Turato, E. R. (2005). Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições diferenças e seus objetos de pesquisa. *Revista de Saúde Pública*, 39(3).
- Tychev, C., Rebourg, C., & Vivot, M. (1991). Étude comparée des conceptions de l'imaginaire et de la mentalisation : réflexions sur leur opérationnalisation au test de Rorschach,.

- Bulletin de la Société du Rorschach et des méthodes projectives de langue française*, 35, 45-66.
- Tychey, C., Diwo, R., & Dollander, M. (2000). La mentalisation: approche théorique et clinique projective à travers le test de Rorschach, *Bulletin de psychologie*, 53(4), 169-180.
- Tychey, C., Huckel, C., Rivat, M. & Claudon, P. (2012) Nouvelles normes adultes du test de Rorschach et évolution sociétale: quelques réflexions. *Bulletin de Psychologie*, 5, 521, 453-466. <https://doi.org/10.3917/bupsy.521.0453>
- Valente, G. B., & Rodrigues, A. L (2010). Psicossomática e Psicanálise: uma história em busca de sentidos. *Anais do XVII Congresso Brasileiro de Medicina Psicossomática*.
- Verztman, J. S. (2013). Estudo psicanalítico de casos clínicos múltiplos. In A. M. Nicolaci-da-Costa, *Qualidade faz diferença: métodos qualitativos para a pesquisa em psicologia e áreas afins* (pp. 67-92). Edições Loyola.
- Vinuto, J. (2014). A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. *Temáticas*, 22(44), 203-220.
- [https://www.academia.edu/16320788/A\\_Amostragem\\_em\\_Bola\\_de\\_Neve\\_na\\_pesquisa\\_qualitativa\\_um\\_debate\\_em\\_aberto](https://www.academia.edu/16320788/A_Amostragem_em_Bola_de_Neve_na_pesquisa_qualitativa_um_debate_em_aberto)
- Wachter, M. P. K. (2002). Psychological distress and dyadic satisfaction as predictors of maternal-fetal attachment. *Illinois Institute of Technology*, 63.
- Waters, E., Hamilton, C. E., & Weinfield, N. S. (2000). The stability of attachment from infancy to adolescence and early adulthood: General introduction. *Child Development*, 71, 678-683.
- Wendland, J., (2001). A abordagem Clínica das Interações Pais-Bebê: Perspectivas Teóricas e Metodológicas. *Revista Psicologia: Reflexão e Crítica*, 14(1).

- Weiner, I. B. (2001). Considerations in collecting Rorschach reference data. *Journal of Personality Assessment*, 77, 122–127.
- Winnicott, D. W. (1963). Dependence in infant care, in child care, and in the psycho-analytic setting. *International Journal of Psycho-Analysis*, 44, 339-344.
- Winnicott, D. (1965/2001). *The family and individual development*. Tavistock Publications.
- Winnicott, D. W. (1975). *O brincar e a realidade*. Imago.
- Winnicott, D. W. (1983). *O ambiente e os processos de maturação*. Artes Médicas.  
(Bibliografia Hjulmand: 1965).
- Winnicott, D. W. (1990). *Natureza humana*. Imago.
- Winnicott, D. (1999). A pílula e a lua. In D. Winnicott (1999). *Tudo começa em casa* (3a. ed.) Martins Fontes. (Original publicado em 1969).
- Winnicott, D. W. (2000). *Da Pediatria à Psicanálise: Obras Escolhidas* (J. Russo, Trad.). Imago. (Original publicado em 1956)
- Wolff, L. S. (2012). *Adolescência e passagem ao ato sexual violento: análise do eixo narcísico-identitário no método de Rorschach* [Dissertação de Mestrado, Universidade de Brasília].
- Zevalkin, J. (2008). Assessment of mentalizing problems in children. In *Mentalizing in Child Therapy: Guidelines for Clinical Practitioners* (Vol. 2, pp. 22-40). Karnac Books.
- Zimmerman, D. E. (1995). *Bion: da teoria à prática. Uma leitura didática*. Artes Médicas.

## Apêndice A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Bem-vinda!

Você está sendo convidada a participar do estudo **Maternidade e vínculo mãe-bebê**.

Este estudo tem como objetivo avaliar características do funcionamento psicológico de mulheres passando pelo período de gestação, nascimento e acolhimento de um recém-nascido. Em outras palavras, busca-se entender as vivências afetivas de mulheres grávidas, antes e após o nascimento de seu bebê.

Você receberá todos os esclarecimentos necessários antes, durante e após a finalização da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não será divulgado, sendo mantido o mais rigoroso sigilo pela omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo(a). Os dados provenientes de sua participação na pesquisa, tais como entrevistas, ficarão sob a guarda dos pesquisadores responsáveis pela pesquisa.

A coleta de dados será realizada por meio das informações adquiridas durante os encontros. A duração dessa pesquisa será de no máximo 6 meses. O risco decorrente da participação nesta pesquisa é o de haver algum tipo de desconforto para o participante pelos temas a serem abordados. Caso ocorra, você será devidamente acolhida pelos pesquisadores que estarão inteiramente à disposição durante a realização da pesquisa e mesmo posteriormente. Em contrapartida, espera-se poder contribuir para futuras pesquisas desse gênero, para o conhecimento e o manejo de adoecimentos no pós-parto, na promoção de vínculos saudáveis mãe-bebê, e construir um embasamento de caráter preventivo e interventivo que possa auxiliar profissionais da área da Saúde.

Sua participação é voluntária e livre de qualquer remuneração ou benefício. Você é livre para recusar-se a participar, retirar o seu consentimento ou interromper sua participação a



qualquer momento. A recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou perda de benefícios.

Caso haja algum dano direto ou indireto decorrente de sua participação na pesquisa, você poderá ser indenizado, obedecendo-se as disposições legais vigentes no Brasil. Se você tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor telefonar no telefone (61)9999805020 disponível inclusive para ligação a cobrar. Ou nos e-mails, [camila.taunay@gmail.com](mailto:camila.taunay@gmail.com) e [deise.amaparo.matos@gmail.com](mailto:deise.amaparo.matos@gmail.com).

A equipe da pesquisa garante que os resultados do estudo serão devolvidos pela Universidade de Brasília (UnB) podendo ser publicados posteriormente na comunidade científica. Essa devolução está prevista para dois anos após o começo da pesquisa, ou seja, em 2023. Os dados e materiais serão utilizados somente para esta pesquisa e ficarão sob a guarda do pesquisador por período de cinco anos, após isso serão destruídos.

Este projeto foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais (CEP/CHS) da Universidade de Brasília. As informações com relação à assinatura do TCLE ou aos direitos do participante da pesquisa podem ser obtidas por meio do e-mail do CEP/CHS: [cep\\_chs@unb.br](mailto:cep_chs@unb.br). Telefone: 61 3107-1592.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o/a pesquisador/a responsável pela pesquisa e a outra com você.

Brasília, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

---

Nome / assinatura do participante ou responsável legal pelo participante

---

Pesquisador Responsável

---

Orientadora Responsável/Deise Matos Amparo

## Apêndice B - Entrevista de Apego em Adultos (Adult Attachment Interview - AAI)\*

### Identificação

Caso no.:

Idade:

Escolaridade:

Profissão e/ou ocupação atual:

APLICADOR:

DATA:

Hora início:

Hora término:

### Introdução

Irei entrevistá-la sobre suas experiências na infância, e como essas experiências podem ter influenciado seu jeito de ser na atualidade. Então, eu gostaria de perguntar para você sobre suas primeiras lembranças em relação às interações com sua família de origem, e o que você pensa sobre a maneira que ela pode ter influenciado seu jeito de ser.

Focaremos principalmente na sua infância, mas também conversaremos sobre sua adolescência e, então, para o que está acontecendo agora.

Essa entrevista geralmente demora uma hora, mas pode levar entre quarenta e cinco minutos e uma hora e meia. Trabalharemos com calma, conforme você se sintar à vontade para falar comigo. Irei anotar as informações para não perdermos os dados, ok? Podemos começar?

### Roteiro da Entrevista AAI

**1. Você poderia começar quanto à sua situação familiar na infância, partindo de onde você viveu?**

a) Você mudou muito?

b) Em que sua família trabalhava?

**2. Gostaria que você tentasse descrever sua relação com seus pais quando era bem pequena.**

**3. Agora, gostaria que você escolhesse cinco adjetivos ou palavras que refletissem sua relação com sua mãe. Comece por sua primeira lembrança, a mais antiga que você conseguir lembrar, talvez no período entre cinco aos doze anos.**

a) Então, eu gostaria de perguntar por que você escolheu esses adjetivos. Irei registrar suas memórias na medida que você for me falando, para não perdermos estas informações.

**4. Agora, eu quero te perguntar cinco adjetivos ou palavras que refletem sua relação de infância com seu pai, começando de sua primeira lembrança. Vamos de novo focalizar o período entre cinco aos doze anos.**

a) Agora eu queria saber por que você escolheu esses adjetivos.

**5. Agora, você poderia me dizer com qual dos seus pais você se sentia mais próximo?**

**6. Quando você ficava chateado quando criança, o que você fazia?**

E quando você estava fisicamente machucado, o que você fazia?

**7. Você se lembra da primeira vez que se separou de seus pais?**

**8. Você alguma vez se sentiu rejeitado quando criança?**

**9. Seus pais eram ameaçadores para você alguma maneira? Talvez por disciplina, ou até mesmo de brincadeira?**

**10. De maneira geral, como você acha que suas experiências com seus pais influenciaram sua personalidade, seu jeito de ser enquanto adulta?**

**11. Por que você acha que seus pais se comportaram da maneira que eles faziam na sua infância?**

**12. Existia algum outro adulto com quem você se sentia próximo, como se fossem seus pais, na infância?**

**13. Você experienciou a perda de uma de suas figuras parentais ou alguém próximo enquanto era criança, como um irmão ou um membro próximo da família?**

a) Você perdeu alguma outra pessoa importante na sua infância?

b) Você perdeu alguma outra pessoa próxima na vida adulta? Sim, minha avó materna (4 meses).

**14. Além das que você descreveu, você teve qualquer outra experiência que você diria que foi traumática?**

**15. Agora eu queria perguntar mais sobre sua relação com seus pais. Houve alguma mudança com seus pais (ou a figura parental) depois da infância?**

Chegaremos ao presente daqui a pouco, mas agora eu queria saber das mudanças que ocorreram aproximadamente entre a infância e a adolescência.

**16. Como é sua relação com seus pais (ou figura parental) agora na vida adulta?**

Estou perguntando agora da sua relação **no presente**.

**17. Eu queria mudar para um tipo diferente de questão, não mais sobre sua relação com seus pais, mas sobre sua relação atual com seu/sua filho(a).**

(Grávidas primíparas): **Como você acha que vai reagir ao ter que se separar do(a) seu(sua) filho(a)?**

**18. (Grávidas primíparas): Você acha que iria se sentir preocupada com a criança nesta situação de separação?**

19. Se você tivesse três desejos para seu/sua filho(a) para daqui a vinte anos, quais seriam?

20. Tem alguma experiência com a qual você particularmente aprendeu da sua infância? Vamos falar sobre o que você pode ter aprendido das suas experiências infantis.

21. Queria terminar a entrevista perguntando o que você desejaria que seu(sua) filho(a) (ou filho imaginado) aprendesse com a experiência dele ter você como mãe (como figura parental)?

.....

**Fonte:**

Barstad, M. G. (2013). *Do berço ao túmulo: A Teoria do Apego de John Bowlby e os estudos de apego em adultos*. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica), Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro. Disponível em <https://www.maxwell.vrac.puc-rio.br/28976/28976.PDF>

## Apêndice C - Questionário Sociodemográfico

### Identificação

CASO no.:

Aplicadora:

Data da entrevista:

Nome completo:

Idade:

Data nascimento:

Horário início:

Horário final:

- **MÃE (ou substituta):**

Idade:

Religião:

Naturalidade:

Procedência:

Escolaridade (se ainda estuda: anotar série, local e período de estudo):

Profissão e/ou ocupação atual:

Estado civil: ( ) casada – Quanto tempo? \_\_\_\_\_

( ) vive maritalmente – Quanto tempo? \_\_\_\_\_

( ) divorciada – Quanto tempo? \_\_\_\_\_

( ) separada – Quanto tempo? \_\_\_\_\_

( ) solteira – Quanto tempo? \_\_\_\_\_

( ) viúva – Quanto tempo? \_\_\_\_\_

Com quem vive?

Tem outros filhos? ( ) Não ( ) Sim Quantos? \_\_\_\_\_ Que idade tem?

- **PAI (ou substituto):**

Idade:

Religião:

Naturalidade:

Procedência:

Escolaridade (se ainda estuda: anotar série, local e período de estudo):

Profissão e/ou ocupação atual:

Estado civil: ( ) casada – Quanto tempo? \_\_\_\_\_

( ) vive maritalmente – Quanto tempo? \_\_\_\_\_

( ) divorciada – Quanto tempo? \_\_\_\_\_

( ) separada – Quanto tempo? \_\_\_\_\_

( ) solteira – Quanto tempo? \_\_\_\_\_

( ) viúva – Quanto tempo? \_\_\_\_\_

Com quem vive?

Tem outros filhos? ( ) Não ( ) Sim Quantos? \_\_\_\_\_ Que idade tem?

• **CÔNJUGE (atual):**

Idade:

Religião:

Naturalidade:

Procedência:

Escolaridade (se ainda estuda: anotar série, local e período de estudo):

Profissão e/ou ocupação atual:

Estado civil: ( ) casada – Quanto tempo? \_\_\_\_\_

( ) vive maritalmente – Quanto tempo? \_\_\_\_\_

( ) divorciada – Quanto tempo? \_\_\_\_\_

( ) separada – Quanto tempo? \_\_\_\_\_

( ) solteira – Quanto tempo? \_\_\_\_\_

( ) viúva – Quanto tempo? \_\_\_\_\_

Com quem vive?

Tem outros filhos? ( ) Não ( ) Sim Quantos? \_\_\_\_\_ Que idade tem?

• **CONSTITUIÇÃO FAMILIAR:** (família de origem para os solteiros ou constituída para os não solteiros)

Nome	Sexo	Parentesco	Idade (anos)	Escolaridade	Mora na casa	Estado civil	Profissão	Renda aproximada
			( )					




### **SOBRE A GRAVIDEZ**

1. Semana gestacional na presente data: \_\_\_\_\_ semana (corresponde ao \_\_\_\_\_ mês da gestação).
  2. A sua gravidez foi planejada? ( ) Não ( ) Sim
  3. A sua gravidez é desejada? ( ) Não ( ) Sim
  4. Como tem vivenciado a gravidez?
  5. Qual o sentimento que lhe ocorre quando pensa em sua atual gravidez?
  6. Como percebe seu envolvimento em relação a gravidez?
  7. Houve complicações durante a gravidez? ( ) Não ( ) Sim. Quais complicações?
  8. Sofreu algum transtorno da gravidez (náuseas, vômitos, ganho de peso, desejos, constipação intestinal, diarreia, alterações do sono)?
  8. É uma gravidez normal ou de risco? ( ) Não ( ) Sim. Qual o risco?
  9. Qual estabelecimento de saúde que faz o acompanhamento da sua gravidez?
    - ( ) Público
    - ( ) Particular (parto na rede pública)
    - ( ) Convênio Médico
- Quantas vezes você vai ao médico? 1 vez no mês.
- Como é o acompanhamento? Quais profissionais estão envolvidos no seu atendimento pré natal?
- ( ) Médico (especialidade: ginecologista)
  - ( ) Enfermeiro

- ( ) Assistente social
- ( ) Psicólogo
- ( ) Nutricionista
- ( ) Fisioterapeuta
- ( ) Visita domiciliar (qual profissional?  
\_\_\_\_\_)
- ( ) Outro (especificar: \_\_\_\_\_)

- Você sente que está bem amparada pelo serviço médico que frequenta?

- Realizou os exames médicos padrão e consultas de rotina durante a gravidez? ( ) Não ( ) -  
Quais foram os resultados?

- Preocupa-se com estes resultados? ( ) Não ( ) Sim (explicar)

- Cumpriu regularmente as orientações médicas?

- Consultou mais que um médico?

- Quem a acompanha nas idas ao médico?

- Assistiu aulas de preparação ou recebeu alguma orientação específica para o parto?

10. O pai do bebê acompanha você nas idas ao médico? ( ) Não ( ) Sim

- Como ele tem vivenciado a gravidez?

- Qual o sentimento que ele parece vivenciar diante de sua atual gravidez?

- Qual o envolvimento dele com a gravidez?

11. Como é pra você estar grávida durante a pandemia de Covid-19? Você acha que a pandemia impactou de alguma forma sua gravidez?

12. Teve COVID-19 durante a gravidez? ( ) Não ( ) Sim

Se sim:

- Como foi a experiência?
- Teve muitos sintomas?
- Quais intervenções foram necessárias?
- Recebeu apoio durante esse momento?

13. Alguma experiência ou vivência marcante durante a atual gravidez:

FONTE:

Pedreira, M. (2014). *Narrativas de Grávidas: representações sobre o terceiro trimestre de gravidez*. Dissertação (Mestrado) – Instituto Universitário de Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida (ISPA). Lisboa, Portugal.  
<http://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/3663/1/20487.pdf>

## ESCALA DE MEDO DA COVID-19

**Instruções:** Abaixo são apresentadas algumas frases a respeito da COVID-19. Leia cada uma delas e assinale um X no número que melhor descreve você, conforme o esquema de respostas abaixo:

Discordo fortemente	Discordo	Nem concordo, nem discordo	Concordo	Concordo fortemente
1	2	3	4	5

1. Eu tenho muito medo da COVID-19.	1	2	3	4	5
2. Pensar sobre a COVID-19 me deixa desconfortável.....	1	2	3	4	5
3. Minhas mãos ficam úmidas/frias quando penso na COVID -19.....	1	2	3	4	5
4. Eu tenho medo de morrer por causa da COVID-19.....	1	2	3	4	5
5. Eu fico nervoso ou ansioso quando vejo notícias nos jornais e nas redes sociais sobre a COVID-19.	1	2	3	4	5
6. Não consigo dormir porque estou preocupado em ser infectado pela COVID-19.	1	2	3	4	5
7. Meu coração dispara ou palpita quando penso em ser infectado pela COVID-19.	1	2	3	4	5
<b>TOTAL</b>					

### FONTE:

#### **Estudo original:**

Ahorsu, D. K., Lin, C.-Y., Imani, V., Saffari, M., Griffiths, M. D., & Pakpour, A. H. (2020). The Fear of COVID-19 Scale: Development and initial validation. *International Journal of Mental Health and Addiction*. doi: [10.1007/s11469-020-00270-8](https://doi.org/10.1007/s11469-020-00270-8)

#### **Adaptação para o português brasileiro:**

Faro, A., Silva, L.S., Nunes, D.S., & Feitosa, A.L.B. Adaptação e validação da Escala de Medo da COVID-19. *Manuscrito em submissão*.

## CRITÉRIO DE CLASSIFICAÇÃO ECONÔMICA BRASIL (ABEP)

Agora vou fazer algumas perguntas sobre itens do domicílio para efeito de classificação econômica. Todos os itens de eletroeletrônicos que vou citar devem estar funcionando, incluindo os que estão guardados. Caso não estejam funcionando, considere apenas se tiver intenção de consertar ou repor nos próximos seis meses.

**INSTRUÇÃO: Todos os itens devem ser perguntados pelo entrevistador e respondidos pelo entrevistado. Vamos começar? No domicílio tem (LEIA CADA ITEM)**

ITENS DE CONFORTO	NÃO POSSUI	QUANTIDADE QUE POSSUI			
		1	2	3	4+
Quantidade de automóveis de passeio exclusivamente para uso particular					
Quantidade de empregados mensalistas, considerando apenas os que trabalham pelo menos cinco dias por semana					
Quantidade de máquinas de lavar roupa, excluindo tanquinho					
Quantidade de banheiros					
DVD, incluindo qualquer dispositivo que leia DVD e desconsiderando DVD de automóvel					
Quantidade de geladeiras					
Quantidade de <i>freezers</i> independentes ou parte da geladeira duplex					
Quantidade de microcomputadores, considerando computadores de mesa, laptops, notebooks e netbooks e desconsiderando tablets, palms ou smartphones					
Quantidade de lavadora de louças					
Quantidade de fornos de microondas					

Quantidade de motocicletas, desconsiderando as usadas exclusivamente para uso profissional					
Quantidade de máquinas secadoras de roupas, considerando lava e seca					

**Qual é o grau de escolaridade do chefe da família? Considere como chefe da família a pessoa que contribui com a maior parte da renda do domicílio.**

Nomenclatura atual	Nomenclatura anterior	Pontuação
Analfabeto / Fundamental I incompleto	Analfabeto / Primário Incompleto	0
Fundamental I completo / Fundamental II Incompleto	Primário Completo / Ginásio Incompleto	1
Fundamental completo / Médio Incompleto	Ginásio Completo / Colegial Incompleto	2
Médio completo / Superior incompleto	Colegial Completo / Superior Incompleto	4
Superior completo	Superior Completo	7

**FONTE:**

ABEP (Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa) (2020). *Crerios de Classificação Econômic* Brasil. <https://www.abep.org/criterio-brasil>

**PONTUAÇÃO FINAL:** \_\_\_\_\_

**CLASSIFICAÇÃO:** \_\_\_\_\_

## **Apêndice D - Questionário para reavaliação no pós-parto**

### **1. Sobre o parto**

1.1. Conte-me o que considerou relevante de sua experiência no parto de seu bebê.

tive

1.2. Qual o tipo de parto? Local, duração, vivências, recuperação, escolha (quem decidiu pelo tipo de parto).

1.3. Você sentiu que estava bem assistida pelo médico(a) e equipe da maternidade?

1.4. Houve alguma complicação? Se sim, qual e como lidou com a mesma.

### **2. Sobre a amamentação**

2.1. Conte-me o que considerou relevante de sua experiência de amamentação.

2.2. No presente como está o processo de amamentação (peito, copinho ou mamadeira)? Estilo, frequência, vivência, local, sistematização (setting), horários, rotina.

2.3. Pontos positivos e negativos.

2.4. Existe alimentação complementar ao leite? Se sim, qual e como foi introduzida, recomendada.

### **3. Sobre o bebê**

3.1. Conte-me o que considerou relevante de seus primeiros contatos com seu bebê.

3.2. Como foram as primeiras semanas?

3.3. Qual palavra/sentimento que você usaria para descrever a chegada do bebê?

3.4. Descreva-me a rede de suporte social com quem contou (ou não) na chegada do bebê.

3.5. Pontos positivos e negativos desses primeiros meses.

3.6. Qual experiência desses primeiros meses você destacaria como a mais relevante?

## Apêndice E - Relationship Scale Questionnaire (RSQ)

**IDENTIFICAÇÃO:**
**CASO No.:**

Idade:

Escolaridade:

APLICADOR:

DATA:

**RESPONDA COM A OPÇÃO QUE MAIS TEM A VER COM VOCÊ.**
**NÃO HÁ RESPOSTA CERTA OU ERRADA. O IMPORTANTE É SER SINCERO CONSIGO PRÓPRIO.**

ITENS	Não tem nada a ver comigo	2	Tem um pouco a ver comigo	4	Tem tudo a ver comigo
	1	2	3	4	5
1. Eu acho difícil depender de outras pessoas.					
2. É muito importante pra mim me sentir independente.					
3. Eu acho fácil me aproximar emocionalmente dos outros.					
4. Eu quero me unir completamente a outra pessoa.					
5. Eu tenho receio de me machucar/magoar se eu me aproximar muito das outras pessoas.					
6. Eu me sinto à vontade sem ter relações emocionais próximas.					
7. Eu não estou certo(a) que posso contar sempre com os outros quando eu precisar.					
8. Quero ter uma intimidade emocional plena com os outros.					
9. Tenho receio de estar sozinho(a).					
10. Fico confortável se preciso depender de outras pessoas.					



11. Muitas vezes tenho receio que meu companheiro(a) não me ame realmente.					
12. Acho difícil confiar completamente em outras pessoas.					
13. Me preocupo quando outras pessoas estão se tornando muito próximas de mim.					
14. Quero relacionamentos emocionalmente mais próximos.					
15. Me sinto confortável tendo outras pessoas que dependam de mim.					
16. Me preocupo se os outros não me valorizam tanto quanto eu valorizo eles.					
<b>ITENS</b>	<b>Não tem nada a ver comigo</b>		<b>Tem um pouco a ver comigo</b>		<b>Tem tudo a ver comigo</b>
	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
17. Penso que as pessoas nunca estão lá quando se precisa delas.					
18. Minha vontade de me relacionar profundamente às vezes afasta as pessoas.					
19. É muito importante pra mim me sentir autossuficiente.					
20. Fico nervoso(a) quando alguém se torna muito íntimo de mim.					
21. Muitas vezes tenho receio que meu(minha) companheiro(a) não queira ficar comigo.					
22. Prefiro não ter outras pessoas que dependam de mim.					
23. Eu tenho receio de ser abandonado(a).					
24. Fico um pouco desconfortável sendo muito próximo(a) de outras pessoas.					

25. Eu acho que os outros evitam se aproximar de mim o quanto eu gostaria.					
26. Eu prefiro não depender dos outros.					
27. Sei que os outros vão estar disponíveis quando precisar deles.					
28. Eu me preocupo que outras pessoas não me aceitem.					
29. Muitas vezes meu(minha) companheiro(a) quer que eu seja mais próximo(a) do que eu me sinto confortável em ser.					
30. Acho relativamente fácil me aproximar das outras pessoas.					

\*Fonte:

Assis, E.N.; Loureiro, F.S.; Menta, C.; Nogueira, E.L.; Silva Filho, I.G.; Von Gunten, A., & Cataldo Neto, A. (2019). Tradução e adaptação brasileira do Relationship Scales Questionnaire (RSQ). *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*, 41(1), 69-77.  
<https://www.scielo.br/j/trends/a/tjNF4jQ6dbQTVq6mL79fx4N/?format=pdf&lang=en>

## Apêndice F - Nomenclatura francesa do Rorschach<sup>1</sup>

### 1. Posição da prancha (rotações):

∨ - posição normal

∨ - posição invertida

< - posição lateral esquerda

> - posição lateral direita

### 2. Produtividade:

**R** – Número total de respostas efetivas em todos os cartões.

**RA** – Respostas adicionais dadas espontaneamente no momento da investigação.

**Rec** – Recusas: não respostas ao cartão.

**Den** – Denegação: número de respostas dadas

espontaneamente no momento da aplicação e negadas no inquérito.

**T.L.** – Tempo de latência (em segundos): o tempo decorrido entre a apresentação da prancha e a primeira

resposta efetiva do respondente.

**T.L.m** – Tempo de latência médio (em segundos): soma dos tempos de latência onde houve resposta, dividido pelo número de cartões

onde houve interpretação.

**T.T.** – Tempo total (em minutos e segundos): tempo total da aplicação da prova (inquérito não é incluído).

---

<sup>1</sup> Retirado da tese de Jardim-Maran (2011) O Psicodiagnóstico de Rorschach em adolescentes: normas e evidências de validade. Tese de doutorado. Universidade de São Paulo, São Paulo

**T.R.m** – Tempo de reação médio (em segundos): tempo médio por resposta. Tempo total dividido pelo número total de Respostas.

### 3. Tipos de Apreensão / Localização das respostas - Modo como o indivíduo apreende os estímulos da realidade:

**G** – Resposta global: resposta que implica o todo da mancha, o mais aparente e superficial.  $G\% = 100 \times \Sigma G/R$

**GDb1** – Respostas G integradas com detalhe branco (Db1). São contadas como G

**D** – Resposta de grande detalhe: área significativa e relevante da prancha.  $D\% = 100 \times \Sigma D/R$

**DDb1** – São contadas como D.

**Dd** – Resposta de pequeno detalhe: percepção e interpretação de pequenas partes do cartão, referente às minúcias.  $Dd\% = 100 \times \Sigma Dd/R$

**DdDb1** – São contadas como Dd.

**Db1** – Grande detalhe branco: quando somente a forma ou a percepção é de vácuo

naquela área, com justificativa de resposta do branco (ausência de cor). Quando a cor é destacada na resposta, considera-se, então, a área D e não Dbl.

$$Dbl\% = 100 \times \Sigma Dbl / R$$

**Do** – Detalhe oligofrênico ou inibitório: recorte dado a uma área onde normalmente é produzida uma interpretação de caráter mais geral, que inclui o detalhe atualmente nomeado.  $Do\% = 100 \times \Sigma Do / R$

#### **4. Determinantes das respostas – Fatores principais de determinação das respostas e sua precisão formal:**

**F** = Resposta determinada unicamente pela forma da mancha, ou seja, pelos aspectos de contorno da área interpretada.

**F+** = Respostas com forma bem vista

(boa precisão formal): respostas que respeitam o parecer formal de um grupo de referência, ou seja, com o que é mais frequente em um determinado ambiente.

**F+-** = Forma imprecisa da resposta em área pouco específica do cartão; forma indeterminada.

Segundo Anzieu (1989) são classificadas como F+- ou F? as respostas em que a forma do objeto é imprecisa e indeterminada (ex: nuvens, traçado, litoral).

**F-** = Respostas com forma mal vista; resposta que não corresponde à área interpretada do cartão (má precisão formal).

**F%** - Percentagem das respostas formais em relação ao total de respostas.  $F\% = 100 \times \Sigma F / R$

**F+%** - Percentagem das boas formas em relação ao total das respostas-forma: precisão das respostas-forma.  $F+\% = 100 \times (F+) + 0,5 \times (F+-) / \Sigma F$

**F+ext%** - Percentagem das boas formas dos demais determinantes: indicação de precisão formal entre os determinantes afetivos.

**F+ext%** =  $[(F+) + (F+- \times 0,5) + (K+) + (kan+) + kp + kob + FC + FE + FClob] \times 100/R$

**K** – Cinestesia humana: resposta que contenham movimento de pessoas inteiras.

**Kat** –Humano prestes a se movimentar.

**kp** – Fragmento de forma humana vista em movimento: ação feita por uma parte de humano.

**kan** – Cinestesia animal: respostas contendo movimento animal, que precisa estar inteiro e de fato em ação.

**kob** –Cinestesia objeto: respostas contendo movimento forte, que é próprio do objeto Interpretado.

**$\Sigma k$**  – Soma das cinestésias menores.  $\Sigma k = \Sigma kan + \Sigma kob + \Sigma kp$

**FC** – Resposta forma-cor: resposta prioritariamente determinada pela forma e secundariamente pela cor. Há predomínio da forma sobre a cor.

**CF**- Resposta cor-forma: resposta prioritariamente determinada pela cor e secundariamente pela forma. Há predomínio da cor sobre a forma.

**C**- Resposta cor pura: determinação exclusiva da cor na resposta.

O sinal' atribuído a C indica a utilização do preto, cinza e branco como cor de superfície. Segundo a importância relativa de C'e de F, temos três tipos de respostas: FC'; C'F e C', que também são incluídas na  $\Sigma C$ . Seus valores são análogos aos de FC; CF e C.

**$\Sigma C$ ponderada** – Total ponderado das respostas que envolvem determinante cor (cromático e acromático)  $\Sigma C = 0,5FC + 1CF + 1,5C$

**FE** – Resposta forma-estompagem: determinadas pela tonalidade, textura ou perspectiva da mancha, onde a forma predomina.

**EF** – Resposta estompagem-forma: há predomínio da estompagem sobre a forma.

**E** – Resposta estompagem pura: determinação da resposta foi exclusivamente o sombreado do cartão.  $\Sigma E$ ponderada – Total ponderado das respostas estompagem  $\Sigma E = 0,5FE + 1EF + 1,5E$

**FClób** – Resposta forma claro-escuro relacionada à angústia, à conteúdo disfórico, ligado principalmente ao preto do cartão

**ClóbF** – Resposta claro-escuro: há predomínio de resposta Clób sobre a forma.

**Clób** – Resposta claro-escuro pura: há manifestação exclusiva de respostas disfóricas.

## 5. Conteúdos das respostas:

**A/(A)** – Resposta de conteúdo animal

**Ad/(Ad)** – Resposta de detalhe (parte) animal.

**A%** - Percentagem das respostas animais em relação ao número respostas totais.  $A\% =$

$$100 \times [A + (A) + Ad + (Ad)] / R$$

**H/(H)** – Resposta de conteúdo humano.

**Hd/(Hd)** – Resposta de detalhe (parte) humano.

**H%** - Percentagem das respostas humanas em relação ao número respostas totais.  $H\% =$

$$100 \times [H + (H) + Hd + (Hd)] / R$$

Anat – Resposta de conteúdo anatômico

Sg – Resposta de conteúdo sangue

Sex – Resposta de conteúdo sexual

Obj – Resposta de conteúdo objeto

Art – Resposta de conteúdo artístico

Arq – Resposta de conteúdo arquitetônico

Simb – Resposta de conteúdo simbólico

Abs – Resposta de conteúdo abstrato

Bot – Resposta de conteúdo botânico

Geo – Resposta de conteúdo geográfico

Nat – Resposta de conteúdo natureza

Pais – Resposta de conteúdo paisagem

Elem – Resposta de conteúdo elemento

Frag – Resposta de conteúdo fragmento



## 6. Funcionamento afetivo

**T.R.I.** – Tipo de Ressonância Íntima: forma habitual do indivíduo vivenciar sua afetividade. Fórmula que exprime a relação entre as cinestésias humanas e as respostas-cor ponderadas.

$T.R.I. = x K / y \Sigma C$  (Proporção do número de movimentos humanos sobre a somatória de respostas-cor).

- Extratensivo Puro:  $0 K > y \Sigma C$  - Extratensivo Dilatado:  $x K > y \Sigma C$  - Introversivo

Puro:  $x K > 0 = \Sigma C$  - Introversivo Dilatado:  $x K > y \Sigma C$  - Ambigüal:  $x K \text{ para } = y \Sigma C$  -

Coartativo:  $x K \text{ para } = y \Sigma C = 1$  - Coartado:  $x K \text{ para } = y \Sigma C = 0$

**F.T.L.** – Fórmula das tendências latentes: recursos afetivos em potencial, não manifestos, mas possíveis de serem desenvolvidos futuramente. Exprime a relação entre as cinestésias não-humanas e as respostas estompage.

$T.L. = (k_{an} + k_{ob} + k_p) : \Sigma E$  (Somatório das respostas de pequeno movimento comparativamente às respostas estompage).

**3a Fórmula (I.R.A.)** – Índice de Reatividade Afetiva: índice de sensibilidade do indivíduo a situações afetivas. Relação do número das respostas dadas nas pranchas VIII, IX e X dividido pelo número total de respostas.  $I.R.A. = 100 \times (\text{Número de respostas VIII} + \text{IX} + \text{X})$

F.A. – Fórmula da angústia: índice de elementos de ansiedade e/ou angústia que o indivíduo demonstra no teste.  $F.A. = Hd+(Hd)+Anat+ Sg+Fg+ Sex \times 100/R$

7. **Respostas Banais:** índice de compartilhamento do pensamento coletivo

**Ban** –Resposta banal: respostas de mesma localização e conteúdo que aparecem com determinada frequência em certo grupo populacional.

**Ban%** – Percentagem das respostas banais em relação ao número total de respostas.

**Ban%**=  $100 \times \text{Ban} / R \text{ Orig.}$  – Resposta original: respostas dadas uma vez em cem por sujeitos considerados “normais” (com funcionamento típico).

## Apêndice G - Critérios de classificação para escala Barreira-Penetração<sup>2</sup>

<b>BARREIRA</b>		
<b>Critério</b>	<b>Exemplos</b>	<b>Exceções e observações</b>
1. Referências a roupas	Mulher com vestido de gola alta, pessoa com uma fantasia chique; homem com coroa; homem num roupão; duende com um gorro; pessoa com luvas	Observação nem todas as menções a roupas eram classificadas na primeira edição de Fisher e Cleveland (1958). Exceção: Respostas populares como botas na prancha IV e gravata-borboleta na prancha III não são classificadas por serem frequentes.
2. Todas as peles/superfícies de animais quando: a) As peles são distintas e incomuns e menciona-se mais do que a cabeça do animal  b) Se enfatiza características particulares da superfície/pele do animal  c) São mencionadas criaturas com carapaça protetora; contudo, lagostas e caranguejos quando vista somente sua carapaça	a) Crocodilo; jacaré; castor; texugo; lince, visão; topeira; camaleão; crocodilo; raposa, cabra; bode; hipopótamo; hiena; leopardo; leão; lagarto; cabra de montanha; pavão; pinguim; porco-espinho; cão de pradaria; rinoceronte; escorpião; leão do mar; foca; carneiros ou cordeiro; gato siamês; jaritataca; tigre; morsa; doninha; gato selvagem; carcaju; zebra  b) Pele fofa; pele manchada  c) Caranguejo; tartaruga; camarão; marisco; mexilhão	Observações: a lista completa encontra-se no livro Fisher e Cleveland (1958) e foi reproduzida ao lado. “Esta categoria de respostas foi incluída assumindo-se que a preocupação com os animais de peles incomuns, valiosas, marcadas de forma especial ou protetoras, representassem o foco em algum aspecto substancial dessas superfícies de cobertura”.  Exceção: pele de urso na prancha IV; caranguejos e lagostas por serem muito comuns.
3. Aberturas contidas na terra	Vale; mina (de mineração); poço; canal; ravina	
4. Cavidades (containers) incomuns de animais	Gato estufado/empanturrado; mulher grávida; canguru; úbere/mama	
5. Superfícies sobrepostas e protetoras	Guarda-chuva; domo; escudo; toldo	
6. Coisas com sobrepostas e protetoras	Tanque; navio de guerra; foguete no espaço; carro blindado; homem de armadura	
7. Coisas encobertas, cercadas ou escondidas	Bacia encoberta por uma planta; casa cercada de fumaça; tronco	

<sup>2</sup> Os critérios de classificação da Escala Barreira-Penetração foram retirados do trabalho: Gerencer, T. T. (2012). *A capacidade de diferenciação entre interno e externo no Rorschach de pessoas com sintomas psicóticos* [Tese de Doutorado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo].

	coberto de musgo; pessoa escondida por algo; alguém espreitando detrás de uma pedra; mula de carga nas costas; pessoa entre duas pedras	
8. Objetos cujo contorno possui característica incomum ou que possuem a propriedade de conter	Tronco; cadeira; roda-gigante; gaita de fole	
9. Apenas algumas edificações	Tenda; forte; iglu; arcada/arco; barracão; militar blindado	Exceção: respostas de máscara e de edificações não são classificadas exceto as mencionadas ao lado
10. Exemplos adicionais	Cesta; baía; sino; livro; abas de livro; garrafa; bolha; gaiola; castiçal; caverna; casulo; gruta; cortina; dançarina de véu; cobertura de bolo; poodle peludo; globo; porto; salvaguarda (de rua); capacete; enseada; lago rodeado por terra; terra cercada por água; montanha coberta de neve; rede; pote; rio; tela; colher; urna; parede/burro; papel de parede; peruca	
11. Exemplos adicionais de respostas classificadas nos protocolos de Fisher e Cleveland (1958)	Espelho d'água; árvore de Natal decorada; estômago; pintura num vaso (também classificado com B pela pintura na superfície); rio ou córrego profundo; pacote	Exceção: cabelo vermelho; homens barbudos; espaçonave prestes a entrar numa nuvem; moderna árvore de Natal; tapete de urso anexado num totem; borboleta muito colorida; morcego voando para fora de uma caverna (na prancha I pois a caverna é mencionada mas não é vista); mapa da Flórida porque parece uma península; nuvens de tempestade a 3 mil pés de altitude
12. Respostas não mencionadas por Fisher e Cleveland (1958), mas classificadas como Barreira na pesquisa de Gerencer (2012)	Espelho; tatuagem; espada encravada na pedra (B/P); buraco com pedras em volta (B/P); túnel perto d fim (B/P); tatu; pirâmide cm para-raios escaravelho	Exceção: pulmão
13.		Exceção: não são classificados instrumentos que possam ser pegos ou segurados como: alicates e pinças

## Apêndice H - Critérios de classificação para escala Barreira-Penetração

PENETRAÇÃO		
Critério	Exemplos	Exceções e observações
A. Imagens que envolvem penetração, rompimento ou desgaste de superfícies	Bala penetrando a carne; casco de uma tartaruga quebrado até abrir; inseto esmagado; pele de animal muito desgastada	
B. Orifícios de passagem	Vagina; anus; boca aberta; uma estrada; portal	
C. Superfícies facilmente permeáveis ou frágeis	Bola fofa de algodão doce; uma fofa nuvem como algodão; barro que conseguimos atravessar com o pé	
1. Boca abrindo ou usada para ingestão ou expulsão	Cão comendo; cão bocejando; homem mostrando a língua; homem vomitando; menino cuspidando; pessoa com boca aberta; animal bebendo	Boca utilizada para cantar ou falar
2. Desvio, trespasse (bypassing) ou penetração do exterior do objeto para alcançar seu interior	Imagem de raio X; corpo visto por um fluoroscópio; secção de um órgão; corpo cortado e aberto; dentro do corpo; autópsia	
3.		Exceção: amputação sem descrição de sangramento
a) Corpo sendo quebrado, fraturado, machucado e danificado	a) Inseto amassado; homem machucado; pessoa sangrando; ferida, homem apunhalado; pele do homem foi arrancada	
b) Degeneração de superfícies	b) pele doente; pele secando; folha murcha; carne deteriorada	
4. Aberturas na terra sem limites definidos ou por onde se expelem coisas	Abismo sem fundo; fonte jogando água pra cima; gêiser brotando do chão; poço de petróleo jorrando	
5. Aberturas em geral	Ânus; canal vaginal; portão; entrada; janela; narina; reto; olhando na garganta	
6. Referências a coisas insubstanciais e sem limites palpáveis	Algodão doce; fantasma; sombra; lodo	
7. Todas as transparências	Pode-se ver através do vestido; janela transparente	
Respostas que receberam a classificação Penetração nos protocolos de Fisher e Cleveland (1958)	Animal mastigando numa árvore; borboleta desmembrada; quebra-cabeças desmontado; peixe sem a carne; corpo quebrado; morcego com furos; casaco de pele rasgado. Duas peles de animais ensanguentadas (classificada apenas P); interior de uma galinha; homem assoprando; lago coberto de gelo nas extremidades e o gelo está derretendo (classificada B/P); dois galos brigando e o vermelho são as penas caindo; fumaça saindo dos olhos; demônio com os olhos afundados; tartaruga sem a carapaça	Exceção: busto de Napoleão; parte do externo (osso); vértebra; ossos de dinossauro; animal pré-histórico; teste de bomba atômica; Cristo na cruz; duas pessoas dormindo ou mortas; uma perna humana; partes do corpo como costelas e rins; nuvens
Respostas não mencionadas por Fisher e Cleveland (1958), mas classificadas como Penetração na pesquisa de Gerencer (2012)	Espada encravada na pedra (B/P); buraco com pedras em volta (B/P); túnel perto do fim (B/P); feto ainda sem os membros; pulmão de fumante	Exceção: feto