

Universidade do Vale do Rio dos Sinos - Unisinos

Programa de Pós-Graduação em Psicologia

Mestrado em Psicologia Clínica

Linha de Pesquisa: Processos Saúde-Doença em Contextos Institucionais

Maira Noroefé dos Santos

**Capacidade de Mentalização e Relações Interpessoais de Puérperas que Viveram
Traumas na Infância**

Orientadora:

Prof.^a Dr.^a Tagma Marina Schneider Donelli

São Leopoldo, julho de 2018

MAIRA NOROEFÉ DOS SANTOS

**Capacidade de Mentalização e Relações Interpessoais de Puérperas que Viveram
Traumas na Infância**

Dissertação apresentada como exigência parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia Clínica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade do Vale do Rio dos Sinos - UNISINOS.

Orientadora:

Prof.^a Dr.^a Tagma Marina Schneider Donelli

São Leopoldo, julho de 2018

S237c Santos, Maira Noroefé dos
Capacidade de mentalização e relações interpessoais de
puérperas que viveram traumas na infância / por Maira Noroefé
dos Santos. – 2018.
152 f. : il. ; 30 cm.

Dissertação (mestrado) — Universidade do Vale do Rio dos
Sinos, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, São
Leopoldo, RS, 2018.

“Orientadora: Dr.^a Tagma Marina Schneider Donelli”.

1. Trauma. 2. Capacidade de mentalização. 3. Relações
interpessoais. 4. Maternidade. 5. Relação mãe-bebê. I. Título.

CDU: 159.9-055.26

MAIRA NOROEFÉ DOS SANTOS

**Capacidade de Mentalização e Relações Interpessoais de Puérperas que Viveram
Traumas na Infância**

Dissertação apresentada como exigência parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia Clínica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade do Vale do Rio dos Sinos - UNISINOS.

Aprovado em _____ de _____ de _____.

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a Tagma Marina Schneider Donelli

(Orientadora)

Prof.^a Dr.^a Simone Jung

(Membro)

Prof.^a Dr.^a Silvana Alba Scortegagna

(Membro)

Prof. Dr. Mateus Luz Levandowski

(Membro)

Agradecimentos

Gostaria de agradecer as pessoas que estiveram ao meu lado ao longo destes dois anos e meio de mestrado, que me trouxe amigos novos, a certeza de quem está realmente ao meu lado e na torcida por mim e que junto me trouxe a experiência magnífica e mais gratificante que já experimentei na minha vida, a maternidade. Me tornei mãe do Caio, esposa do Ezequiel enquanto fazia minha pesquisa. Então quero imensamente agradecer:

Ao meu marido, Ezequiel, meu amor, meu melhor amigo, pelas incansáveis horas de incentivo, apoio, suporte e cuidado ao longo desse período. Sem ele ao meu lado, com toda sua alegria, bom humor e amor pela nossa família, não teria conseguido. Obrigada por me acolher, me acalmar, me fazer dar muitas risadas e por ter estado sempre ao meu lado, cuidando de mim e do nosso lindo filho. Contigo aprendi que família é a nossa força maior.

Ao nosso fruto, Caio, criança linda que preencheu nossas vidas com mais puro e verdadeiro amor. Filho, obrigada pela compreensão e tolerância com minha ausência nesse tempo tão fundamental e valioso, o teu primeiro ano.

Ao meus pais e a minha irmã, fundamentais em minha vida, por me ensinarem a importância das relações, do amor, dos estudos e do trabalho em minha vida. Obrigada pelo amor, apoio, incentivo e por me ajudarem a persistir em meu sonho de fazer esta pesquisa com um assunto que sabem que eu amo demais.

À minha grande amiga, parceira e comadre que a vida me deu, Maria Cristina, a Fofa, que sempre acreditou em mim e no meu potencial, grande incentivadora para eu desbravar o mestrado. Obrigada pelo apoio incondicional, pelas trocas e parceria. Vamos colocar em dia aquela lista de atividades que nos espera.

À querida amiga Cecília com as palavras de incentivo e por estar sempre tão presente e tolerante com minhas ausências para poder escrever.

À minha querida, generosa, empática orientadora, Prof.^a Dr.^a Tagma Marina Schneider Donelli, por todo carinho e acolhida sempre que eu precisei. Foi fundamental para eu ir adiante em minha pesquisa. Minha imensa gratidão por compartilhar tanto conhecimento.

Aos professores que gentilmente aceitaram fazer parte da minha banca de avaliação, Dr.^a Simone Jung, Dr.^a Silvana Alba Scortegagna e Dr. Mateus Luz Levandowski que foram muito disponíveis e atentos a ajudar a melhorar meu estudo com suas valiosas contribuições.

Aos amigos lindos, divertidos e parceiros que o mestrado me deu. Luan, Clarissa, Milene, Andresa e Edegar, quero vocês sempre por perto, obrigada pelo apoio, por compartilharem conhecimento, churrascos e muitas risadas.

À Andréia Mello de Almeida Schneider e Vivian de Medeiros Lago, pela correção dos protocolos e pela disposição em me ajudar com o Rorschach.

Às participantes da pesquisa que dividiram e confiaram a mim suas intimidades contribuindo com suas histórias dolorosas para que este estudo pudesse existir e assim ajudar outras mulheres futuramente.

Muito obrigada a todos!

Sumário

Apresentação da Dissertação	13
Artigo I: Capacidade de Mentalização e História de Vida de Puérperas que Viveram Experiências Traumáticas na Infância	16
Resumo	16
Abstract.....	17
Introdução.....	18
Método.....	24
Participantes	244
Instrumentos	255
Procedimentos de coleta dos dados e cuidados éticos	277
Procedimentos para análise dos dados	29
Resultados	300
Caso 01 – Carmen.....	300
<i>Breve descrição</i>	<i>300</i>
<i>História de vida na infância</i>	<i>311</i>
<i>História dos traumas.....</i>	<i>32</i>
<i>Capacidade de mentalização</i>	<i>34</i>
Caso 02 – Miriam	35
<i>Breve descrição</i>	<i>35</i>
<i>História de vida na infância</i>	<i>35</i>
<i>História dos traumas.....</i>	<i>37</i>
<i>Capacidade de mentalização</i>	<i>38</i>
Caso 03 – Raquel	39

<i>Breve descrição</i>	39
<i>História de vida na infância</i>	40
<i>História dos traumas</i>	411
<i>Capacidade de mentalização</i>	433
Síntese dos casos cruzados	444
<i>Histórias de vida na infância</i>	44
<i>História dos traumas</i>	47
<i>Capacidade de mentalização</i>	49
Considerações Finais	53
Referências	56
Artigo II: Traumas na Infância e o Estabelecimento das Relações Interpessoais e com o Bebê no Puerpério	66
Resumo	66
Abstract	67
Introdução	67
Método	75
Participantes	755
Instrumentos	755
Procedimentos de coleta dos dados e cuidados éticos	79
Procedimentos para análise dos dados	800
Resultados	811
Caso 01 – Mãe Carmen, 34 anos e bebê Angélica, 9 meses	822
<i>Relações iniciais e experiências traumáticas na infância</i>	822
<i>Puerpério e a vivência da maternidade</i>	823
<i>As relações interpessoais e a relação com o bebê</i>	845

Caso 02 – Mãe Miriam, 35 anos e bebê Gabriela, 11 meses	86
<i>Relações iniciais e experiências traumáticas na infância.....</i>	<i>866</i>
<i>Puerpério e a vivência da maternidade.....</i>	<i>866</i>
<i>As relações interpessoais e a relação com o bebê.....</i>	<i>888</i>
Caso 03 – Mãe Raquel, 28 anos e bebê Fernando, 8 meses.....	912
<i>Relações iniciais e experiências traumáticas na infância.....</i>	<i>912</i>
<i>Puerpério e a vivência da maternidade.....</i>	<i>933</i>
<i>As relações interpessoais e a relação com o bebê.....</i>	<i>956</i>
Síntese dos casos cruzados	977
<i>Relações iniciais e experiências traumáticas na infância.....</i>	<i>98</i>
<i>Puerpério e a vivência da maternidade.....</i>	<i>99</i>
<i>As relações interpessoais e a relação com o bebê.....</i>	<i>1022</i>
Considerações Finais.....	10909
Referências.....	1122
Considerações Finais da Dissertação	1244
Referencias da Dissertação	12828
Apêndice A – Ficha de Dados Sociodemográficos e Clínicos.....	1300
Apêndice B – QUESI – Questionário sobre Traumas na Infância.....	1333
Apêndice C – Entrevista de História de Vida e Relações Atuais.....	1366
Apêndice D – Aprovação do Comitê de Ética	13838
Apêndice E – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).....	1411
Apêndice F – Checklist Usado na Avaliação Clínica da Mentalização.....	1422
Apêndice G – Variáveis do Método de Rorschach Analisadas Através do Sistema Compreensivo.....	148

Apêndice H – Entrevista sobre a Maternidade e o Relacionamento Mãe-Criança

..... 1500

Lista de Tabelas e Quadros

Artigo I

Tabela 1 – Classificação dos Subtipos de Trauma na Infância de Acordo com a Gravidade	266
Quadro 1 – Participantes	30

Artigo II

Tabela 2 – Classificação dos Subtipos de Trauma na Infância de Acordo com a Gravidade	76
Quadro 2 – Participantes	81
Tabela 3 – Resultados das Participantes e Estatística Descritiva para 409 protocolos de Acordo Acordo com Referenciais Normativos da Amostra Brasileira de Nascimento (2010).....	1033

Lista de Siglas

CDI	–	Índice de Déficit Relacional (<i>Coping Deficit Index</i>) –
COP	–	Respostas de movimento cooperativo
AG	–	Respostas de movimento agressivo
GHR	–	<i>Good Human Representation</i>
PHR	–	<i>Poor Human Representation</i>
a:p	–	Proporção das respostas de movimento Ativo e Passivo
H	–	Respostas de conteúdo figura humana inteira
Isolate/R	–	Índice de Isolamento
Fd	–	Respostas de conteúdo alimento
WSumC	–	Soma ponderada das respostas de cor cromática (FC, CF, C)
Afr	–	Quociente Afetivo (Índice de Afetividade)
WSumT	–	Somatório de respostas com determinante de textura (FT, TF, T)
EB	–	Tipo de Vivência
SATEPSI	–	Sistema de Avaliação dos Testes Psicológicos
QUESI	–	Questionário sobre Traumas na Infância

Capacidade de Mentalização e Relações Interpessoais de Puérperas que Viveram Traumas na Infância

Resumo

O presente estudo se propõe a compreender como é a capacidade de mentalização de mulheres que sofreram traumas na infância, quando vivem a maternidade, uma vez que é conhecido o impacto das relações iniciais no fluxo do desenvolvimento emocional de uma criança. Pensando nas repercussões destas experiências na vida do indivíduo, buscou-se avaliar a capacidade de mentalização de mulheres que viveram traumas na infância e que são mães de crianças de até um ano de idade, descrevendo suas histórias de vida e compreendendo a maneira como estabelecem os relacionamentos interpessoais e com o bebê. Assim, foram construídos dois artigos empíricos, descritivos, de abordagem qualitativa e como procedimento adotou-se Estudo de Casos Múltiplos. Participaram 3 mulheres, primíparas, com idades entre 28 e 35 anos e com filhos de até 12 meses de idade, que tivessem, necessariamente, passado por alguma situação traumática em suas infâncias. Os dados foram coletados através dos seguintes instrumentos: Ficha de dados sociodemográficos; Questionário sobre Traumas na Infância (QUESI); Método de Rorschach; Entrevista sobre História de Vida e Relações Atuais; Entrevista sobre a Maternidade e o Relacionamento mãe-criança. Os casos foram construídos individualmente e depois foi realizada a Síntese dos Casos Cruzados, procurando compreender as semelhanças e divergências entre os casos. Os principais resultados apontam que, apesar dos traumas vividos, as mães demonstram capacidade de mentalização adequada, mas apontando para maior prejuízo na avaliação de seus valores e atitudes gerais. Entretanto mostram deficiências significativas para as relações interpessoais, o que parece repercutir também na relação com o bebê.

Palavras-chave: trauma, capacidade de mentalização, relações interpessoais, maternidade.

Mentalizing and Interpersonal Relationships of Mothers who Have Recently Given Birth and Lived Traumas in Childhood

Abstract

The present study aims to understand how the mentalizing of women who have experienced traumas in childhood when they are in maternity, since the impact of initial relationships on the flow of a child's emotional development is known. Considering the repercussions of these experiences on the individual's life, the aim was to evaluate the capacity of mentalization of women who have experienced traumas in childhood and who are mothers of children up to one year of age, describing their life histories and understanding how they establish the interpersonal relationships and with the baby. Thus, two empirical articles, descriptive, with a qualitative approach were constructed and as a procedure a Multiple Case Study was adopted. Three primiparous women, aged between 28 and 35 years old and with children up to 12 months of age, who had necessarily had a traumatic situation in their infancy, participated. Data were collected through the following instruments: Sociodemographic data sheet; Questionnaire on Trauma in Childhood (QUESI); Rorschach Method; Interview on Life History and Current Relationships; Interview on Motherhood and the mother-child relationship. The cases were individually constructed and then the Synthesis of the Crossed Cases was carried out, trying to understand the similarities and divergences between the cases. The main results indicate that, despite the traumas experienced, the mothers demonstrate adequate capacity for mentalization, but pointing to greater impairment in the evaluation of their values and general attitudes. However, they show significant deficiencies in interpersonal relationships, which also seem to have repercussions on the relationship with the baby.

Keywords: trauma, mentalizing, interpersonal relationships, maternity.

Apresentação da Dissertação

A valorização da relação primitiva entre a mãe e seu bebê, bem como o reconhecimento da importância da qualidade da interação precoce para o desenvolvimento infantil, vem despertando a curiosidade do meio científico nas últimas décadas. Nestes últimos anos de estudos e pesquisas pode-se perceber que é unânime o reconhecimento da importância da qualidade do vínculo mãe-bebê para o desenvolvimento emocional saudável (M. H. Klaus, Kennel, & P. H. Klaus, 2000; Rodrigues et al., 2004).

Compreender a maneira como acontece a construção do vínculo entre mãe e filho traz muitas informações sobre o adulto. Nesta relação fundante e que inaugura o psiquismo de um indivíduo estão contidas muitas informações sobre suas competências ou deficiências emocionais. Acima de tudo, é preciso entender que os resultados dessa fase inicial do desenvolvimento são de importância crucial por deixarem marcas que se estendem para muito além da infância (Winnicott, 1983/1965).

Diversos estudiosos, entre eles Bowlby e Winnicott, entendem que é através dessa relação que o bebê consegue sobreviver e se desenvolver a ponto de aprender a explorar o mundo externo. Para que isso aconteça é necessário que o bebê tenha alguém em quem possa confiar. Um cuidador que possa transmitir amor e segurança à criança. Entretanto, nem todas as crianças têm pessoas e modelos saudáveis para se relacionar. Assim, tem como curiosidade e interesse central desta pesquisa entender como as experiências traumáticas vividas precocemente repercutem no desenvolvimento das relações interpessoais e com o filho, quando chega a maternidade. Seu objetivo foi avaliar a capacidade de mentalização de mulheres que viveram traumas na infância e que são mães de bebês de até um ano de idade, descrevendo a maneira como estabelecem seus relacionamentos interpessoais e com o bebê.

O primeiro artigo, intitulado “Capacidade de mentalização e história de vida de puérperas que viveram experiências traumáticas na infância”, tem como objetivos avaliar a capacidade de mentalização e descrever a história de vida de puérperas, primíparas, que passaram por traumas em suas infâncias. Desta forma, foi realizada uma pesquisa qualitativa, descritiva, utilizando como procedimento o Estudo de Casos Múltiplos. Contou com a participação de três mulheres selecionadas de forma intencional por conveniência. Idades entre 28 e 35 anos e seus filhos entre 08 e 11 meses de idade. Todas passaram por traumas na infância. Responderam a Ficha de Dados Sociodemográficos e Clínicos, Questionário Sobre Traumas na Infância (QUESI) e Entrevista sobre História de Vida e Relações Atuais. Posteriormente os casos foram investigados individualmente para depois serem discutidos através da Síntese dos Casos Cruzados. Como resultados, foram encontrados que duas das três participantes revelam capacidade de mentalização adequadas, com resultados entre muito boa e boa, e a outra participante teve a capacidade de mentalização moderada, apontando para maior prejuízo na avaliação de seus valores e atitudes gerais. Todas com história de muitos traumas, rupturas e falhas graves nas relações iniciais.

O segundo estudo, intitulado “Traumas na Infância e o Estabelecimento das Relações Interpessoais e com o bebê no Puerpério”, aborda a significativa importância das relações iniciais na formação do ser humano e diversos prejuízos ocasionados pelas vivências de experiências traumáticas ainda na infância, abordando os possíveis reflexos destas situações para o estabelecimento das relações interpessoais e com o primeiro filho. O objetivo deste estudo foi compreender como mães de crianças de até um ano de idade, e que vivenciaram traumas na infância, estabelecem as relações interpessoais e com seus filhos. Participaram da pesquisa três mulheres que encontram-se vivendo a maternidade há menos de um ano e que passaram por experiências traumáticas em suas infâncias. Suas

idades estão entre 28 e 35 anos e da idade dos filhos entre 08 e 11 meses. Duas delas são casadas e uma separou-se depois do nascimento da filha. Para tanto, foram utilizados uma Ficha de Dados Sociodemográficos e Clínicos; Questionário Sobre Traumas na Infância (QUESI); Método de Rorschach; Entrevista sobre a maternidade e o relacionamento mãe-criança e Entrevista sobre História de Vida e Relações Atuais. Este estudo é descritivo, de abordagem qualitativa, realizado através do Estudo de Casos Múltiplos. Como resultados ficaram evidentes as dificuldades das três participantes nas relações interpessoais, revelando ser suas maiores dificuldades estabelecer e manter relações próximas e íntimas com as pessoas e com o bebê, tendendo a relacionarem-se de maneira mais superficial.

Após a apresentação dos dois artigos encontram-se as considerações finais desta dissertação. Ali foram expostos os principais achados, as limitações dos estudos, bem como são fornecidas indicações para futuras pesquisas nesse eixo de investigação. Ao final, apresentam-se como apêndices os demais documentos da dissertação.

Artigo I:**Capacidade de Mentalização e História de Vida de Puérperas que Viveram Experiências Traumáticas na Infância****Resumo**

As primeiras relações são fundamentais para o desenvolvimento emocional, social e cognitivo de uma criança. Porém, quando ela vive situações traumáticas precocemente, tem seu desenvolvimento comprometido, uma vez que a ruptura de vínculos significativos acarreta potenciais prejuízos, dentre eles uma falha na interação mãe-bebê e um déficit no desenvolvimento da capacidade de mentalização, a qual se desenvolve a partir das relações de apego vividas nos primórdios da vida. Visando prevenção e promoção da saúde, o objetivo deste trabalho é avaliar a capacidade de mentalização e descrever a história de vida de puérperas, primíparas, que passaram por traumas em suas infâncias. Trata-se de um estudo descritivo, de abordagem qualitativa, com desenho de Estudo de Casos Múltiplos. Contou com a participação de três mulheres, primíparas, com idade entre 28 e 35 anos. A seleção da amostra se deu de forma intencional através da rede de contatos pessoal e profissional da pesquisadora. Para coleta de dados foram utilizados uma Ficha de Dados Sociodemográficos e Clínicos, o Questionário Sobre Traumas na Infância (QUESI), e a Entrevista sobre História de Vida e Relações Atuais. Ao final, os casos foram construídos individualmente e, na sequência, discutidos através da Síntese dos Casos Cruzados. Nos resultados ficou claro que duas das três participantes apresentam capacidade de mentalização adequadas, com resultados entre muito boa e boa, e a outra participante teve a capacidade de mentalização moderada, apontando para maior prejuízo na avaliação de seus valores e atitudes gerais. Questões que de alguma maneira

podem prejudicar no estabelecimento das relações interpessoais e com o filho primogênito.

Palavras-chave: trauma, capacidade de mentalização, puerpério, relação mãe-bebê, apego.

Mentalizing and Life Story of Mothers who Have Recently Given Birth and Lived Traumas in Childhood

Abstract

Early relationships are critical to the emotional, social, and cognitive development of a child. However, when she experiences traumatic situations early, her development is compromised, since the rupture of significant bonds leads to potential damages, among them a failure in the mother-baby interaction and a deficit in the development of the mentalization capacity, which develops from attachment relationships lived in the beginnings of life. Aiming at prevention and health promotion, the objective of this study is to evaluate the capacity of mentalization and to describe the life history of primiparous women who have experienced traumas in their infancy. This is a descriptive study, with a qualitative approach, with a Multiple Case Study design. It counted with the participation of three women, primiparous, between 28 and 35 years old. The selection of the sample was done intentionally through the network of personal and professional contacts of the researcher. For data collection, a Sociodemographic and Clinical Data Sheet, the Questionnaire on Trauma in Childhood (QUESI), and the Interview on Life History and Current Relationships were used. In the end, the cases were constructed individually and then discussed through the Synthesis of Crossed Cases. In the results, it was clear that two of the three participants presented adequate mentalization capacity,

with very good to good results, and the other participant had moderate mentation capacity, pointing to greater impairment in assessing their values and general attitudes. Questions that can somehow hamper the establishment of interpersonal relationships and the firstborn son.

Keywords: trauma, mentalizing, puerperium, mother-baby relationship, attachment.

Introdução

Sabe-se que as primeiras relações de qualquer ser humano acontecem no início da vida, entre o bebê e seu cuidador. A valorização desta relação primitiva, bem como o reconhecimento da importância da qualidade da interação precoce para o desenvolvimento emocional do indivíduo vem despertando a curiosidade do meio científico nas últimas décadas (Ainsworth, 1969; Allen, 2012; Berthelot et al., 2015; Fraiberg, Adelson, & Shapiro, 1975; Jongenelen, Soares, Grossmann, & Martins, 2006; Lebovici, 1987). Diferentes teorias psicológicas têm estudado este fenômeno e a abordagem psicodinâmica se destaca na compreensão destas relações (Abreu, 2010; Brando, Valera, & Zarate, 2008; Brazelton, 1988; Brazelton & Cramer, 1992; Figueiredo, 2001; Grossmann, Grossmann, & Kindler, 2008).

Por outro lado, Fraiberg et al. (1975) acreditam que os primórdios da vida da mãe podem influenciar a maneira como ela se vinculará com seu bebê e como fará a maternagem, pois, quando se torna mãe, poderá reviver a relação que teve com sua própria mãe (Brazelton & Cramer, 1992; Cramer & Palácio-Espasa, 1993; Lebovici, 1987). As dificuldades intrínsecas à maternidade podem perturbar o equilíbrio emocional, podendo trazer à tona conflitos não resolvidos anteriormente (Aulagnier, 1994). Além disso, se a lembrança que herdou é de uma mãe perturbada e agressiva, é provável que a mulher se sinta temerosa em desempenhar esse novo papel (Felice, 2007).

Em trabalhos realizados por Ainsworth (1969) sobre o desenvolvimento socioemocional nos primeiros anos de vida, fica claro que o padrão de relação desenvolvido durante a primeira infância é influenciado por características que compõem a qualidade da relação entre a mãe e seu bebê. As diferenças acontecem, e tornam cada ser humano individual e único, pela variação na qualidade dos comportamentos e das condições emocionais que os cuidadores têm. Entretanto, só é possível ofertar ao outro algo que é de sua propriedade, ou seja, se no mundo interno não há saúde torna-se mais complexo desenvolver sentimento de cuidado em relação ao próximo.

Resultado similar foi obtido em estudo realizado por Fonagy, M. Steele, H. Steele, Moran e Higgitt (1991), no qual puderam prever com precisão de 75% o padrão do apego antes do nascimento da criança avaliando apenas as mães, e obtiveram 66% de acordo entre a classificação de apego das mães e dos filhos. Ward e Carlson (1995) também realizaram uma pesquisa com 74 díades mãe-bebê visando avaliar o padrão de apego da mãe e do filho. Os resultados indicam correspondência de 68% entre o apego da mãe e o da criança. Todas as gestantes com apego classificado como inseguro tiveram seus filhos com padrões de apego avaliados como inseguros também.

Entretanto, Lockett, Lamana e Seijo (2008) têm estudado mulheres que sofreram ou sofrem violência e concluem que, quando os maus-tratos acontecem em sua infância, estas podem viver a época da maternidade com grande angústia, talvez não conseguindo proporcionar os cuidados necessários a um bebê. De acordo com Bateman e Fonagy (2016), é muito comum que pessoas que foram vítimas de traumas precocemente sofram falhas parciais na mentalização.

As situações onde a mãe se desenvolveu em ambiente de violência e hostilidade constituem-se em um importante fator de risco ao desenvolvimento humano, a curto e longo prazo. O estudo detalhado sobre traumas vivenciados durante a infância já pode

assegurar que existe um impacto direto para o desenvolvimento da criança com relação às questões emocionais, psicológicas, cognitivas e sociais, prejudicando fortemente a compreensão e aprendizagem da regulação de seus afetos (Bateman & Fonagy, 2003).

Assim, as relações de apego são muito importantes e têm um papel especial na capacidade de mentalização. Caso as representações dos cuidadores sejam muito empobrecidas podem ocorrer falhas no desenvolvimento da regulação dos afetos, nas capacidades sociais cognitivas e na atenção focada (Fonagy, Gergely, Jurist, & Target, 2002).

O resultado do rompimento dos vínculos nas relações iniciais é destacado como prejudicial para o estabelecimento do apego seguro, que por consequência vem a lesar o desenvolvimento da capacidade de mentalização, pois são circunstâncias que geram emoções extremas, confusas e dilacerantes dificultando o bom desenvolvimento da criança, que precisa aprender a reconhecer e regular seus afetos (Muzik et al., 2013). De acordo com os autores, o apego e a mentalização estão fortemente relacionados, uma vez que, segundo Fonagy e Target (1997), a capacidade de mentalização tem seu início marcado a partir do tipo de relação de apego inicial que é estabelecida com os pais quando estes respondem aos estados emocionais do bebê de forma acolhedora e coerente, por exemplo.

O conceito de capacidade de mentalização refere-se à atividade psicológica, predominantemente pré-consciente, muitas vezes intuitiva e emocional, que tem como foco a compreensão dos afetos e comportamentos próprios e dos outros. É construída a partir das interações do bebê com seu cuidador, sendo reflexo da qualidade da relação afetiva que se estabelece muito cedo. Desenvolve-se na medida em que o outro, cuidador ou mãe do bebê, reúne e integra as fantasias (mundo interno) com a realidade (mundo externo), permitindo ao bebê ser capaz de reconhecer pensamentos e sentimentos internos

bem como de outros indivíduos, assim como o deixa apto a diferenciar realidade externa e interna.

A função reflexiva¹ se faz importante na operacionalização da capacidade de mentalização, pois desempenha papel fundamental no aprendizado da regulação dos afetos (Fonagy, Gergely, et al., 2002). Pode-se entender como regulação emocional a compreensão e aceitação das emoções, a habilidade para controlar comportamentos impulsivos, bem como a aptidão para ser flexível e usar estratégias a fim de regular as emoções de acordo com a necessidade (Fonagy, Gergely, et al., 2002; Fonagy & Target, 1997).

Pesquisas mostram que a função reflexiva dos pais é fundamental para o desenvolvimento desta mesma capacidade nos filhos, pois cuidadores com boa função reflexiva são capazes de gerar apego seguro em suas crianças e possibilitam o desenvolvimento da capacidade de mentalização dos seus filhos (Allen, Fonagy, & Bateman, 2008; Fonagy & Luyten, 2009). A função reflexiva efetiva por parte do cuidador proporciona que as representações do *self* sejam coerentes e integradas (Ensink, Normandin, et al., 2015). Diante disso, os autores reiteram a importância de ser proporcionado à criança um suporte emocional saudável para que, assim, aprenda a desenvolver aptidão para reconhecer e compreender as emoções ainda durante a infância (Ensink, Normandin, et al., 2015; H. Steele, M. Steele, Croft, & Fonagy, 1999).

Não é surpreendente encontrar prejuízos importantes na aquisição da capacidade de mentalização das crianças que sofreram traumas emocionais. Abuso e negligência aparecem associados a uma pobre discriminação dos sentimentos, o que foi confirmado pelo estudo de Pollak, Cicchetti, Hornung e Reed (2000), assim como a uma maior dificuldade na compreensão correta das emoções (Edwards, Shipman, & Brown, 2005).

¹ Cabe aqui esclarecer que os termos 'função reflexiva' e 'capacidade de mentalização' podem ser intercambiáveis entre si (Fonagy, Gergely, et al., 2002).

Entretanto, essas dificuldades podem desaparecer na fase da adolescência ou na vida adulta (Luke & Banerjee, 2013).

O sólido estabelecimento da capacidade de mentalização proporciona à criança o poder de enfrentar melhor as adversidades da vida, da mesma maneira que o contrário implica em vulnerabilidade para traumas posteriores (Fonagy, 1999; Bateman & Fonagy, 2016; Ramires & Schneider, 2010). Em razão disto, existem duas condições entendidas como necessárias à mãe ou ao cuidador: a contingência e a discriminação. A contingência é a capacidade da mãe em responder de forma coerente às necessidades do bebê, aos sinais emitidos por ele, como choro, tensão de seu corpo, reflexos, sorrisos, desde os primeiros dias da sua vida. São comunicações que a criança tenta estabelecer com a mãe para que seu objetivo de ser atendido possa ter êxito. A discriminação corresponde à aptidão da mãe em anunciar e nomear em suas respostas os sentimentos do bebê e assim ir ensinando a decifrar suas emoções (Bateman & Fonagy, 2003; Zevalkink, 2008).

Diante de experiências traumáticas, a capacidade de mentalização pode sofrer um abalo em seu funcionamento e se a situação traumática for recorrente, o psiquismo tem como prioridade buscar proteção. Bateman e Fonagy (2013) caracterizam prejuízos que o trauma psicológico pode trazer à mentalização: a) por perceber a intenção maldosa de alguns, a criança, para se defender, passa a não pensar nos pensamentos e sentimentos dos outros; b) há uma mudança no funcionamento da mentalização, passando de controlada para automática, assim gerando confusão na interpretação correta das situações perigosas; c) o psiquismo passa a necessitar e ir em busca de alguém que lhe proporcione um apego seguro; e por fim d) identificação com o agressor, na qual seria a situação extrema do trauma, que é quando a figura de apego é quem provoca o evento traumático, pois nesses casos há uma total inibição da capacidade de mentalizar (Bateman & Fonagy, 2013).

Ensink, Bégin, Normandin e Fonagy (2016) se propuseram a estudar as duplas mãe-bebê a fim de investigar a relação existente entre a capacidade de mentalização da mãe e da criança, assim como estudaram a capacidade de mentalização em situações de abuso sexual infantil e as psicopatologias existentes nestes casos. Participaram da pesquisa 168 duplas, sendo que em 74 das díades havia uma criança (7 a 12 anos) vítima de abuso sexual. Dentre os achados constataram que a baixa capacidade de mentalização da mãe é um preditor de sintomas externalizantes, sendo assim as crianças cujas mães revelaram maior capacidade reflexiva apresentavam menos sintomas externalizantes.

Desta forma, fica clara a importância de que pessoas que passaram por experiências traumáticas na infância consigam elaborar o trauma para o posterior desenvolvimento da capacidade de mentalização, pois quando se tornam pais, poderão ter melhores condições de se relacionar com seu filho e transmitir isso a eles, como esclarecem Berthelot et al. (2015). Acredita-se que indivíduos que conseguem pensar e falar sobre o trauma dessas experiências, possuem as chances aumentadas para desenvolver boa capacidade de mentalização, entretanto sabe-se que nem todos os pais conseguirão usufruir desta condição (Bateman & Fonagy, 2003).

Garland (2004) atenta para o fato de que a capacidade do adulto de se recuperar após a vivência de um trauma está ligada à qualidade e à natureza de seus primeiros relacionamentos. Neste sentido, estudos que visam à clínica com gestantes, às relações iniciais e à história individual de cada dupla mãe e bebê, gera espaço para que sejam pensadas intervenções precoces a fim de ajudar na redução, tratamento ou não-aparecimento de psicopatologias que podem prejudicar o desenvolvimento saudável de uma criança (Batista-Pinto, 2004).

Uma vez que se entende não só a importância das relações iniciais entre o bebê e sua mãe/cuidador, como também a qualidade destas relações, compreende-se a

necessidade em realizar estudos focados nas repercussões deixadas por traumas vividos precocemente na vida emocional do indivíduo. Portanto, este estudo tem caráter preventivo e visa avaliar a capacidade de mentalização e descrever a história de vida de puérperas, primíparas, que passaram por traumas em suas infâncias.

Método

Trata-se de um estudo descritivo, de abordagem qualitativa, com desenho de Estudo de Casos Múltiplos (Allonnes, 2004; Yin, 2001/1984), que permite a investigação sistemática e minuciosa de casos individuais para compreensão do tema proposto. Segundo Stake (2000), este delineamento propicia compreender em profundidade um mesmo fenômeno a partir da análise de mais de um caso. Optou-se pelo método qualitativo, pois este possibilita entender a forma como as pessoas pensam um determinado fenômeno e o significado que atribuem a ele.

Participantes

Participaram deste estudo três mulheres na faixa etária entre 28 e 35 anos, mães de bebês com idades de 8 a 11 meses de idade. Amostra foi feita por conveniência e contou inicialmente com a presença de 5 mulheres interessadas em participar da pesquisa, entretanto duas desistiram depois do contato inicial, uma delas referindo ter refletido e concluído que não queria falar de seus traumas no momento de início da maternidade (bebê tinha 4 meses) e a outra pessoa não se obteve mais contato telefônico. A seleção das participantes ocorreu de forma intencional, respeitando os critérios de inclusão previstos que foram: a) as mães com idades superiores a 18 anos, preferencialmente entre 25 e 35 para tentar minimizar as discrepâncias vindas de diferentes fases do desenvolvimento; b) primíparas; c) com filho com idade entre zero e doze meses de vida;

e d) que relataram ter passado por alguma situação traumática em sua infância, confirmada posteriormente pelo Questionário Sobre Traumas na Infância – QUESI (Grassi-Oliveira, Stein, & Pezzi, 2006). Por trauma, foram considerados os relatos de vivências traumáticas que indicassem abuso físico, abuso sexual, abuso emocional, negligência física e/ou negligência emocional. No momento da coleta dos dados, por coincidência, todas participantes afirmaram estar fazendo psicoterapia individual de orientação analítica e acompanhamento psiquiátrico.

Instrumentos

Foram utilizados os seguintes instrumentos para coleta dos dados:

- 1) Ficha de Dados Sociodemográficos e Clínicos: criada com o objetivo de coletar informações iniciais, tais como os dados sociodemográficos da mãe e do bebê e para assegurar o cumprimento dos critérios de inclusão e exclusão das participantes da presente pesquisa. Foram solicitadas informações como idade, escolaridade, nível socioeconômico, situação conjugal e profissional (Apêndice A);
- 2) Questionário Sobre Traumas na Infância (QUESI; Grassi-Oliveira et al., 2006): é um questionário retrospectivo, autoaplicável, composto de 28 itens respondidos de acordo com a frequência de eventos traumáticos relacionados à história da infância do indivíduo. Os itens são respondidos em uma escala *likert* de 5 pontos, onde se pontua 1 para situações que nunca ocorreram e 5 para situações que aconteciam sempre. Quanto maior a pontuação, mais traumas são evidenciados. Teve como objetivo avaliar a presença do histórico de situações de abuso e/ou negligência durante a infância em cinco subgrupos de situações traumáticas: 1. Abuso emocional, que inclui agressões verbais

sobre o sentimento de valor ou bem-estar da criança, ou qualquer comportamento humilhante, degradante ou ameaçador dirigido a uma criança por uma pessoa mais velha; 2. Abuso físico, que se refere a agressões corporais em uma criança por uma pessoa mais velha e que representam um risco de resultar em lesão; 3. Abuso sexual, que compreende contato ou conduta sexual entre uma criança e uma pessoa mais velha, incluindo a coerção explícita; 4. Negligência física, que seria a incapacidade de suprir as necessidades físicas básicas, incluindo comida, abrigo; e 5. Negligência emocional, que se refere ao fracasso dos cuidadores para suprir necessidades básicas psicológicas e emocionais, como amor, encorajamento, pertencimento e apoio (Apêndice B). Cada escala foi classificada de acordo com as pontuações propostas por Bernstein et al. (2003), e apresentadas na Tabela 1.

Tabela 1

Classificação dos Subtipos de Trauma na Infância de Acordo com a Gravidade

Subtipos	Nenhum a mínimo	Leve a moderado	Moderado a severo	Severo a extremo
Abuso Emocional	5-8	9-12	13-15	> 16
Abuso Físico	5-7	8-9	10-12	> 13
Abuso Sexual	5	6-7	8-12	>13
Negligência Física	5-9	10-14	15-17	>18
Negligência Emocional	5-7	8-9	10-12	>13

A partir dessa classificação é feita a soma das pontuações de cada subitem chegando a uma pontuação total entre 25 e 125. De acordo com Brodski, Zanon e Hutz, (2010) há evidências indicando que a solução dos cinco fatores é adequada e que a consistência interna das escalas é satisfatória. Bernstein e

Fink (1998) encontraram coeficientes de consistência interna adequada em todas as subescalas apresentando medianas que variam de $\alpha = 0,66$ (.61 negligência física) a $\alpha = 0,92$ (.95 abuso sexual);

- 3) Entrevista sobre História de Vida e Relações Atuais: é uma entrevista semiestruturada, adaptada para este estudo, desenvolvida pelo grupo de pesquisa CER Bebê (Donelli, Schaefer, Recktenvald, & Santos 2017) e que teve como finalidade obter um relato da mãe de maneira espontânea, visando coletar dados sobre sua história de vida, seus pensamentos, lembranças, e relações familiares. É composta de sete questões abertas principais e demais questões secundárias que podem ser formuladas de acordo com a entrevista. Foi realizada pela pesquisadora e gravada em áudio (Apêndice C);

Procedimentos de coleta dos dados e cuidados éticos

A presente pesquisa foi amparada pela Resolução 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (2016), órgão do Ministério da Saúde que estipula as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas com seres humanos. Foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS) (Apêndice D).

As puérperas foram contatadas a partir da rede de contatos pessoais e profissionais da pesquisadora. Em função da vulnerabilidade que pudessem apresentar, achou-se prudente não utilizar nenhum tipo de instrumento para triagem dos casos quanto ao item da vivência do trauma na infância, visto que poderia gerar uma sensação de desconforto nas participantes ao aplicar apenas um questionário, para confirmar a presença de maus-tratos na infância e depois não dar continuidade à coleta de dados. Portanto, optou-se por essa identificação ser feita pela pessoa que encaminhou a participante à pesquisa. De

qualquer maneira, a vivência do trauma foi confirmada *a posteriori* com o instrumento QUESI (Grassi-Oliveira et al., 2006).

No contato inicial com as mães, a pesquisadora realizou uma breve explicação sobre a pesquisa, esclarecendo o propósito e a importância do estudo, lembrando que a participação seria voluntária, ressaltando a confiabilidade e o sigilo do material cedido à pesquisa, bem como o anonimato de suas identidades. Esse primeiro contato foi por telefone e através dele marcado o primeiro encontro com cada participante.

Ao começar o primeiro encontro foram retomados alguns aspectos da pesquisa e todas assinaram o TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice E) em duas vias. A coleta de dados iniciou com o preenchimento da ficha de dados sociodemográficos, sendo preenchida pela pesquisadora a partir da narrativa da mãe. Na sequência foi feita a aplicação do questionário QUESI, depois aplicação da Entrevista de História de Vida e Relações Atuais. As entrevistas foram gravadas em áudio e posteriormente transcritas para análise. O tempo de cada encontro não foi estipulado previamente, ajustando-se à necessidade de cada participante, variando entre 1h e 3h de duração. Ao total aconteceu um encontro com cada uma, e duas delas optaram para que o encontro acontecesse em suas casas e uma optou por ir ao consultório da pesquisadora.

Os riscos que a pesquisa oferecia era de talvez gerar algum desconforto ou constrangimento para a participante, entretanto não houve necessidade de encaminhamento visto que todas já realizam psicoterapia. Os nomes das participantes ou qualquer informação que contribuísse para identificação das mesmas foram modificados a fim de preservar a privacidade de todas.

Procedimentos para análise dos dados

As informações da Ficha de Dados Sociodemográficos e Clínicos foi utilizada para contextualizar cada caso e complementar as informações obtidas através dos outros instrumentos. O QUESI foi levantado de acordo com o seu protocolo. Nesse estudo, foi considerada presença de trauma para inclusão na pesquisa um escore na pontuação total maior ou igual a 50, sendo classificado como moderado a severo ou severo a extremo. Este é o ponto de corte sugerido pelos autores que estudam e trabalham com o instrumento (Bernstein et al., 2003).

Para avaliar a capacidade de mentalização foi utilizado o *Checklist for clinical assessment of mentalization* (Bateman & Fonagy, 2016), através da entrevista de História de Vida e Relações Atuais, a partir de uma versão adaptada e traduzida para o português por Viegas e Ramires (2009). As entrevistas foram codificadas por duas juízas independentes, com treinamento para uso do instrumento, sendo convocada uma terceira juíza para ajustes das discrepâncias. O Checklist propõe que a capacidade de mentalização seja avaliada focando em quatro temas: a) pensamentos e sentimentos das outras pessoas; b) percepção do próprio funcionamento mental; c) representação de *self*; d) atitudes e valores gerais. Pontou-se 1 para situações onde há forte evidência do item avaliado durante a narrativa, 0,5 quando esta evidência foi fraca e 0 quando não houve evidência. Através da soma de cada tema, chegou-se a um escore global no qual a capacidade de mentalização foi classificada como: muito alta, boa, moderada ou pobre (Apêndice F). A entrevista de História de Vida e Relações Atuais também foi analisada de forma qualitativa, a fim de apreender seu conteúdo. Sendo assim, foi utilizado a análise temática realista, pois compreende os temas relevantes nas entrevistas levando em conta a realidade dos participantes (Braun & Clarke, 2006).

Após levantamento dos dados foi feita a construção de cada caso individualmente a partir dos eixos de análise propostos, que são: a) História de vida na infância; b) História dos Traumas; e c) Capacidade de Mentalização. Ao final, foi realizada a Síntese dos Casos Cruzados (Yin, 2001/1984) onde puderam ser discutidas semelhanças, divergências e particularidade dos achados entre os casos.

Resultados

Quadro 1

Nome mãe e Idade	Sexo e	Idade do bebê	Estado civil	Escolaridade	Ocupação	Tratamento Psicológico	Tempo de tratamento
Carmen, 34 anos (CASO 1)	Menina	9 meses	Casada	Ens. Médio	Dona de casa	Psicoterapia com psicóloga e farmacoterapia	+ 3 anos
Miriam, 35 anos (CASO 2)	Menina	11 meses	Separada	Ens. Médio	Autônoma	Psicoterapia com psiquiatra e farmacoterapia	Retomou há 3 meses
Raquel, 28 anos (CASO 3)	Menino	8 meses	Casada	Ens. Superior	Professora	Psicoterapia com psicóloga e psicofármacos	+ 3 anos

Caso 01 – Carmen

Breve descrição

É uma mulher de 34 anos, mãe de Alice, de 9 meses de idade. É casada com Heitor, que é vendedor e o único provedor dos custos da casa. Carmen estudou até ensino técnico, entretanto optou por não trabalhar fora em prol dos cuidados com a filha. É filha única, foi criada pelos avós maternos que moravam na casa ao lado da sua. Seus pais sempre foram casados, mas seu pai faleceu já há poucos anos. Casou-se com seu primeiro namorado cerca de 12 anos e após 4 anos começaram as tentativas para engravidar. Teve duas gestações em dois anos, mas em ambas situações a gestação não evoluiu. Sofreu o segundo aborto um pouco depois do falecimento do pai. Logo depois, optou por iniciar

tratamento de fertilização e psicoterapia por indicação médica, pois apresentava um quadro agudo de crises de pânico. Passados três anos, engravidou de Alice. Conta que ainda durante sua infância, seus pais foram orientados a buscar ajuda psicológica para a menina. Foram em uma consulta com um psiquiatra e teve diagnóstico de depressão, entretanto a mãe não acreditou no diagnóstico feito e nunca fez nenhum tipo de tratamento. Assim, de acordo com seu relato, atualmente tem diagnóstico de depressão e há 3 anos desenvolveu síndrome do pânico. Relata que faz psicoterapia de orientação psicanalítica com a mesma psicóloga há mais de 3 anos e faz acompanhamento mensal com psiquiatra para administração de suas questões medicamentosas.

História de vida na infância

Seus pais tinham uma relação muito conturbada com muitas brigas e agressões, e Carmen constantemente assistia e ouvia tudo. Relata que o pai foi um jogador compulsivo, ausente, passivo e submisso em casa: *“meu pai era quase um estranho pra mim...a gente não interagiu muito...ele era muito quieto, fechado, na dele”*, e a mãe tinha o humor extremamente instável, tendo crises de raiva e descontrole dos impulsos com certa frequência: *“daí ela tocou a panela na parede”*.

Explica que sua mãe tem uma doença autoimune que a deixava frequentemente acamada, reclusa em um quarto escuro e Carmen ouviu repetidas vezes, durante as brigas dos pais, a mãe dizer que ia morrer e que o pai se arrependia de tudo que fazia para ela. Tinha pena da mãe e conta que a partir de um determinado momento, a relação com o pai mudou bastante. Ele sempre foi bastante distante e ausente de casa. Conta que passou a sentir raiva por ele ser jogador compulsivo, fato do qual se arrepende: *“Isso me fazia muito mal porque eu ficava com raiva do meu pai...coisa que me arrependo muito de ter*

sentido por ele... depois quando ele descobriu o câncer, que fiquei direto com ele no hospital vi que nossa história poderia ter sido diferente, mas daí era tarde (chora)”.

Hoje, acredita que a mãe fez alienação parental com ela, falando muito mal do pai sempre, o responsabilizando por tudo de ruim que acontecia: *“minha mãe colocava tanta coisa na minha cabeça que me afastou ele e depois não tive tempo de me reaproximar de novo”*. Não gostava de participar dos assuntos dos pais, mas a mãe exigia que ela ouvisse as histórias do casal, alegando que fazia parte da família, logo deveria saber de tudo que acontecia. A mãe nunca foi carinhosa nem amorosa, sendo fria e distante da filha. Em sua infância, não encontrava aconchego na mãe e não tinha proximidade com o pai. A menina acabou desenvolvendo um vínculo muito forte com a avó materna, que lhe dá suporte e afeto até hoje. Conta que tem muitas lembranças de sentir-se sozinha e angustiada, com a sensação de que seu sofrimento não teria fim, de ficar o tempo todo pensando nas brigas e nas discussões que seus pais poderiam ter. E quando estava com a vó essas sensações ruins não aconteciam.

Os pais nunca perceberam o quanto a menina estava doente em sua infância. Relata que passou por crises de ansiedade e depressão diagnosticadas na infância, mas a mãe nunca percebeu nada além do normal, pois acreditava que a filha era tímida e quando tinha crises de ansiedade a mãe sempre dizia que era dor de barriga. Carmen passou a ficar doente repetidas vezes por volta dos 8 anos de idade e lembra como era ruim: *“pra mim aquilo era uma tortura, ter que ficar acordada e angustiada junto”*, pois quando tinha febre a mãe não deixava ela dormir por acreditar que ela poderia ter uma convulsão.

História dos traumas

Carmen presenciou diversas brigas e discussões entre os pais durante sua infância. Acredita que a mãe tem dificuldade para se controlar sendo sempre muito impulsiva,

assim muitas vezes as discussões tornavam-se agressões físicas. Relata uma discussão que os pais estavam tendo na cozinha quando escutou um estouro grande *“fui correndo pra cozinha quando ouvi o barulho...tinha feijão espalhado por tudo. Não lembro de nada...só lembro da cena do feijão na parede, dela quebrando a aliança e tocando no lixo”*.

Menciona que era uma criança com medo de tudo e acredita que isso acontecia porque presenciava muitas cenas de agressões e que estava sempre tensa preocupada com algo que pudesse acontecer entre os pais *“Eu sentia medo o tempo todo...não gostava de ver eles dois brigando. Tinha medo do que ia acontecer, se ela ia bater nele, se ele ia bater nela, se ela ia cair”*.

No instrumento Quesi, Carmen obteve pontuação total 62. Os subgrupos Abuso Físico e Abuso Sexual teve escore 5, ambos classificados como nenhum/mínimo, e não foram relatados na sua história.

Já o item abuso emocional obteve escore 11 sendo classificado como leve/moderado. Essas questões puderam ser percebidas ao longo de sua narrativa quando conta que em que grande parte das vezes que presenciava as discussões e brigas, a mãe fazia a menina ouvir todos os problemas do casal, alegando que isso era para o bem dela, *“eu não queria saber de nada daquilo, mas hoje ela fala que me avisava porque assim achava que ia me proteger, me pôr a par da situação que acontecia com eles em casa. Isso me fazia muito mal e eu era obrigada a ouvi”*.

No item que avalia a negligência física obteve 12 pontos, classificando em leve/moderado este tipo de trauma. Em seus discursos também podemos ver indicativos disso quando relata: *“eles esqueciam de mim né, me deixavam lá no meu quarto, como se eu não existisse”*.

Já na avaliação da negligência emocional obteve pontuação bem alta, 29 pontos classificando em severo/extremo. Aparece também em seu relato: *“me sentia tensa, incomodada, parecia que alguma coisa sempre ia acontecer e eles iam se quebrar a pau na minha frente como sempre fizeram sem ao menos pensar em me preservar”*; *“eles gritavam muito um com outro, não tinha conversa eu lembro de gritos”*.

Capacidade de mentalização

Os resultados da avaliação, de acordo com a análise do Checklist e do conteúdo da entrevista, indicam que capacidade de mentalização global obteve classificação *muito alta*. Na avaliação da dimensão denominada “Em relação aos pensamentos e sentimentos de outras pessoas”, obteve classificação *muito alta*, o que também pode ser percebido, por exemplo, quando fala sobre a doença de seu pai (jogador patológico) durante a entrevista: *“porque era um vício, uma doença, não tava no controle dele. Porque ele queria suprir algo que ele não tinha dentro dele, alguma coisa que ele não recebeu, sei lá. Mas na época eu não pensava em nada disso, depois eu grande que fui entender”*.

Na “Percepção do próprio funcionamento mental” obteve classificação *muito alta* e seu discurso corrobora: *“Acho que essa menina que brincava comigo quando eu era pequena se irritava comigo porque eu era muito tímida, toda quietinha e ela era toda agitada, rapidinha, mandona”*.

Na dimensão “Representação do self”, sua classificação foi *boa* e aparece essa clareza sobre os fatos na seguinte fala: *“hoje eu consigo entender isso melhor, mas na época não tinha essa clareza das coisas”*.

Nos “Valores e atitudes gerais”, obteve classificação *boa*, trazendo na entrevista que durante o período que esteve no hospital com seu pai *“a gente ria, brincava, se dava bem, a gente jogava cartas, de tudo que é tipo....mas foram meses só. Mas pelo menos eu*

tive essa fase boa com ele, de viver essas coisas com ele...mesmo sabendo que ele ia morrer (chora)”.

Caso 02 – Miriam

Breve descrição

É uma mulher de 35 anos, mãe de Gabriela, de 11 meses de idade. Casou-se após 10 anos de relacionamento e acabou engravidando sem ter um acordo com o ex-marido de que aquele era o momento para terem um filho. Depois disso, o casamento não voltou a ser o mesmo, vindo a se separar quando a filha estava com 5 meses. A gestação foi extremamente difícil, chorava muito em função do casamento e acredita que tenha entrado em depressão, vindo a engordar 30 quilos durante este período. O casal tem guarda compartilhada da filha. Miriam é uma mulher séria, tem uma expressão forte no rosto e marcada por um olhar triste. Seus pais foram casados até seus 5 anos de idade e tem um irmão mais novo. É autônoma, passa bastante tempo fora de casa, pois trabalha bastante e a filha fica aos cuidados da avó materna e uma babá em casa. É provedora do sustento de sua casa, da mãe e do irmão, que está desempregado. A coleta de dados aconteceu no consultório da pesquisadora por decisão da participante. Conta que começou a fazer psicoterapia há 8 anos, mas não de forma contínua e nem sempre com a mesma pessoa. Declara que alguns psiquiatras com quem já realizou tratamentos sempre indicaram diagnóstico de depressão, entretanto há 3 meses retomou seu tratamento, com um novo psiquiatra de orientação psicanalítica e este apresentou a ela um novo diagnóstico, Transtorno de Humor Bipolar.

História de vida na infância

Seus pais se separaram quando era pequena (5 anos) e acabou ficando a maior parte do tempo sozinha cuidando do irmão, pois a mãe passava o dia fora trabalhando. Sempre teve uma atitude protetora com ele: *“eu lembro que às vezes eu fingia pra ele que tava tudo bem, disfarça as brigas, as coisas....ele era menor mesmo, não se dava conta das coisas”*. Seu pai foi embora depois da separação, constituiu nova família e abandonou Miriam e o irmão, visitando os filhos duas ou três vezes por ano: *“meu pai, que é outro infeliz, que um dia quando a gente era pequenos foi embora e nunca mais voltou. Nunca mais”*. Relata que percebia que a mãe não conseguia cuidar dos filhos, pois a via deprimida, sendo irresponsável e muito ausente de casa: *“ela trabalhava de faxina né e daí ela ganhava o dinheiro no dia e ao invés de ir pagar o mercadinho que a gente comprava fiado, ela comprava perfume importado, cremes caros”*. Por isso tinha medo que a mãe não voltasse para casa no fim do dia, a cada final de tarde chorava ou ficava muito nervosa até que a mãe retornasse para casa. Moravam em uma casa que ficava no mesmo terreno da casa da avó paterna que, por muitas vezes, foi maldosa e agressiva com a menina sem motivos aparentes. Já com o irmão a avó era bastante carinhosa e o tratava muito bem, deixando claro à menina o quanto não gostava dela: *“ele sim ela (avó) tratava bem, mas de mim ela não gostava e deixou isso bem claro sempre, a preferência por ele e o quanto ela não gostava de mim”*.

Nunca teve na mãe ou no pai nenhum tipo de apoio, afeto ou conforto. Via a mãe como uma pessoa frágil e fraca e pelo pai e avó paterna sentia muito ódio e mágoa. Não tem lembranças de brincar, nem de ter amigos: *“Eu tinha que fazer tudo em casa, então poucas vezes eu podia fazer o que eu queria, não tinha brinquedo, não saia pra brincar, não tinha amigos”*. Tem lembranças da escola e da vergonha que tinha de seus colegas: *“nunca tinha ninguém comigo...só lá pelos 11 anos, que fui ter uma amiga que levava lá em casa. Lá em casa era tenso, eu tinha um pouco de vergonha de levar minhas amigas*

lá. A gente era muito pobre, pobre mesmo. A casa tinha um monte de frestas, chovia dentro, era um horror. Sem contar que minha vó e minha mãe estavam sempre se pegando, batendo boca, quando não se agrediam mesmo”.

História dos traumas

Por serem muito pobres a família passava por muitas necessidades, tendo o que comer em alguns momentos por doação dos vizinhos que viam a situação e tentavam ajudar: *“Minha mãe era uma irresponsável, deixava faltar comida, imagina o resto”*. As situações de violência se repetiam com frequência e faziam parte de seu cotidiano, pois eram três famílias que brigavam muito morando em um mesmo terreno. Muitas discussões, agressões verbais e agressões físicas. Levou algumas surras da vó, da tia e do tio enquanto a mãe não estava. Quando a mãe chegava em casa preferia não contar o que tinha acontecido por medo que houvesse outro desentendimento e acabasse sendo agredida novamente. A avó paterna aparece em seu relato como uma figura que traz a tona muitas lembranças e sentimentos ruins, de desvalia. Lembra que avó fazia muita distinção entre os irmãos e não sabia por que a avó não gostava dela: *“eu lembro dela sendo ruim pra mim, mas pro mano não, ela era até carinhosa com ele”*.

Refere que a mãe foi muito negligente com ela e o irmão, por não dar assistência e nem o mínimo de cuidado, muitas vezes deixando que faltassem produtos de higiene e alimentação, mas não seus cremes estéticos: *“nem sempre a gente usava roupa limpa, não era sempre que a mãe comprava essas coisas pra casa, ela deixava faltar até sabonete e pasta de dentes”*.

No instrumento Quesi obteve pontuação total 71. Na subescala de avaliação de abuso sexual obteve 6 pontos e foi classificado como leve/moderado, apesar de esse conteúdo não ter aparecido no seu relato na entrevista. No item que avalia abuso físico

obteve 11 pontos, classificados como moderado/severo, o que ficou evidente também em sua narrativa: *“minha vó entrou lá e bateu em mim, veio pra cima de mim com tudo e sem nem saber o porquê”*.

No item negligência física fez 14 pontos, sendo classificado como leve/moderado. Conta que certa vez, após uma briga entre a mãe e a avó, tiveram que ir embora de casa: *“Simples assim, colocou a gente embaixo do braço e fomos morar lá. Era uma peça, uma peça...banheiro era na rua... muito ruim...muito ruim mesmo lá...ela não queria nem saber como a gente ia ficar”*.

Já no item negligência emocional obteve 16 pontos, classificados como severo/extremo, e na entrevista corrobora este achado dizendo que: *“ela fazia carinho no meu irmão, me olhava e dizia ‘tu não, tu não vai ganhar carinho porque tu não presta, tu é ruim’* ou quando conta que *“Nunca cuidaram de mim, nunca se preocuparam comigo. Nunca me explicaram nada”*.

No item abuso emocional obteve 24 pontos, classificados como severo/extremo. Podemos ver também em seu discurso quando fala: *“às vezes eu terminava de limpar a casa e ela passava com os pés cheio de terra...aquela terra preta”*; ou quando relata *“eu sentia nojo do cara, que chegava lá e ficava agarrando minha mãe pelos cantos. Depois de um tempo ela dava umas moedas pra gente comprar de bala pra sair de casa e ela ficar dando com ele”*.

Capacidade de mentalização

Os resultados da avaliação, de acordo com a análise do Checklist e do conteúdo da entrevista, mostram que na avaliação global da capacidade de mentalização obteve classificação como *moderada*. Na avaliação do item denominado “Em relação aos pensamentos e sentimentos de outras pessoas”, sua classificação foi moderada,

exemplificada com o seguinte relato sobre o irmão: *“não sei o que ele pensava e sinceramente não me interessa mais”* ou quando fala de sua mãe: *“a minha mãe nunca foi muito de pensar. Não sei o que se passava na cabeça dela. Como te disse ela nunca conversou sobre nada comigo. Ninguém me explicava nada”*.

Na “Percepção do próprio funcionamento mental”, sua classificação também foi moderada. Em seu discurso aparece nos seguintes trechos: *“eu juro que não consigo entender (silêncio). Acho que eu nunca vou entender. Por isso que nem penso. Do que adianta pensar? Vai mudar? Não, não vai. Então bola pra frente”*.

A “Representação do self” foi classificada como boa. Durante a entrevista aparece quando fala: *“foi um período muito complicado, não gosto nem de lembrar. Tanto que até hoje eu tenho flashes....tá louco! Chego a me arrepiar de lembrar disso. Tem horas que se eu pudesse apagar, deletar, abrir minha cabeça e tirar essa parte da minha memória, eu pagaria pra fazer (risos – silêncio) às vezes eu tô dirigindo, cantando, feliz, bem, e daqui a pouco me vem do nada uma cena, uma fala, alguma coisa que me deixa mal”*.

E nos “Valores e atitudes gerais”, recebeu classificação pobre, o que também aparece quando relata que *“sei que ela me admira, que tem orgulho de eu ser como sou, mas coitada...ela não tem nada a ver com isso...isso eu consegui por determinação minha. Ela não me incentivava a nada...nem de bom modelo consegui ser (risos) ela ser assim serviu pra mim querer ser bem diferente dela. Isso sim!”* ou quando fala: *“mas agora o que eu sinto por ela é nada. Já senti até pena, mas agora não sinto nada”*.

Caso 03 – Raquel

Breve descrição

Raquel tem 28 anos e é mãe de Flávio, de 8 meses de idade. É casada há 5 anos. Seu marido trabalha com comércio e é bastante participativo nos cuidados do filho. Eles têm uma relação bastante harmoniosa e de muita confiança. Ela tem um olhar triste, quase sem vida, e ao mesmo tempo é firme em seu comportamento e em sua fala, podendo facilmente ser confundida com uma pessoa ríspida. O filho fica um turno com ela em casa e outro na escola de educação infantil, na qual está desde os 5 meses. Por opção da participante os encontros aconteceram em sua casa. Casa simples, organizada, pouco aconchegante, quase que imperceptível a presença de um bebê. é um bebê que teve sua vinda planejada e organizada pelos pais. A mãe apresentou desmaios durante a gestação por estresse emocional em duas ocasiões (briga com a mãe e briga com uma colega de trabalho). No final da gestação (a partir das 35 semanas) desenvolveu pré-eclâmpsia e o menino nasceu com 37 semanas de gestação. Nasceu bem, sem intercorrências no parto e tomou fórmula desde seu nascimento em função da medicação que a mãe usa. Conta que buscou tratamento emocional aos 19 anos quando conta que recebeu o diagnóstico de Transtorno de Humor Bipolar feito pelo psiquiatra com quem consultou. Desde então, começou e interrompeu diversas vezes seus tratamentos. Neste momento, relata que está fazendo psicoterapia de orientação analítica com a mesma psicóloga há mais de 3 anos, além de consultar com psiquiatra mensalmente para administrar a questão das medicações. Nem sempre consulta com o mesmo profissional.

História de vida na infância

Seus pais sempre foram casados, mas com muitas brigas e discussões ao longo dos anos. A mãe também tem diagnóstico de Transtorno de Humor Bipolar, porém há suspeita de um quadro de esquizofrenia, ambos nunca tratados. Ela conta que: “...*minha mãe sempre foi muito doente de cabeça.... Louca, muito louca minha mãe era*”. O pai

sempre bastante violento e impulsivo, mas em alguns momentos conseguia ser cuidadoso: *“Meu pai não era, nunca foi nada carinhoso, mas pelo menos tenho muita gratidão por ele ter me livrado daquele sem vergonha que batia em mim [referindo-se ao marido com quem casou aos 14 anos]. Foi lá e me resgatou. Ele pelo menos protegia mais a gente”*. Não teve contato próximo com mais ninguém da família, da rua ou da escola. A mãe a proibia de ir à casa de qualquer pessoa, assim com as filhas não poderiam levar nenhuma amiga ou colega para casa: *“Essas coisas de brincar na rua, de brincar no pátio, de chamar as amiguinhas ou de ir na casa das amigas a gente nunca fez”*. Não podia brincar, sendo obrigação da menina os cuidados com a casa. Não teve convívio com os avós paternos nem maternos porque seus pais decidiram romper com eles e nunca mais conseguiram se reaproximar. Romperam, pois, quando seus pais optaram por casar, ambos eram casados e tinham famílias já constituídas. A mãe deixou para trás três filhos com idades entre 5 meses e 4 anos e o pai dois filhos de 3 e 5 anos: *“eu não tinha convívio com ninguém. Nem com os parentes. As pessoas chegavam lá em casa batiam, batiam, batiam e a mãe mandava a gente não aparecer, não abrir pra ninguém”*.

História dos traumas

As cenas de violência fizeram parte do cenário onde cresceu. Muitas vezes via o pai levar a mãe para o quarto e espancá-la enquanto ela e a irmã ouviam os gritos da mãe no quarto ao lado em desespero. Eventualmente ele agredia as filhas também. Expõe que a mãe sempre foi muito agressiva e nunca ofereceu o mínimo de carinho e cuidados, sendo grosseira estúpida com a filha: *“começou a falar que eu não me enxergava, que não me olhava no espelho, que olha esses olhos esbugalhados, olha esses teus cabelos, tá sempre descabelada, ridícula”*. Os cuidados da casa, desde as roupas, a limpeza, as refeições

eram obrigações que tinha que cumprir muitas vezes em troca do almoço ou janta daquele dia: *“Passava fazendo faxina”*.

Durante muitos anos foi proibida de sair de casa se não fosse para ir até a escola. Não podia ter amigos, nem brinquedos, nem televisão em casa: *“eu lembro muito de ficar na janela olhando as crianças brincando e pensava que um dia eu ia sair e poder brincar também. Óbvio que esse dia nunca chegou, mas ficava imaginando eu correndo com as crianças da minha rua horas na janela, minha rua tinha uma lomba que a criança corria e andava de carrinho de lomba....eu me divertia com eles, dava risada, mas tudo trancafiada dentro de casa e se ela via que eu tava me divertindo muito na janela, mandava eu entrar e fechar a janelas. Tinha dias que nem as janelas a gente podia abrir”*. Diz que foi induzida pelos pais a casar aos 14 anos com um homem de 24 anos, pois ele tinha uma boa situação financeira. Entretanto, logo depois de casar o marido passou a agredi-la e forçá-la a ter relações sexuais com ele: *“eu fui morar com ele e apanhei dele até meus 18 anos.”*

No instrumento Quesi obteve pontuação total 91 e em cada um dos cinco subgrupos de situações traumáticas obteve os seguintes resultados corroborados com exemplos em sua narrativa. Sobre a negligência física obteve 13 pontos, classificados como leve/moderado, e na entrevista também aparece essa questão *“Eu sempre fui uma criança angustiada, sentia dor no peito, nas pernas. Eu lembro que as vezes eu tinha febre de noite...tremia toda e lembro do pai me cuidando e botando pano na minha testa e a mãe gritava lá do quarto dela ‘deixa essa fiasquentá aí, ela não tem nada, vem dormir’. Era de tanta angustia”*.

No item abuso sexual obteve 14 pontos, classificados como severo/extremo. *“Tive minhas primeiras relações com esse cara. Não sabia nem o que tava fazendo. Ele me forçava a fazer coisas com ele que eu não gostava. Era uma criança”*.

No item negligência emocional obteve 19 pontos, classificados como severo/extremo. Na entrevista fala sobre esses traumas: *“Em dias de chuva o pai nos levava pra escola de carro....e a mãe, por ela, mandava a gente sem sombrinha pro colégio...‘que peguem chuva e morram’, ela gritava lá do quarto dela”*; ou *“Eu nunca ouvi um elogio dela”*.

No item abuso físico obteve 19 pontos, classificados como severo/extremo, *“eu sofri maus tratos a vida toda. A vida inteira, como te falei, a gente sempre foi tratadas como uns bichos”*; ou *“não contava pra eles o que acontecia porque ele dizia que se eu falasse eu ia apanhar mais quando voltasse pra casa”*.

No item abuso emocional obteve 26 pontos, classificados como severo/extremo, *“chorava no quarto enquanto eles batiam boca e ele batia nela. Ia pra cama da minha irmã e daí a gente se abraçava e chorava juntas até pegar no sono”* ou *“eu comecei a chorar quieta na mesa e ela me obrigou a comer tudo que eu tinha no prato ainda”*.

Capacidade de mentalização

Os resultados da avaliação, de acordo com a análise do Checklist e do conteúdo da entrevista, mostram que na avaliação global da capacidade de mentalização obteve classificação como *boa*. Já na avaliação do item *“Em relação aos pensamentos e sentimentos de outras pessoas”*, obteve classificação boa, o que foi exemplificado quando relata que *“a mãe parece que tinha inveja de nós, parece que ela era infeliz e queria que a gente fosse também”*.

Em relação à *“Percepção do próprio funcionamento mental”*, sua classificação foi muito alta: *“achava que eu era a culpada por ela ser assim, achava que eu tinha feito alguma coisa e que merecia isso, mas depois com o passar do tempo sentia raiva também por viver essa vida, não queria mais viver”*.

A “Representação do self” foi classificada como boa. Em sua narrativa pode-se perceber isso quando fala da forma como a mãe a tratava: *“quando era pequena eu achava que era culpa minha, que eu que não tinha saído como ela queria, que eu era a culpada por ela ser tão infeliz. Eu pensava ‘será que se eu tivesse nascido diferente, ela seria feliz?’. Durante muitos anos pensei isso. Mas adulta, eu entendi que não tem a ver comigo e sim que é loucura da cabeça dela”*.

Nos “Valores e atitudes gerais” obteve classificação moderada. Na entrevista pode-se verificar essa situação no seguinte trecho: *“sou grossa, solto as patas nele toda hora. Ele é um anjo mesmo [referindo-se ao marido], tem muita paciência comigo. Mas eu pelo menos tenho consciência disso, ainda não consegui mudar tudo, mas tô bem melhor que já fui um dia”*.

Síntese dos casos cruzados

Após a análise individual dos casos, e na tentativa de integrar alguns dados encontrados neste estudo, será apresentada a seguir a síntese dos casos cruzados. Serão discutidos pontos pertinentes a cada um dos eixos de análise, que são: História de Vida na Infância, História dos Traumas e Capacidade de Mentalização.

Histórias de vida na infância

No começo da vida a sensação de conforto, segurança e, principalmente, a de que esse encontro é prazeroso à mãe, é registrada psíquica e corporalmente pelo bebê. A adaptação do ambiente às necessidades do bebê deve ser quase perfeita, com movimentos flexíveis que o respeitem o seu ritmo (Abadi, 1998). À mãe é oferecida a possibilidade de apresentar o mundo ao seu filho de forma amorosa e criativa, contribuindo para a

promoção da autoimagem e da visão da realidade externa. Espera-se que estes comportamentos possam acontecer com o nascimento de um filho, entretanto não foi o que aconteceu nas histórias destas mulheres.

As participantes deste estudo se constituíram em famílias e ambientes fragmentados e permeados de violência. Em comum entre as participantes tem-se o histórico de presença das mães e ausência (ou omissão) dos pais. As mães das participantes apresentaram histórico de comprometimento emocional importante. Carmen relata que sua mãe tem um funcionamento psicossomático, no qual percebia que transferia constantemente suas amarguras e frustrações para o corpo, demonstrando muitas dificuldades para conversar e falar sobre o que acontecia em sua casa; Miriam relata que acredita que sua mãe pode ter diagnóstico de Transtorno de Humor Bipolar, sendo extremamente instável e imprevisível, mas nunca buscou tratamento. Raquel diz que seu psiquiatra acredita que pelo que observa do funcionamento da mãe, ela pode ter diagnóstico de esquizofrenia, sem nenhuma condição de cuidar minimamente de duas crianças.

Já com relação aos pais tem-se o pai de Carmen, presente em casa, porém omisso em relação à família, pois como era jogador compulsivo passava a maior parte do dia e da noite fora de casa; o pai de Miriam, extremamente ausente e negligente, pois após a separação da mulher deixou de cuidar dos filhos; e o pai de Raquel, parecia tentar manter alguma estrutura familiar e de cuidado com a filha, mas com grande comprometimento emocional que o impedia de realizar a tarefa com êxito.

Diversos autores (Aulagnier, 1994; Bowlby, 1990/1969; Brazelton, 1988; Klaus, Kennel, & Klaus, 2000) são enfáticos quando colocam que muitos fatores podem interferir no desenvolvimento de um vínculo forte e seguro. O ambiente, a saúde psíquica da mãe, mas sem dúvida, a qualidade da relação que se estabelece entre o bebê e a mãe é

imprescindível para o desenvolvimento emocional, sendo considerada pelos estudiosos um fator de proteção ao desenvolvimento emocional (Luthar & Cicchetti, 2000).

Aqui apresentam-se três histórias em que se pode encontrar como características do vínculo inicial a fragilidade, a insegurança e a ambivalência, uma vez que as primeiras relações foram permeadas por muitas falhas e inconstâncias. São histórias onde aqueles que deveriam promover proteção e aconchego, eram fontes de medo e insegurança, geradores de muitos traumas e rupturas ao longo do desenvolvimento.

Escutando suas histórias é possível entender o quanto deve ter sido difícil para essas três mulheres crescerem em ambientes tão tóxicos e desorganizados emocionalmente. A relação que existe hoje com suas mães carrega sentimentos como raiva, ódio, rancor e ressentimentos por terem passado por tudo que viveram em suas infâncias. Raquel é a participante que mais demonstra isso durante as entrevistas. Acabou rompendo com os pais e quase não os vê. Já Carmen e Miriam ainda convivem com as mães, entretanto Carmen relata que depois da psicoterapia conseguiu estabelecer certa distância da mãe. Miriam, por opção, trouxe a mãe para ajudar em sua casa, pois já que é responsável pelo sustento da mãe, desta forma acredita sentir-se menos usurpada.

Para sobrevivência dentro deste cenário familiar, Carmen toma sua vó materna como substituta para os cuidados e trocas afetivas que deveriam acontecer com a mãe. Miriam parece que não teve a quem recorrer para se apoiar, entretanto ela foi a figura de segurança, cuidado e proteção para seu irmão mais novo, o que pode ter contribuído na motivação em seguir em frente mesmo com tantas dificuldades. Quem sabe estes laços e vínculos foram os fatores de proteção necessários para que conseguissem sobreviver ao caos.

Guedeney e Lebovici (1999) entendem que há uma repetição do modelo de apego vivido na infância, salientando a influência da família de origem na interação dos pais

com o bebê que acaba de nascer como sendo um ponto muito importante a ser observado na história de cada um. Os personagens que compuseram o cenário da infância dos pais também compõem a vida do bebê.

História dos traumas

As três mulheres participantes deste estudo carregam um grande sofrimento em comum: a vivência de traumas emocionais severos em suas infâncias. Suas histórias são permeadas de violência física, verbal, privações, desamparo e abandono.

O comportamento distante e frio apresentado por duas das três participantes, Miriam e Raquel, pode estar atrelado às suas representações de objeto internos e às histórias traumáticas que passaram, pois, o psiquismo encontra uma forma de sobrevivência dentro desse ambiente hostil. São rupturas e marcas muito profundas na vida emocional da criança que enfrenta essas situações em seu cotidiano e por isso a necessidade de afastar-se de seus sentimentos e de si como um todo a fim de se proteger de um esgotamento interno. Esse seria um recurso criado pelo ego para continuar vivendo frente a tanta dor. Entretanto, muitas vezes a consequência desta defesa é a perda da consciência de si (Ferenczi, 1992/1929).

Raquel teve a privação do amor materno e apesar dos poucos cuidados que o pai conseguiu investir na filha, as trocas de afetos foram poucas ou nenhuma com ele também. Bowlby (1998a/1973) entende que crianças que sofrem privação do amor materno ou de seu substituto acabam por perder a oportunidade de aprender o que é uma relação calorosa, amorosa, que traga segurança. Os efeitos das privações vividas podem variar de acordo com a intensidade destas, entretanto as mais comuns são angústia, necessidade de amor, depressão, culpa, raiva e uma personalidade instável (Bowlby, 2001/1979).

Estudiosos dedicados ao tema acreditam que os maus-tratos na infância são determinantes para o desenvolvimento de transtorno mental na vida adulta e prejuízo de capacidades como identificação e controle de humor (Figueiredo, Dell'aglio, Silva, Souza, & Argimon, 2014). Essas dificuldades na regulação das emoções podem ser oriundas de um ambiente agressor onde não há a preocupação em ensinar para a criança o aprendizado de suas emoções (Linehan, 2010). Desta forma, pensar sobre o ambiente é de extrema importância na questão do trauma. É o cenário onde tudo aconteceu muitas vezes.

Entretanto, em casos opostos, onde as crianças que se desenvolvem em ambientes onde o que prevalece são agressões, brigas, separações acabam criando vínculos frágeis em suas relações devido às experiências de extrema privação, desamparo e angústia. Fonagy e Target (1997) e Fonagy, Gergely e Target (2007) acreditam que este comportamento passe entre as gerações. O que realmente parece acontecer na história de Miriam e Raquel. A sensação de desamparo foi presente e teve destaque nos resultados das três participantes.

Os autores Beard, Galea e Vlahov (2008) asseguram que o trauma na infância é um dos principais fatores etiológicos para o transtorno de humor, principalmente o depressivo, o que foi possível de identificar através de seus relatos, uma vez que as três participantes referem que passaram por quadros de depressão, como também têm lembranças de crises de ansiedade durante a infância. A literatura mostra que este pode ser um destino comum nas pessoas onde há vivência de maus-tratos. Estudos expõem que 50% dos indivíduos que passam por isso em suas infâncias apresentam algum tipo de psicopatologia, quando adultos. A literatura internacional aponta que a depressão que tem seu início na infância ainda pode ser reflexo de problemas familiares e com os pais (Fonagy, Target, Cottrell, Phillips, & Kurtz, 2002).

Capacidade de mentalização

Considerando a severidade de uma criança passar por traumas em sua infância, é sabido que essa é uma situação que deixa diversas marcas. Aqui será discutido o impacto dessas vivências na capacidade de mentalização das participantes.

O desenvolvimento da capacidade de mentalização da criança também é proporcionado através do conjunto de elementos vividos na interação mãe-bebê, desde a linguagem que a díade estabelece, as brincadeiras onde a mãe se passa por outra pessoa mostrando à criança como se sente, e até mesmo nas regras de convivência do ambiente onde está inserida a criança (Fonagy et al., 2007). Um indivíduo que apresente uma boa capacidade de mentalização tem potencial para conseguir diferenciar a realidade interna e externa e adotar uma postura reflexiva frente aos conteúdos da própria mente, desta forma permitindo ao sujeito ser mais adaptável ao funcionamento da realidade concreta (Steele et al., 1999).

As figuras de apego são também muito importantes na vida dos adultos, existindo um consenso de que os padrões de apego desenvolvidos na infância tendem a se manter quando adultos (Canavarro, Dias, & Lima, 2006). Diversos estudos (Ainsworth, Blehar, Waters, & Wall, 1978; Bowlby, 1990/1969; Georgiou & Meins, 2010; Khoshkam, Bahrami, Ahmadi, Fatehizade, & Etemadi, 2012) mostram que na vida adulta pessoas que possuem relações de apego seguro tendem a ser mais confiantes, pois sentem que há um suporte emocional que lhes promove o sentimento de confiança e proteção. Assim, como auxiliam no desenvolvimento e funcionamento da capacidade de mentalização, pois a partir de modelos saudáveis de relação a criança irá aprender a reconhecer seus afetos e regulá-los, além de compreender as emoções e comportamentos dos outros com mais segurança.

A capacidade de mentalização global das participantes foi muito alta (Carmen), boa (Raquel) e moderada (Miriam). As duas participantes que mostram ter melhor capacidade de mentalização parecem ter mais facilidade para pensar e refletir sobre suas emoções, mesmo que seja um exercício muito árduo para cada uma delas. Já em Miriam pode-se identificar dificuldade na regulação de seus impulsos e emoções, assim como distorções na interpretação dos fatos cotidianos. Sem dúvida, estas são questões que geram impacto para adaptação à vida como um todo.

Em situações de violência vividas ainda na infância, pode haver prejuízo na aquisição da capacidade de mentalização, pois pensar e entender seus próprios sentimentos, vivendo situações tão traumáticas, é muito difícil (Fonagy & Bateman, 2003). São marcas muito fortes que prejudicam também o entendimento das emoções do outro e de seus próprios sentimentos, pois a criança passa por uma espécie de grande confusão, uma vez que o genitor, que deveria ser a fonte de maior segurança à criança, é na verdade seu agressor.

Bateman e Fonagy (2016) acreditam que quando acontecem essas situações que prejudicam a relação de confiança ou alteram estabilidade do ambiente e da mãe, o bebê pode desenvolver apego inseguro, dificultando o reconhecimento e a regulação de suas emoções, e comprometendo o desenvolvimento da capacidade de mentalização. Das três participantes somente Carmen parece que teve um vínculo forte e saudável com alguém, pois pelo que parece pode desfrutar de uma relação muito afetiva e cuidadosa com sua vó materna, o que talvez tenha contribuído para sua capacidade de mentalização ser muito alta. Entretanto, as três relatam que quando crianças prevaleciam sentimentos de solidão, desamparo, tristeza e desesperança.

Outro ponto a ser pensado é que a mãe deve ajudar o bebê a entender e discriminar seu estado mental, assim como o que podem estar pensando e sentindo as outras pessoas.

Mas um fracasso na função materna neste sentido tem como prejuízo a incapacidade de a criança entender, organizar e integrar seus sentimentos, pensamentos e comportamentos. Desta forma, é necessário que a mãe esteja atenta e dedicada ao seu filho para que assim consiga nomear seus afetos (Kalil & Ryan, 2010). Assim, é possível compreender o prejuízo na capacidade de mentalização de Miriam que obteve classificação moderada.

Depois de alguns anos estudando o tema da capacidade de mentalização e sobre regulação das emoções, Ensink, Fonagy et al. (2015) atentam para o fato de que mesmo que a capacidade de mentalização tenha sido prejudicada em sua constituição nas relações de apego iniciais, existem maneiras de modificar isso. Um dos fatores que pode ajudar na alteração da capacidade de mentalização poderia ser através das modificações no ambiente onde vivem estas pessoas ou através de um tratamento, como a psicoterapia.

Conforme foi possível identificar em seus relatos, as participantes Carmen e Raquel parecem ser pessoas que buscam pensar e ponderar os eventos de suas vidas a fim de entender suas histórias e não fazer com seus filhos o que foi feito com elas. Naturalmente, a segurança e estabilidade emocional são postas em xeque na maternidade, pois há a necessidade de uma trama entre o passado e o presente que até então pode ser evitada.

As três participantes foram buscar psicoterapia e ajuda psiquiátrica já na vida adulta. Carmen, relata que embora tenha a depressão diagnosticada ainda em sua infância, foi somente aos 29 anos, quando desenvolveu Síndrome do Pânico que foi buscar ajuda profissional. Raquel, que tem diagnóstico de Transtorno de Humor Bipolar, faz psicoterapia e uso de psicofármacos. Ambas já têm mais de três anos de psicoterapia com os mesmos profissionais. Elas duas obtiveram melhores resultados na avaliação da capacidade de mentalização quanto à percepção do próprio funcionamento mental, em relação aos seus sentimentos e aos sentimentos e pensamentos das pessoas.

Miriam também demonstra desejo de pensar sobre si, entretanto não consegue manter-se em tratamento por muito tempo e nem com o mesmo profissional. Conforme conta sempre tratou sua situação emocional como depressão, entretanto há poucas semanas consultou com um novo psiquiatra que a diagnosticou com Transtorno de Humor Bipolar. Esta é a participante que teve maior pontuação no instrumento que avalia os traumas vividos na infância e apresenta menor capacidade de mentalização, tendo seus valores e atitudes gerais bastante prejudicados. É possível que tais limitações estejam associadas a uma falta de modelo de um cuidador presente e saudável para que pudesse ancorar seus alicerces. Estudos relacionam que pais que não conseguem oferecer uma base de apego sólido podem trazer prejuízos e comprometer a saúde emocional do filho, conduzindo-os a formar representações de *self* deturpadas e incoerentes (Fonagy, 2001; Fonagy & Bateman, 2003; Fonagy, Gergely, et al., 2002).

A experiência de ter uma pessoa (profissional) que esteja disponível para apresentar e manter uma relação estável, acolhedora e tranquila pode ajudar muito nesse processo psicodinâmico de mudança (Allen, Fonagy, & Bateman, 2008; Fonagy & Bateman, 2006; Fonagy, Gergely, et al., 2002). A terapeuta, através da relação estabelecida, pode ser a pessoa que vai ajudar o paciente a identificar seus estados mentais a fim de promover a mudança na capacidade de regulação e expressão de seus afetos, auxiliando assim na melhora da capacidade de estabelecer vínculos afetivos mais seguros e estáveis (Bateman & Fonagy, 2003, 2016; Fonagy & Bateman, 2003).

Fonagy e Bateman (2003) afirmam que uma das tentativas do terapeuta que visa auxiliar na transformação da capacidade de mentalização, seria concentrar sua participação em promover uma experiência de apego mais seguro. Desta forma, seria possível fornecer ao sujeito aprender a interpretar e decodificar com clareza a sua subjetividade e a das pessoas próximas.

Raquel, que teve a capacidade de mentalização classificada como 'boa', talvez tenha a história pregressa com mais vivências difíceis, disruptivas e traumáticas, talvez por ser filha de uma mãe esquizofrênica e ter crescido em um ambiente com muita agressividade, sem nenhuma rede de apoio externa. Entretanto revela em suas falas que tem buscado melhorar enquanto pessoa e deixa claro como tem um bom vínculo com sua psicóloga. Divide, além das angústias, as dúvidas sobre o desenvolvimento do filho e através do seu tratamento pessoal busca mais segurança para cuidá-lo e não repetir erros que foram cometidos em sua infância. Da mesma forma que parece ter feito na infância, em que recorria à leitura maciça de livros a fim de poder viver as vidas dos personagens e esquecer um pouco da sua dura e triste realidade. Durante a gestação, teve a preocupação de ler livros cujo principal tema estava centrado nos cuidados que deveriam ser dispensados a um bebê e questões sobre a maternidade, talvez tentando preencher a lacuna existente em sua história, procurando dispensar ao filho cuidados melhores daqueles que recebeu.

Estas mulheres demonstram muito sofrimento ligado às suas histórias pregressas, e talvez esse seja o grande incentivador a oferecer aos filhos mais qualidade afetiva e outro tipo de relação do que aquelas que tiveram quando pequenas. Em muitos trechos de seus relatos ficam evidentes a identificação com seus bebês e o desejo de ser a mãe que gostariam de ter tido.

Considerações Finais

A relação que acontece entre a mãe e o bebê é fundadora e estruturante na vida de qualquer ser humano. É através dela que o bebê passa a conhecer o mundo, as pessoas e as relações interpessoais. Ainsworth (1969) enfatiza que quando uma criança desenvolve o apego seguro com os pais é possibilitado a ela viver de maneira mais segura, facilitando

a exploração do mundo, seu conhecimento, aquisição da autoconfiança, podendo essas competências se manter ao longo da vida. Indivíduos que não possuem uma base de apego seguro terão maior dificuldade na construção e manutenção das suas relações interpessoais (van der Horst & van der Veer, 2010).

Coerência, integração e previsibilidade no ambiente onde uma criança se desenvolve são de extrema importância para sua saúde emocional e para o estabelecimento das relações de apego (Bowlby, 2001/1979). Em situações traumáticas, privações, ausência de cuidados e amor maternos são também identificados, trazendo muitos prejuízos para o desenvolvimento emocional, social e cognitivo saudável da criança ao longo de toda a sua vida. A falta de conexão e de comunicação entre a díade não permite ao cérebro da criança a possibilidade de se desenvolver apto a identificar suas emoções nem a dos outros, gerando dificuldade em criar e manter vínculos afetivos em suas relações, problemas para lidar com questões do mundo externo e sensação de pouco valor e insegurança interna (Siegel, 2013).

As relações de apego, quando saudáveis, promovem à criança a oportunidade de que ela aprenda a se colocar no lugar do outro e tentar imaginar o que ele pensa e sente diante de alguma situação e assim ir construindo a representação dos estados mentais alheios e os seus próprios. Essa competência se adquire por meio da observação do comportamento do outro, da imaginação, da imitação e da identificação que a criança estabelece com o cuidador (Fonagy et al., 2007).

O conceito de capacidade de mentalização de Fonagy entende que esta seria uma competência emocional que se desenvolve através de um *self* capaz de refletir seus próprios estados mentais e dos outros. Assim, há a possibilidade de poder se colocar no lugar do outro buscando lidar nas relações com segurança e empatia. Da mesma forma, estudos apontam para o tamanho do impacto no psiquismo quando há experiência de

traumas vividos muito precocemente e as repercussões dessas situações na vida de uma pessoa.

Outro ponto considerável encontrado neste estudo é a importância da psicoterapia na vida destas mulheres. As psicólogas clínicas parecem ter uma relevância muito grande e ativa nos desdobramentos das relações destas mulheres com a maternidade e com seus filhos, possibilitando um espaço seguro e protegido, onde se pode pensar, identificar e significar tantos eventos traumáticos e doloridos a elas. Segundo Maia (2003), a possibilidade de recuperação da experiência traumática em um processo psicoterápico pode conferir um lugar psíquico aos afetos e às marcas traumáticas que, por sua característica patogênica, se reproduzem infinitamente.

De acordo com Deslandes, Vieira, Cavalcanti e Silva (2016), baseando-se nas diretrizes da Organização Mundial de Saúde, o impacto da violência na infância abrange danos à saúde mental, física e ocupacional ao longo da vida, podendo ter consequências até no desenvolvimento econômico de um país. Eles acreditam que é possível trabalhar com essa questão de maneira preventiva, desde que seja feito sob um olhar multidisciplinar. A proposta com estes dados discutidos aqui é focar na saúde emocional dos pais, uma vez que acreditam que cuidados contínuos com essas famílias podem diminuir a reincidência e amenizar as consequências dos traumas na infância. Ajudar os pais a desenvolverem a capacidade de mentalização e falar sobre os acontecimentos traumáticos de sua história pode ajudar no aprendizado da identificação e regulação de suas emoções e assim proporcionar interpretação correta das necessidades e demandas subjetivas de seus filhos (Ensink et al., 2016).

Certa de que a discussão proposta aqui não esgota a complexidade no entendimento do tema, considera-se a importância em desenvolver outros estudos que

tenham como alvo não apenas a capacidade de mentalização dos cuidadores de crianças como também a das próprias crianças.

Referências

- Abadi, S. (1998). *Transições: O modelo terapêutico de Winnicott*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Abreu, C. N. (2010). *Teoria do apego: Fundamentos, pesquisas e implicações clínicas*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Ainsworth, M. D. S. (1969). Object relations, dependency, and attachment: A theoretical review of the infant-mother relationship. *Child Development*, 40(4), 969-1025. doi: 10.2307/1127008
- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Hillsdale: Erlbaum.
- Allen, J. G. (2012). *Restoring mentalizing in attachment relationships: Treating trauma with plain old therapy*. Arlington: American Psychiatric Publishing.
- Allen, J. G., Fonagy, P., & Bateman, A. W. (2008). *Mentalizing in clinical practice*. Arlington: American Psychiatric Publishing.
- Allonnes, C. R. (2004). Psicologia clínica e procedimento clínico. In C. R. Allonnes, C. Assouly-Piquet, F. B. Slama, A. Blanchet, O. Douville, A. Giami, K. C. Nguyen, M. Plaza, C. Samalin-Amboise (Eds.), *Os procedimentos clínicos nas ciências humanas: Documentos, métodos, problemas* (pp. 17-34). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Aulagnier, P. (1994). Nacimiento de un cuerpo, início de uma história. In L. Horstein (Org.), *Cuerpo, historia, interpretación: Piera Aulagnier - de lo originario al proyecto indentificadorio* (pp. 117-170). Buenos Aires: Paidós.

- Bateman, A., & Fonagy, P. (2003). The development of an attachment-based treatment program for borderline disorder. *Bulletin of the Menniger Clinic*, 67(3), 187-211. doi: 10.1521/bumc.67.3.187.23439
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2013). Mentalization-based treatment. *Psychoanalytic Inquiry*, 33(6), 595-613. doi: 0.1080/07351690.2013.835170
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2016). *Mentalization-based treatment for personality disorders: A practical guide*. New York: Oxford University Press.
- Batista-Pinto, E. (2004). Os sintomas psicofuncionais e as consultas terapêuticas pais/bebês. *Estudos de Psicologia*, 9(3), 451- 457. doi: 10.1590/S1413-294X2004000300007
- Beard, J. R., Galea, S., & Vlahov, D. (2008). Longitudinal population-based studies of affective disorders: Where to from here?. *BMC Psychiatry*, 8(83). doi: 10.1186/1471-244X-8-83
- Bernier, A., & Miljkovitch, R. (2009). Intergenerational transmission of Attachment in father-child dyads: The case of single parenthood. *The Journal of Genetic Psychology*, 170(1), 31-51. doi: 10.3200/GNTP.170.1.31-52
- Bernstein, D. P., & Fink, L. (1998). *Childhood trauma questionnaire: A retrospective self-report: Manual*. New York: Harcourt Brace & Company.
- Bernstein, D. P., Stein, J. A., Newcomb, M. D., Walker, E., Pogge, D., Ahluvalia, T., & Zule, W. (2003). Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. *Child Abuse & Neglect*, 27(2), 169-190. doi: 10.1016/S0145-2134(02)00541-0
- Berthelot, N., Ensink, K., Bernazzani, O., Narmandin, L., Luyten, P., & Fonagy, P. (2015). Intergerational transmission of attachment in abused and a neglected mother:

- The role of trauma-specific reflective functioning. *Infant Mental Health Journal*, 36 (2), 200-212. doi: 10.1002/imhj.21499
- Bowlby, J. (1990). *Apego e perda: Apego, a natureza do vínculo* (Vol. 1). São Paulo: Martins Fontes. (Obra original publicada em 1969).
- Bowlby, J. (1998). *Apego e perda: Perda, tristeza e depressão* (Vol. 3). São Paulo: Martins Fontes. (Obra original publicada em 1973).
- Bowlby, J. (2001). *Formação e rompimento dos laços afetivos*. São Paulo: Martins Fontes. (Obra original publicada em 1979).
- Brando, M., Valera, J., & Zarate, Y. (2008). Estilos de apego y agresividad en adolescentes. *Psicología – Segunda Época*, 27(1), 16-42. Retrieved from <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/repsi/v27n1/v27n1a03.pdf>
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in psychology*, 3(2), 77-101. Disponível em: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1191/1478088706qp063oa>
- Brazelton, T. B. (1988). *O desenvolvimento do apego: Uma família em formação*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Brazelton, T. B., & Cramer, B. G. (1992). A formação do apego no pai (M.B. Cipolla, trad.). In T. B. Brazelton, & B. G. Cramer (Eds.), *As primeiras relações* (pp. 39-50). São Paulo: Martins Fontes.
- Brodski, S. K., Zanon, C., & Hutz, C. S. (2010). Adaptação e validação do Questionário sobre Traumas na Infância (QUESI) para uma amostra não-clínica. *Avaliação Psicológica*, 9(3), 499-501. Retrieved from http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712010000300017

- Canavarro, M.C., Dias, P., & Lima, V. (2006). A avaliação da vinculação do adulto: Uma revisão crítica a propósito da aplicação da Adult Attachment Scale – R (AAS-R) na população portuguesa. *Psicologia*, 20(1), 155-187. Retrieved from <http://www.scielo.mec.pt/pdf/psi/v20n1/v20n1a08.pdf>
- Conselho Nacional de Saúde (2016). *Resolução n ° 510, de 07 de abril de 2016*. Brasília, DF.
- Cramer, B., & Palácio-Espasa, F. (1993). *Técnicas psicoterápicas mãe-bebê: Estudos clínicos e técnicos*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Deslandes, S. F., Vieira, L. J. E. D. S., Cavalcanti, L. F., & Silva, R. M. D. (2016). Atendimento à saúde de crianças e adolescentes em situação de violência sexual, em quatro capitais brasileiras. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, 20(59), 865-877. doi: 10.1590/1807-57622015.0405
- Donelli, T. M. S., Schaefer, M. P., Recktenvald, K., & Santos, M. N. (2017). *Entrevista de história de vida e relações atuais*. Instrumento não-publicado.
- Edwards, A., Shipman, K., & Brown, A. (2005). The socialization of emotional understanding: A comparison of neglectful and non-neglectful mothers and their children. *Child Maltreatment*, 10(3), 293-304. doi: 10.1177/1077559505278452
- Ensink, K., Bégin, M., Normandin, L., & Fonagy, P. (2016). Maternal and child reflective functioning in the context of trauma: Pathways to depression and externalizing difficulties. *European Journal of Child and Adolescent Psychiatry*, 7(1). doi: 10.3402/ejpt.v7.30611
- Ensink, K., Fonagy, P., Normandin, L., Berthelot, N., Biberdzic, M., & Duval, J. (2015). O papel protetor da mentalização de experiências traumáticas: Implicações quando da entrada na parentalidade. *Estilos da Clínica*, 20(1), 76–91. doi: 10.11606/issn.1981-1624.v20i1p76-91

- Ensink, K., Normandin, L., Target, M., Fonagy, P., Sabourin, S., & Berthelot, N. (2015). Mentalization in children and mothers in the context of trauma: An initial study of the validity of the Child Reflective Functioning Scale. *British Journal of Developmental Psychology, 33*(2), 203-217. doi: 10.1111/bjdp.12074
- Felice, E. M. (2007). Transformação e “cura” através da experiência de ser mãe. *Psychê, 11*(21), 145-159. Retrieved from <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/psyche/v11n21/v11n21a10.pdf>
- Ferenczi, S. (1992). A criança mal-acolhida e sua pulsão de morte. In Ferenczi, S., *Sándor Ferenczi: Obras Completas*. (Vol. 3, pp. 47-51). São Paulo: Martins Fontes. (Obra original publicada em 1929).
- Figueiredo, Â. L., Dell’aglio, J. C., Silva, T. L., Souza, L. D. M., & Argimon, I. I. L. (2014). Trauma infantil e sua associação com transtornos do humor na vida adulta: Uma revisão sistemática. *Psicologia em Revista, 19*(3), 480-496. doi: 10.5752/P.1678-9563.2013v19n3p480
- Figueiredo, B. (2001). Perturbações psicopatológicas do puerpério. In M. C. Canavarro (Ed.), *Psicologia da gravidez e da maternidade* (pp. 161-188). Coimbra: Quarteto.
- Fonagy, P. (1999). Points of contact and divergence between psychoanalytic and attachment theories: Is psychoanalytic theory truly different. *Psychoanalytic Inquiry, 19*(4), 448-480. doi: 10.1080/07351699909534264
- Fonagy, P. (2001). *Attachment theory and psychoanalysis*. New York: Other Press.
- Fonagy, P., & Bateman, A. W. (2003). The development of an attachment-based treatment program for borderline personality disorder. *Bulletin of the Menninger Clinic, 67*(3), 187-211. doi: 10.1521/bumc.67.3.187.23439
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E., & Target, M. (2002). *Affect regulation, mentalization, and the development of the self*. New York: Other Press.

- Fonagy, P., Gergely, G., & Target, M. (2007). The parent–infant dyad and the construction of the subjective self. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48(3-4), 288-328. doi: 10.1111/j.1469-7610.2007.01727.x
- Fonagy, P., & Luyten, P. (2009). A developmental, mentalization-based approach to the understanding and treatment of borderline personality disorder. *Development and Psychopathology*, 21(4), 1355-1381. doi: 10.1017/S0954579409990198
- Fonagy, P., Steele, M., Steele, H., Moran, G. S., & Higgitt, A. C. (1991). The capacity for understanding mental states: The reflective self in parent and child and its significance for security of attachment. *Infant Mental Health Journal*, 12(3), 200-217. doi: 10.1002/1097-0355(199123)12:3<201::AID-IMHJ2280120307>3.0.CO;2-7
- Fonagy, P., & Target, M. (1997). Attachment and reflective function: Their role in self-organization. *Development and Psychopathology*, 9(4), 679-700. doi: 10.1017/S0954579497001399
- Fonagy, P., Target, M., Cottrell, D., Phillips, J., & Kurtz, Z. (2002). *What works for whom? A critical review of treatments for children and adolescents*. New York: The Guilford Press.
- Fraiberg, S., Adelson, E., & Shapiro, V. (1975). Ghosts in the nursery: A psychoanalytic approach to the problems of impaired infant-mother relationships. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 14(3), 387-421. doi: 10.1016/S0002-7138(09)61442-4
- Garland, E. J. (2004). Facing the evidence: Antidepressant treatment in children and adolescents. *Canadian Medical Association Journal*, 170(4), 489-491. Retrieved from <http://www.cmaj.ca/content/cmaj/170/4/489.full.pdf>
- Georgiou, M., & Meins, E. (2010). Relations between peer attachment, self-esteem, and perceived parental bonding in Greek cypriot and British young adults. *The Cyprus*

Review, 22(1), 61-77. Retrieved from

<http://cyprusreview.org/index.php/cr/article/view/182>

Granato, T. M. M., & Aiello-Vaisberg, T. M. J. (2009). Maternidade e colapso:

Consultas terapêuticas na gestação e pós-parto. *Paideia*, 19(44), 395-401. doi:

10.1590/S0103-863X2009000300014

Grassi-Oliveira, R., Stein, L. M., & Pezzi, J. C. (2006). Tradução e validação de

conteúdo da versão em português do Childhood Trauma Questionnaire. *Revista de*

Saúde Pública, 40(2), 249-255. doi: 10.1590/S0034-89102006000200010

Grossmann, K., Grossmann, K. E., & Kindler, H. (2008). Cuidado precoce, raízes do

apego e representações de parceria: Estudos longitudinais de Bielefeld e Regensburg.

In K. E. Grossmann, K. Grossmann, & E. Waters (Eds.), *Apego da infância à idade*

adulta: Os principais estudos longitudinais (pp. 95-131). São Paulo: Roca.

Guedeney, A., & Lebovici, S. (1999). *Intervenções psicoterápicas pais/bebê*. Porto

Alegre: Artmed.

Jongenelen, I., Soares, I., Grossmann, K., & Martins, C. (2006). Vinculação em mães

adolescentes e seus bebês. *Psicologia*, 20(1), 11-36. Retrieved from

<http://www.scielo.mec.pt/pdf/psi/v20n1/v20n1a02.pdf>

Kalil, A., & Ryan, R. M. (2010). Mothers' economic conditions and sources of support

in fragile families. *The Future of Children*, 20(2), 39-61. doi: 10.2307/20773694

Khoshkam, S., Bahrami, F., Ahmadi, S. A., Fatehizade, M., & Etemadi, O. (2012).

Attachment style and rejection sensitivity: the mediating effect of self-esteem and

worry among Iranian college students. *Europe's Journal of Psychology*, 8(3), 363-

374. doi: 10.5964/ejop.v8i3.463

Klaus, M. H., Kennel, J. H., & Klaus, P. H. (2000). *Vínculo: Construindo as bases para*

um apego seguro e para a independência. Porto Alegre: Artmed.

- Lebovici, S. (1987). *O bebê, a mãe e o psicanalista*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Linehan, M. (2010). *Terapia cognitivo-comportamental para transtorno da personalidade borderline: Guia do terapeuta*. Porto Alegre: Artmed,.
- Lockett, M., Lamana, C., & Seijo, S. (2008). El trauma infantil no resuelto en la terapia com mujeres víctimas de violencia de género. *Aperturas Psicoanalíticas: Revista de Psicoanálisis*, (39). Retrieved from <http://www.aperturas.org/articulos.php?id=0000729&a=El-trauma-infantil-no-resuelto-en-la-terapia-con-mujeres-victimas-de-violencia-de-genero>
- Luke, N., & Banerjee, R. (2013). Differentiated associations between childhood maltreatment experiences and social understanding: A meta-analysis and systematic review. *Developmental Review*, 33(1), 1-28. doi: 10.1016/j.dr.2012.10.001
- Luthar, S., & Cicchetti, D. (2000). The construct of resilience: Implications for interventions and social policies. *Development and Psychopathology*, 12(4), 857-885. doi: 10.1017/S0954579400004156
- Maia, M. S. (2003). Extremos da alma-clínica, experiência subjetiva e campo de afetação. *Estados Gerais da Psicanálise: Segundo Encontro Mundial*. Retrieved from http://egp.dreamhosters.com/encontros/mundial_rj/download/3b_Maia_34010903_port.pdf
- Monteiro, S. R. T. (2010). *Maltrato por omissão de conduta. A negligência parental na infância - Estudo de caso - "Uma década e diferentes visões do desenrolar de histórias de vidas"*. Dissertação de mestrado, Universidade do Porto, Porto, Portugal.
- Muzik, M., Ads, M., Bonham, C., Rosenblum, K. L., Broderick, A., & Kirk, R. (2013). Perspectives on trauma-informed care from mothers with a history of childhood

- maltreatment: A qualitative study. *Child Abuse & Neglect*, 37(12), 1215-1224. doi: 10.1016/j.chiabu.2013.07.014
- Pollak, S. D., Cicchetti, D., Hornung, K., & Reed, A. (2000). Recognizing emotion in faces: Developmental effects of child abuse and neglect. *Developmental Psychology*, 36(5), 679. doi: 10.1037//0012-1649.36.5.679
- Ramires, V. R. R., & Schneider, M. S. (2010). Revisitando alguns conceitos da teoria do apego: comportamento versus representação. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 26(1), 25-33. doi: 10.1590/S0102-37722010000100004
- Siegel, J. (2013). Breaking the links in intergenerational violence: An emotional regulation perspective. *Family Process*, 52(2), 163-178. doi: 10.1111/famp.12023
- Stake, R. E. (2000). Case studies. In N. Denzin, & Y. Lincoln (Eds.), *Handbook of qualitative research* (pp. 435-454). London: Sage.
- Steele, H., Steele, M., Croft, C., & Fonagy, P. (1999). Infant-mother attachment at one year predicts children's understanding of mixed emotions at six years. *Social Development*, 8(2), 161-178. doi: 10.1111/1467-9507.00089
- van der Horst, F. C., & van der Veer, R. (2010). The ontogeny of an idea: John Bowlby and contemporaries on mother-child separation. *History of Psychology*, 13(1), 25-45. doi: 10.1037/a0017660
- Viegas, P. C., & Ramires, V. R. R. (2009). *A capacidade de mentalização em pré-adolescentes que vivenciaram o divórcio altamente conflitivo dos pais*. Dissertação de Mestrado, Universidade do Vale do Rio dos Sinos, São Leopoldo, RS, Brasil.
- Ward, M., & Carlson, E. (1995). Associations among adult attachment representations, maternal sensitivity, and infant-mother attachment in a sample of adolescent mothers. *Child Development*, 66(1), 69-79. doi: 10.1111/j.1467-8624.1995.tb00856.x

Yin, R. K. (2001) *Estudo de caso: Planejamento e métodos*. Porto Alegre: Bookman.

(Obra original publicada em 1984).

Zevalkink, J. (2008). Assessment of mentalizing problems in children. In A. J. E.

Verheugt-Pleiter, J. Zevalkink, & M. G. C. Schmeets (Eds.), *Mentalizing in children therapy* (pp. 22-40). London: Karnac.

Artigo II:

Traumas na Infância e o Estabelecimento das Relações Interpessoais e com o Bebê no Puerpério

Resumo

A significativa importância das relações iniciais na formação do ser humano é bastante reconhecida, da mesma forma que diversos prejuízos já foram relatados como consequências de situações onde a criança vive experiências traumáticas nesse período tão importante do desenvolvimento. O objetivo deste estudo foi compreender como mães de crianças de até um ano de idade, e que vivenciaram traumas na infância, estabelecem as relações interpessoais e com seus filhos. Para tanto, foram utilizadas uma Ficha de Dados Sociodemográficos e Clínicos; Questionário Sobre Traumas na Infância (QUESI); Método de Rorschach; Entrevista sobre a maternidade e o relacionamento mãe-criança; Entrevista sobre História de Vida e Relações Atuais. Contou com a participação de três mulheres, primíparas, com idades entre 28 e 35 anos de idade e seus filhos com idade entre 08 e 11 meses de vida. Trata-se de um estudo descritivo, de abordagem qualitativa, feito através do Estudo de Casos Múltiplos. Obteve em seus resultados a evidência de prejuízo nas relações interpessoais, indicando que vivências traumáticas na infância podem deixar marcas permanente na vida do indivíduo nas diferentes etapas de seu desenvolvimento, em especial, com a chegada da maternidade.

Palavras-chave: trauma, maternidade, relações interpessoais, Rorschach, relação mãe-bebê.

Traumas in Childhood and the Establishment of Interpersonal Relations and with the Baby in the Puerperium

Abstract

The significant importance of the initial relationships in the formation of the human being is well recognized, in the same way that several damages have already been reported as consequences of situations where the child experiences traumatic experiences during this important period of development. The purpose of this study was to understand how mothers of children up to one year of age who experienced traumas in childhood, establish interpersonal relationships and with their children. For that, a Sociodemographic and Clinical Data Sheet was used; Questionnaire on Trauma in Childhood (QUESI); Rorschach method; Interview on motherhood and mother-child relationship; Interview on Life History and Current Relationships. It counted with the participation of three women, primiparous, between 28 and 35 years of age and their children between the ages of 8 and 11 months of life. This is a descriptive, qualitative approach, done through the Multiple Case Study. She obtained in her results evidence of impairment in interpersonal relationships, indicating that traumatic childhood experiences may leave permanent marks on the individual's life in the different stages of their development, especially with the arrival of motherhood.

Keywords: trauma, maternity, interpersonal relations, Rorschach, mother-baby relationship.

Introdução

Pensando em entender melhor o que pode contribuir ou prejudicar a construção das relações interpessoais, é de primordial importância voltar até os primórdios da vida

do indivíduo para refletir alguns pontos (Dias, 2012). Após décadas de estudos a respeito da primeira infância, chega-se a uma informação central: as relações iniciais entre o bebê e seu cuidador são fundamentais para seu desenvolvimento emocional, social e cognitivo. Ao abordar questões relacionadas ao tema pode-se perceber que a qualidade destas estão diretamente ligadas, entre tantas outras características, à sensibilidade de quem faz a maternagem do bebê, seja a mãe ou seu substituto, mas refere-se à pessoa que cuida cotidianamente do bebê e os gestos, o tônus do toque (Winnicott, 1990/1988).

Muitos fatores podem interferir no processo do desenvolvimento, tais como o ambiente, a saúde psíquica da mãe, os cuidados primários, mas sem dúvida, a qualidade da relação que se estabelece entre o bebê e a mãe é imprescindível, sendo esta considerada um fator de proteção ao desenvolvimento (Luthar & Cicchetti, 2000). Os resultados desse processo dinâmico são muito importantes uma vez que deixarão marcas que irão influenciar na relação que a criança, no futuro, vai desenvolver com seus próprios filhos (Maldonado, 2002).

É sabido que relações saudáveis entre a mãe e seu bebê são construídas a partir da capacidade do adulto decifrar e responder adequadamente às necessidades da criança desde os primórdios da vida, através de uma série de comportamentos e atitudes que o cuidador despente ao bebê (Luthar & Cicchetti, 2000). A forma como a mãe decodifica e responde às necessidades dele cria possibilidades para se desenvolver emocionalmente bem (Winnicott, 1999/1987).

Assim, o autor utiliza o termo ‘mãe suficientemente boa’ para se referir àquelas mães que na maioria das vezes conseguem se comunicar, entender o que o bebê comunica e, em grande parte atender suas necessidades, mostrando-se como um ambiente facilitador seu desenvolvimento (Winnicott, 1999/1987). De acordo com Dias (2012), essa aptidão vem do fato da mãe já ter sido um bebê cuidado, que retêm em sua memória

corporal registros dessa vivência e quando está com seu bebê no colo essas memórias inconscientes vem à tona. Sendo assim, é importante se atentar para a qualidade do vínculo que se estabelece entre a díade. Winnicott (1983/1965) acredita que quando o ambiente (mãe) oferece ao bebê, o que chama de previsibilidade, entendida como a maior constância e rotina possíveis do ambiente, esta criança tem a oportunidade de crescer mais tranquila e de forma mais harmoniosa, pois sabe como funciona seu ambiente e o que pode esperar dele.

Tanto a disponibilidade como a saúde emocional dos cuidadores se fazem necessárias para a promoção de um vínculo seguro uma vez que é através destas trocas entre mãe e filho que acontece a relação entre eles, sendo através desta, que o bebê vai se sentir incentivado ou não a explorar seu ambiente (Felice, 2007). É aos poucos que ele vai se tornando capaz de desenvolver segurança e paralelamente a socialização através do exercício das relações interpessoais (Winnicott, 1983/1965). De acordo com Dias (2003), considerando a teoria de Winnicott, a confiabilidade, que traz a previsibilidade são características fundamentais na relação entre mãe-bebê e esta só acontece quando se tem uma mãe atenta e perceptiva ao seu bebê.

O estabelecimento de uma boa relação depende de conversas, de cuidados com o corpo, das trocas de olhares, da forma como são os gestos com o bebê, como nos momentos de alimentação, de dormir, e da maneira como a mãe segura o filho, dentre a gama infinita de peculiaridades que acontece entre a dupla. Todos esses exemplos informam ao bebê o que está se passando com a mãe e com o ambiente onde se encontra. É através destes pequenos e rotineiros momentos que a mãe pode exercitar e afinar a sintonia na comunicação com seu bebê (M. H. Klaus, Kennel, & P. H. Klaus, 2000; Winnicott, 1999/1987).

Entretanto, nem todas as crianças crescem na presença de uma mãe que consiga ter todas essas características benevolentes. Em situações onde há vivência de uma relação no qual prepondera a falta de cuidados, segurança, proteção, vivências de negligência e desrespeito são incontáveis os prejuízos (Gagné, Drapeau, Melançon, Saint-jacques, & Lépine, 2007).

Estudios do impacto das questões traumáticas relacionadas ao psiquismo, Ferenczi (1992/1929) explica que em algumas situações o ego do *infans* fica tão prejudicado que há uma grande falha no processo de simbolização, impossibilitando a representação da situação traumática através da palavra e/ou do verbal. Desse transbordamento no aparelho psíquico ficam marcas sem significações, pois há um impedimento emocional na inscrição das sensações e percepções na via do registro simbólico. Desta forma, o trauma infantil não pode ser simbolizado, uma vez que não há ego para que isso possa acontecer (C. Botella & S. Botella, 2003; Gus, 2013; Viegas & Ramires, 2009; Uchitel, 2001).

A partir da literatura é possível encontrar diversos estudos que ressaltam os danos que uma criança pode sofrer quando exposta a situações de extrema vulnerabilidade. Algumas pesquisas apontam dificuldades relacionadas à agressividade, baixa autoestima, déficit de atenção, baixo rendimento escolar, diminuição da qualidade e quantidade dos relacionamentos, comportamento autodestrutivo e impulsivo, comportamentos abusivos, uso de drogas, gravidez precoce, entre outros (Kernsmith, 2006; Manly, Kim, Rogosch, & Cicchetti, 2001; Mcwey, Cui, & Pazdera, 2010).

Estudos também apontam para a deficiência na modulação de afeto e perturbação da identidade (Taylor, Asmundson, & Carleton, 2006). Os autores Kerr-Corrêa, Tarelho, Crepauí, Camiza e Villanassi (2011) consideram que o transtorno de humor depressivo pode ser umas das consequências do trauma infantil, assim como já existe comprovação

de que há um prejuízo no desenvolvimento neuropsicológico normal, marcando assim a vida do indivíduo como um todo (Grassi-Oliveira, Stein, & Pezzi, 2006).

Em outras palavras, pode-se pensar que a construção da mãe atual depende muito da maneira como foi cuidada por sua mãe. Ou seja, se o bebê não teve a experiência de ser cuidado com segurança, amor e carinho, é provável que tenha dificuldades diante da experiência de cuidar do outro (Miura, Neto, Paixão, & Redondo, 2011).

A transição para a maternidade pode ser vivida como um momento sublime, mas também pode ser uma fase de muitos conflitos emocionais, dependendo de como foi a história das suas relações precoces. Podem aflorar lembranças especificamente ligadas às vivências com sua própria mãe e até mesmo histórias muito anteriores, de gerações passadas, podem se manifestar inconscientemente e influenciar na relação atual com seu bebê (Guedeney & Lebovici, 1999).

De acordo com Winnicott (1999/1987), tudo começa durante a gestação e se afunila nos últimos meses da gravidez e no primeiro tempo após o parto. O autor coloca que normalmente a mãe desenvolve um alto grau de identificação com o seu bebê, que chama de estado 'preocupação materna primária'. Este seria um quadro emocional no qual um estado de sensibilidade aumentada habilita a mãe a responder de forma sensível e empática, correspondendo, na grande maioria das vezes, às demandas do bebê.

É uma fase onde a mãe pode entender o que o bebê sente, pois está identificada com ele e assim percebe melhor suas necessidades. Para que a mulher ingresse nesse estado, não existe uma regra, mas segundo Araújo (2011), Winnicott pensava ser muito importante a capacidade de entrega da mãe a essa relação, de empatia pelo bebê, mas também considera a presença e ajuda do pai, bem como de uma rede familiar de apoio, para que assim, a mãe pudesse estar atenta e preocupada unicamente com seu bebê.

Após o parto, o exercício da maternidade desestabiliza muito o psiquismo das mulheres. Além de todas as mudanças físicas que enfrenta, acontecem muitas mudanças em seu estado emocional (Jerusalinsky, 2008). Fenômenos e histórias inconscientes começam a eclodir, podendo deixar a mãe vulnerável e pondo em risco sua capacidade para se relacionar com o bebê (Martinez & Barbieri, 2011).

O papel da mãe vai além do cuidado físico e das satisfações das necessidades fisiológicas do filho. A mãe é o ambiente facilitador do começo da vida. Um encontro saudável gera ao recém-nascido a possibilidade de estabelecer uma relação harmoniosa com sua mãe. Conforme a dupla vai aprimorando a sintonia entre eles, o encontro vai ganhando qualidade (Gutierrez & Pontes, 2011).

Entretanto, mães que apresentam um prejuízo emocional mostram maiores dificuldade para perceber e atender as demandas dos filhos, e pela falta de recursos emocionais tendem a ter problemas na tarefa de mostrar ao filho o mundo, as pessoas, os pensamentos, os sentimentos e como lidar com eles (Felice, 2007; Figueiredo, 2001; M. H. Klaus, Kennel, & P. H. Klaus, 2000). Em situações nas quais a mãe trata o bebê com hostilidade ou impaciência, sem conseguir atender minimamente as necessidades dele, a criança experimenta fortes sensações de agressão e frustração.

Progredindo nessa perspectiva, procura-se entender o contexto em que as relações iniciais se originam. O estabelecimento de vínculos afetivos é uma necessidade de todos que acabam de nascer. É uma propensão dos seres humanos tentar manter proximidade, aconchego e proteção. Nosso cérebro é desenvolvido a partir da interação com o outro (Bowlby, 2001). As figuras de apego são também muito importantes na vida dos adultos, existindo um consenso na ideia de que os padrões de apego desenvolvidos na infância tendem a se manter quando adultos (Canavarro, Dias, & Lima, 2006). Sendo que em situações de crise, grande estresse, perdas, doenças os adultos tendem a buscar as figuras

de apego da infância tentando encontrar conforto e proteção contra seu mal-estar (Barstad, 2013). Entretanto, Schofiel e Beek (2005) alertam para o fato de que cada criança tem seu tempo de tolerância e necessidades, por isso acreditam que o primordial é que a criança consiga identificar na relação com a mãe que ela será capaz de atendê-lo e suportando sua dependência.

Nessa perspectiva, Aviezer, Sagi e Van Ijzendoorn (2002) corroboram o pensamento de que a construção do vínculo com o filho está muito relacionada às representações mentais das experiências precoces com seus próprios cuidadores e estas irão influenciar na qualidade da relação e no comportamento com seus descendentes. Eles realizaram uma análise de casos múltiplos, em diferentes contextos socioeconômicos e em diferentes culturas, e obtiveram como resultado a informação de que a qualidade do vínculo pode ser passada de uma geração a outra (Bernier & Miljkovitch, 2009).

Um bebê, quando nasce, ocupa um espaço que inevitavelmente está preenchido de história, a sua história, de sua mãe, da mãe de sua mãe e assim por diante. Pais com histórias negativas das suas relações de objeto trazem consigo essa bagagem podendo atrapalhar o desenvolvimento emocional do filho, pois dependendo de quais foram as marcas deixadas pelas figuras parentais estas irão influenciar a maneira como a mãe se relaciona com seu filho. Segundo Felice (2007), toda mulher tende a se identificar com seus cuidadores, pois tais modelos sempre estarão permeando o universo mental feminino. A autora ainda salienta que essas sensações podem se agravar com as mudanças que trazem a entrada no puerpério, logo depois do parto.

Lebovici (1998) fala que o *infans* nasce sujeito a uma história não elaborada de gerações anteriores, transgeracionais. Sem dúvidas estas são questões que tem influência no desenvolvimento emocional do indivíduo. São, em geral, questões traumáticas que se repetem por diversas gerações.

Cada indivíduo, ainda que bebê, traz consigo componentes de sua personalidade que pode dificultar ou facilitar esse processo de desenvolvimento da relação, ainda que de modo geral seu cotidiano seja estar submetido às questões familiares. Com as interações entre a dupla, o bebê irá construir um padrão de relacionamento no qual se sinta mais seguro, ficando consciente do que pode esperar de sua mãe e das relações interpessoais. Quanto mais a mãe mantém o mesmo padrão de funcionamento, mais se sentirá segura para a formação do vínculo e de suas relações posteriores (Felice, 2007; Figueiredo, 2001; M. H. Klaus, Kennel, & P. H. Klaus, 2000).

Portanto, a relação estabelecida com o primeiro cuidador é muito importante, uma vez que se torna a matriz sobre a qual todos os vínculos posteriores se desenvolverão. São experiências que terão o poder de influenciar a saúde emocional da pessoa durante toda sua vida.

Assim, este trabalho pretende contribuir para prevenção e promoção da saúde materno-infantil, pois como foi exposto neste apanhado teórico, as falhas nas relações iniciais entre a mãe e o bebê, assim como a vivência de situações traumáticas ainda na infância, podem ocasionar prejuízos ao desenvolvimento emocional, cognitivo e social, desta forma, possibilitando o surgimento de psicopatologias futuras e até mesmo a transmissão de disfunções nas relações. Para tanto, objetivo deste é compreender como mães de crianças de até um ano de idade, e que vivenciaram traumas na infância, estabelecem as relações interpessoais e com seus filhos, pretendendo assim, contribuir no esclarecimento de quais fatores podem ajudar ou atrapalhar no decorso desta fase tão peculiar que é a maternidade e as primeiras relações. Acredita-se que a maternidade é um momento de grande explosão de questões internas, por isso pensou-se que ter como participantes um público na fase do puerpério poderia contribuir com a prevenção de desajustes nas relações.

Método

Trata-se de um estudo descritivo, delineado em uma abordagem qualitativa e tem como procedimento o Estudo de Casos Múltiplos, uma vez que a intenção deste é a compreensão detalhada do tema proposto, buscando encontrar aspectos semelhantes e divergentes em situações muito próximas (Allonnes, 2004; Yin, 2001/1984).

Participantes

Participaram três mães primíparas, com idades entre 28 e 35 anos, com filhos de 8 a 11 meses de idade, sendo duas meninas e um menino, e moradoras de Porto Alegre e grande Porto Alegre. A seleção das participantes foi feita de forma intencional, respeitando os critérios para inclusão no estudo que consistia em serem as mães com idades superiores a 18 anos, preferencialmente entre 25 e 35 para tentar minimizar as discrepâncias vindas de diferentes fases do desenvolvimento; serem primíparas; que seus filhos tivessem idade entre 0 e doze meses de vida; e necessariamente, deveriam ter passado por alguma situação traumática em sua infância. Por trauma, foram considerados os relatos de vivências que apontassem abuso físico, abuso sexual, abuso emocional, negligência física e negligência emocional. No momento da coleta de dados todas elas estavam fazendo psicoterapia individual.

Instrumentos

Foram utilizados os seguintes instrumentos para coleta dos dados:

- 1) Ficha de Dados Sociodemográficos e Clínicos: utilizada com a intenção de coletar informações iniciais e conhecer o perfil das mães e validar o

cumprimento dos critérios de inclusão e exclusão das participantes. Foram solicitadas informações como idade, escolaridade, nível socioeconômico, situação conjugal e profissional (Apêndice A);

- 2) Questionário Sobre Traumas na Infância (QUESI): é um questionário autoaplicável, retrospectivo, composto de 28 itens respondidos de acordo com a frequência de eventos traumáticos relacionados à história de sua infância. É respondido em uma escala *likert* de 5 pontos, onde 1 corresponde a situações que nunca ocorreram e 5 quando ocorriam sempre. Seu objetivo foi avaliar a presença do histórico de situações de abuso e/ou negligência durante a infância. Está disposto em cinco subgrupos: 1) *Abuso emocional*, que são as agressões verbais, humilhações, destrato, degradante ou ameaça dirigida a uma criança feita por uma pessoa mais velha; 2) *Abuso físico*, que compreende as agressões corporais em uma criança por uma pessoa mais velha; 3) *Abuso sexual*, que refere-se ao contato ou a conduta sexual entre uma criança e uma pessoa mais velha, incluindo a coerção explícita; 4) *Negligência física*, que seria a incapacidade de fornecer as necessidades físicas básicas, incluindo comida, abrigo; e 5) *Negligência emocional*, que compreende a falha dos cuidadores em proporcionar e atender as necessidades básicas psicológicas e emocionais, como amor, respeito, zelo e apoio. A soma dos pontos de cada escala foi classificada de acordo com Bernstein et al. (2003), e explicitados na Tabela 2.

Tabela 2

Classificação dos Subtipos de Trauma na Infância de Acordo com a Gravidade

Subtipos	Nenhum à mínimo	Leve à Moderado	Moderado à Severo	Severo à Extremo
Abuso Emocional	5-8	9-12	13-15	> 16

Abuso Físico	5-7	8-9	10-12	> 13
Abuso Sexual	5	6-7	8-12	>13
Negligência Física	5-9	10-14	15-17	>18
Negligência Emocional	5-7	8-9	10-12	>13

A partir dessa classificação é feita a soma das pontuações de cada subitem chegando a uma pontuação total entre 25 e 125. De acordo com Brodski, Zanon, e Hutz, (2010) há evidências indicando que a solução dos cinco fatores é adequada e que a consistência interna das escalas é satisfatória. Bernstein e Fink (1998) encontraram coeficientes de consistência interna adequada em todas as subescalas apresentando medianas que variam de $\alpha = 0,66$ (.61 negligência física) a $\alpha = 0,92$ (.95 abuso sexual) (Apêndice B);

- 3) Método de Rorschach - Sistema Compreensivo (Exner, 2003): composto por 10 lâminas com manchas de tintas variadas organizadas de forma simétrica, sendo 5 cartões monocromáticos e 5 coloridos, com o objetivo de compreender aspectos da personalidade das participantes tendo como foco o estabelecimento de suas relações interpessoais (Nascimento, 2002, 2006, 2016). Este instrumento apresenta as propriedades mínimas e obrigatórias estabelecidas pelo Sistema de Avaliação dos Testes Psicológicos (SATEPSI) no que se refere à apresentação da fundamentação teórica, dos dados normativos, a comprovação de evidências empíricas de confiabilidade e validade adequadas (Padilha, Noronha, & Fagan, 2007). Alguns estudos apontam como um instrumento de grande precisão e validade com os índices de *Kappa* entre 0.70 a 0.90 (Mihura, Meyer, Dumitrascu, & Bombel, 2013; Nascimento, 2006, 2010).

Exner (2003), Weiner (2000) e Nascimento (2010) propõem que a avaliação seja feita pelo *Sistema Compreensivo*, proporcionando uma avaliação global da personalidade através de cinco *clusters* (eixos): tríade cognitiva; afeto; autopercepção; relacionamento interpessoal; e controle e tolerância ao estresse. Estas constelações são compostas por um grupo de variáveis capazes de apontar a presença de patologias ou desajustes, e auxiliam no entendimento dos estilos e traços dominantes na personalidade do indivíduo (Nascimento, 2006). Diante da gama de variáveis existentes e como sugerem os autores, será utilizado um número restrito de variáveis a serem investigadas. Neste estudo optou-se por focar nas variáveis ligadas ao relacionamento interpessoal e ao manejo do afeto, uma vez que poderão ajudar na compreensão psicodinâmica dos casos *à posteriori*, como detalhado no apêndice G (Exner, 1999; Exner & Sendín, 1999; Weiner, 2000);

- 4) Entrevista obre História de Vida e Relações Atuais: adaptada para este estudo, foi desenvolvida pelo grupo de pesquisa CER Bebê (Donelli, Schaefer, Recktenvald, & Santos, 2017), visou obter o relato da mãe, de maneira espontânea, para coletar informações sobre sua história de vida, suas lembranças da infância, as relações familiares atuais, etc. Serviu como base para avaliar a relação atual que a mãe tem com o bebê e as relações interpessoais. É composta de sete questões principais, abertas e demais questões secundárias visando esclarecer outros pontos. Foi realizada pela pesquisadora e gravada em áudio (Apêndice C);
- 5) Entrevista sobre a maternidade e o relacionamento mãe-criança (versão adaptada de NUDIF, 2008): é uma entrevista aberta, semiestruturada, criada com a intenção de coletar informações da mãe com relação à maternidade e

tentar conhecer melhor como é a relação entre a mãe e o bebê desde a vida intrauterina. Foi realizada pela pesquisadora e gravada em áudio (Apêndice H);

Procedimentos de coleta dos dados e cuidados éticos

A presente pesquisa foi amparada pela Resolução 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (2016), órgão do Ministério da Saúde que estipula as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas com seres humanos, e foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS). Destaca-se que os instrumentos utilizados não representaram prejuízos à saúde física e/ou emocional dos participantes.

As puérperas foram contatadas a partir da rede de contatos pessoais e profissionais da pesquisadora. A fim de preservar o bem-estar emocional das participantes, achou-se prudente não utilizar nenhum tipo de instrumento para triagem dos casos visto que poderia gerar uma sensação de desconforto nas participantes aplicar apenas um questionário para confirmar a presença de maus-tratos na infância e depois não dar continuidade à coleta de dados. Portanto, a identificação da história do trauma foi feita pela pessoa que encaminhou a participante à pesquisa. *A posteriori*, a vivência do trauma foi confirmada com o instrumento QUESI (Grassi-Oliveira et al., 2006).

Após acesso às mães, o primeiro encontro teve início com a pesquisadora fazendo uma breve explicação sobre a pesquisa, esclarecendo o propósito e a importância do estudo. Todas assinaram o TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice E). Logo após, foi feito o preenchimento da ficha de dados sociodemográficos, aplicação do questionário QUESI e por fim, a aplicação da entrevista História de Vida e Relações Atuais. Ao final de cada encontro foi marcado o próximo de acordo com a disponibilidade e preferência das participantes.

No segundo encontro, foi feita a aplicação da Técnica de Rorschach e no terceiro encontro a Entrevista sobre a Maternidade e o Relacionamento mãe-criança. Os encontros aconteceram, em média, dentro do intervalo de um mês e houveram três encontros ao total com cada participante. A duração de cada encontro não foi estipulada previamente, ajustando-se à necessidade de cada participante, mas variou entre 1 e 3 horas de duração. Ao total foram realizados 3 encontros com cada participante. Eles aconteceram na casa de duas das participantes e uma delas optou pelo encontro ser no consultório da pesquisadora. Os riscos que a pesquisa poderia oferecer seria talvez gerar algum desconforto ou constrangimento à participante, entretanto não houve necessidade de encaminhamento destas situações visto que todas já realizam psicoterapia.

Procedimentos para análise dos dados

As informações da Ficha de Dados Sociodemográficos e Clínicos foi utilizada para auxiliar a entender o contexto de vida de cada caso e complementar as informações obtidas através dos outros instrumentos. O QUESI- Questionário Sobre Traumas na Infância foi levantado de acordo com o seu protocolo. De acordo com o manual, os dados foram analisados dentro dos subgrupos de componentes traumáticos que propõe, a saber: *abuso emocional, abuso físico, abuso sexual, negligência emocional e negligência física.*

O protocolo de respostas do Rorschach foi analisado e codificado por dois juízes independentes, treinados e com experiência na utilização do método. Após as avaliações individuais foi solicitado um terceiro juiz para julgar as divergências e chegar a um consenso. Os protocolos foram corrigidos seguindo como referência o Sistema Compreensivo de John Exner, que é um procedimento padrão com critérios específicos para codificação de respostas (Exner, 1999; Exner & Sendín, 1999; Nascimento, 2010; Viglione, Perry, Jansak, Meyer, & Exner, 2003; Weiner, 2000;).

A entrevista de História de Vida e Relações Atuais e a Entrevista sobre a maternidade e o relacionamento mãe-criança foram analisada de forma qualitativa, a fim de apreender seus conteúdos e auxiliar no entendimento e discussão de cada caso. Para isso, foi aplicada a análise temática realista, uma vez que examina os temas relevantes nas entrevistas levando em conta a realidade dos participantes (Braun & Clarke, 2006).

Após análise de todos os instrumentos empregados, os dados foram utilizados para organizar cada caso individualmente. Sendo assim, os resultados foram construídos de acordo com os seguintes eixos de análise: a) relações iniciais e experiências traumáticas na infância; b) o puerpério e a vivência da maternidade; e c) as relações interpessoais e a relação com o bebê. Ao final, foi realizada a Síntese dos Casos Cruzados (Yin, 2001/1984) onde puderam ser discutidos semelhanças, divergências e particularidade dos achados de cada caso.

Resultados

Quadro 2

Nome mãe e Idade	Sexo e	Idade do bebê	Estado civil	Escolaridade	Ocupação	Tratamento Psicológico	Tempo de tratamento
Carmen, 34 anos (CASO 1)	Menina	9 meses	Casada	Ens. Médio	Dona de casa	Psicoterapia com psicóloga e farmacoterapia	+ 3 anos
Miriam, 35 anos (CASO 2)	Menina	11 meses	Separada	Ens. Médio	Autônoma	Psicoterapia com psiquiatra e farmacoterapia	Retomou há 3 meses
Raquel, 28 anos (CASO 3)	Menino	8 meses	Casada	Ens. Superior	Professora	Psicoterapia com psicóloga e psicofármacos	+ 3 anos

Caso 01 – Mãe Carmen, 34 anos e bebê Angélica, 9 meses***Relações iniciais e experiências traumáticas na infância***

Filha única, teve seus pais casados até o falecimento do pai há 5 anos. Em sua infância teve depressão diagnosticada, porém a mãe optou por não fazer nenhum tipo de tratamento emocional, pois não acreditava que essa doença poderia estar acometendo sua filha. Lembra de ter crises de ansiedade e sentir-se muito angustiada. Os pais sempre tiveram um relacionamento muito conturbado em função do pai ser jogador compulsivo e por isso gastar muitas vezes o dinheiro que era para pagar as contas da casa: *“o fato é que ele gastava toda a grana que a mãe deixasse nas mãos dele ou todo o dinheiro que ele fazia no dia taxi”*. Lembra de a mãe passar horas irritada em casa, esbravejando e gritando pela casa por brigas que tinha com o pai. Em alguns momentos a mãe tinha crises de raiva e se descontrolava, quebrando objetos em casa na frente da filha. Conta que nunca foi poupada de nada, assistindo muitas brigas entre os pais. Muitas vezes sentia-se confusa, angustiada e tensa pela iminência de uma nova briga: *“cada noite era um tormento pra mim, porque eles brigavam quando ele chegava em casa. Eu ia deitar e ficava atenta...sentia muita ansiedade e medo nessa hora. Ficava apreensiva pra ver como ia ser as brigas deles, na expectativa do que ia acontecer”*.

Na sua infância, a mãe desenvolveu uma doença muito séria, mas possível de ser controlada, porém em função das brigas com o pai acabava por não conseguir se cuidar e ficava acamada tendo crises de dores e choro. Tem lembranças de sentir-se sozinha e angustiada com a sensação de que não teria fim seu sofrimento: *“eles esqueciam de mim né, me deixavam lá no meu quarto, como se eu não existisse e eu lá, acordada, ouvindo tudo que acontecia e tudo que eles falam um pro outro”*.

Puerpério e a vivência da maternidade

Casou-se há 12 anos e há 8 anos começaram as tentativas para engravidar. Teve duas gestações em dois anos, entretanto em ambas situações as gestações resultaram em abortos espontâneos.

Começou a fazer tratamento de fertilização o qual é sentido e descrito como muito desgastante, porém depois que engravidou conta que a gestação se desenvolveu tranquila, entretanto teve diabetes gestacional, mas foi controlada com medicação e alimentação adequada. Conta que o medo de que a gestação não fosse até o final a acompanhou durante todo tempo da gravidez e que dividia isso sempre com o marido.

Devido a ter Síndrome do Pânico, Carmen optou pelo parto cesárea, na 39ª semana, sem intercorrências. Mamou no peito até os 5 meses, mas com complemento de leite em pó desde a primeira semana de vida, pois Carmen teve pouca produção de leite.

Relata que sempre houve muito desejo em ter uma filha: *“eu sempre quis ter uma família completa, com pai, mãe e filho. Sempre quis isso, desde pequena”*. Está muito realizada com a conquista, porém bastante assustada com a maternidade. Acredita que não estava preparada para ser mãe. Não fazia ideia que exigia tanta flexibilidade e segurança dela.

Apesar das dificuldades desde a chegada em casa, a bebê está se desenvolvendo muito bem: *“Foi difícil no início porque ela era uma bebê muito chorona, o tempo todo chorando (risos), tudo era chorando, trocar de roupa, dar banho, tudo chorando e eu ficava nervosa, não sabia o que ela tinha, se era eu que tava fazendo alguma coisa de errado ou se era dela mesmo ser assim...foi bem difícil”*.

Hoje, sente-se bastante angustiada e confusa com relação à criação da menina. Não se sente capaz de cuidá-la sem ajuda de alguém. Acredita que sua maior dificuldade em relação à maternidade está em cuidar sozinha da filha. Desde seu nascimento nunca ficaram sozinhas, pois sente-se insegura e muito nervosa para isso. Não sai com a menina

de casa sem estar com alguém que possa lhe acompanhar: *“eu sempre acho que pode acontecer alguma coisa com ela e que eu não vou saber o que fazer, me dá um pânico só de pensar”*.

Seu marido participa da rotina de cuidados da filha, mas apresenta humor instável. Acredita que usa bastante sua terapia para ajudar nas questões do desenvolvimento da filha, pois não quer repetir os mesmos erros que a mãe: *“não quero fazer o que minha mãe fez comigo, quero cuidar da Angélica...não dou um grito na frente dela, mesmo que morra de vontade de brigar com meu marido às vezes”*. Apesar de sua mãe frequentar semanalmente sua casa, as duas têm relacionamento frio e distante, muitas vezes o pouco que conversam gera discussão. Optou por não trabalhar fora de casa desde que soube de sua gravidez.

Recorre ao pediatra e à psicóloga muitas vezes para solucionar angústias cotidianas sobre o desenvolvimento da filha, como se buscasse um pai e uma mãe que pudessem dar um suporte saudável a ela em momentos de grande angústia. Não conta com suporte emocional da mãe, pois não tem como hábito recorrer a ela em momentos difíceis: *“eu nem pergunto as coisas pra ela...ela me deixa mais nervosa”*. Revela que sente muitos medos, não só relacionadas a menina, mas também em relação a ela, como tem medo de ter câncer, medo de não saber criar a filha, medo de voltar a ter pânico, medo que roubem a menina de seus braços e esse é um dos motivos pelos quais ela e o marido acreditam que não deva sair muito de casa com a filha. Então, mãe e filha frequentam apenas a pracinha que tem dentro do condomínio onde moram. A bebê convive com a mãe, pai, avós e bisavó materna.

As relações interpessoais e a relação com o bebê

Desde pequena sempre foi muito solitária. Não tinha muitos amigos, não saía para brincar na casa de ninguém e não levava os amigos pra brincar em casa. Lembra de em sua infância conviver com um primo que algumas vezes frequentava sua casa: *“quando meu primo ia lá em casa eu enlouquecia, fazia tudo que nunca fazia, minha mãe ficava apavorada comigo”*. Na grande maioria das vezes brincava sozinha. Atualmente, segue com poucas amizades, contando que tem apenas uma amiga da época da escola: *“eu nunca fui de ter amigos...as pessoas não iam na minha casa, o clima por lá era sempre tenso”*. Conta que os pais também não têm amigos e nem o hábito de visitar ou receber visitas em casa: *“eu nunca vi eles saindo, indo jantar, ou indo na casa de alguém...também não lembro de ninguém ir lá em casa além das pessoas da família”*. Sobre sua relação com seus pais, lembra que: *“era um grude com a minha mãe, sempre queria ela pra mim, por perto, ficar com ela, estar com ela. E meu pai era quase um estranho pra mim...a gente não interagia muito. Ele era muito quieto, fechado, na dele...ele era meio perdido assim, sem iniciativa, sem boca pras coisas”*

Apesar de todos os medos que cercam a maternidade, parece ser uma mãe atenta e cuidadosa com Angélica. Sempre pensando em criar sua filha de forma diferente que foi criada: *“eu tenho muito cuidado com as coisas dela, eu sou atenta a ela. Eu não faço como minha mãe fazia”*; *“uma coisa que me ajuda muito com a Angélica é eu pensar o que minha mãe faria e daí fazer diferente disso (risos)”*.

Os resultados abaixo expõem os escores de Carmen na Técnica de Rorschach. Resultados acima da média são representados pelo símbolo (↑) e resultados abaixo da média serão representados por (↓). Mais adiante serão discutidos o que esses resultados expressam. CDI=2; COP:AG=0:3↑; a:p=8:4↑; Fd=1; SumT=0; GHR:PHR=2:5↑; SumH= 2; Isolate/R= 0,15↓; Afr= 0,39↓; WsumC= 5↑; EB= 4:5

Caso 02 – Mãe Miriam, 35 anos e bebê Gabriela, 11 meses

Relações iniciais e experiências traumáticas na infância

Os pais de Miriam se separaram quando estava com 5 anos e depois disso conta que a vida mudou muito: *“um dia quando a gente era pequenos ele (o pai) foi embora e nunca mais voltou. Nunca mais”*. Era pequena, mas tinha seu irmão menor ainda, com 3 anos de idade. Acabou ficando a maior parte do tempo sozinha cuidando do irmão e com o passar do tempo começou a tomar conta da casa também: *“Eu tinha que fazer tudo em casa, então poucas vezes eu podia fazer o que eu queria, e além da casa tinha meu irmão”*.

Eram muito pobres, dependiam muitas vezes de favores da família e vizinhos para que todos comessem em casa. Ainda muito jovem começou a trabalhar e adquirir bens, pois percebia que a mãe era muito atrapalhada com a administração do pouco dinheiro que tinham e muito negligente nos cuidados com os filhos: *“ela trabalhava de faxina né e daí ela ganhava o dinheiro dela e ao invés de ir pagar o mercadinho que a gente comprava fiado pra poder comer, ela comprava perfume importado, cremes caros”*.

Refere ter sofrido violência física muitas vezes durante a infância por parte de pessoas da família que moravam no mesmo terreno que eles. Durante seu relato fala muito em solidão e do quanto se sentia desamparada e sozinha: *“eu não sei, mas acho que minha mãe não se preocupava comigo, não...minha vó não gostava de mim e minha mãe não se preocupava comigo e o meu pai não tava nem aí pra mim”*.

Puerpério e a da vivência da maternidade

Miriam e o pai de Gabriela tinham um relacionamento de 10 anos, entre namoro e casamento, quando engravidou. Sempre tiveram uma relação boa e tranquila. Não era um plano do casal uma gravidez para o momento, mas já haviam falado em ter filhos em

algumas vezes, porém nunca tiveram uma conversa definitiva de em qual momento isso poderia acontecer.

Quando Miriam engravidou de Gabriela, a notícia não agradou o marido, mas ela optou por levar a gestação adiante: *“eu bati o pé e disse que eu não ia tirar, que ele nem tentasse me convencer a isso que eu não ia fazer”*. Sendo assim, acredita que a partir desta decisão o casal começou a se separar aos poucos: *“Tudo mudou depois que eu engravidei”*. Muitas brigas aconteceram durante a gravidez e acabou engordando quase 30 quilos de aos altos níveis de ansiedade: *“Em função dessa crise toda que apareceu no meu casamento eu não fiquei bem. Eu chorei muito, muito mesmo, a minha gravidez toda. Foi bem ruim emocionalmente. Fisicamente eu não tinha nada...Tenho certeza que eu fiquei deprimida”*.

Como em sua infância, sentia-se sozinha e muito desamparada: *“Ele começou a ser frio comigo, se distanciou, me sentia sozinha...me sentia um lixo, feia, gorda e rejeitada”*. Entretanto, a partir daí volta a se aproximar da mãe em busca de alguém que pudesse confortá-la: *“Ela me apoiou bastante. E quando a Gabi nasceu ela ficou direto comigo. Até isso ele queria implicar, mas eu não tinha como ficar sozinha. Tava realmente muito deprimida...até eu conseguir me separar aconteceu muita coisa. E muita coisa ruim. Me sentia muito mal, o tempo todo....nesse momento ela foi minha mãe mesmo, me cuidou de verdade”*.

O nascimento do bebê ocorreu por parto cesárea a pedido de Miriam, pois tinha muito medo para enfrentar o parto normal. Ainda após o nascimento da filha relata que seguiu deprimida, pois percebia que o marido não mudava as atitudes com ela: *“me surpreendi muito com meu ex-marido, com as atitudes dele, não com a bebê, mas comigo...ele me tratava com muita indiferença (chora). Ele foi muito cruel comigo nesse começo, na verdade até a gente se separar....parece que ele fazia por gosto,, pra me ver*

mal....eu chorei muito nesse começo também...me sentia péssima, foi muito ruim. Mas ao mesmo tempo com ela foi demais, muito cansativo, muito mais do que um dia pensei que fosse ser (risos) ingênua eu, mas com ela e eu, deu tudo certo”.

Quando a nenê estava com cinco meses o casal acabou se separando: “*a gente se separou porque eu não aguentava mais aquela tortura de ser culpada todos os dias por ter engravidado*”. A separação foi bastante conturbada e difícil. Não conseguiram manter um bom relacionamento e hoje se falam muito pouco e apenas via mensagens por telefone. Fica claro através de sua narrativa que tem dificuldades em entender o porquê aconteceu a separação e chora várias vezes enquanto fala sobre isso.

Voltou a trabalhar logo depois do nascimento da filha, justificando que a situação financeira ficou difícil após a separação: “*Tive que voltar a trabalhar muito cedo em função da separação, tive que me mudar, sair de casa, mobiliar um apartamento novo, deixei tudo que tinha feito sob medida lá no outro....até hoje pra mim é um sofrimento sair de casa pra trabalhar porque sei que se ele pudesse dar uma pensão pra ela maior eu poderia ficar em casa mais tempo com ela e dar mais atenção pro desenvolvimento dela. Trabalho muito, acabo ficando muito tempo fora de casa pra poder pagar todas essas contas*”. A filha fica em casa com a avó e uma babá e parece ter uma rotina bem estabelecida: “*Desde que ela era bem pequenininha eu já estabeleci uma rotina, mamadas sempre na mesma hora, banho na mesma hora e mantemos isso até hoje. Eu sou muito organizada, gosto muito de rotina e sei que isso ajuda todo mundo, tanto a mim como pra ela faz bem*”.

Em relação ao desenvolvimento, a filha parece estar bem, mas reagindo as situações que o ambiente lhe apresenta. Desenvolveu alergia muito grave logo após a separação dos pais. Hoje tem o quadro alérgico controlado, mas ainda não solucionado.

As relações interpessoais e a relação com o bebê

Atualmente tem poucas amigas, como desde pequena, mas tem muitas relações, segundo ela: *“meus amigos são meus amigos porque têm algum interesse em mim, e por óbvio, eu tenho neles também, vai dizer? Todas as relações são assim”*. Sua profissão possibilita conhecer muitas pessoas e hoje seus amigos são as mesmas pessoas que são seus clientes.

Conta que se determinou a lutar pelo dinheiro e ter condições de vida melhor em função do relacionamento com sua avó, pois como dependiam dela para morar no local onde moravam, isso sempre foi motivo de briga entre a avó e a mãe: *“minha mãe e minha vó tinham brigado mais uma vez e mais uma vez minha vó nos correu de lá...ela mandou a gente embora uma vida inteira! Até meus 14 anos, quando comecei a trabalhar e juntar tudo que eu ganhava pra isso acabar”*.

Parece que hoje é a pessoa que é mais bem-sucedida na família e é possível perceber através de seu discurso que através da sua condição financeira ela estabelece seus relacionamentos, seja com a família ou com os amigos. Seus familiares recorrem a ela muitas vezes para pedir ajuda financeira, e na maioria das vezes acaba entregando o valor pedido, justificando que faz isso por que tem pena da mãe, irmão, pai e avó

Não tem boa relação com a mãe, mas depois da separação e do nascimento de sua filha, eventos que aconteceram quase juntos, se reaproximaram e hoje têm uma relação que nunca tiveram antes, segundo ela: *“mãe é mãe né...agora com a minha filha ela é outra pessoa. Agora ela é só vó, não precisa se preocupar com nada. Pago tudo, dou tudo. Então tá tudo certo pra mim. Ela me ajuda bastante e eu sustento ela (risos irônicos), é uma relação de interesse de ambas as partes, digamos assim, mas tudo certo”*. Acredita que a mãe foi muito irresponsável enquanto eram pequenos, ela e o irmão: *“Tinha um pouco de pena dela, mas também tinha raiva por ela não ser responsável”*, mas conta que com a neta ela tem outro comportamento, sendo muito

disponível, cuidadosa e amorosa: *“Quem me dera ter tido a vó que ela é pra Gabi quando era minha mãe... Ela é outra pessoa. E a Gabi ama ela, alucinada por ela”*.

Com o pai tem muito pouco contato e refere que a relação entre os dois é apenas de interesse e somente da parte dele, pois ela não o procura nunca: *“Meu pai se tornou uma relação de interesse. Ele não significa nada pra mim”*. Já ele quando precisa de ajuda financeira recorre a Miriam: *“acho que não sente nada (por ela) ...sente necessidade do meu dinheiro (risos)...Às vezes ele precisa do meu dinheiro pras encrencas dele lá e vem me pedir e dou quando eu acho que devo dar, é essa a relação”*.

Com a família do pai de Gabriela não tinha uma boa relação enquanto eram casados, conta que muito em função da mãe dele ser uma pessoa autoritária, o que ele aceitava bem, mas Miriam não. Em função não terem tido uma boa separação, atualmente não mantém contato nenhum com a família dele e com ele fala apenas assuntos relacionados à filha. A relação entre os dois ficou bastante distante e com muitas mágoas: *“Hoje eu posso te dizer que eu tenho muita raiva dele por ter sido tão cruel comigo....porque ele sabia que tava me fazendo sofrer por me tratar com tanta indiferença, mas mesmo assim ele optou por ser desprezível comigo num momento que tava tão fragilizada. Não precisava ter sido assim”*.

Durante o período da gestação trabalhava muito, pois já presumia que poderia acontecer a separação e queria estar amparada financeiramente quando chegasse o momento. Ainda nesse período, conta que não teve muitas condições emocionais de se vincular com o bebê, pois estava muito sobrecarregada e impactada com o que estava acontecendo em seu casamento: *“eu não conseguia muito me conectar com ela...eu via que meu casamento tava indo ladeira abaixo e eu sem entender nada, me parei a trabalhar...primeiro pra juntar dinheiro e pelo menos eu ficava com a cabeça ocupada, não ficava chorando...mas eu me alimentava, tudo bem certinho, eu já achava que tava*

fazendo mal pra ela de tanto que eu chorava e ficava triste....daí eu cuidava muito da minha alimentação pelo menos”.

Após o nascimento da filha o casal acabou por se separar e atualmente a menina fica em casa com avó materna e uma babá. A mãe optou por não a levar para creche neste momento, pois acredita que desta forma pode proteger a menina das doenças comuns do inverno. Entretanto fica muito pouco tempo em casa em função de trabalhar demais. Mas durante o relato da relação com a menina é um dos poucos momentos que fala mais afetivamente de alguém. Durante a entrevista sobre a maternidade teve dificuldade em manter o foco na relação com a filha falando muito da separação do casal.

Os resultados abaixo expõem os escores de Miriam na Técnica de Rorschach. Resultados acima da média são representados pelo símbolo (↑) e resultados abaixo da média serão representados por (↓). Mais adiante serão discutidos o que esses resultados expressam. CDI=3; COP:AG=2:3↑; a:p=9:11↑; Fd=0; SumT=0; GHR:PHR=↑4:2; SumH= 4↑; Isolate/R= 0,04↓; Afr= 0,50; WsumC= 1,5↓; EB= 4:1,5

Caso 03 – Mãe Raquel, 28 anos e bebê Fernando, 8 meses

Relações iniciais e experiências traumáticas na infância

Raquel cresceu em uma família bastante comprometida emocionalmente. Conta que o psiquiatra com quem consulta há alguns anos, acredita na hipótese de que a mãe pode ter diagnóstico de esquizofrenia e transtorno de humor bipolar, mas a própria mãe nunca consultou com nenhum psiquiatra ou psicólogo. Seu pai, apesar de ser mais cuidadoso e afetuoso que a mãe com as filhas, sempre foi um homem muito agressivo e violento com a mãe: *“lembro muito do pai e a mãe discutindo e batendo boca quase que*

o tempo todo. E lembro que o pai batia na mãe também". Ressalta que presenciou muitas vezes cenas de discussões e agressões entre os pais.

Tem uma irmã mais velha que sempre a ajudou a enfrentar as situações pelas quais passavam juntas: *"Ia pra cama da minha irmã e daí a gente se abraçava e chorava juntas até pegar no sono"*. Como a mãe tratava as filhas com bastante diferença, alegando ser em função da idade, sua irmã tinha mais liberdade que Raquel: *"ela podia sair pra rua mais, ela podia levar umas amigas lá pra brincar...e eu não podia sair do quarto, tinha que ficar vendo elas brincar e não podia brincar junto... eu tentava sair do quarto...e lá berrava ela pra eu voltar, que se eu não voltasse eu ia apanhar"*.

Quando questionada sobre sua infância conta: *"eu lembro de pouca coisa, acho que a maioria eu esqueci de propósito"* porque teve uma infância muito difícil e triste. Além das constantes brigas dos pais, havia sempre um clima tenso na casa devido à instabilidade de humor da mãe. A mãe não deixava que as filhas brincassem, usassem os brinquedos que ganhavam ou tivessem amigos. Os cuidados da casa e da comida para a família eram obrigações das filhas por determinação da mãe: *"a nossa vida era chegar do colégio e ir cuidar as coisas da casa. Passava fazendo faxina... A mãe passava a maior parte do tempo deitada no quarto dela, não fazia nada em casa, quem fazia tudo era eu e a Adriana, mas ela sabia tudo que acontecia"*.

A família não tinha contato com nenhum outro familiar, pois os pais também não mantinham contato com suas famílias de origem. Por incentivo da mãe, casou-se com 14 anos, com um homem bem mais velho, pois este tinha uma condição financeira melhor do que a deles e por isso a mãe achava que poderia ser bom para filha: *"Era uma criança. Mas a minha mãe deixou, ou melhor, me empurrou pra cima do cara"*. Logo após o casamento este passou a agredi-la fisicamente e a violentá-la sexualmente por diversas vezes até seus 18 anos, quando o pai toma a iniciativa de trazer a filha depois de um

episódio onde vê a filha novamente de casaco no verão tentando esconder os hematomas no corpo.

Acredita que tenha iniciado o quadro de depressão, que hoje trata com psicoterapia combinada com uso de psicofármacos, ainda enquanto criança: *“eu me sentia a criança mais infeliz do universo. Eu era muito triste...não queria mais viver. Tenho certeza que minha depressão começou na minha infância”*.

Puerpério e a vivência da maternidade

Raquel está casada há 5 anos e Fernando foi um bebê com a vinda planejada. O casal queria muito ter um filho e quando souberam da gravidez ficaram muito felizes, mas Raquel também preocupada: *“às vezes tinha certeza que tinha feito a coisa certa em engravidar, mas ao mesmo tempo me dava muito medo. Não sabia o que vinha pela frente”*. A gestação evoluiu tranquilamente, mas refere ter sentido as alterações de humor e teve pré-eclâmpsia no final da gestação. Correu tudo bem no parto, mas optou por não amamentar com leite materno para poder seguir tomando algumas medicações psiquiátricas. Conta que esta foi uma decisão discutida entre ela, sua psicóloga e o psiquiatra.

Sente-se muito segura com o marido, então acredita que a gestação e a maternidade estejam sendo um pouco mais fácil por ele estar presente sempre, cuidar dela e do bebê com muito amor e paciência: *“Não sei o que seria de mim se não fosse meu marido com toda a paciência que ele teve”*. Ela relata que tinha alguns medos: *“o principal era se eu ia ser uma boa mãe, se eu ia saber cuidar dele. Eu tinha um medo de não conseguir porque pra quem eu ia pedir ajuda??? Eu pensava eu vou conseguir e pronto. Fiz uns cursinhos desses pra gestantes...num deles meu marido foi junto, no*

outro fui sozinha. Mas li bastante também, vi vários vídeos na internet também. Fui tentando buscar conhecimento pra ficar tranquila”.

Entende que a maternidade, desde a gestação já, trouxe uma grande demanda emocional, precisando um esforço muito grande para manter-se bem, pois mesmo desejando ser mãe e tendo planejado a gravidez, sentia-se muito confusa e irritada.

Considera que os primeiros meses foram difíceis, pois o bebê tinha cólicas e chorava muito, desestabilizando muito Raquel. Se sentia angustiada com tanto choro e por não conseguir acalmá-lo: *“bem difícil mesmo porque eu me irritava (chora) me arrependo de não ter tido mais paciência com ele, mas era mais forte que eu, eu não conseguia não me irritar”*. Entretanto, ao se atentar a isso chamava o marido para que tomasse conta do menino. Quando o marido não estava recorria a uma vizinha que a ajudava muito: *“Ela conseguia acalmar ele em questão de minutos”*.

Demorou um pouco para conseguir se sentir segura de sua percepção enquanto mãe. Conta uma situação que Fernando estava chorando já há algum tempo e não conseguia saber o que poderia estar incomodando já que havia trocado suas fraldas, e mamado há duas horas: *“quem me falou que era fome foi a minha vizinha ela disse: pode fazer a mamadeira que isso daqui é fome! E foi batata! Eu dei a mamadeira antes das três horas e ele parou. Mas eu não tinha me dado conta. O pediatra falou pra mim que tinha que ser de três em três eu segui à risca”*.

Repete muitas vezes tenta não repetir com o filho o que a mãe fez com ela, mas conta que em algumas situações perdeu o controle, repetindo o trato hostil com as demandas do filho: *“Eu sacudia ele forte pra ver se ele se assustava e parava de chorar, mas daí que ele chorava mais”*. Sente que muitas vezes sua irritação está relacionada sua mãe. E depois da maternidade ficou mais intolerante tendo picos de raiva com a mãe: *“eu ficava lembrando como ela nos tratava quando a gente era pequenas (ela e a irmã)...eu*

não ficava pensando nisso...do nada aparecia na minha cabeça, as cenas e isso me deixava muito mal de cabeça”.

A partir dessas situações de sobrecarga emocional teve uma crise de ansiedade, quando Fernando com 20 dias, mas sente que sua terapia a ajuda muito com as questões da maternidade. Em seu espaço individual tem a oportunidade de compreender melhor as necessidades do filho e ser mais assertiva nos cuidados com ele: *“Mas minha psicóloga me explicou que ele precisa descobrir o mundo assim mesmo, fazendo bagunça. Que depois ele vai aprender a arrumar tudo e tal, eu fico bem mais aliviada quando ela me diz o que vai acontecer, o que é normal, se é da idade e tal, é difícil pra mim às vezes enxergar as coisas como a maioria das pessoas, então ela meio que me sintoniza, me dá um norte, mas é complicado”.* Fala que assim também se alivia da culpa que sente por ser como é e ter certos comportamentos ruins com Fernando: *“minha psicóloga que sempre diz isso”.*

As relações interpessoais e a relação com o bebê

Em geral Raquel parece ter poucas relações. Não faz referência a nenhuma amiga ao longo das entrevistas, apenas fala de uma vizinha que a ajuda com o bebê, mas não parece a ter como amiga. Acredita que seu jeito para lidar com as pessoas e com o bebê é muito seco: *“Talvez não seja uma mãe muito carinhosa, mas esse é meu jeito de cuidar dele também”.* Entende que o fato do filho ser mais tranquilo se deve ao fato dele já ter compreendido que a mãe tem um temperamento mais forte: *“ele sabe que sou meio estressada, que não tenho muita paciência com firula e mimimi. Acho que por isso ele é de boa”.*

Logo após o nascimento do bebê, relata que teve mais dificuldade em se manter próxima e conectada com o filho, pois além do cansaço físico de cuidar de um recém-nascido, tinha a sobrecarga emocional que estava enfrentando: *“Foi uma fase muito ruim. Meu marido chegava de noite e eu entregava o Fernando pra ele e ia dormir. Me desligava total. Na madrugada ele chorava e às vezes eu acordava, mas às vezes não”*.

Com sua irmã tem contato mais próximo que tem dos pais, mas não se falam muito durante a semana, apenas nos encontros aos domingos na casa dos pais, entretanto ressalta que na infância eram muito unidas. Enfrentavam as oscilações da mãe e as brigas dos pais, juntas: *“Eu lembro que a gente brincava muito entre a gente, eu e a minha irmã e sempre eram coisas de imaginação porque brinquedos não podia ter porque minha mãe achava que a gente não sabia cuidar. Imagina que cuidar pra ela era deixar na caixa e não mexer nunca, não tocar nos brinquedos”*.

Com os pais, Raquel mantém uma relação muito conturbada, oscilando entre se aproximar e se distanciar conforme as situações vão se apresentando: *“eu não esqueço as coisas que a mãe fez pra mim, do jeito que me tratou a vida toda...Hoje eu consigo ter um pouco de pena deles, o que eu não sentia antes dele. Só sentia raiva e ódio. Mas são altos e baixos...quando não estou de boa com eles, não apareço por lá semanas”*.

Com seu marido tem uma relação de muita confiança e parceria, mas refere que não é uma pessoa fácil de lidar e isso faz admirá-lo mais: *“Eu admiro meu marido por me aguentar (risos) sempre acho que ele vai se separar de mim, que vai arrumar outra na rua, que vai me largar. Sou grossa, solto as patas nele toda hora. Ele é um anjo mesmo, tem muita paciência comigo”*. Acha que ele contribui para que ela possa ser a mãe que é possível ser, e não a recrimina ou julga quando ela perde a paciência ou se descontrola.

A relação com seu filho Fernando, apesar de em muitos momentos parecer um pouco fria ao falar dele e da forma como organiza os cuidados dele, mostra bastante ambivalência sem relação a ele. No seu relato algumas vezes parece ser compreensiva e tolerante com o bebê, entretanto em outros momentos fica irritada e tem dificuldades em manter-se perto dele, optando que o pai tome conta do filho. Relata que se sente muito incomodada quando não consegue se comunicar com ele (descrevendo situações em que ela não consegue acalmá-lo) e idealiza a vizinha e seu marido por '*saber lidar com ele*'. Parece que consegue desempenhar melhor os cuidados mais operacionais, tendo certa rigidez nas trocas afetivas com o bebê. Entretanto, mesmo demonstrando não ter muitos recursos para lidar com questões excessivas para seu psiquismo, encontrou uma maneira de cuidar de Fernando, ainda que delegue para seu marido as tarefas quando percebe que está muito irritada ou sem paciência. Protege assim o filho de seus ataques de fúria.

Os resultados abaixo expõem os escores de Raquel na Técnica de Rorschach. Resultados acima da média vêm representados pelo símbolo (↑) e resultados abaixo da média serão representados por (↓). Mais adiante serão discutidos o que esses resultados expressam. CDI=4; COP:AG=0:0; a:p=3:7↑; Fd=2↑; SumT=0; GHR:PHR=↑3:3; SumH= 4↑; Isolate/R= 0,13↓; Afr= 0,48; WsumC= 3,5↑; EB= 5:7

Síntese dos casos cruzados

Ao focar nas relações interpessoais, é necessário voltar a atenção à origem da vida buscando por entender como foram as relações iniciais. Após a análise dos resultados de todos os instrumentos foi possível chegar a alguns pontos relevantes que serão discutidos adiante.

Relações iniciais e experiências traumáticas na infância

A criança, logo que nasce, tem necessidade inata de formar vínculo com alguém que a ajude a sobreviver. A partir deste encontro e permeados por suas vicissitudes acontecem as primeiras relações do bebê. Estas servirão de base para o desenvolvimento emocional, serão o espelho para seus relacionamentos futuros, irão ensinar a criança como as coisas funcionam no mundo como um todo, no mundo interno próprio e dos outros (Winnicott, 1990/1988, 1999/1987).

Os efeitos da exposição precoce a vivências traumáticas acarretam prejuízos ao desenvolvimento emocional do indivíduo, conforme extensa literatura (Allen, 2012; Beckwith, Cohen, & Hamilton, 1999; Berthelot et al., 2015; Schumm, Briggs-Phillips, & Hobfoll, 2006), da mesma forma que a instabilidades das relações parentais, somada a exposições traumáticas, gera alterações na capacidade de relacionamentos interpessoais e modifica a percepção que as vítimas têm das pessoas, das relações e do mundo de uma maneira geral (Van der Kolk, 2005).

As participantes desta pesquisa viveram sucessivos ruptura em suas relações desde a primeira infância. Carregam a marca de terem sido expostas a situações de agressões, violência e medo da morte e isso parece ter deixado registros, conscientes e inconscientes, que interferem na vida adulta, nas relações interpessoais e na relação com seus bebês hoje. Conforme Winnicott (1999/1987), o bebê necessita do rosto da mãe, de suas atitudes faciais, de seu olhar, do ambiente para constituir-se enquanto pessoa. Desta forma, a função da mãe, do pai, e do ambiente é proteger, cuidar e amar, ou seja, fazer exatamente o contrário do que parecem ter vivenciado estas participantes.

Seus modelos de identificação, suas relações iniciais, foram internalizados como objetos ruins, que não se pode confiar, pois em algum momento abandonam as relações

e que são incapazes de exercer proteção e cuidado. Desta forma, a capacidade de exercer a maternidade com seus bebês também fica prejudicada.

Puerpério e a vivência da maternidade

Todas referem que não se sentiam amadas em suas infâncias. Acompanhadas pelos sentimentos de solidão e desvalia todas sentiram que viver a maternidade é um misto de amor pela relação nova que se inaugura com o bebê, mas também é um momento que traz à tona muita dor e sofrimento, remetendo-as a um tempo muito ruim. A literatura aponta que a capacidade de o cuidador ser sensível ou não está diretamente relacionada com a história de seus próprios vínculos iniciais (Aviezer et al., 2002; Bowlby, 1998a, 1998b; Klaus & Kennel, 1993).

A vivência da maternidade para a mulher é um momento no qual inevitavelmente emergem situações emocionais anteriormente encobertas e/ou não totalmente solucionadas da sua vida, trazendo à tona conteúdos inconscientes (Cramer & Palacio-Espasa, 1993; Klaus et al., 2000; Maldonado, 2002). É um período no qual ela pode passar por uma espécie de regressão psíquica, lembrando e revivendo experiências com sua própria mãe. Desta forma, uma profunda reorganização psíquica se faz necessária, havendo necessidade da redefinição de alguns papéis, tal como naturalmente deverá acontecer a tentativa de elaboração de alguns conflitos nesse período (Klaus & Kennel, 1993).

Essa transição para a maternidade pode ser vivida como um momento sublime, mas também pode ser uma fase de muitas angústias e conflitos emocionais, podendo variar de acordo com a história da relação da gestante com sua própria mãe. Com a transição para o papel de mãe e o reaparecimento de lembranças, pode acontecer de

marcas de gerações passadas se manifestarem inconscientemente e influenciarem na relação atual com seu bebê (Cramer & Palacio-Espasa, 1993; Guedeney & Lebovici, 1999; Rodrigues et al., 2004), pois a maternidade é uma ‘janela aberta’ para vinda de histórias de conflitos emocionais que não puderam ser resolvidos e foram colocados de lado.

Todas elas sentiram muitas dificuldades em relação à maternidade e à chegada de um filho. A mãe, quando tem em suas memórias e lembranças um objeto cuidador bom e amável introjetado, seu inconsciente tende a se identificar com seu bebê e assim responder melhor às suas demandas, reconhecendo melhor suas vontades e podendo proporcionar segurança e proteção a ele (Winnicott, 1999/1987). Aqui os resultados indicam que todas as três participantes não introjetaram um objeto de amor que transmitisse cuidado e carinho, ou seja, é provável que não tiveram ao longo de sua infância a presença de uma mãe suficientemente boa e sim uma mãe invasiva, ausente e ou perturbada emocionalmente.

Pensar na responsabilidade e nas demandas cotidianas de uma criança assustaram muito Carmen, que conta que sua maior dificuldade é cuidar de sua filha estando sozinha em casa, pois não acredita que pode ser uma boa mãe, sentindo-se muito insegura. Desde o nascimento da filha nunca ficaram sozinhas, assim como não sai com a menina de casa sem estar com alguém com quem se sinta segura para acompanhá-la.

Através dos relatos da história de Mirim e Raquel é possível identificar a percepção e sensação de que não sabem lidar com as demandas de seus filhos. Em ambas as situações existe um terceiro, mãe e marido respectivamente, ocupando o espaço de cuidador, também estando disponíveis e atentos às necessidades de mãe e filho. Quando um cuidador está presente, próximo e atento às necessidades da criança proporciona sensação de segurança, despertando a vontade de desbravar o mundo e explorar seu

ambiente (Parkes, 2009). Assim, os filhos das participantes parecem estar bem melhor amparados do que elas foram enquanto criança. De acordo com os relatos das mães, todos parecem desfrutar de relações de cuidado e amor.

Cada uma delas irá construir sua identidade materna baseada em seu modelo original de relacionamento, onde identifica-se com a sua própria mãe (Parkes, 2009). Entretanto, no caso das participantes, em função dos traumas vividos, a situação apresenta-se de forma inversa uma vez que tentam muito ser mães diferentes daquelas que tiveram em suas infâncias, tomam a mãe como um modelo, entretanto um modelo a não ser seguido.

O fato de todas as participantes fazerem psicoterapia sem dúvida auxiliou-as a enfrentar o puerpério e a maternidade. Carmen e Raquel pontuam essa questão em seus relatos. A relação de troca e confiança estabelecida com a terapeuta, com pediatra e com o marido ajudam estas mulheres a construir e desenvolver o papel materno dentro de cada uma.

Raquel e Miriam iniciaram seus tratamentos quando perceberam a dificuldade para se relacionar com as pessoas. Raquel demonstra seu autoconhecimento explicando como consegue reconhecer seu funcionamento emocional, as oscilações de humor, os picos de agressividade, e as dificuldades no relacionamento com o marido. Miriam, demonstra ser um pouco mais resistente à introspecção, foi buscar tratamento a pedido do seu ex-marido que sugeriu que ela estivesse deprimida. Entretanto, é possível perceber sua dificuldade para se relacionar também com os terapeutas, pois em três anos acredita que tenha consultado com quatro profissionais diferentes alegando não ter encontrado afinidade com nenhum. Sem falar de sua história pregressa, que não é uma tarefa fácil de ser enfrentada e particularmente dolorosa.

As relações interpessoais e a relação com o bebê

Através de seus relatos foi possível identificar que todas têm como dificuldade central o medo da rejeição nas relações. De acordo com Mitchell (2000), em função das relações iniciais terem sido permeadas de traumas e dor, são pessoas que têm dificuldade em se expor e fazer vínculos, pois acreditam que manter uma relação amorosa e íntima é algo ameaçador, causa de desconforto.

A participante Miriam parece delegar bastante os cuidados de sua filha a terceiros, assim como aconteceu na sua história: foi deixada de lado enquanto a mãe se recompunha depois da separação do marido, passando horas fora de casa. Raquel apresenta dificuldade nas trocas de afeto com seu bebê, sendo um pouco distante afetivamente quando fala dele. E Carmen é a participante que demonstra ter uma relação bem próxima e íntima com filha.

Mesmo Raquel, que parece ter uma relação mais distante das pessoas, tem com seu bebê uma relação de muito cuidado, proteção e amor. Mesmo tendo rompantes de agressividade, consegue perceber sua limitação e pedir ajuda, ou para a vizinha ou para o marido. É uma atitude de muito cuidado com Fernando. Assim como quando opta por não o amamentar com leite materno, por causa das medicações que toma, em prol de manter sua saúde mental e sabendo dos benefícios disso para seu bebê. Assim demonstra que tem consciência dos malefícios de expor Fernando a seus ataques de fúria.

Os dados obtidos através do Rorschach foram analisados de acordo com os escores individuais comparados às médias brasileiras – estatística descritiva para 409 protocolos de paulistanos não-pacientes, uma vez que as médias mudam muito de acordo com cada cultura e país (Nascimento, 2010). As variáveis avaliadas aqui são aquelas que se acredita que podem responder às questões do estudo, conforme o Apêndice G.

Tabela 3

Resultados das Participantes e Estatística Descritiva para 409 protocolos de Acordo Acordo com Referenciais Normativos da Amostra Brasileira de Nascimento (2010)

Variáveis	Caso 1	Caso 2	Caso 3	Média	Desvio padrão	Mínimo	Máximo	Mediana	Moda
Variáveis do Relacionamento Interpessoal									
CDI	2	3	4						
COP	0	2	0	0,68	0,91	0,00	4,00	0,00	0,00
AG	3	4	0	0,29	0,63	0,00	4,00	0,00	0,00
a	8	9	3	3,79	2,68	0,00	18,00	3,00	3,00
P	4	11	7	3,86	2,56	0,00	16,00	3,00	3,00
Fd	1	0	2	0,30	0,59	0,00	4,00	0,00	0,00
GHR:PHR	2:5	4:2	3:3						
H	2	4	10	1,92	1,59	0,00	9,00	2,00	1,00
Isolate	0,15	0,04	0,13	0,22	0,16	0,00	0,86	0,20	0,00
Variáveis do Afeto									
WSumT	0	0	0	0,41	0,76	0,00	4,00	0,00	0,00
Afr	0,39	0,50	0,48	0,55	0,23	0,20	1,75	0,50	0,50
WSumC	5	1,5	3,5	2,19	1,81	0,00	11,50	2,00	0,00
EB	4:5	4:1,5	5:3,5						

O Índice de Déficit Relacional (*CDI*) revela a disponibilidade que o sujeito tem para lidar as com demandas, ou seja, se tem recursos adaptativos que o ajudem a enfrentar situações cotidianas (Weiner, 2000). Os resultados de Carmen e Miriam mostram que ambas podem ter pouca ou nenhuma dificuldade para administrar as relações interpessoais, uma vez que seus resultados são compatíveis aos dados normativos. Já Raquel teve *CDI* positivo, indicando menos habilidades sociais, podendo apresentar dificuldades na adaptação ao ambiente e ao enfrentar situações, em geral no âmbito social, pois evidencia desamparo e vulnerabilidade. Exner (2003) coloca que pode se tratar de uma pessoa imatura, e com facilidade pode se desorganizar emocionalmente.

A frequência dos códigos especiais *COP* (movimento cooperativo) e *AG* (movimento agressivo) mostra, segundo Nascimento (2010), aspectos das relações interpessoais, sendo esperado um resultado $COP > AG$, revelando que o indivíduo é disponível e suscetível a estabelecer vínculos mais positivos e menos hostis. Carmen e Miriam apresentam maior propensão a ter atitudes agressivas nas relações, pois tendem a

perceber as relações e trocas com o meio de maneira hostil ($COP < AG$). Já Raquel não teve respostas com classificação de AG ou COP , o que sugere que não visualiza nem aspectos negativos nem positivos nas interações, como se não houvesse interesse nas relações interpessoais (Exner & Sandín, 1999).

Os códigos a (ativo) e p (passivo) apontam como a pessoa se coloca nas relações. Miriam e Raquel obtiveram $p > a+1$, sugerindo que nas relações apresentam propensões a adotar um papel passivo, esperando que o outro faça algo para se aproximar, evitando tomar iniciativa. Bem como, podem subordinar seus desejos e vontades em prol dos demais. Já Carmen apresentou $a > p$, estando dentro de esperando de acordo com Exner (2003) e a tabela normativa onde o ideal para as relações seria $a > p$ (3:1), indicando boas condições para as relações, ainda que prefira não as ter ($H \downarrow$).

A variável Fd (respostas de conteúdo de alimento, $m = 0,30$), apesar de não serem esperadas, também apareceram nas respostas das participantes. Carmen apresentou tendência a buscar apoio nas pessoas ($Fd \uparrow$). Nas relações tende a se colocar de modo mais dependente. Miriam não teve nenhuma resposta ($Fd 0$), o que é um dado favorável, porém se interpretado junto com o índice $p > a$ e $AG > COP$ tem-se indicações de que possa ser uma pessoa que se relaciona de maneira passivo-ativo, podendo agir agressivamente para tentar disfarçar suas fragilidades nas suas relações (Exner, 2003). E Raquel apresentou nível de dependência emocional elevado e certa ingenuidade nas relações, evidenciando um funcionamento *passivo-dependente* ao se relacionar, além de revelar sentimentos de desamparo.

Os códigos especiais GHR e PHR , de acordo com Perry e Viglione (1991), são ótimas medidas para avaliar as representações de objeto, ressaltando que quanto melhor as condições para as relações, melhor será a capacidade para perceber os humanos de forma adequada, como figuras inteiras e bem definidas. Esta variável revela aspectos

disfuncionais nas relações, dificuldades ou tendências a condutas sociais ineficientes (Resende, 2016). Os resultados de Carmen corroboram os achados em outros índices, apontando para dificuldades nas relações interpessoais, tendência a ver as relações e as pessoas de maneira distorcida, danificadas ou agressivas ($GHR < PHR$). Os resultados de Raquel ($GHR:PHR$) apontam para fracasso na manutenção das relações. Já Miriam demonstra boa condição para as relações ($GHR > PHR$).

Conteúdo Humanos inteiros (H) são potenciais indicadores do interesse que o indivíduo tem pelas relações humanas e para compreensão da autopercepção (Nascimento, 2010). Revela como vê a si, aos demais e como interage com o outro (Exner & Sandín, 1999). Os resultados de Carmen indicam baixo interesse nas relações humanas ($H \downarrow$). E Miriam e Raquel mostram interesse pelas relações, entretanto Raquel com resultados aumentado em relação à Miriam, apontando para maior necessidade das relações ($H \uparrow$). Entretanto, há de se ter cautela nesta interpretação, uma vez que $COP=0$ revela que talvez não tenha, na prática, uma atitude de disposição com os demais.

O índice de isolamento ($Isolate/R$, $m=0,22$), de acordo com Exner e Sendín (1999), revela que quando os resultados ficam aquém da normativa, estes não têm significância interpretativa. No caso das três participantes, os resultados foram abaixo da média, ou seja, sem valores interpretativos, assim sugerindo que não há tendência ao isolamento nas participantes (Schneider, 2011).

As variáveis que investigam questões relacionadas ao afeto foram Estilo EB , $WsumC$, $WsumT$, Afr . Os autores Exner e Sendín (1999) trazem que a eficácia na solução de problemas ou o enfrentamento de situações de conflito depende da estrutura emocional do indivíduo. Entretanto, ela depende das relações iniciais e com o meio em que está inserido. Assim, EB (tipo de vivência) revela-se como uma estratégia de enfrentamento, ou seja, a maneira pela qual a pessoa utiliza seus recursos a fim de resolver ou amenizar

um problema. Carmen apresentou EB *ambígua* ($M:WSumC$), mostrando um estilo confuso para as soluções de conflitos, alternando entre usar mais o pensamento (*EB extratensivo*) e outras vezes ser guiada por seus afetos (*EB introversivo*), sendo mais inconsistente e imprevisível em suas condutas (Hisatugo, Yazigi; Del Porto, 2009). Miriam e Raquel apresentaram o tipo *introversivo* ($M > WSumC$), indicando que preferem deixar as emoções de lado e priorizar a razão.

O somatório das respostas de cor ($WSumC$, $m=2,19$) é capaz de apontar a forma como o sujeito manifesta suas emoções, podendo ser mais racional ou afetivo. É uma variável muito relacionada com EB. Carmen mostra que tem recursos para demonstrar seus afetos ($WSumC \uparrow$), entretanto parece optar por não fazê-lo, o que é compreensível visto o que passou em sua infância em suas relações. Os resultados de Miriam sugerem capacidade insuficiente de expressar suas emoções, podendo trazer prejuízos na adaptação às relações ($WSumC \downarrow$). E Raquel demonstra ter boa capacidade de interagir e expressar suas emoções, tendo resultado dentro da média.

Com relação à textura nas respostas ($WSumT$, $m=0,41$), as três participantes não tiveram nenhuma resposta classificada como *T*, indicando ausência da necessidade de proximidade e contato. Scortegagna (2008) traz uma pesquisa de Leavitt e Labbott (1996) na qual os autores constataram que não foi possível encontrar respostas de textura em 73% da amostra do grupo de pacientes que apresentavam histórico de violência sexual na infância.

O quociente Afetivo (Afr , $m=0,55$) revela a responsividade do sujeito com seus estímulos emocionais, ou seja, a capacidade de modular seus afetos (Nascimento, 2010). Carmen demonstra que evita processar estímulos afetivos, podendo sentir-se constrangida em situações de demonstração de afeto ($Afr \downarrow$). Já Miriam e Raquel obtiveram seus

resultados dentro da média normativa, indicando boa capacidade para identificar e lidar com seus afetos.

Diante destes resultados referentes às variáveis analisadas através da técnica de Rorschach pode-se pensar que Carmen demonstra não ter dificuldade para estabelecer as relações interpessoais (*CDI*), entretanto seus resultados sugerem que pode perceber o convívio com as pessoas de maneira hostil ou ameaçadoras (*COP < AG*), podendo interpretar o comportamento das pessoas de maneira distorcidas ou agressivas (*GHR < PHR*). Desta forma, mostrando-se pouco aberta as interações positivas (*H ↓*), indicando ausência da necessidade de proximidade e contato com as pessoas (*SumT*), mas ao mesmo tempo, não demonstra necessidade de se manter de maneira isolada (*Isolate*). Quando consegue estabelecer suas relações, pode se colocar de modo mais dependente (*Fd ↑*), mas sem ser passiva *a > p*. Sua estratégia para solução de conflitos ainda é bastante confusa, oscilando entre usar a razão ou as emoções para resolvê-los, podendo ser imprevisível ou inconstante. Fica evidente que, apesar de ter recursos para demonstrar seus afetos (*WSumC ↑*), evita processos psíquicos carregados de estímulos afetivos podendo, assim, sentir-se constrangida em situações de demonstração de afeto (*Afr ↓*).

Miriam demonstra boa disponibilidade para enfrentar as demandas cotidianas do ambiente (*CDI*). Mostra boa condição para as relações (*GHR > PHR*) e interesse por elas (*H ↑*), mas pode sentir-se pouco confortável com proximidade, necessitando manter-se a certa distância das pessoas (*WSumT*), mas sem necessidade de isolamento (*Isolate*). Assim, se posiciona de maneira desfavorável para o estabelecimento das relações (*COP < AG*), demonstrando tendência a agir de maneira passiva nas relações, esperando que os outros façam algo para se aproximar (*p > a + I*). Não mostra propensão a se colocar de forma dependente em seus relacionamentos (*Fd*). Para solução de conflitos, parece tomar decisões baseada mais em seus pensamentos do que sentimentos, preferindo a lógica para

resolvê-los (*EB introversivo*). Apesar de ter capacidade adequada para identificar e lidar com seus afetos (*Afr*), aponta falhas para expressá-los (*WSumC* ↓).

Raquel teve o Índice de Déficit Relacional positivo (*CDI*), indicando comprometimento na capacidade de enfrentar as demandas cotidianas, podendo interferir em sua adaptação, em geral no âmbito social, tendendo a ser mais superficial e menos empática. Não atribui às relações nem aspectos negativos, nem positivos (*AG:COP*), o que pode ter a ver com sua dificuldade na manutenção das relações (*GHR:PHR*), gerando ausência da necessidade de contato (*SumT*), mas não há indicativos de necessidade de isolamento (*Isolate*). Entretanto, mostra desejo pelas relações interpessoais ($H \uparrow$), apesar de não colaborar muito para que elas aconteçam ($p > a+1$). Quando estabelecidas, suas relações mostram elevado nível de dependência emocional, podendo ter condutas passivo-dependentes (*Fd*). Indicação de que prefere usar a lógica para tomar decisões, deixando seus sentimentos à margem (*EB introversivo*), mesmo mostrando ter condições para interagir e expressar suas emoções (*WSumC*).

Os dados obtidos através da avaliação do Rorschach vão ao encontro do que foi revelado pelas participantes através dos seus relatos quando questionadas sobre a relação com seus primogênitos. As dificuldades que se sobressaíram em seus relatos foram inabilidade em compreender as demandas dos bebês, pouca tolerância ao estresse, resistência com as emoções e em expressar seus afetos pelos bebês, sentimentos ambivalentes em relação à maternidade, e descredito em relação as próprias percepção sobre os filhos, acreditando que outras pessoas sabem mais dele do que elas mesmas. Todas referem que a maternidade trouxe sentimentos como medo, ansiedade e um misto de alegria pelo bebê, mas de tristeza pelas lembranças da infância ocasionadas com a chegada do primeiro filho.

Considerações Finais

A maternidade constitui-se de uma experiência interior única, solitária e profunda na qual a mulher fica entregue às suas sensações internas, fantasias, marcas e lembranças. Para tanto, é necessário que haja uma espécie de reencontro com sua mãe interna. Golse e Bydlowski (2002) acreditam que se o objeto interno da mãe é constituído de vivências traumáticas e ameaçadoras, pode trazer angústias e sensações desconfortáveis com a chegada da maternidade.

Tomando a saúde emocional da mãe como crucial para o desenvolvimento emocional da criança, muitos estudiosos vêm investigando e tentando compreender o significado e quais os possíveis impactos que experiências traumáticas vividas na infância acarretam ao desenvolvimento das relações (Bifulco, Moran, Baines, Bunn, & Stanford, 2002; Teicher et al., 2003; Vitriol, Ballesteros, Florenzano, Weil, & Benadof, 2005). Diversos estudos puderam identificaram que experiências traumáticas vividas precocemente podem predizer problemas graves no desenvolvimento emocional (Alvarez-Segura, Garcia-Esteve, Torres, Plaza, Imaz, Hermida-Barros, & Burtchen, 2014; Heim, Shugart, Craighead, & Nemeroff, 2010).

A importância de a atenção estar focada nas relações interpessoais está no fato de que é através delas que se originam as primeiras relações de um indivíduo, ou seja, é no contato com a mãe e familiares que a criança aprende a se relacionar com as pessoas e com o mundo. Diversos estudos mostram que na vida adulta pessoas que tiveram boas experiências em suas relações iniciais sentem-se mais amparadas e por isso tendem a ser mais confiantes, uma vez que percebem a constância de um suporte emocional que promove o sentimento de confiança e proteção (Ainsworth, Blehar, Waters, & Wall, 1978; Bowlby, 1990/1969; Georgiou & Meins, 2010; Khoshkam, Bahrami, Ahmadi,

Fatehizade, & Etemadi, 2012). Isso significa que elas tiveram a oportunidade de construir vínculos fortes num ambiente benigno (Winnicott, 1983/1965).

Entretanto, aconteceu de forma diferente com as participantes, pois elas têm em comum a história de traumas vividos na infância, em casa, com suas famílias de origem. De acordo Winnicott (1990/1988), crescer em um ambiente hostil e ameaçador, onde há privação de amor e cuidados maternos, ou de uma mãe substituta, tem efeitos que variam de acordo com a intensidade da privação, mas em grande parte das vezes os prejuízos incidem sobre a estabilidade emocional e a capacidade para estabelecer e/ou manter as relações interpessoais.

Sendo assim, é possível que quando os pais foram expostos a vivências traumáticas precoces haja uma transmissão inconsciente na maneira de se vincular e de se relacionar, replicando algo que não puderam aprender em suas relações (Fonagy et al., 2002). Entretanto, é possível que aconteça uma interrupção dessa transmissão a partir do momento em que os pais desenvolvem a capacidade de refletir sobre seus sentimentos e pensamento, desenvolvendo a habilidade de identificar e manejar suas emoções, assim contribuindo com o desenvolvimento emocional do filho. Através da construção de uma base segura na infância é ofertada a possibilidade de o sujeito explorar e desvendar o mundo, assim tendendo a se desenvolver de maneira mais saudável e ter relações duradouras e harmoniosas em suas vidas (Slade, 2007).

Ao mesmo tempo em que as situações traumáticas geram dificuldades emocionais, elas também puderam gerar nesses casos um desejo em não repetir as histórias na construção de suas próprias famílias. A maternidade talvez propicie esse processo de busca pela mudança ou melhora. Sendo assim, pode se entender a psicoterapia como um canal de ajuda para lidar com tantas lembranças de eventos ruins e traumáticos,

proporcionando segurança para essas mulheres desenvolverem-se enquanto mãe (Parkes, 2009).

O relacionamento constituído entre a criança e seus pais ou substitutos influenciam na maneira como vê a si e aos outros, pois é a partir desta interação que começa a constituição do *self* (Fonagy & Bateman, 2007). A relação estabelecida entre a criança e as pessoas mais próximas devem ser foco de investimento, uma vez que seu desenvolvimento está entrelaçado com esse cenário (Franco, 2015). Neste sentido, a proposta deste estudo e seus resultados têm a ver com a clínica com gestantes, mães, pais e bebês, gerando dados para pensar em intervenções precoces entre pais e bebê (família) visando à promoção da saúde e a prevenção de psicopatologias prejudiciais ao desenvolvimento saudável da criança (Batista-Pinto, 2004). Além do fato de que para auxiliar a entender e regular suas emoções, a partir de uma relação de apego segura, o psicoterapeuta pode proporcionar condições para que o indivíduo consiga aumentar sua consciência e competência emocional (Allen, 2013; Allen, Fonagy, & Bateman, 2008).

Através dos relatos obtidos, as dificuldades encontradas nos relacionamentos interpessoais das participantes foram possíveis identificar também na relação com seus filhos. São mães com muito desejo em proporcionar uma relação diferente daquela que viveram em suas infâncias, entretanto apesar da intenção benevolente, todas apresentam falhas significativas no estabelecimento e manutenção das relações de proximidades com as pessoas, mostrando desconfiança com as relações e pouco interesse em manter-se em contato com os demais. Em relação aos filhos, são mães presentes, zelosas, com muita atenção dedicada aos cuidados como rotinas, alimentação, lazer, entretanto todas relataram sentir-se inseguranças, com medo de não conseguir atender as demandas básicas, diminuindo suas percepções enquanto mães, como se precisassem sempre de um terceiro que as ajude com os filhos, principalmente com as questões emocionais.

Por fim, justifica-se que as condutas e os comportamentos das participantes com seus bebês não foram observados e nem medidos diretamente. Estes dados foram coletados através das entrevistas aplicadas aqui. Assim, sugere-se nos estudos que tenham como foco acompanhar e avaliar a interação da dupla ao longo do primeiro ano ou em outras etapas do desenvolvimento.

Referências

- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Hillsdale: Erlbaum.
- Allen, J. G. (2012). *Restoring mentalizing in attachment relationships: Treating trauma with plain old therapy*. Arlington: American Psychiatric Publishing.
- Allen, J. G. (2013). *Mentalizing in the development and treatment of attachment trauma*. London: Karnac Books.
- Allen, J. G., Fonagy, P., & Bateman, A. W. (2008). *Mentalizing in clinical practice*. Arlington: American Psychiatric Publishing.
- Allonnes, C. R. (2004). Psicologia clínica e procedimento clínico. In C. R. Allonnes, C. Assouly-Piquet, F. B. Slama, A. Blanchet, O. Douville, A. Giami, K. C. Nguyen, M. Plaza, C. Samalin-Amboise (Eds.), *Os procedimentos clínicos nas ciências humanas: Documentos, métodos, problemas* (pp. 17-34). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Alvarez-Segura, M., Garcia-Esteve, L., Torres, A., Plaza, A., Imaz, M. L., Hermida-Barros, L., & Burtchen, N. (2014). Are women with a history of abuse more vulnerable to perinatal depressive symptoms? A systematic review. *Archives of Women's Mental Health*, 17(5), 343-357. doi: 10.1007/s00737-014-0440-9
- Araújo, C. A. S. (2011). O ambiente winnicottiano. In E. Dias, & Z. Loparic (Eds.), *Winnicott na escola de São Paulo* (pp. 211-229). São Paulo: DWW Editorial.

- Aviezer, O., Sagi, A., & Van Ijzendoorn, M. (2002). Balancing the family and the collective in raising children: Why communal sleeping in kibbutzim was predestined to end. *ProQuest Psychology Journals*, 41(3), 435-454. doi: 10.1111/j.1545-5300.2002.41310.x
- Barstad, M. G. (2013). *Do berço ao túmulo: A teoria do apego de John Bowlby e os estudos de apego em adulto*. Dissertação de Mestrado, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.
- Batista-Pinto, E. (2004). Os sintomas psicofuncionais e as consultas terapêuticas pais/bebês. *Estudos de Psicologia*, 9(3), 451- 457. doi: 10.1590/S1413-294X2004000300007
- Beckwith, L., Cohen, S. E., & Hamilton, C. E. (1999). Maternal sensitivity during infancy and subsequent life events relate to attachment representation at early adulthood. *Developmental Psychology*, 35(3), 693-700. doi: 10.1037/0012-1649.35.3.693
- Bernier, A., & Miljkovitch, R. (2009). Intergenerational transmission of Attachment in father-child dyads: The case of single parenthood. *The Journal of Genetic Psychology*, 170(1), 31-51. doi: 10.3200/GNTP.170.1.31-52
- Bernstein, D. P., & Fink, L. (1998). *Childhood trauma questionnaire: A retrospective self-report: Manual*. New York: Harcourt Brace & Company.
- Bernstein, D. P., Stein, J. A., Newcomb, M. D., Walker, E., Pogge, D., Ahluvalia, T., & Zule, W. (2003). Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. *Child Abuse & Neglect*, 27(2), 169-190. doi: 10.1016/S0145-2134(02)00541-0
- Berthelot, N., Ensink, K., Bernazzani, O., Narmandin, L., Luyten, P., & Fonagy, P. (2015). Intergenerational transmission of attachment in abused and a neglected mother:

- The role of trauma-specific reflective functioning. *Infant Mental Health Journal*, 36(2), 200-212. doi: 10.1002/imhj.21499
- Bifulco, A., Moran, P. M., Baines, R., Bunn, A., & Stanford, K. (2002). Exploring psychological abuse in childhood: II. Association with other abuse and adult clinical depression. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 66(3), 241-258. doi: 10.1521/bumc.66.3.241.23366
- Botella, C., & Botella, S., (2003). *La figurabilidad psíquica*. Buenos Aires: Ed. Amorrortu.
- Bowlby, J. (1998a). *Apego e perda: Perda, tristeza e depressão* (Vol. 3). São Paulo: Martins Fontes. (Obra original publicada em 1973).
- Bowlby, J. (1998b). *Apego e perda: Separação, angústia e raiva* (Vol. 2). São Paulo: Martins Fontes. (Obra original publicada em 1973).
- Bowlby, J. (1990). *Apego e perda: Apego, a natureza do vínculo* (Vol. 1). São Paulo: Martins Fontes. (Obra original publicada em 1969).
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in psychology*, 3(2), 77-101. Disponível em: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1191/1478088706qp063oa>
- Brodski, S. K., Zanon, C., & Hutz, C. S. (2010). Adaptação e validação do Questionário sobre Traumas na Infância (QUESI) para uma amostra não-clínica. *Avaliação Psicológica*, 9(3), 499-501. Retrieved from http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712010000300017
- Canavarro, M.C., Dias, P., & Lima, V. (2006). A avaliação da vinculação do adulto: Uma revisão crítica a propósito da aplicação da Adult Attachment Scale – R (AAS-

- R) na população portuguesa. *Psicologia*, 20(1), 155-187. Retrieved from <http://www.scielo.mec.pt/pdf/psi/v20n1/v20n1a08.pdf>
- Conselho Nacional de Saúde (2016). *Resolução n ° 510, de 07 de abril de 2016*. Brasília, DF.
- Cramer, B., & Palácio-Espasa, F. (1993). *Técnicas psicoterápicas mãe-bebê: Estudos clínicos e técnicos*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Dias, E. O. (2003). *A teoria do amadurecimento de D. W. Winnicott* (1st ed). São Paulo: DWW Editorial.
- Dias, E. O. (2012). *A teoria do amadurecimento de D. W. Winnicott* (2nd ed). São Paulo: DWW Editorial.
- Donelli, T. M. S., Schaefer, M. P., Recktenvald, K., & Santos, M. N. (2017). *Entrevista de história de vida e relações atuais*. Instrumento não-publicado.
- Ensink, K., Normandin, L., Target, M., Fonagy, P., Sabourin, S., & Berthelot, N. (2015). Mentalization in children and mothers in the context of trauma: An initial study of the validity of the Child Reflective Functioning Scale. *British Journal of Developmental Psychology*, 33(2), 203-217. doi: 10.1111/bjdp.12074
- Exner Jr., J. E. (1999). *Manual de classificação do Rorschach para o Sistema Compreensivo*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Exner Jr., J. E. (2003). *The Rorschach: A Comprehensive System - Basic foundations and principles of interpretation* (Vol. 1). New Jersey: John Wiley and Sons.
- Exner Jr., J. E., & Sendín, C. (1999). *Manual de interpretação do Rorschach para o Sistema Compreensivo*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Felice, E. M. (2007). Transformação e “cura” através da experiência de ser mãe. *Psychê*, 11(21), 145-159. Retrieved from <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/psyche/v11n21/v11n21a10.pdf>

- Ferenczi, S. (1992). A criança mal-acolhida e sua pulsão de morte. In Ferenczi, S., *Sándor Ferenczi: Obras Completas*. (Vol. 3, pp. 47-51). São Paulo: Martins Fontes. (Obra original publicada em 1929).
- Fonagy, P., & Bateman, A. (2007). Mentalizing and borderline personality disorder. *Journal of Mental Health*, 16(1), 83-101. doi: 10.1080/09638230601182045
- Franco, V. (2015). *Introdução à intervenção precoce no desenvolvimento da criança com a família, na comunidade, em equipe*. Évora: Edições Aloendro.
- Gagné, M. H., Drapeau, S., Melançon, C., Saint-jacques, M. C., & Lépine, R. (2007). Links between parental psychological violence, other family disturbances, and children's adjustment. *Family Process*, 46(4), 523-542.
- Georgiou, M., & Meins, E. (2010). Relations between peer attachment, self-esteem, and perceived parental bonding in Greek Cypriot and British Young Adults. *The Cyprus Review*, 22(1), 61-77. Retrieved from <http://cyprusreview.org/index.php/cr/article/view/182>
- Golse, B., & Bydlowski, M. (2002). Da transparência psíquica à preocupação materna primária: Uma via de objetualização. In L. Correia-filho, M. E. Corrêa, & P. S. França (Eds.), *Novos olhares sobre a gestação e a criança até três anos: Saúde perinatal, educação e desenvolvimento do bebê* (pp. 215-220). Brasília: LGE.
- Grassi-Oliveira, R., Stein, L. M., & Pezzi, J. C. (2006). Tradução e validação de conteúdo da versão em português do Childhood Trauma Questionnaire. *Revista de Saúde Pública*, 40(2), 249-255. doi: 10.1590/S0034-89102006000200010
- Guedeney, A., & Lebovici, S. (1999). *Intervenções psicoterápicas pais/bebê*. Porto Alegre: Artmed.

- Gus, I. I. (2013). O negativo e o irrepresentável: avanços na metapsicologia da técnica psicanalítica. *Revista de Psicanálise da SPPA*, 20(3), 679. Retrieved from <http://www.revista.sppa.org.br/index.php/RPdaSPPA/article/view/107>
- Gutierrez, D. M. D., & Pontes, K. D. D. S. (2011). Vínculos mãe-filho: reflexões históricas e conceituais à luz da psicanálise e da transmissão psíquica entre gerações. *Revista do NUFEN*, 3(2), 3-24. Retrieved from <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rnufen/v3n2/a02.pdf>
- Heim, C., Shugart, M., Craighead, W. E., & Nemeroff, C. B. (2010). Consequências neurobiológicas e psiquiátricas do abuso e da negligência de crianças. *Psicobiologia de Desenvolvimento*, 52(7), 671-690.
- Hisatugo, C. L. C., Yazigi, L., & Del Porto, J. A. (2009). Cognição, afeto e relacionamento interpessoal de mulheres com transtorno afetivo bipolar. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 22(3), 377-385. doi: 10.1590/S0102-79722009000300008
- Jacobsen, H., Ivarsson, T., Wentzel-Larsen, T., Smith, L., & Moe, V. (2014). Attachment security in young foster children: continuity from 2 to 3 years of age. *Attachment & human development*, 16(1), 42-57. doi: 10.1080/14616734.2013.850102
- Jerusalinsky, J. (2008). Angústia na pós-maternidade. *Revista da Associação Psicanalítica*, (35), 9-20. Retrieved from http://www.pucsp.br/prosaude/downloads/agenda/eventos_internos/bibliografia-de-Formacao-para-a-deteccao-e-intervencao-precoce.pdf
- Kernsmith, P. (2006). Gender differences in the impact of family of origin violence on perpetrators of domestic violence. *Journal of Family Violence*, 21(2), 163-171. doi: 10.1007/s10896-005-9014-y

- Kerr-Corrêa, F., Tarelho, L. G., Crepaldi, A. L., Camiza, L. D., & Villanassi, R. (2000). Abuso sexual, transtornos mentais e doenças físicas. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 27(5), 257-271. Retrieved from <https://repositorio.unesp.br/handle/11449/66408>
- Khoshkam, S., Bahrami, F., Ahmadi, S. A., Fatehizade, M., & Etemadi, O. (2012). Attachment Style and Rejection Sensitivity: The Mediating Effect of Self-Esteem and Worry among Iranian college students. *Europe's Journal of Psychology*, 8(3), 363-374. doi: 10.5964/ejop.v8i3.463
- Klaus, M. H., & Kennel, J. H. (1993). *Pais/bebê a formação do apego*. Porto Alegre: Artes Médica.
- Klaus, M. H., Kennel, J. H., & Klaus, P. H. (2000). *Vínculo: Construindo as bases para um apego seguro e para a independência*. Porto Alegre: Artmed.
- Leavitt, F., & Labott, S. M. (1996). Authenticity of recovered sexual abuse memories: A Rorschach study. *Journal of Traumatic Stress*, 9(3), 483-496. doi: 10.1002/jts.2490090307
- Lebovici, S. (1987). *O bebê, a mãe e o psicanalista*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Luthar, S., & Cicchetti, D. (2000). The construct of resilience: Implications for interventions and social policies. *Development and Psychopathology*, 12(4), 857-885. doi: 10.1017/S0954579400004156
- Maldonado, M. T. (2002). *Psicologia da gravidez: Parto e puerpério* (16th ed.). São Paulo: Saraiva.
- Manly, J. T., Kim, J. E., Rogosch, F. A., & Cicchetti, D. (2001). Dimensions of child maltreatment and children's adjustment: Contributions of developmental timing and subtype. *Development and Psychopathology*, 13(4), 759-782. Retrieved from <https://www.cambridge.org/core/journals/development-and-psychopathology/article/dimensions-of-child-maltreatment-and-childrens->

adjustment-contributions-of-developmental-timing-and-
subtype/2FBEA046C5975B908DE0F0E0C5EE06DB

- Martinez, A. L. M., & Barbieri, V. (2011). A experiência da maternidade em uma família homoafetiva feminina. *Estudos de Psicologia*, 28(2), 175-185. doi: 10.1590/S0103-166X2011000200005
- McWey, L. M., Cui, M., & Pazdera, A. L. (2010). Changes in externalizing and internalizing problems of adolescents in foster care. *Journal of Marriage and Family*, 72(5), 1128-1140. doi: 10.1111/j.1741-3737.2010.00754.x
- Mihura, J. L., Meyer, G. J., Dumitrascu, N., & Bombel, G. (2013). The validity of individual Rorschach variables: Systematic reviews and meta-analyses of the comprehensive system. *Psychological Bulletin*, 139(3), 548. doi: 10.1037/a0029406
- Mitchell, S. A. (2000). The origin and nature of the “object” in the theories of Klein and Fairbairn. In J. S. Grotstein & D. B. Rinsley (Eds.), *Fairbairn and the origins of object relations* (pp. 66-87). New York: Other Press.
- Miura, P. O., Neto, A. N., Paixão, R., & Redondo, A. J. L. (2011). A constituição do self a partir das relações familiares abusivas: um enfoque winnicottiano. *Psicologia Revista*, 20(1), 43-66. Retrieved from <https://revistas.pucsp.br/index.php/psicorevista/article/view/6792/4915>
- Nascimento, R. S. G. F. D. (2002). Estudo normativo do sistema compreensivo do Rorschach para a cidade de São Paulo. *PsicoUSF*, 7(2), 127-141. Retrieved from <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/avp/v5n1/v5n1a10.pdf>
- Nascimento, R. S. G. F. (2006). Estudo normativo do Sistema Compreensivo do Rorschach para São Paulo: resultados dos índices PTI, SCZI, DEPI, CDI, HVI, OBS e S-CON. *Avaliação Psicológica*, 5(1), 87-97. Retrieved from <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/avp/v5n1/v5n1a10.pdf>

- Nascimento, R. S. G. F. (2010). *Sistema Compreensivo do Rorschach: teoria, pesquisa e normas para a população brasileira*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Nascimento, R. S. G. F. (2016). Rorschach: normas para adolescentes em diferentes etapas da vida. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 31(4), 481-490. Retrieved from <https://revistaptp.unb.br/index.php/ptp/article/view/2577/798>
- NUDIF (2008). *Entrevista sobre Experiência da Maternidade*. Instituto de Psicologia – UFRGS, Porto Alegre. Instrumento não publicado.
- Padilha, S., Noronha, A. P. P., & Fagan, C. Z. (2007). Instrumentos de avaliação psicológica: Uso e parecer de psicólogos. *Avaliação Psicológica*, 6(1), 69-76. Retrieved from <http://www.redalyc.org/pdf/3350/335027181009.pdf>
- Parkes, C. M. (2009). *Amor e Perda: as raízes do luto e suas complicações*. São Paulo: Summus.
- Perry, W., & Viglione Jr, D. J. (1991). The Ego Impairment Index as a predictor of outcome in melancholic depressed patients treated with tricyclic antidepressants. *Journal of Personality Assessment*, 56(3), 487-501. doi: 10.1207/s15327752jpa5603_10
- Resende, A. C. (2016). *Método de Rorschach: referências essenciais* (2nd ed). Goiânia: IGAP.
- Rodrigues, A., Figueiredo, B., Pacheco, A., Costa, R., Cabeleira, C., & Magarinho, R. (2004). Memória de cuidados na infância, estilo de vinculação e qualidade da relação com pessoas significativas: Estudo com grávidas adolescentes. *Análise Psicológica*, 22(4), 643-665. Retrieved from <http://www.scielo.mec.pt/pdf/aps/v22n4/v22n4a01.pdf>
- Schneider, A. M. D. A. (2011). *Características de personalidade em bancários vítimas de assalto*. Dissertação de Mestrado, Porto Alegre, RS, Brasil.

- Schofield, G., & Beek, M. (2005). Providing a secure base: Parenting children in long-term foster family care. *Attachment & Human Development, 7*(1), 3-26. doi: 10.1080/14616730500049019
- Schumm, J. A., Briggs-Phillips, M., & Hobfoll, S. E. (2006). Cumulative interpersonal traumas and social support as risk and resiliency factors in predicting PTSD and depression among inner-city women. *Journal of Traumatic Stress, 19*(6), 825-836. doi: 10.1002/jts.20159
- Scortegagna, S. A. (2008). *Método de Rorschach e a autopercepção em vítimas de abuso sexual*. Tese de Doutorado, Itatiba, SP, Brasil.
- Slade, A. (2007). Reflective parenting programs: Theory and development. *Psychoanalytic Inquiry, 26*(4), 640-657. doi: 10.1080/07351690701310698
- Steele, H., Steele, M., Croft, C., & Fonagy, P. (1999). Infant-mother attachment at one year predicts children's understanding of mixed emotions at six years. *Social Development, 8*(2), 161-178. doi: 10.1111/1467-9507.00089
- Taylor, S., Asmundson, G. J., Carleton, R. N., & Brundin, P. (2006). Acute posttraumatic stress symptoms and depression after exposure to the 2005 Saskatchewan Centennial Air Show disaster: prevalence and predictors. *American Journal of Disaster Medicine, 2*(5), 217-230. Retrieved from <https://europepmc.org/abstract/med/18491838>
- Teicher, M. H., Andersen, S. L., Polcari, A., Anderson, C. M., Navalta, C. P., & Kim, D. M. (2003). The neurobiological consequences of early stress and childhood maltreatment. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews, 27*(1), 33-44. doi: 10.1016/S0149-7634(03)00007-1
- Uchitel, M. (2001). *Neurose traumática: Uma revisão crítica do conceito de trauma*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

- van der Kolk, B. (2005). Developmental trauma disorder. *Psychiatric Annals*, 35(5), 401- 408. doi: 10.3928/00485713-20050501-06
- Viegas, P. C., & Ramires, V. R. R. (2009). *A capacidade de mentalização em pré-adolescentes que vivenciaram o divórcio altamente conflitivo dos pais*. Dissertação de Mestrado, Universidade do Vale do Rio dos Sinos, São Leopoldo, RS, Brasil.
- Viglione, D. J., Perry, W., Jansak, D., Meyer, G., & Exner Jr, J. E. (2003). Modifying the Rorschach human experience variable to create the human representational variable. *Journal of Personality Assessment*, 81(1), 64-73. doi: 10.1207/S15327752JPA8101_06
- Vitriol, V. G., Ballesteros, S. T., Florenzano, R. U., Weil, K. P., & Benadof, D. F. (2005). Relationship between adult psychopathology and traumatic events in childhood. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatria*, 43(2), 88-96. Retrieved from https://www.researchgate.net/publication/289615132_Relationship_between_adult_psychoopathology_and_traumatic_events_in_childhood
- Weiner, I. B. (2000). *Princípios da interpretação do Rorschach*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Winnicott, D. W. (1983) *O ambiente e os processos de maturação*. Porto Alegre: Artes Médicas. (Obra original publicada em 1965).
- Winnicott, D. W. (1990). *Natureza Humana*. Rio de Janeiro: Imago. (Obra original publicada em 1988).
- Winnicott, D. W. (1999). *Os bebês e suas mães*. São Paulo: Martins Fontes. (Obra original publicada em 1987).
- Yin, Robert K. (2001). *Estudo de caso: Planejamento e métodos*. Porto Alegre: Bookman. (Obra original publicada em 1984).

Considerações Finais da Dissertação

Pensando sobre as primeiras relações estabelecidas na vida de um bebê, é importante ter um olhar especial para quem são as pessoas que tem essa grande responsabilidade. Na maioria das histórias, em geral a primeira pessoa que o bebê se relaciona é a mãe, o pai, ou qualquer outra pessoa que estabeleça uma relação de cuidado, amor e proteção à criança. As relações desenvolvidas neste período são importantes, pois deixam marcas e estabelecem padrões de comportamentos que serão reproduzidos ao longo de toda vida do indivíduo (Bowlby, 1990/1969).

Winnicott, estudioso das questões ligadas ao desenvolvimento emocional do indivíduo, traz muitas contribuições a respeito do peso das primeiras relações e dos prejuízos advindos de histórias lesadas nestas questões. Ele realizou seu trabalho com base em suas observações de crianças e bebês por mais de 20 anos em hospitais públicos de Londres. Explica que as falhas de muitas histórias clínicas de neurose, psicose, distúrbios graves psicossomáticos e anti-sociais apontavam na direção das dificuldades relacionadas com o desenvolvimento emocional primitivo (Winnicott, 1990/1988).

Fraiberg, Adelson e Shapiro (1975) também pesquisaram muitas questões relativas ao psiquismo dos pais (cuidadores); questões relativas à capacidade que existe em cada um, de acordo com sua história pregressa. Ressaltam que os primórdios da vida dos pais influenciarão na maneira como irão se vincular aos seus próprios filhos, impactando na construção de sua própria identidade parental.

A maternidade significa uma experiência singular, repleta de intensos sentimentos, muitas vezes difíceis de serem compreendidos. É um momento de crise e de extrema vulnerabilidade, pois a construção da identidade materna é irrigada de experiências muito anteriores ao momento da gestação: ela começa desde as primeiras relações (Brazelton & Cramer, 1992).

Tornar-se mãe traz a necessidade de reestruturações na personalidade, mexendo em conteúdos que outrora puderam ser postos de lado. Acaba que a mudança emocional que toda mulher sente após a chegada da maternidade, traz à tona vivências do passado, de si mesma e de conflitos infantis, podendo desencadear uma crise emocional (Maldonado, 2002).

Entretanto, quando as histórias e vínculos iniciais foram prejudicados por algum tipo de extrema violência deixam marcas para todo sempre nos indivíduos. Lockett, Lamana e Seijo (2008) consideram que mulheres que sofreram algum tipo de maus-tratos em sua infância podem sentir esse momento da maternidade com grande angústia, podendo não serem capazes de proporcionar sustentação e continência necessárias a um bebê.

A experiência de maus tratos e violência na vida de uma criança traz diversos prejuízos para toda vida. Em geral, são crianças que apresentam diversas dificuldades no estabelecimento das relações iniciais, no processo de vinculação e confiança das pessoas de modo geral. Assim como, algumas psicopatologias estão relacionadas às falhas e a rupturas nas relações iniciais. De acordo com Bateman e Fonagy (2016), é muito comum que pessoas que foram vítimas de traumas sofram falhas parciais na mentalização.

O conceito de capacidade de mentalização está relacionado a uma atividade mental orientada a compreender o outro e reconhecer em si estados mentais em termos subjetivos, como emoções, pensamentos, desejos, comportamentos, intenções, etc. Outra característica importante, é perceber que em algumas situações nem sempre o comportamento é equivalente ao estado emocional, desta forma ampliando a capacidade de compreensão das emoções (Fonagy et al., 1995).

A capacidade de mentalização é construída a partir das interações do bebê com seu cuidador. É reflexo da qualidade desta relação afetiva. Desenvolve-se na medida em

que o outro, cuidador ou mãe do bebê, reúne e integra as fantasias (mundo interno) com a realidade (mundo externo), permitindo ao bebê reconhecer pensamentos e sentimentos internos, diferenciando-os da realidade externa. A capacidade de modular, regular e simbolizar experiências afetivas depende da função reflexiva ou mentalização da mãe (Mesa & Gómez, 2010).

Outro prejuízo estudado em profundidade nesta pesquisa foram os danos às relações interpessoais oriundos dessa ruptura nas relações iniciais. Vimos aqui nos resultados que as três participantes apresentaram dificuldades significativas para estabelecer e manter suas relações interpessoais. Revelaram características como forte presença de sentimentos de desamparo, carência e solidão. Assim como demonstraram preferência a estarem sozinhas a estar em companhia de alguém, além de sensação de desconforto em relações de muita proximidade.

Parece que no caso das três participantes deste estudo o fato de todas fazerem psicoterapia, duas delas por mais de três anos com a mesma psicóloga, o que sugere um bom vínculo terapêutico, oportuniza viver uma relação saudável com as terapeutas, assim, auxiliando essas mulheres na constituição da identidade de mãe, portanto propicia o estabelecimento da relação entre as mães e seus filhos com mais qualidade.

Dawson, Ashman e Carver (2000) acreditam que a saúde emocional desenvolvida já no início da vida passa a ser a chave para um futuro desenvolvimento infantil saudável. Observam que, quando acompanhada de intervenções primárias precoces, populações que apresentam riscos ao desenvolvimento, mostram efeitos benéficos em longo prazo a uma intervenção.

Dentro desta concepção, considera-se que muitos fatores modulam a formação da saúde psicológica, como a influência do ambiente, da saúde emocional da mãe, dos cuidados primários e das relações de apego seguro para um adequado desenvolvimento

infantil, sendo este último considerado um fator de proteção ao desenvolvimento (Luthar & Cicchetti, 2000).

Ademais, sugere-se estudos que possam avaliar diretamente a relação entre mãe e bebê ou pais-bebê visando, novamente, obter mais dados que justifiquem o aumento do espaço para intervenções precoces. Pode-se também ser feita a sugestão de avaliar todas as variáveis do Método de Rorschach e não apenas algumas como feito aqui.

Referencias da Dissertação

- Bateman, A., & Fonagy, P. (2016). *Mentalization-based treatment for personality disorders: A practical guide*. New York: Oxford University Press.
- Bowlby, J. (1990). *Apego e perda: Apego, a natureza do vínculo* (Vol. 1). São Paulo: Martins Fontes. (Obra original publicada em 1969).
- Brazelton, T. B., & Cramer, B. G. (1992). A formação do apego no pai. In T. B. Brazelton, & B. G. Cramer (Eds.), *As primeiras relações* (pp. 39-50). São Paulo: Martins Fontes.
- Dawson, G., Ashman, S., & Carver, L. (2000). The role of early experience in shaping behavioral and brain development and its implications for social policy. *Development and Psychopathology*, *12*(4), 695-712. doi: 10.1017/S0954579400004089
- Fonagy, P., Steele, M., Steele, H., Leigh, T., Kennedy, R., Mattoon, G., & Target, M. (1995). Attachment, the reflective self, and borderline states: The predictive specificity of the Adult Attachment Interview and pathological emotional development. In S. Goldberg, R. Muir, & J. Kerr (Eds.), *Attachment theory: Social, developmental, and clinical perspectives* (pp. 233-278). Hillsdale: Analytic Press Inc.
- Fraiberg, S., Adelson, E., & Shapiro, V. (1975). Ghosts in the nursery: A psychoanalytic approach to the problems of impaired infant-mother relationships. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *14*(3), 387-421. doi: 10.1016/S0002-7138(09)61442-4
- Klaus, M. H., Kennel, J. H., & Klaus, P. H. (2000). *Vínculo: Construindo as bases para um apego seguro e para a independência*. Porto Alegre: Artmed.
- Lockett, M., Lamana, C., & Seijo, S. (2008). El trauma infantil no resuelto en la terapia com mujeres víctimas de violencia de género. *Aperturas Psicoanalíticas: Revista de Psicoanálisis*, (39). Retrieved from

<http://www.aperturas.org/articulos.php?id=0000729&a=El-trauma-infantil-no-resuelto-en-la-terapia-con-mujeres-victimas-de-violencia-de-genero>

- Luthar, S., & Cicchetti, D. (2000). The construct of resilience: Implications for interventions and social policies. *Development and Psychopathology*, 12(4), 857-885. doi: 10.1017/S0954579400004156
- Maldonado, M. T. (2002). *Psicologia da gravidez: Parto e puerpério* (16th ed.). São Paulo: Saraiva.
- Mesa, A. M., & Gómez, A. C. (2010). La mentalización como estrategia para promover la salud mental en bebés prematuros. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 8(2), 835-848. Retrieved from <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3356244>
- Rodrigues, A., Figueiredo, B., Pacheco, A., Costa, R., Cabeleira, C., & Magarinho, R. (2004). Memória de cuidados na infância, estilo de vinculação e qualidade da relação com pessoas significativas: Estudo com grávidas adolescentes. *Análise Psicológica*, 22(4), 643-665. Retrieved from <http://www.scielo.mec.pt/pdf/aps/v22n4/v22n4a01.pdf>
- Winnicott, D. W. (1983) *O ambiente e os processos de maturação*. Porto Alegre: Artes Médicas. (Obra original publicada em 1965).
- Winnicott, D. W. (1990). *Natureza humana*. Rio de Janeiro: Imago. (Obra original publicada em 1988).

Apêndice A – Ficha de Dados Sociodemográficos e Clínicos

Ficha de Dados Sociodemográficos e Clínicos

(Adaptado de NUDIF, 2008)

Eu gostaria de ter mais algumas informações sobre você, seu bebê e sua família:

Nº: _____

DADOS DA MÃE

Data de nascimento: _____ Idade: _____

Bairro: _____ Cidade: _____

Fone: _____

Escolaridade: _____

Estado civil: _____

Caso seja casada ou esteja morando junto, desde quando? __ / __ / __

Tem outros filhos? () sim () não. Quantos: _____

Idades dos outros filhos: _____

Idade da primeira gestação: _____

Já realizou algum tipo de tratamento psicológico? () sim () não

Quais? () psicoterapia com psicólogo () psicoterapia com psiquiatra

() farmacoterapia. Qual medicação utilizou: _____

Quantos anos você tinha? _____

Por quanto tempo ficou em tratamento? _____

Dados sobre a gestação:

Realizou pré-natal? () não () sim. Quantas consultas? _____

Fez tratamento para engravidar? () não () sim Qual? _____

Durante a gestação, você teve algum problema ou alguma doença? () sim () não

Qual? _____

Tomou alguma medicação durante a gestação? () não () sim. Qual? _____

Fez uso de cigarro/álcool/drogas durante a gestação? () não () sim

DADOS DO FILHO (A)

Data de nascimento: ____ / ____ / ____ Idade: ____ (meses)

Sexo: () feminino () masculino

Ordem de nascimento: () primogênito () segundo filho () terceiro filho () quarto

Local de nascimento: () hospital. Qual? _____

() domicílio () outro. Qual? _____

Tipo de parto: () normal () cesárea () com fórceps

No parto, você teve algumas das complicações listadas abaixo?

() pré-eclâmpsia

() eclâmpsia

() hemorragia

() descolamento de placenta

() febre/infecção

() desproporção céfalo-pélvica

() outro. Qual? _____

() nenhum/não tive complicações no parto

Idade gestacional do bebê ao nascer (em semanas): _____

Peso ao nascer: _____

Apgar (nota que o bebê recebe após o parto – informação consta na Carteirinha do Bebê): 1º minuto: _____ 5º minuto: _____ () não sabe

Necessitou internação em UTI Neonatal? () não () sim. Qual o motivo desta internação?

Qual o tempo de internação na UTI Neonatal? _____ (em dias)

DADOS SOBRE O PÓS-PARTO:

Costuma consultar o pediatra? () não () sim.

Em qual situação? _____

Já fez as vacinas previstas para sua faixa etária? () não () sim

Amamentou no peito? () não () sim.

Por quanto tempo? _____

Usou fórmula/leite em pó nos 6 primeiros meses? () não () sim.

Em que situações? _____

Teve problemas como cólicas? () não () sim

Teve algum problema de saúde até agora? () não () sim.

Qual? _____

Necessitou de hospitalização pediátrica? () não () sim.

Por quê? _____

A criança toma alguma medicação? () não () sim.

Qual? _____

A criança frequenta creche/escolinha? () sim () não

Com que idade ele/ela começou a frequentar a escola? _____ meses

Quanto tempo fica na escola durante o dia? _____ horas

Como foi a adaptação na creche:

Caso não frequente a escola, quem costuma cuidar do bebê?

() mãe

() pai

() avó

() irmão (ã)

() tia

() babá/empregada

() vizinha

() outro. Quem? _____

ASPECTOS DA MORADIA ATUAL:

Quantas pessoas moram na casa, incluindo você: _____

Quem são os moradores da casa?

Quantas pessoas trabalham? _____

Qual a renda média mensal da família? _____

Caso ninguém trabalhe, quem/como sustenta a casa?

Apêndice B – QUESI – Questionário sobre Traumas na Infância

Enquanto eu crescia...	Nunca	Poucas Vezes	Às Vezes	Muitas Vezes	Sempre
1. Eu não tive o suficiente para comer.	•	•	•	•	•
2. Eu soube que havia alguém para me cuidar e proteger.	•	•	•	•	•
3. As pessoas da minha família me chamaram de coisas do tipo “estúpido (a)”, “preguiçoso(a)” ou “feio(a)”.	•	•	•	•	•
4. Meus pais estiveram muito bêbados ou drogados para poder cuidar da minha família.	•	•	•	•	•
5. Houve alguém na minha família que ajudou a me sentir especial ou importante.	•	•	•	•	•
6. Eu tive que usar roupas sujas.	•	•	•	•	•
7. Eu me senti amado (a).	•	•	•	•	•
8. Eu achei que meus pais preferiam que eu nunca tivesse nascido.	•	•	•	•	•
9. Eu apanhei tanto de alguém da família que tive de ir ao hospital ou consultar um médico.	•	•	•	•	•
10. Não houve nada que eu quisesse mudar na minha família.	•	•	•	•	•
11. Alguém da minha família me bateu tanto que me deixou com machucados roxos.	•	•	•	•	•

12. Eu apanhei com cinto, vara, corda ou outras coisas que me machucaram.	•	•	•	•	•
13. As pessoas da minha família cuidavam umas das outras.	•	•	•	•	•
14. Pessoas da minha família disseram coisas que me machucaram ou me ofenderam.	•	•	•	•	•
15. Eu acredito que fui maltratado(a) fisicamente.	•	•	•	•	•
16. Eu tive uma ótima infância.	•	•	•	•	•
17. Eu apanhei tanto que um professor, vizinho ou médico chegou a notar.	•	•	•	•	•
18. Eu senti que alguém da minha família me odiava.	•	•	•	•	•
19. As pessoas da minha família se sentiam unidas.	•	•	•	•	•
20. Tentaram me tocar ou me fizeram tocar de uma maneira sexual.	•	•	•	•	•
21. Ameaçaram me machucar ou contar mentiras sobre mim se eu não fizesse algo sexual.	•	•	•	•	•
22. Eu tive a melhor família do mundo.	•	•	•	•	•
23. Tentaram me forçar a fazer algo sexual ou assistir coisas sobre sexo.	•	•	•	•	•
24. Alguém me molestou.	•	•	•	•	•
25. Eu acredito que fui maltratado (a) emocionalmente.	•	•	•	•	•

26. Houve alguém para me levar ao médico quando eu precisei.	•	•	•	•	•
27. Eu acredito que fui abusado (a) sexualmente.	•	•	•	•	•
28. Minha família foi uma fonte de força e apoio.	•	•	•	•	•

Apêndice C – Entrevista de História de Vida e Relações Atuais

Esta entrevista foi elaborada para avaliar a Capacidade de Mentalização, sendo este um instrumento que permite a aplicação do Checklist para Avaliação Clínica da Mentalização na análise dos dados. Consiste em perguntas motivadoras, compostas por grupos de questões específicas que dever ser feitas à participante sempre que esta não referir espontaneamente o tema a ser investigado.

1) O que você lembra sua infância?

- a) Com quem morava?
- b) Onde morava?
- c) O que mais gostava de fazer? Por quê?
- d) Havia alguém com você nestas situações? Quem?
 - a. O que você sentia nestas situações?
 - b. O que você pensava nestas situações?

Quando referir ter sido acompanhado(a) de outra pessoa

- c. O que você acha que ele(a) sentia nestas situações?
- d. O que você acha que ele(a) pensava nestas situações?
- e) O que menos gostava de fazer? Por quê?
- f) Havia alguém com você nestas situações?
 - a. O que você sentia nestas situações?
 - b. O que você pensava nestas situações?

Quando referir ter sido acompanhado(a) de outra pessoa:

- c. O que você acha que ele(a) sentia nestas situações?
- d. O que você acha que ele(a) pensava nestas situações?

2) Como você era quando criança?

- a) Como você se sentia quando criança? Por quê?
- b) Como você imagina que os outros o (a) viam quando criança? Por quê?
- c) O que você acha que os outros pensavam sobre você quando criança?
- d) O que você acha que os outros sentiam em relação a você, quando criança?

3) Como era sua relação com seus pais (ou cuidadores) na infância?

- a) Como você se sentia quando estava com seus pais (ou cuidadores)?
- b) O que você pensava sobre a sua relação com seus pais?
- c) Como seus pais agiam com você?
- d) Por que você imagina que eles agiam assim?
- e) O que você acha que eles sentiam?
- f) O que você acha que eles pensavam para agir assim?
- g) Você poderia contar uma situação (cena, lembrança) vivida com pelo menos um de seus pais (ou cuidadores)?
 - a. O que você fazia nesta situação?
 - b. Por quais motivos fazia?
 - c. O que você sentia?
 - d. O que você pensava nestas ocasiões?

4) E hoje como você vê a relação com seus pais?

- a) O que você sente quando está com eles?

- b) O que você pensa sobre sua relação com os pais?
- c) O que você acha que os pais pensam sobre a relação de vocês?
- d) O que você acha que os pais sentem sobre a relação de vocês?
- e) Você acha que ocorreram mudanças no seu relacionamento com os pais depois da infância? Quais?
- f) Você acha que as experiências da infância com os pais o (a) afetam atualmente? Como?

5) Você poderia contar uma situação marcante de sua infância?

- a) Como você se sentiu?
- b) O que você pensou?
- c) O que você fez nesta situação?
- d) Por quais motivos fez?
- e) O que você acha que os outros pensaram sobre esta situação?
- f) O que você acha que os outros sentiram sobre esta situação?

6) Houve experiências de separação, abandono ou maus tratos por pessoas próximas?

Se a resposta for sim e não relatar espontaneamente, peça para explicar e/ou exemplificá-la.

- a) Que idade você tinha?
- b) Como você se sentiu?
- c) O que você pensava?
- d) O que você acha que esta (s) pessoa (s) sentia?
- e) Por que você imagina que ela (a) agiu assim?
- f) O que você acha que ela (s) pensava (m)?

7) Houve alguma experiência de morte de uma pessoa importante (pais, avós, tios, primos, amigos...) durante sua infância?

Se a resposta for sim e a pessoa não relatar espontaneamente, peça para contar e/ou exemplificar como foi e com quem.

- a) O que você fez nesta ocasião?
- b) Por que você agiu desse modo?
- c) Como você se sentiu?
- d) O que você pensou?
- e) O que você acha que os outros pensaram sobre esta perda?
- f) O que você imagina que os outros sentiram nesta situação?

Apêndice D – Aprovação do Comitê de Ética

UNIVERSIDADE DO VALE DO
RIO DOS SINOS - UNISINOS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Capacidade de mentalização e relações interpessoais de puérperas vítimas de traumas na infância

Pesquisador: Maira Noroefé dos Santos

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 67780917.0.0000.5344

Instituição Proponente: Universidade do Vale do Rio dos Sinos - UNISINOS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.058.028

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo descritivo, de abordagem qualitativa, com desenho de Estudo de Casos Múltiplos. Estima-se a participação de duas a três mães, primíparas, maiores de 18 anos de idade. A seleção da amostra se dará de forma intencional através da rede de contato pessoal e profissional da pesquisadora. Para coleta de dados serão utilizados Ficha de dados sociodemográficos; Questionário sobre Traumas na Infância (QUESI); Método de Rorschach; Entrevista semi-estruturada sobre História de Vida e Relações Atuais; e Entrevista sobre a maternidade e o relacionamento mãe-criança. Ao final será feita a Síntese dos Casos Cruzados, buscando as convergências e divergências entre os casos. As hipóteses da pesquisa são:

- 1) A capacidade de mentalização de mulheres que passaram por experiências traumáticas, em sua infância, no momento que estão vivendo a maternidade sofre alterações, tendo como hipótese que estas tem a capacidade de mentalização baixa.
- 2) Mulheres que tiveram experiências traumáticas na infância estabelecem relações interpessoais de maneira deficitária.

Objetivo da Pesquisa:

Avaliar a capacidade de mentalização de mulheres que viveram traumas na infância e que são mães de crianças de até um ano de idade, descrevendo a maneira como estas estabelecem seus

Endereço: Av. Unisinos, 950

Bairro: Cristo Rei

CEP: 93.022-000

UF: RS

Município: SAO LEOPOLDO

Telefone: (51)3591-1198

Fax: (51)3590-8118

E-mail: cep@unisinos.br

UNIVERSIDADE DO VALE DO
RIO DOS SINOS - UNISINOS



Continuação do Parecer: 2.058.028

relacionamentos interpessoais.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Em razão do caráter bastante invasivo dos questionamentos (que envolvem também perguntas acerca de violências sexuais, físicas e psíquicas), os riscos possuem relação com o desconforto ou constrangimento para os participantes. Se isso acontecer, o projeto prevê que "será assegurada a autonomia da participante para interromper ou mesmo declinar de sua participação a qualquer momento. Em caso de necessidade de encaminhamento para ajuda profissional, as participantes serão encaminhadas para o Instituto de Terapias Integradas (ITIPOA), por ser um local que possui ambulatório para atendimento em intervenção precoce pais-bebês e é composto por psicólogas e psicanalistas especialistas no acompanhamento de gestantes, puerperas e pais-bebês."

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto está bem alicerçado, ressaltando-se que o número de pesquisados será bastante baixo, conforme já referido.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

De acordo.

Recomendações:

Recomenda-se substituir o termo "avaliar" por "identificar" nos objetivos, a fim de torná-los mais coerentes com o método proposto.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há.

Considerações Finais a critério do CEP:

Conforme "Parecer Consubstanciado do CEP", o projeto está aprovado (neste parecer encontrará o número de aprovação). Acessar a Plataforma Brasil e localize o TCLE aprovado e carimbado, em folha timbrada. É obrigatório o uso desse TCLE para reproduzir cópias e entregar aos participantes da coleta de dados. Instruções para localização do TCLE aprovado: Na aba "Pesquisador", clicar na lupa da coluna "Ações", em "Documentos do Projeto de Pesquisa", na Árvore de Arquivos, expandir as pastas totalmente, com as setas apontadas para baixo, até encontrar TCLE/Termos de Assentimento, clicando encontrará TCLE aprovado (em pdf), data 11/05/2017]. Dúvidas faça contato com Nirse Bauermann, 51-3591-1198 ou ramal 2198.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Endereço: Av. Unisinos, 950
Bairro: Cristo Rei **CEP:** 93.022-000
UF: RS **Município:** SAO LEOPOLDO
Telefone: (51)3591-1198 **Fax:** (51)3590-8118 **E-mail:** cep@unisinos.br

UNIVERSIDADE DO VALE DO
RIO DOS SINOS - UNISINOS



Continuação do Parecer: 2.058.028

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_910237.pdf	30/04/2017 14:49:39		Aceito
Folha de Rosto	Folha_Rosto_Plataforma_assinada.pdf	30/04/2017 14:49:04	Maira Noroefé dos Santos	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_abril_2017.docx	27/04/2017 11:45:36	Maira Noroefé dos Santos	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	27/04/2017 11:41:10	Maira Noroefé dos Santos	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Maira_Santos.pdf	11/05/2017 10:50:28	José Roque Junges	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO LEOPOLDO, 11 de Maio de 2017

Assinado por:
José Roque Junges
(Coordenador)

Endereço: Av. Unisinos, 950

Bairro: Cristo Rei

CEP: 93.022-000

UF: RS

Município: SAO LEOPOLDO

Telefone: (51)3591-1198

Fax: (51)3590-8118

E-mail: cep@unisinos.br

Apêndice E – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)



UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS
Unidade Acadêmica de Pesquisa e Pós-Graduação
Comitê de Ética em Pesquisa

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

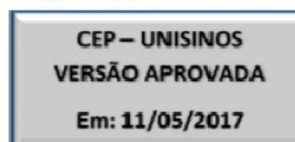
Convido você para participar da pesquisa, intitulada “Capacidade de mentalização e relações interpessoais de puérperas”. Esta pesquisa está sendo realizada por mim, psicóloga e mestranda em Psicologia Clínica Maira Noroefé dos Santos (CRP 07/13825), vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade do Vale do Rio dos Sinos, e orientada pela Prof^ª. Dr^ª. Tagma Marina Schneider Donelli. A pesquisa objetiva compreender aspectos relacionados à vivência da maternidade em mulheres que durante a infância passaram por dificuldades emocionais a fim de compreender estas questões e contribuir com prevenção e promoção à saúde emocional tanto da mãe quanto do bebê, pois acredita-se que as relações entre mãe-bebê são fundamentais para o desenvolvimento saudável da criança.

Caso você opte por participar será solicitado que você responda algumas perguntas sobre sua história de vida e sobre a maternidade, além de preencher alguns instrumentos para conhecer melhor seu estado emocional. Estão previstos dois encontros no local e na data que for melhor para você, e os encontros acontecerão somente comigo e com você. Sua colaboração é isenta de despesas e voluntária, e você é livre para optar sobre sua participação. Destaco que você tem o direito e a liberdade de retirar seu consentimento em qualquer fase do estudo, independente do motivo e sem nenhum prejuízo a sua pessoa. Os dados analisados serão confidenciais e sua identidade será preservada, mas poderão ser utilizados para fins de investigações científicas, com publicação em periódicos e apresentação em eventos científicos, sempre evitando qualquer exposição ou identificação de sua identidade. Os dados serão guardados por dez anos, após esse prazo o material será inutilizado. Sua contribuição será muito valiosa e necessária para tornar possível esta pesquisa.

Os riscos que a pesquisa oferece é de você se sentir desconfortável com alguma questão. Se isso acontecer, sinta-se à vontade para não respondê-la. Em caso de dúvidas você poderá entrar em contato a qualquer momento comigo, Maira Noroefé dos Santos, através do e-mail mairans1@hotmail.com ou do telefone (51) 99286-4878. O único ônus previsto é o tempo dispensado para responder aos instrumentos estimado em torno de 1 hora para cada encontro. Desde já agradeço a sua colaboração e coloco-me à disposição para quaisquer esclarecimentos. Sua participação poderá contribuir para que todas as mães possam ser beneficiadas com o avanço e o progresso do conhecimento na área materno-infantil.

Conforme disposto na Resolução 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), a sua participação na pesquisa é totalmente voluntária e através do presente termo você estará ciente de todas as informações necessárias sobre essa pesquisa. Caso você aceite participar, pedimos a sua assinatura neste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, em duas vias, sendo que uma via será arquivada e outra ficará com você.

Data: ____/____/____.



Maira Noroefé dos Santos

Assinatura do participante

Av. Unisinos, 950 Caixa Postal 275 CEP 93022-000 São Leopoldo Rio Grande do Sul Brasil
Fone: (51) 3591-1198 ou ramal 2198 Fax: (51) 3590-8118 <http://www.unisinos.br>
.br

Apêndice F – Checklist Usado na Avaliação Clínica da Mentalização

Nome:

Idade:

Data:

Temas da Mentalização	Exemplo mais convicente	Forte Evidência (1) Alguma Evidência (0.5)	Categoria
<i>Em relação aos pensamentos e sentimentos de outras pessoas</i>			
Opacidade			
Ausência de paranóia			
Contemplação e reflexão			
Tomada de perspectiva			
Interesse genuíno			
Abertura para descoberta			
Perdão			
Previsibilidade			
PONTUAÇÃO			
<i>Percepção do próprio funcionamento mental</i>			
Instabilidade			
Perspectiva desenvolvimental			
Ceticismo realista			

Reconhecimento da função pré-consciente			
Conflito			
Postura autoinquisitiva			
Interesse na diferença			
Consciência do impacto do afeto			
PONTUAÇÃO			
<i>Representação do self</i>			
Habilidades pedagógicas e de escuta avançadas			
Continuidade autobiográfica			
Vida interna rica			
PONTUAÇÃO			
<i>Valores e atitudes gerais</i>			
Hesitação			
Moderação			
PONTUAÇÃO			

Categorias da capacidade de mentalização baseada na avaliação clínica

Contexto	Pontuação	Categoria
Em relação aos pensamentos e sentimentos dos outros	5.0-8.0	Muito alta (3)
	3.0-4.5	Boa (2)
	1.0-2.5	Moderada (1)
	0.0-0.5	Pobre (0)
Percepção do próprio funcionamento mental	5.0-8.0	Muito alta (3)
	3.0-4.5	Boa (2)
	1.0-2.5	Moderada (1)
	0.0-0.5	Pobre (0)
Representação do Self	3.0	Muito alta (3)
	1.5-2.5	Boa (2)
	0.5-1.0	Moderada (1)
	0.0	Pobre (0)
Valores e Atitudes Gerais	2.0	Muito alta (3)
	1.0-1.5	Boa (2)
	0.5	Moderada (1)
	0.0	Pobre (0)
GLOBAL	9.5-12	Muito alta (3)
	6.0-9.0	Boa (2)
	2.5-5.0	Moderada (1)
	0.0-2.0	Pobre (0)

Classificação

1. Em relação aos sentimentos e pensamentos de outras pessoas:

a. *Opacidade*: pode ser reconhecida no comentário de que frequentemente a pessoa não sabe o que as outras pessoas estão pensando, mesmo que não fique completamente desorientada pelo que acontece na mente de outros. (exemplo: “O que aconteceu com Chris me fez perceber que nós podemos frequentemente não compreender até mesmo a reação dos nossos melhores amigos”).

b. *Ausência de paranóia*: não considerar os pensamentos dos outros como uma ameaça significativa em si e ter em mente a possibilidade de que as mentes podem mudar (exemplo: “Eu não gosto quando ele está bravo, mas geralmente você pode acalmá-lo, falando com ele sobre isso”).

c. *Contemplação e reflexão*: desejo de refletir sobre como os outros pensam de uma maneira descontraída (espontânea) mais do que de maneira compulsiva (exemplo: durante a entrevista a pessoa ativamente contempla – pensa sobre-as razões por que alguém que ela conhece bem se comporta de determinada maneira).

d. *Tomada de perspectiva*: aceitação de que a mesma coisa pode parecer muito diferente de diferentes perspectivas baseadas na história individual (exemplo: uma descrição de um evento que foi experimentado como rejeição por uma pessoa e uma tentativa genuína de identificar como ele aconteceu que a pessoa não o compreendeu).

e. *Interesse genuíno nos pensamentos e sentimentos de outras pessoas* – não apenas pelo seu conteúdo, mas também pelo seu estilo - forma (exemplo: a pessoa aparenta apreciar falar sobre por que as pessoas fazem as coisas).

f. *Abertura para descoberta*: a pessoa é naturalmente relutante para fazer suposições sobre o que as outras pensam ou sentem.

g. *Perdão*: aceitação dos outros condicionada à compreensão dos seus estados mentais (exemplo: a raiva da pessoa sobre alguma coisa se dissipa uma vez que ela compreende porque a outra pessoa agiu da forma que ela agiu).

h. *Previsibilidade*: um senso geral de que, no conjunto, as reações dos outros são previsíveis, dado o conhecimento acerca do que eles pensam e sentem.

2. Percepção do próprio funcionamento mental:

- a. *Instabilidade*: apreciação de que a visão e a compreensão dos outros pode mudar paralelamente às mudanças na própria pessoa.
- b. *Perspectiva desenvolvimental*: compreensão de que, com o desenvolvimento, a visão acerca dos outros se aprofunda e se torna mais sofisticada (exemplo: a pessoa reconhece que, na medida em que ela cresce, ela começa a entender melhor as ações de seus pais).
- c. *Ceticismo realista*: reconhecimento de que os sentimentos da pessoa podem ser confusos.
- d. *Reconhecimento da função pré-consciente*: reconhecimento de que, a qualquer momento, alguém pode não estar consciente de tudo o que sente, particularmente no contexto do conflito.
- e. *Conflito*: consciência de ter ideias e sentimentos incompatíveis.
- f. *Postura auto-inquisitiva*: curiosidade genuína sobre os próprios sentimentos e pensamentos.
- g. *Interesse na diferença*: interesse nos modos de funcionamento das mentes que são diferentes do funcionamento da própria mente, tal como um interesse genuíno nas mentes das crianças.
- h. *Consciência do impacto do afeto*: insight sobre como os afetos podem distorcer a compreensão de si mesmo e dos outros.

3. Representação do self:

- a. *Habilidades pedagógicas e de escuta avançadas*: o paciente sente que pode explicar coisas para os outros e que são experimentadas pelos outros, sendo paciente e capaz de ouvir.
- b. *Continuidade autobiográfica*: capacidade de lembrar de si mesmo como criança e evidencia a experiência de uma continuidade de ideias.
- c. *Vida interna rica*: a pessoa raramente experimenta sua mente como vazia ou sem conteúdo.

4. Valores e atitudes gerais:

- a. *Hesitação*: em geral uma falta de certeza absoluta sobre o que é certo e o que é errado, e uma preferência pela complexidade e pelo relativismo.

b. *Moderação*: uma atitude equilibrada para a maioria das afirmações sobre estados mentais tanto em relação a si próprio como aos outros. Isso resulta de aceitar a possibilidade de que uma pessoa não está em posição privilegiada nem em relação ao seu próprio estado mental nem em relação ao de uma outra pessoa, e suficiente auto monitoramento para reconhecer falhas (exemplo: “Eu tenho notado que às vezes eu reajo exageradamente às coisas”).

Apêndice G – Variáveis do Método de Rorschach Analisadas Através do Sistema Compreensivo

(Exner, 1999; Exner e Sendín, 1999; Weiner, 2000)

Variáveis ligadas ao Relacionamento Interpessoal:

- 1. CDI (*Coping Déficit Index*):** é uma medida que indica a capacidade para enfrentar e manejar as demandas do meio social. Está relacionada aos recursos adaptativos do que o indivíduo tem. Pode indicar déficit relacional (Exner, 1999).
- 2. COP (Movimento Cooperativo):** indica se há ou não interesse de agir de forma cooperativa nas relações interpessoais. Deve ser avaliada não apenas individualmente, mas em relação à presença de AG (Exner e Sendín, 1999).
- 3. AG (Movimento Agressivo):** mostra se a pessoa tende a se relacionar ou percebe as relações de maneira agressiva (Exner e Sendín, 1999).
- 4. Proporção a:p (Movimento ativo x passivo):** estes são códigos especiais que revelam a forma como o sujeito tende a agir nas relações, de maneira submissa ou o oposto (Nascimento, 2010).
- 5. Fd (*Food*):** evidencia condutas de dependência nas relações tendência a buscar apoio nos demais (Exner e Sendín, 1999).
- 6. Proporção de GHR (*Good Human Representation*) e PHR (*Poor Human Representation*) - (*GHR:PHR*):** refere à representação das relações objetivas, sugere boa capacidade para as relações humanas como podem sugerir aspectos disfuncionais dos relacionamentos ((Exner e Sendín, 1999).
- 7. Conteúdo Humano (Conteúdos Humanos Inteiros):** respostas que apresentam esse conteúdo indicam como o indivíduo percebe a si e aos demais nas relações. Pode ser índice de interesse pessoal para as relações (Weiner, 2000).

- 8. Índice de Isolamento:** aponta o quanto a pessoa tem tendência ou necessidade de manter isolada das relações interpessoais apontando possíveis desajustes (Weiner, 2000).

Variáveis ligadas ao Afeto:

- 9. WSumT (soma de Textura):** seu somatório mostra características de apego nas relações, indicando ou não necessidade de afeto nas trocas afetivas, indicando prováveis dificuldades com a proximidade afetiva ou dependência dos demais (Exner e Sendín, 1999).
- 10. Índice de Afetividade (*Afr*):** aponta para a intensidade do sujeito envolver-se em situações que tenham maior carga emocional; o quanto o sujeito engaja-se em situações afetivas cotidianas (Exner e Sendín, 1999).
- 11. Respostas cromáticas (*WSumC*):** a soma dessas variáveis traduz as reações e expressões de suas emoções, podendo esclarecer se é uma pessoa que consegue ter descargas emocionais controladas, moderadas e mais estáveis ou reações afetivas deliberadas, intensas e instáveis. Também identifica a capacidade empática da pessoa (Weiner, 2000).
- 12. Tipo de Vivência (*EB*):** este índice representa o estilo ou hábito de tomada de decisão, podendo apontar se o sujeito é mais propenso a usar o afeto ou o pensamento para responder às demandas. É uma das variáveis mais estáveis para ser medida e mostra como a pessoa tende a reagir frente aos seus disparadores internos (Exner e Sendín, 1999).

Apêndice H – Entrevista sobre a Maternidade e o Relacionamento Mãe-Criança

(Versão adaptada de NUDIF, 2008)

OBS: Antes da entrevista ser iniciada, mencionar na gravação:

1. *Nome do Entrevistado*
2. *Nome do entrevistador*
3. *Data da entrevista*

Eu gostaria que tu me falasses sobre o desenvolvimento do teu/tua filho/a. Tu poderias me falar um pouco mais sobre...

- 1) Esta foi a tua primeira gravidez? Estava nos teus planos ficar grávida?
- 2) Como te sentiste ao receber a notícia da gravidez?
- 3) Como o teu companheiro recebeu a notícia da gravidez?
- 4) Como a tua mãe recebeu a notícia da gravidez?
- 5) Como te sentiste durante a gravidez em termos físicos? E emocionais (vontade de chorar, irritabilidade, tristeza/alegria)?
- 6) E como tu te sentias em relação ao bebê? Como ele parecia ser (temperamento, sexo, jeito)?
- 7) Como era o relacionamento de vocês quando ele/ela ainda estava na barriga?
- 8) Como e quando foi escolhido o nome do bebê?
- 9) Houve alguma complicação durante a gravidez? Como foi?
- 10) Tu estavas trabalhando na gravidez? O que tu fazias?
- 11) Que preocupações tu tinhas em relação a ti como mãe durante a gravidez?
- 12) E o teu companheiro? Ele te apoiou durante a gravidez? Como (o que ele fazia)? Como tu te sentiste com isto?
- 13) Alguma coisa mudou no jeito de ser dele com a gravidez?
- 14) Alguma coisa mudou no relacionamento de vocês com a gravidez?
- 15) Como foi o apoio da tua mãe durante a gravidez?
- 16) *(Caso tenha tido outra experiência de gravidez)* Como foi a tua outra experiência de gravidez? O que aconteceu?
- 17) O que te fez desejar uma nova gravidez nesse momento da tua vida?

Eu gostaria que tu me falasses sobre o parto e os primeiros dias com o bebê. Tu poderias me falar um pouco mais sobre...

- 1) Como foi o parto? Como tu te sentiste?
- 2) Como foi teu primeiro encontro com o bebê? Teve contato com o bebê logo depois do parto?
- 3) Qual foi tua reação ao ver o bebê pela primeira vez?
- 4) Como foram os primeiros dias após o parto? Foi como tu imaginavas?
- 5) Como te sentiste como mãe nos primeiros dias após o nascimento do bebê?
- 6) Que preocupações tu tiveste em relação a ti como mãe nesses primeiros dias?
- 7) Que preocupações tu tiveste em relação ao bebê nesses primeiros dias?
- 8) Como foi a amamentação nesses primeiros dias e semanas? O bebê mamou no peito? Como era o ritmo das mamadas?
- 9) Teve alguma dificuldade com a amamentação?
- 10) Como foi a reação do pai do bebê ao parto? E teus familiares?
- 11) O bebê teve algum problema nesses primeiros tempos?

- 12) Como tu descreverias essas primeiras semanas em casa em termos de rotina (amamentação, sono, fraldas, banhos, choro, cólicas, etc)?

Eu gostaria que tu me falasses sobre o desenvolvimento do bebê. Tu poderias me falar um pouco mais sobre...

- 1) Como está sendo o desenvolvimento/crescimento do bebê?
- 2) O que ele(a) já é capaz de fazer que te chama a atenção (habilidades)?
- 3) Como foi quando o bebê começou a sentar? Engatinhar? Caminhar?
- 4) Como foi quando o bebê começou a ser desmamado? Como ele reagiu aos novos alimentos?
- 5) Quando o bebê começou a falar?
- 6) Como foi o estabelecimento de uma rotina com o bebê e como ele respondeu? (rotina/ritmo das atividades diárias, como alimentação, sono, higiene, etc)
- 7) Vocês já precisaram se separar? Como o bebê reagiu? E para ti, como foram essas primeiras separações? E hoje, como são?
- 8) Olhando para frente/para o futuro, o que você acha que vai ser o momento mais difícil em relação ao desenvolvimento do seu/sua filho/a? Por que você acha isso?

Eu gostaria que tu me falasses sobre o jeito do bebê. Tu poderias me falar um pouco mais sobre...

- 1) Como tu descreverias o jeito do teu bebê? Ele/a é como tu imaginavas? Se não é, o que está diferente?
- 2) Com quem tu achas ele/a parecido fisicamente? E emocionalmente? Era como tu imaginavas? Como tu te sentes com isso?
- 3) Ele/ela fica chateado/a com frequência? O que leva ele/ela a ficar assim? O que tu fazes nesses momentos? Podes me dar um exemplo?
- 4) Ele/ela se mostra brabo ou com raiva com frequência? O que tu fazes nesses momentos? Podes me dar um exemplo?
- 5) E quando ele/ela se machuca (bate a cabeça, se arranha ou corta, por exemplo), como reage? O que tu fazes nesses momentos? Podes me dar um exemplo?
- 6) E quando fica doente (gripe, dor de ouvido, por exemplo), como reage? O que tu fazes nesses momentos? Podes me dar um exemplo?
- 7) Descreva as tuas impressões sobre a personalidade do/a teu/tua filho/a. Podes me listar alguns adjetivos que caracterizem o jeitinho dele/a? Como tu te sentes em relação a esse jeito dele/a de ser?
- 8) A criança te lembra alguém? Alguém da família, por exemplo? Existem características da tua família que você vê na personalidade da criança? E da família do pai dele/a?
- 9) E sobre o comportamento do seu filho agora, o que é mais difícil de lidar? Podes me dar um exemplo? Com que frequência ocorre/m esses/s comportamento/s? O que você tem vontade de fazer quando ele/a reage dessa maneira?
- 10) O que você imagina que acontecerá com este comportamento quando seu/sua filho/a crescer?

Eu gostaria que tu me falasses sobre o relacionamento de vocês hoje. Tu poderias me falar um pouco mais sobre...

- 1) Como você descreveria a sua relação com o seu filho agora? Podes me listar alguns adjetivos que caracterizem o relacionamento de vocês? Podes me dar algum exemplo de como isso acontece?
- 2) Você sente que a sua relação com o seu filho tem afetado a personalidade dele/a?
- 3) A relação de vocês mudou ao longo do tempo (desde o nascimento)? De que maneira? Qual é o teu sentimento sobre essa mudança?
- 4) Você tem algum arrependimento sobre a forma como você lidou com seu/sua filho/a até agora? Se você pudesse começar tudo de novo, sabendo o que sabe hoje, o que você faria diferente?
- 5) Quais são as preocupações mais comuns que tu tens hoje em relação a ele/a?
- 6) Se o seu filho pudesse ter a mesma idade para sempre, qual tempo/época/idade você escolheria? Por quê?
- 7) Como tu imaginas o relacionamento de vocês daqui pra frente? No futuro?