

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
MATERNIDADE ESCOLA

ROSA MARIA DE BRITTO SILVA

GRAVIDEZ DE ALTO RISCO: O TEMPO É SOBERANO

RIO DE JANEIRO

2011

MON
RMBS
2011
lse. 2

ROSA MARIA DE BRITTO SILVA

GRAVIDEZ DE ALTO RISCO: O TEMPO É SOBERANO



Monografia de finalização do Curso de Especialização em Pós-graduação: Atenção Integral à Saúde Materno-Infantil da Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro/UFRJ, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título: Especialista em Atenção Integral à Saúde Materno-Infantil.

Orientadora: MARISA SCHARGEL MAIA

Interlocutora: ANA MARTHA WILSON MAIA

Rio de Janeiro

2011

U.F.R.J.
MATERNIDADE ESCOLA
BIBLIOTECA JORGE DE REZENDE
N. ADM. 760670
N. SISTEMA 760670
SGS. BARRA 562203

BRITTO (SILVA), Rosa Maria *Britto*

Gravidez de alto risco: o tempo é soberano. - Rio de Janeiro: UFRJ/Maternidade Escola, 2011.

35f.:il.; 31cm.

Orientador: Marisa Schargel Maia

Monografia(Pós-Graduação Lato Sensu) –
UFRJ/Maternidade Escola/Curso de Especialização
Atenção Integral à Saúde Materno-Infantil, 2011.

Referências bibliográficas: f.30-32.

1.Cuidado Pré-Natal/Hospitalização. 2. Gravidez de Alto Risco. 3.Sofrimento Psíquico. 4. Psicanálise. I. Título.
II.Universidade Federal do Rio de Janeiro, Maternidade-Escola.

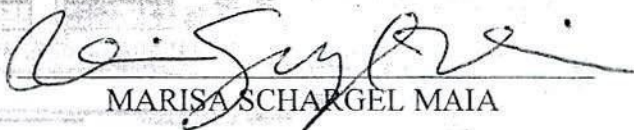


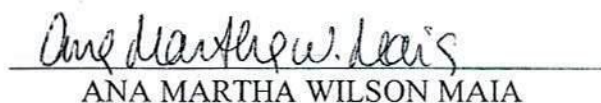
GRAVIDEZ DE ALTO RISCO: O TEMPO É SOBERANO

ROSA MARIA DE BRITTO SILVA

Monografia de finalização do curso de especialização em nível de Pós-Graduação: Atenção Integral à Saúde Materno-Infantil da Maternidade-Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro/UFRJ, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título: **Especialista em Atenção Integral à Saúde Materno-Infantil.**

Aprovada por:


MARISA SCHARGEL MAIA


ANA MARTHA WILSON MAIA

Nota: 10,0
Conceito: A

Rio de Janeiro, 17 de junho de 2011

OBS: Sugestão de elaboração de projeto para este dia.

Dedico ao meu pai Alberto, "in memoriam"

Agradecimentos

Aos professores do Curso de Especialização em nível Pós-Graduação: Atenção Integral à Saúde Materno-Infantil da ME/UFRJ.

Aos secretários, e às bibliotecárias Janaína e Mara de inestimável ajuda.

Aos colegas do Hospital Alcides Carneiro.

Aos amigos, parte dessa história.

Ao Gabriel pela força e alegria.

Ao Renato pela colaboração necessária.

Às grávidas que causaram meu desejo

U.F.R.J.
MATERNIDADE ESCOLA
BIBLIOTECA JORGE DE BRASILEIRA
N. ADM. 767107
N. SISTEMA 767107
SGS. BARRA

UFRJ
Maternidade-Escola



562220



O instante é esse equívoco no qual tempo e eternidade se tocam, e é esse contato que carrega o conceito de temporal no qual o tempo não cessa de rejeitar a eternidade e no qual a eternidade não cessa de penetrar o tempo. Somente então toma sentido nossa divisão: o tempo presente, o tempo passado, o tempo a vir.

Soren Kierkegaard

Resumo OK

RESUMO

A gestação é um processo de evolução que deve chegar a termo, assim, ameaças à sua interrupção que afetem o corpo subitamente como doença da gestação precipitam na grávida de alto risco a experiência subjetiva de trauma psíquico. Objetivamos transmitir e refletir uma experiência clínica em ambiente hospitalar com referencial da psicanálise no atendimento ao pré-natal das grávidas de alto risco internadas ou com ameaça de internação. Utilizamos o método qualitativo de revisão bibliográfica com articulação de conceitos psicanalíticos com os da medicina. Fragmentos de falas entreouvidas no ambulatório e nas enfermarias ilustrarão a discussão.

DESCRITORES: Gravidez de Alto Risco/Sufrimento Psíquico.

Psicanálise/Hospitalização. Cuidado Pré-Natal/Internação

ABSTRACT

Pregnancy is an evolution process that is supposed to reach its term. Thus, threats that might lead to the interruption of a given pregnancy, such as the pregnancy-related diseases - which affects the body suddenly - precipitate in high-risk pregnant women the experience of a psychic trauma. Our objective is to describe and discuss a clinic experience on hospital environment using, as tools, some data gathered from the employment of psychoanalysis in antenatal care for high-risk pregnant women - hospitalized or bound to be hospitalized. We utilize the qualitative method of literature review, articulating, as often as possible, the concepts of Psychoanalysis with the Medical ones. Fragments of overheard conversations in outpatient wards will illustrate the discussion.

DESCRIPTORS: High-risk pregnancy/Psychic

Suffering; Psychoanalysis/Hospitalization; Prenatal Care/Hospitalization

GRAVIDEZ DE ALTO RISCO: O TEMPO É SOBERANO

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	1
2. <i>GRÁVIDA?! SÚBITO UMA NOTÍCIA</i>	4
3. <i>EXPERIÊNCIA SUBJETIVA DA GRAVIDEZ</i>	6
4. GRAVIDEZ DE ALTO RISCO: UMA APROXIMAÇÃO	11
5. PRÉ-NATAL DE ALTO RISCO: INTERVENÇÃO E MANEJO	23
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	29
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	32

1. INTRODUÇÃO

Cada um deverá ter liberdade para demonstrar o que faz com o saber que a experiência decantar.

Jacques Lacan

Nossa função como psicóloga¹ há 10 anos em maternidade referência de alto risco em município do Estado do Rio de Janeiro², além da formação continuada em psicanálise³, exige o esforço de construção de um saber decorrente deste trabalho.

Trabalho que produziu um acúmulo de experiência que desejamos compartilhar com cada um daqueles que são afetados pelo mal estar decorrente da íntima aproximação com a intensidade do sofrimento psíquico das grávidas de alto risco nos cuidados do pré-natal com ameaça de internação ou internadas. E, especialmente, aos que reconhecem a constrangedora tendência a evitá-las enquanto se indagam sobre o que estaria acontecendo emocionalmente com elas.

Assim, através dos desdobramentos de nossa reflexão: "Gravidez de alto risco: o tempo é soberano", nos propomos a fazer um esforço de construção de um saber sobre o sofrimento excessivo dessas mulheres com o corpo afetado por uma doença gestacional, no atendimento de pré-natal ambulatorial e nas enfermarias do hospital.

Na construção da pesquisa retrospectiva utilizamos o método qualitativo de revisão bibliográfica com articulação de conceitos psicanalíticos com os da medicina. Ilustraremos nossa narrativa com dados de diário do âmbito clínico hospitalar.

¹Especialista em Psicologia Clínica e Psicologia Hospitalar.

²Psicóloga concursada pela Fundação Municipal de Saúde de Petrópolis (FMSP), desde 2002 sediada no Hospital de Ensino Alcides Carneiro (HAC).

³ Membro analista da Letra Freudiana/RJ.

Ao distinguirmos entre as gestantes aquelas que estão afetadas por uma gravidez de alto risco, estamos cientes de que não formam um conjunto homogêneo. Seguimos Becker (2010) para lembrar que o conjunto de sujeitos resiste à universalização, nos impondo o reencontro a cada vez com outra grávida na particularidade de seu tempo, caso em que o tempo cronológico deixa de ser pensado como pura duração. A realidade psíquica impõe a impossibilidade de ser universalizada, coletivizada e se manifesta como uma diferença de uma para outra. Assim, nos propomos a oferecer uma via de apreensão do que poderia estar incidindo na experiência subjetiva dessas mulheres.

Sabemos que o processo gestacional tem em seu cerne a dimensão temporal enlaçada a um corpo dentro de outro corpo, como uma experiência única, intransferível e, "requintadamente feminina" (op.cit. LEFF, 1997, p.16).

Ademais, a psicanálise concebe o corpo como enlaçado em três dimensões: a da imagem onde nos reconhecemos no semelhante, a do real enquanto excesso do corpo pulsional e a do simbólico, das marcas inconscientes que recebemos do outro na nossa história (cf. VIDAL, 1999). Além disso, a gravidez é subjetivada porque como ser falante a mulher é um ser do discurso. Discurso que faz laço social e opera as representações de gravidez e filho que afloram da intimidade da realidade psíquica.

Destacamos que na gravidez de alto risco, as fantasias e ansiedades próprias da gravidez são exacerbadas pelo adoecimento como fatores de risco orgânicos. Isto é, as fantasias próprias da gravidez fazem do adoecimento a "provação" de sua veracidade, fechando o circuito como experiência traumática. Fantasias e inquietações que oferecerão o campo que, num breve espaço de tempo, a grávida de alto risco deverá atravessar, - do limiar da vida em seu início ao nascimento, instrumentando os recursos subjetivos que tiver a seu alcance.

Sendo assim, enquanto no processo biológico da gestação a mulher é reenviada à reprodução da humanidade ao fazer filhos, na dimensão particular de cada uma delas, o embrião concebido e implantado no seu útero faz eclodir o esforço de um trabalho psíquico em busca de significados e representações que provocam e recriam as, chamadas, inquietações próprias da gravidez.

Vamos, então, nos aproximar das contribuições de autores que ampliaram a compreensão da experiência subjetiva da gravidez, identificando manifestações de fantasias inconscientes que permeiam o processo de uma mulher fertilizada e um feto implantado no seu corpo.

Soifer (1971) e Raphael-Leff (1997) identificam as ansiedades e fantasias específicas da gravidez, propondo transições psíquicas durante o processo gestacional. Bydlowski (2002) define este modo particular de funcionamento da mulher grávida como transparência psíquica, enquanto Mathelin (1998) acrescenta que deverá haver um transcurso de tempo indispensável para o trabalho psíquico da gravidez. Segundo esta autora, o tempo do desenvolvimento do feto deve poder conter o tempo de construção do bebê imaginário no psiquismo materno, de modo que a criança além de tomar corpo no seu ventre possa ser fantasiada por ela.

Então, na grávida há um trabalho psíquico a ser desenvolvido num tempo determinado, e que permita o deslizamento da percepção do feto como estranho, para então reconhecê-lo como parte do próprio corpo constituindo-se como um bebê à medida que se faça objeto das projeções maternas. Perguntamos o que seria o tempo a termo na construção da representação de mãe e filho no perigo anunciado de prematuridade do nascimento na gravidez de alto risco?

Então, buscamos os avanços científicos da imunologia em Vianna & Bogo Chies (2010) que analisam o papel do sistema imune da mãe na aceitação ou rejeição do feto. Aí são identificados os fundamentos fisiológicos das doenças hipertensivas da gravidez, entre elas a pré-eclâmpsia. Pré-eclâmpsia, como a que mais atemoriza no imaginário das grávidas porque, abruptamente, pode irromper como uma precipitação no tempo do pré-natal, em uma antecipação de internação hospitalar, ameaça de parto prematuro e risco de vida.

A gravidez é um processo que deve chegar a termo e, as ameaças de risco real precipitam a urgência já que o bebê está, de fato, em perigo. A grávida de alto risco reencontra mais do que qualquer outra, o que Mathelin (1998) define como surgimento do trauma: "o trauma é sem fala: ele permanece sem palavra porque é por definição impensável" (op. cit, p.17). Eis que somos enviados à noção de trauma psíquico,

assim como Freud (1920) formulou, enquanto Maia (2004) teorizou como "paradoxos do trauma".

Nos rumores entreouvidos pelos corredores das enfermarias dizem que a maternidade é urgência, já que o limite da vida no seu começo dá sinais evidentes de sua imprevisibilidade.

Concluimos com uma noção de integralidade para o acompanhamento das grávidas de alto risco, lançando um olhar sobre o que rege o cuidado médico sobre o corpo biológico, e nos indagando sobre o que estaria reservado para a escuta dos analistas.

Assim, sob o anúncio de risco de morte deverá haver o tempo possível de construção da representação de uma mãe e um bebê vivos, nas produções imaginárias dessa mulher e também nos acasos e urgências reais para ambos.

2. GRÁVIDA?! SÚBITO UMA NOTÍCIA

O tempo parou para olhar para aquela barriga.

Caetano Veloso

Súbito, em um lapso de tempo, em uma notícia impressa é ela quem está grávida e isto a surpreende.

Pensamos que a evidência do ato agora impresso e tornado público impõe uma passagem como reposicionamento do sujeito, e é isto que a surpreende. Isto traça um marco. Numa notícia o sujeito é anunciado, seu nome está inscrito e retirado do anonimato e do que nele se mantinha como secreto, inviolado.

E, então, embora esta grávida recente tenha suspenso o uso de contraceptivo, diz que engravidou muito rápido: "Quando li o resultado na farmácia não acreditei. Quando confirmei no outro exame senti medo. Acho que senti medo da responsabilidade, da reação da minha mãe. Não estava preparada". Reteve a notícia

passando-a, pouco a pouco, da amiga ao marido até sua mãe. Então complementa: “Eu com 27 anos, casada...”, ela reflete, com estranheza.

Temos escutado entre gestantes que a confirmação da gravidez ainda que planejada, surpreende, provocando na mulher a impressão de estar vulnerável, o que pode se manifestar de modo não claramente explicitado ou de forma ruidosa.

Então, as sutis percepções que acossam as grávidas por experimentarem uma situação de vulnerabilidade nos fazem pensar na possibilidade de transformarem o que lhes é familiar na *inquietante estranheza* freudiana (FREUD, 1919/1980).

Sensibiliza-nos, em decorrência, que o ato mais íntimo, dado que para uma mulher se faz necessária a aceitação da violação do seu corpo para que se faça a procriação, possa tornar-se de modo súbito, dimensionado com algum grau de estranhamento como se viesse do exterior.

É consenso que para a maior parte dos casais há desejo de filho supondo a sua capacidade para tê-los. Em quase todas as culturas ter filhos pode significar alcançar um algo de imortalidade e a gravidez seria um marco no desenvolvimento, rica em simbolismos como uma ponte entre gerações que aponta para o futuro. Assim, a fertilidade é venerada e a maternidade glorificada.

Ficar grávidos segundo Szejer (2002) constituiria o projeto de gravidez para o casal de futuros pais. Lembrarmos o que Ayres (2004) teoriza como *projeto de felicidade*: uma “concepção de vida bem sucedida que orienta os projetos existenciais dos sujeitos” (p.85). Ora, cada gravidez fundada nesses moldes é uma aposta para ganhar sempre.

Sabemos que Freud (1905/1980) fez a equação na qual para a mulher o bebê tem o valor equivalente ao falo, enquanto Winnicott (1983/1999) diz que “nesta etapa tão primitiva, é preciso postular que o ambiente terá de fornecer uma adaptação física 100% adequada” (p.179).

Pensamos que são sentidos, expectativas e idealizações que configuram uma fantasia com seu desejo: que a obra do acaso seja de boa sorte. Então, uma gravidez com intercorrências previsíveis, um bebê nascido a termo, bom peso, apgar 10,

cativante na sua sedutora maciez para ser envolvido nos braços, olhado, cheirado, amamentado, bem falado, - puro anelo que reluz em brilho.

Contudo, na contramão desse cenário idílico é consensual que a gravidez arrasta a mulher na direção de transformações fisiológicas previsíveis, acrescidas dos desdobramentos na imagem corporal e representações simbólicas. E assim é.

Cada gravidez, uma a uma, retira, subitamente, a mulher de certo adormecimento onde o tempo se diluía nas mesmices repetitivas e efêmeras do dia a dia. Ficar grávida oferece uma nova posição subjetiva podendo mover com as anteriores, reabrindo a consistência imaginária das suas identificações.

Freud (1905/1980) nos lembra que o sujeito se constitui sobre contingências, circunstâncias, coisas acidentais. Pensamos que o acidental faz emergir a noção de perda de nexos e sentido em uma irrupção, o que produz a aparição da realidade enquanto enigmática com sua possível e cotidiana dimensão traumática.

Ademais, o Ministério da Saúde confirma e faz campanha: "*Gravidez Não É Doença Mas Precisa De Cuidados*" e com isso programa um atendimento de pré-natal acompanhado por consultas médicas regulares no intuito de evitar que mulheres grávidas morram todos os anos já que gravidez é para gerar a vida nunca a morte, como é anunciado no folder.

Então, o pré-natal se destaca como questão de saúde pública no Brasil para atender à mulher em sua integralidade. E sua adesão estará referida à qualidade de assistência prestada pelos profissionais de saúde, o que será essencial para a redução dos elevados índices de mortalidade materna e perinatal verificados no Brasil (MS, 2000)

3. EXPERIÊNCIA SUBJETIVA DA GRAVIDEZ

A mulher grávida pode figurar uma enfeitada cadeia de cordões umbilicais, encandeando-a para trás, umbigo com umbigo, por toda linha maternal até à mulher que não tinha umbigo.

Joan Raphael-Leff

Engravidar-se seria a superação de um momento anterior de temor, dúvidas e recusa frente ao desejo de ser mãe, isto é, um passo adiante na ambivalência paralisante

.Soifer (1971) e Raphael-Leff (1997), psicanalistas, identificam fantasias e ansiedades que encontraram a partir de suas experiências investigativas na clínica com grávidas. Não temos a intenção de transcrever detalhadamente tais desdobramentos, mas sim, destacar os tempos sequenciais do processo gestacional como efeitos do trabalho psíquico.

Soifer (1971) esclarece que ao longo de seu livro se ocupou da gravidez desejada e aceita pela mãe e/ou meio que a rodeava. Pensamos que assim, deseja enfatizar como universal as inquietações da gravidez, identificando os acontecimentos psicológicos como “momentos específicos de aumento da ansiedade durante a gravidez” (op.cit. p.23).

A autora relata que a primeira e íntima observação da falta menstrual provocaria alguma inquietação: estaria grávida ou seria um puro atraso? Então, certo retraimento ou qualquer outra mudança difusa, muitas vezes quase imperceptível para si mesma e os outros.

Raphael-Leff (1997) se propôs a recolher os “ricos filões da fantasia, inquietação e desenvolvimento pessoal que acompanham a gravidez” (op.cit., p.3).

Assim, apreende a sintomatologia que acompanha a gestação como fenômenos secundários que operam o verdadeiro trabalho, este que provém do inconsciente, construindo a gravidez como um espaço interior que pode se constituir como “mudança psíquica ou estabelecer mecanismos de ação defensiva” (1997, p.19)

A autora destaca, ainda, que a mulher poderia mesmo antes da concepção, interpretar sinais de fertilidade com a percepção de que estaria ovulando. Além disso, a fertilização poderia fazer surgir percepções difusas de alterações na superfície do corpo e nas secreções, como também alguma coisa do que significa gravidez para ela. Assim, a rápida proliferação celular do embrião poderia ser capturada pela mulher antes do ciclo menstrual haver atrasado ou ser interrompido.

Soifer e Raphael-Leff referem que a gravidez recente provocaria temor ao risco de aborto, alguma coisa que se avizinharia do retorno da ambivalência anterior à própria gravidez como ameaça de perda: ansiedades concomitantes à percepção da implantação da placenta.

Segundo Raphael-Leff, a placenta é um modelo para as “permutas emocionais, (...) o intercâmbio imaginado pela mãe entre ela própria e seu ocupante, o processo de duas vias que enfrenta, levando substâncias, bem como as recebendo e filtrando-as” (1997, p.51).

A placenta ao se acomodar produziria, em contrapartida, a sensação de bem estar físico, pois, a gravidez agora poderia estar assegurada. Uma grávida comentou: “Não me sinto mais doente, mas é engraçado... parece que estou menos grávida”.

A percepção de “uma sensação de peso embaixo da barriga” ou ainda, “uma dor no lado”, seriam modos de comunicar essa outra presença em seu corpo. Enquanto a percepção dos insólitos movimentos do feto poderá reavivar mais uma vez o temor ao filho, - esse desconhecido.

Discriminar desde os insólitos e depois francos movimentos do bebê será o cerne da experiência subjetiva da gravidez e, de forma lenta, mas gradual, uma presença inicialmente estranha irá se configurando como parte de si mesma, Constitui-se, então, o modo de ansiedade dominante em toda gravidez: a experiência imaginária da união mais íntima e exclusiva do que qualquer outra destaca Raphael-Leff (op.cit.1997).

Então, há a contrapartida psíquica que permite que a gravidez progrida fazendo uso do recalque de temores, - efeitos da ambivalência contida em todas as relações, provocando uma gravidez que “renarcisa a mãe ao lhe oferecer a fantasia do belo bebê saudável que a tranqüiliza e a gratifica” (MATHELIN, 1998, p.17)

Este momento configuraria a possibilidade de nomear o feto, o que daria início à relação dialógica entre a mãe e seu bebê. O feto será, pois, incluído no intercâmbio do mundo social do qual sua mãe faz parte. Narrativas fantasiosas são criadas, - “conversas silenciosas com o bebê, ou falam alto com ele, como um amigo imaginário” (RAPHAEL-LEFF, op.cit., p.22). Eis uma mulher num tempo de fazer-se mãe,

construindo representações simbólicas e, então, as possibilidades do “continuum” da gravidez para o nascimento.

A autora citada salienta que essa inscrição do feto por sua mãe, anuncia uma separação admitida, ainda que não saiba bem disso. Então, as atenções da grávida ficam mais nitidamente divididas entre as demandas do mundo exterior e, o apelo de cuidado que se volta para dentro. O feto ganha corpo, a barriga está evidente e há sintomas e queixas das contrações uterinas.

Soifer (1971) debruça-se sobre os efeitos da rotação e encaixe do feto que costumam produzir ansiedades de esvaziamento como prólogo do parto, e em consequência a possibilidade da série de rotações incompletas. A autora reconhece, ainda, no parto antecipado e prematuro, a estreita relação entre a angústia em níveis insustentáveis e a percepção do encaixe do feto à cérvix materna. Impera o sentimento de vulnerabilidade, o medo do incontrolável despertado pela fantasia de perda, esvaziamento, dor, morte ou deformidade.

Então, haverá o temor à separação, mas também o esforço psíquico para se apoderar do imprevisível com o uso da negação e do recalque, defesas psíquicas normais e produtivas para tais enfrentamentos provocados pela gestação. O recalque fazendo força para manter um conteúdo psíquico fora da consciência, enquanto a negação usando da recusa consciente, como um desmentido de uma situação penosa.

Uma gestante com apenas 29 semanas de gestação, comentou: “quero ver logo a carinha dela...”, e concluímos que ao ser escutada em sua apreensão causada pelo desconhecido, poderá suportar a espera pela boa hora do bebê, tolerando a ansiedade de se ver livre do peso do que para ela significaria sua própria gravidez.

Raphael-Leff (1997) reconhece o tempo de conclusão do processo de trabalho psíquico ligado à gravidez através da fantasia de nascimento prematuro. Ora, isto sinalizaria que o espaço corporal, segundo a grávida, estaria restrito, anunciando, assim, que já haveria viabilidade do bebê se manter vivo fora do seu corpo.

Retomamos Soifer (1971) para dizer que as sintomatologias emergentes desse momento conclusivo da gestação são exacerbadas pela incerteza da data e do trabalho que envolverá o parto. Ansiedades que se enlaçam ao conhecimento médico

atual de que na gravidez as sintomatologias podem evoluir de um processo comum ao excessivo e de franco risco, em breve espaço de tempo (BORNIA, 2010)⁴.

Pensamos que ao ser ultrapassado mais esse tempo crítico, a grávida deverá tolerar a sensação de tédio em dias alongados, que sinalizam um tipo de retraimento expectante por se encontrar na antessala do nascimento.

Raphael-Leff identifica nesse prenúncio, algo de lassidão com alguma coisa de tristeza: a grávida e o feto estarão ultimando os preparativos para o trabalho de parto. Então, nesse momento serão providenciais: o refúgio emocional na família e a premência por realizar tarefas que visem concluir algo de alguma coisa.

Tais contribuições psicanalíticas identificam que o discurso da grávida inserido como laço social estará afetado pelo sentido simbólico que esta atribuirá aos sintomas no corpo, como também à sua percepção de sentimentos contraditórios de conteúdos desconhecidos.

E Raphael-Leff (1997) destaca que a gestação de uma mulher, ainda que compartilhada é um processo intransferível, provocando o reavivamento do sentimento absoluto de solidão, enquanto o nascimento pode ser compartilhado ou até mesmo delegado ao obstetra.

Pensamos que é esta mulher quem deseja e, portanto deve receber todo o cuidado necessário para a realização da boa evolução da sua gravidez, já que não está protegida das consequências da confirmação do seu ato e de seus desdobramentos psíquicos e corporais..

Então, um trabalho psíquico que se desenvolve em torno de um tempo determinado pela gravidez, ao ser interrompido, nos faz encontrar refúgio em Freud (1915/1980) para frisar que o valor das coisas "é determinado somente por sua significação para nossa própria vida emocional" (p.346). Neste belo texto "Sobre a Transitoriedade" é pensado o valor do tempo efêmero, isto é, como a finitude no âmago da vida não desmente que há vida.

Freud identifica que se "o que era precioso revelou não ser duradouro" (op.cit.p.347), caberá ao sujeito responder, seja furtando-se a deixar fruir o momento

⁴ BÓRNIA,Rita (2010), in anotações de aula Saúde da Mulher/ME,

presente como um modo de antecipação do luto, seja reconhecendo que “a limitação da possibilidade de uma fruição eleva o valor dessa fruição” (idem, p.345). Assim, concluímos que o valor de algo não depende de sua duração absoluta ou cronológica, mas da significação que ganha para alguém em um dado momento segundo o tempo lógico de sua vida interior.

O processo de trabalho psíquico da gravidez contém tempos de regressão, retenção e passagem para o sujeito, então, torcemos para que uma gravidez com ameaça de interrupção precoce vá além da “situação traumática” (FREUD, 1921, p.191) que faz obstáculo à passagem, pois o sujeito não conseguiria compreender o que está lhe acontecendo.

Então, num golpe, haverá um conjunto de mulheres que experimentará o tempo da gravidez se precipitando em risco, susto, medo, - perigo real. As grávidas de alto risco experimentarão ao lado do horror à separação traumática, o possível esforço psíquico para se apoderarem do imprevisível, tal como propôs Maia (2004) na formulação acerca dos “paradoxos do trauma”?

4. GRAVIDEZ DE ALTO RISCO: UMA APROXIMAÇÃO

No ato do nascimento há um verdadeiro perigo para a vida.

Sigmund Freud

É senso comum que em uma maternidade seja encontrada a assistência da equipe clínica dimensionada como suporte para a evolução natural da gestação, que deverá ter no parto um desfecho obstétrico feliz. Desse modo, alegria para o pai e a família excitada, e para a mãe restaria um cansaço pelo esforço com a alegria advinda da certeza do dever bem cumprido. Então, espera-se que uma mulher mãe recente volte para casa levando seu bebê nos braços. Reconhecemos, no entanto, que subjaz uma expectativa tênue, um tipo de ansiedade como bom presságio para uma rotina antecipada como prenhe de alterações admitidas. Finalmente o coroamento de um trabalho e para ela, o “resguardo”. Ao obstetra coube amparar no nascimento a queda do bebê ao vir à luz.

Contudo, 10% a 20% das gestantes podem ser consideradas de alto risco e responsáveis por 50% da mortalidade fetal antes do nascimento (FARIAS & al. 2000), desse modo, são essas que experimentam que o limite da vida no seu começo manifeste os sinais de sua imprevisibilidade.

E, então, deverá haver uma equipe de especialistas para atendimento de alto risco com suporte para o feto que requerer internação em Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal (UTIN), como também, o Centro de Tratamento Intensivo (CTI) para a grávida ou a mãe recente.

Assim, em uma maternidade de referência de alto risco se desenvolve uma prática clínica, um acúmulo de experiências e ressonâncias. Testemunhamos que nas enfermarias há gente e solidão, o tempo corre lento intranquilo em descompasso e fragmentação, mas aliado ao esforço de evitar o pior.

Faz-se necessário salientar o forte impacto produzido pelas situações limites circulantes nestes espaços de assistência às grávidas internadas. Em consequência, nosso primeiro tempo de aproximação dessas contingências provocou intenso mal estar. Mal estar que identificamos como angústia que invade sempre e agudamente estas mulheres e que afeta, também, a equipe de especialistas que as atendem.

Nossa prática profissional confirma que a eclampsia é entre todas as doenças da gravidez, a que permanece como o fantasma que mais assombra o imaginário da maioria das grávidas. Além do que é um risco que, verdadeiramente, acomete mulheres saudáveis, isto é, sem fatores de risco para a gestação. Desse modo, pretendemos discriminar tais mulheres daquelas que engravidam apesar de identificadas pela medicina com doenças que contraindicam o engravidamento por correrem risco de vida.

Dessa forma, é preciso avançar além dos nossos receios, apreensões, incertezas e perturbações no acompanhamento da grávida de alto risco, sensibilizando-nos e nos instrumentalizando pela busca de saberes que possibilitem uma melhor compreensão do que acontece nesse processo gestacional tendo a pré-eclâmpsia como referência.

Os imunologistas Vianna & Bogo Chies (2010) nos revelam a gestação como um desafio. Em revista de divulgação científica fazem uma revisão dos aspectos imunológicos que compõem o processo gestacional com ênfase na possibilidade de rejeição do feto pelo sistema imunológico da mãe. Indagam-se como o feto não é rejeitado pela mãe e quais são os mecanismos imunorreguladores atuantes nesse processo.

Istênio F. Pascoal, (1998) nefrologista, disserta sobre os múltiplos riscos que podem acontecer durante o processo gestacional, dentre eles as síndromes hipertensivas gestacionais: pré-eclâmpsia, eclâmpsia e síndrome de Hellp. Estas complicações não são evitáveis, e podem ser identificadas desde a 20ª semana da gestação até o nascimento, num risco de morte abrupto. Tais efeitos na mãe, ainda se mantêm como indagação para a medicina. Para o feto, as consequências: risco de descolamento prematuro da placenta, hipóxia, baixo peso e prematuridade ao nascer

Ora, uma questão sobressai: as fantasias, ansiedades, inquietações próprias da gravidez estariam sendo experimentadas enquanto riscos e ameaças reais?

Primeiramente, os fatos dizem e o Ministério da Saúde anuncia que:

A gestação é um fenômeno fisiológico e, por isso mesmo, sua evolução se dá na maior parte dos casos sem intercorrências. Apesar desse fato, há pequena parcela de gestantes que, por terem características específicas, ou por sofrerem algum agravo, apresenta maiores probabilidades de evolução desfavorável, tanto para o feto como para a mãe. Essa parcela constitui o grupo chamado de gestantes de alto risco (2000, p. 11).

O Manual Técnico da Gravidez de Alto Risco (MS, 2000) identifica as doenças obstétricas na gestação atual como um dos fatores geradores de risco, conceituando gravidez de alto risco como “aquela na qual a vida ou saúde da mãe e/ou do feto e/ou do recém-nascido, têm maiores chances de serem atingidas que as da média da população considerada” (CALDEYRO-BARCIA, apud MS, 2000, p.13).

A autora e Bogo Chies (2010), em consequência, destacam que:

Se o corpo da mãe não adapta suas respostas imunológicas para manter o feto, uma das alterações geradas, na tentativa de eliminar o corpo estranho seria o aumento da pressão sanguínea (op.cit, p.27).

Pascoal (1998) acima citado destaca que a pré-eclâmpsia é uma doença generalizada e a hipertensão é apenas uma de suas manifestações, além de não haver remissão espontânea e, a retirada da placenta pela interrupção da gravidez é o seu tratamento definitivo.

Assim, embora a gestação possa ir progredindo, o organismo materno não conseguiria se modificar, suficientemente, para "aceitar" o feto, no entanto, é preciso ressaltar que o sistema imune do feto também reage à presença de células maternas, mas para liberar citocinas que induziriam o estado de tolerância entre ambos. Como adendo, as células do feto que reagiram à presença das células maternas para controlar ou inativar células maternas agressivas ao seu desenvolvimento, podem permanecer em circulação por até 17 anos após o nascimento como memória imunológica.

Então, Vianna & Bogo Chies reafirmam que deverá haver uma delicada regulação desse equilíbrio ao longo da gestação e estamos cientes que uma gestação evolui com sucesso se os mecanismos protetores para regular a resposta autoimune da mulher forem eficientes. A aceitação do feto é sustentada pela placenta aliada a uma resposta na grávida, o que evita que se opere um ataque ao feto pelo sistema de defesa da mãe. Então, há evidência de que o sistema imunológico materno e a cronologia do desenvolvimento do feto caminham juntos, ou não caminham.

Desse modo, a partir da investigação descrita, o homem que fertiliza a mulher pode ser identificado imunologicamente como, demasiadamente, estranho ao seu corpo grávido. Um acontecimento subitamente invasivo cujo efeito de antagonismo pode se estender por todo processo gestacional entre a placentação, as defesas imunológicas maternas e o consequente alto risco da gravidez.

E, pelo visto, entre a mãe e seu bebê há uma placenta que ao ser retirada pode salvar a vida dela e de seu filho. E, nos lembramos de uma mulher que estava internada há 15 dias e com 30 semanas de gestação, com um pedacinho de pano na mão e os olhos inchados, diz: "Quando tirarem o bebê vou ficar boa". Advinha que há um mal na sua barriga, então, oscila e diz: "Tem um mioma, ele está apertado, tira, e a gente fica vivo" e seu olhar é um apelo.

Retornamos ao subtítulo deste artigo: *O tempo é soberano*, para destacar que há pontos de intersecção necessários, harmônicos, sintonizados entre os acontecimentos imunológicos seqüenciais do processo gestacional e as flutuações no perfil imunológico materno. A falha na ocorrência dessa sintonia fina faz surgir sinais clínicos como possíveis efeitos de pré-eclampsia e a gravidez faz-se de alto risco, provocando a situação de desamparo, o que veremos adiante. Desse modo, as inquietações próprias da gravidez seriam exacerbadas, já que o corpo grávido afetado, subitamente, pela doença provocaria a experiência do indizível enquanto trauma psíquico.

Haverá um sujeito em sua relação com seu bem, - uma grávida, seu bebê e sua resposta à possibilidade de uma perda anunciada. Perguntamos: seria necessário o tempo cronológico de uma gravidez a termo para permitir a conclusão de uma construção psíquica materna, como anunciou Mathelin? Ou ainda, haveria a possibilidade de representação de mãe e filho a tempo do nascimento, ainda que haja perigo de iminente precocidade para ela e prematuridade para seu filho?

Ainda no atendimento ambulatorial de alto risco, um médico observa: "Elas são como todas pacientes de risco...", e silencia. O contexto da fala se referia ao "tumulto" sempre observado na espera para a consulta ambulatorial, o que nos fez concluir onde a frase foi suspensa: excessivas.

Os sinais de angústia atingem o médico que encaminha para internação, - lugar seguro.

Ademais, a urgência das queixas imprime um ritmo diligente de cuidados médicos, enquanto a dor como sofrimento psíquico da grávida fica elidida pelo deslocamento para os sinais de sofrimento fetal. Supomos que esta outra mulher com

32 semanas de gestação estaria em condições de manter a gravidez, contraditoriamente, sem matar seu bebê? Ou, ainda, o que ficaria submetido ao recalque tornando-se impensável para ela: “Ele está me matando, tire ele daqui!”

Constata-se um jogo de forças entre o risco de vida da futura mãe e seu filho por vir, ambos submetidos à ameaça de uma gravidez interrompida. Assim, o dilema: ou ela ou seu bebê? Ou, no desejado passo adiante: seu bebê com ela.

Retornamos mais uma vez para afirmar que há um conjunto de mulheres grávidas que à revelia de suas contingências mais visíveis são acometidas por sintomas que as levam ao encaminhamento para o pré-natal de alto risco. Estão adoecidas sem morbidade anterior e com previsão de internações e reinternações.

O diagnóstico de alto risco as confronta com o susto e o perigo real, aliados à perda da fantasia da gravidez idealizada e da boa saúde, além da experiência de um tipo de exclusão do universo das gestantes “normais”, produzindo algo de culpa indizível e ressentimento.

Escutamos na enfermaria duas mães recentes–sorridentes com seus bebês nas mamas dizendo à gestante internada: “Pensa no seu filho, só pensa nele. Ser mãe é um dom dado por Deus, - é um milagre”, e a grávida de alto risco emudece.

Pensamos se perguntaria a si mesma: porque não estaria sendo objeto do dom de dar a vida como um milagre, teria motivos para ficar culpada, ficar ressentida? Estaria presa “do lado de fora” ⁵, isto é, excluída da festa onde circulam as mulheres abençoadas?

Ela nos recebe no leito da enfermaria: “Que bom, estou precisando, eu não consigo ficar aqui”, está internada há 12 dias, chegou com a barriga dura, a pressão muito alta e não a deixaram voltar para casa. Perguntamo-nos de que lugar estaria falando, de qual estranheza. Ela pede para ir embora ainda que saiba que ela e seu bebê devem ficar já que não melhora, e diz que não melhora se não voltar para casa.

⁵ RABINOVICH, SOLAL. (2001) **Foraclusão**: presos do lado de fora. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. O uso da expressão referida à grávida de alto risco propõe uma licença poética, para dar realce à uma intensa experiência subjetiva de exclusão simbólica.

A internação hospitalar é um fator estressor por si, ainda uma vez mais (cf. GRANHA, 2000).

Nas enfermarias observamos que são atravessadas pela experiência acachapante de conotação traumática gerada pela internação em virtude do aviso de risco para suas vidas.

Essas mulheres quando hospitalizadas para monitoramento constante, assim como seus médicos antecipam como melhor destino o socorro próximo de uma UTIN que possa vir retirar o feto do risco de morte. Uma grávida de alto risco bastante edemaciada expressou: "Minha preocupação é com o bebê", e enquanto falava fazia ao mesmo tempo com ambas as mãos um movimento para fora para mostrar que ele chutava, o que era interpretado por ela como sinal do seu sofrimento. Por outro lado, ela mesma estava assustada, não dormira à noite toda por sentir uma nova e fortíssima dor de cabeça que não cedeu com a medicação recomendada.

Então, do tumulto fez-se inquietação e, imediatamente, os médicos solicitaram o técnico de laboratório enquanto identificavam sinais vitais do corpo, mas: glicemia bem, pressão arterial bem.

Então, quando escutamos dessas grávidas: "Tem uma psicóloga aí que fica perseguindo a gente, a gente não quer falar", para logo depois, como para si mesma num murmúrio audível: "Logo eu, que estou lascada...". Perguntamo-nos: porque sob a égide da doença, uma mulher estaria obliterando uma demanda de sentido para o que está lhe acontecendo?

Vianna confirma:

(...) situações de estresse e ansiedade atingem até 18% de todas as gestações que passam a desenvolver mais complicações como a pré-eclâmpsia, por afetarem o equilíbrio do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal (HPA), alterando diretamente os níveis de hormônios como o cortisol, assim influenciando na imunidade celular e na qualidade de vida da gestante (cf. blog.,2010).

Assim, ainda que estejam inquietas estão, verdadeiramente, caladas, sem voz para poder dizer qual o sentido disso que as submete: ameaça de perder, medo de matar e morrer. Choram, então, numa mistura de medo, tristeza e revolta, ou se

esquivam como desalento e emudecem, e pensamos que se apercebem aprisionadas a um corpo atravessado, continuamente, entre o esforço pela vida e a força limite da morte.

Queixam-se chorosas que estão sem ar, que a nuca dói, o peito está apertando, sentem enjoo, uma zonzeira, não conseguem dormir, a barriga fica dura, há bebês morrendo, mulheres sofrendo, - estão presas. E portam um saber sobre si mesmas, - o seu bebê não está bem.

Algumas expressam com intensidade que querem voltar logo para casa, que no hospital não vão melhorar. De que casas estariam falando? Entendemos que estão em desamparo por sua gravidez. Gravidez que as teriam despejado do familiar, lançado-as na experiência traumática. A equipe da maternidade receosa e preocupada com o que reconhece como excessivo pede parecer da psicologia, e a enfermagem anuncia em suas rotinas o sofrimento perturbador delas.

Estas mulheres estão ameaçadas na produção exitosa de seu filho e sofrem impactante reencontro com as feridas narcísicas de sua constituição subjetiva.

Reconhecemos que a noção de trauma psíquico exige ser revisitada, pois estamos cientes de que na gravidez de alto risco a questão da precipitação do tempo gestacional desloca a mulher da primeira impressão difusa de vulnerabilidade ao surpreender-se grávida para a súbita experiência de desamparo, por isso traumática.

Freud (1893/1980) reconhece que uma experiência que provoque emoções aflitivas, vergonha, dor física ou susto pode ter efeito de trauma, enquanto Winnicott (1983/1999) postula que uma notícia quando atinge o sujeito de modo prematuro é experimentada como uma intrusão e tem, pois, conotação traumática provocando efeito de ameaça por aniquilamento.

Frise-se a necessidade de precisar conceitos freudianos acerca do trauma psíquico, pois, identificamos nas reações adversas das grávidas de alto risco o que Freud (1926/1980) estabelece, primeiramente, como "uma situação de desamparo" para reconhecê-la como equivalente de "situação traumática" (p.191).

Assim, Freud (1920/1980) formula que susto/*schreck*, medo/*furcht* e angústia/*angst* não são palavras sinônimas além de serem distintas em sua relação com o perigo.

O autor distingue a angústia como sendo um estado de antecipação do perigo, ainda que este possa ser desconhecido, enquanto o medo elege um objeto definido que provoque temor, e o susto tem como ênfase o impacto, que é o efeito sobre alguém que está no perigo sem haver se preparado para ele.

Freud (1926/1980) indaga-se, então, quais seriam a essência e o significado de uma situação de perigo. Conclui que o perigo é dimensionado pela condição do sujeito enfrentá-lo, podendo haver reconhecimento de desamparo em face do perigo. Então, distingue desamparo físico de desamparo psíquico, um real e o outro interno, conceituando que uma situação de desamparo é uma situação traumática, como assinalamos anteriormente.

Continua: "Seguindo essa sequência, angústia – perigo - desamparo (trauma), podemos resumir o que se disse" (op.cit.p.191). Destacando a angústia como "a reação original ao desamparo no trauma sendo reproduzida depois da situação de perigo como um sinal em busca de ajuda" (idem, p.192).

Freud descreve:

Em relação á situação traumática, na qual o paciente está desamparado, convergem perigos externos e internos, perigos reais e exigências pulsionais. Quer o eu esteja sofrendo de uma dor que não para ou experimentado um acúmulo de necessidades pulsionais que não podem obter satisfação, a situação econômica é a mesma, e o desamparo motor do eu encontra expressão no desamparo psíquico. (1926,p.193)

Freud (1926/1980) utiliza a palavra angústia/*angst* como uma reação a uma situação traumática/*schreck*, - sinal de aviso como choque frente a aproximação de um acontecimento.

Considera o trauma como uma falha no trabalho psíquico, pois não teria havido tempo para o sujeito, no caso a grávida de alto risco, preparar-se para a súbita invasão de um excesso de excitações pulsionais ou endógenas. O impacto inesperado

é uma pura expressão do real que num segundo tempo provoca a angústia como aquilo que não tem significação. Então, é a angústia que avisa como busca de ajuda dando sinais de urgência, e impõe à grávida em perigo um trabalho psíquico, quando não, a experiência de desamparo, ou melhor dizendo-a, traumática.

Diante do exposto, a experiência do trauma ocorre quando não há inscrição de sentido pela representação que é simbólica, ou o uso protetor do recalque e mesmo da negação também falham. Restaria, então, a submissão à inundação das produções imaginárias como efeito do real traumático da gravidez de alto risco.

Uma das grávidas de alto risco relata um sonho de angústia que a acordou à noite: "Eu estava de frente para uma janela falando ao telefone com X, então, entrou pela janela uma onda enorme, eu sabia que eu ia morrer, a ligação foi cortada, teve uma separação".

Retomamos Freud (1926/1980) que nos deixa avisados que "todo indivíduo tem, com toda probabilidade, um limite além do qual seu aparelho psíquico falha em sua função de dominar as quantidades de excitação que precisam ser eliminadas" (op.cit.,p.172). Assim, experimentar o trauma psíquico como expressão de sofrimento faz parte do cerne da condição humana como ser falante em suas circunstâncias.

Eis que Maia (2004) salienta o fato do trauma não ser em si mesmo patológico e observa que seus efeitos podem ser desestruturantes ou não. A dupla possibilidade contida no trauma é denominada, então, de *paradoxo do trauma*. Segundo a autora, o que daria destino ao trauma seriam os seus desdobramentos, dependentes da complexa rede de fatores intra e intersubjetivos.

A autora examina o aspecto *subjetivante* ao considerar que os efeitos do trauma poderiam provocar uma desestabilização temporária, afetando as construções psíquicas com as quais o sujeito podia contar. Assim, seguindo-a, destacamos que a possibilidade de produção de uma narrativa do tempo traumático seria excelente aliada para o deslocamento da posição subjetiva retida pela experiência traumática, o que poderia permitir a retomada do vai-vem das trocas afetivas entre a grávida em perigo e o mundo.

Continuando a narrativa do sonho de angústia acima, essa grávida com sintomas de pré-eclâmpsia, diz: "Olhei e lá fora não havia luz, - um breu. De repente

estou subindo uma montanha de mãos dadas com um menino, puxando ele, ele era preto, pensei que era meu aluno”.

Desse modo, num instante a inundação como horror impactante provocou a separação como corte na ligação e, então, o silêncio da morte, tal como foi relatado no primeiro momento do sonho. Em continuação de um trabalho sobre o sonho, a narrativa fluiu em busca de sentido: a professora potente pode salvar com esforço uma criança negra-excluída do perigo de morte.

Quanto ao aspecto *dessubjetivante*, Maia considera que nestas circunstâncias, não ocorreria o processo de elaboração psíquica do trauma. Como consequência: “(...) certa anestesia frente à vida, uma apatia que pode ser traduzida por um 'congelamento' da mobilidade psíquica” (op. cit., p. 195).

Fica esclarecido que esse “congelamento”, isto é, essa retenção ou mesmo regressão da grávida nos tempos de desdobramentos de sua posição materna na relação com o bebê imaginário como apresentado no início do texto, poderia provocar efeitos insidiosos difusos ou nítidos que desaguariam sobre seu mundo de relações, e especialmente, sobre os afetos e representações de filho e mãe. Efeitos ainda na gestação e consequências após o nascimento?

Nessas grávidas submetidas pela experiência traumática haveria em um passo atrás, a reminiscência das angústias de intrusão e de separação primitivas próprias das relações primordiais com o Outro materno, que são anteriores à angústia de castração da relação triangular edípica. Estariam remetidas pela invasão do território do eu à representação do outro como ameaçador: bebê, médico, hospital? Ficariam à mercê da experiência de extremo abandono e desamparo, - então, excessivas? Escutamos de uma grávida em tom muito irritado: “Ele (o bebê) está me sacaneando!”, ou ainda: “Ela já me dá muito trabalho, desde o início perdi muito sangue!”

Pensamos que se evidencia a produção de fantasias assustadoras com um nível demasiadamente excessivo de desprazer que podem impulsionar o sujeito a projetá-las como se viessem de fora.

Desse modo, estas mulheres experimentariam impressões que identificamos como de “inquietante estranheza” (FREUD, 1919/1980) que provocariam efeitos de

tristezas sutis, temores difusos, sensações cercadas de maus presságios, consequência do esforço psíquico para se liberarem da situação traumática, - modos de poder dizer alguma coisa disso.

Ora, concluímos que a percepção prematura da urgência no corpo impregnada pela significação de alto risco que a medicina oferece, precipita a exigência para que se faça um trabalho de narrativa a tempo no pré-natal.

Becker (2010) reafirma que o sofrimento psíquico nada mais é do que o excesso do que é retido, mortífero e paralisante dos sintomas corporais, o que resiste à circulação. Desse modo, a angústia em sua aparição sintomática como descarga em sinais fisiológicos nos avisa que há um trabalho psíquico que urge para ser feito. Que se faça então. Faz-se necessário que algo seja dito do que está sendo experimentado como traumático, - invasivo turbilhão num transbordamento que pode ultrapassá-la como uma onda com efeito de vertigem.

Contamos, nesse tempo, com a escuta de analista para que o afeto da angústia, este que não engana, viabilize pela fala um anteparo ao perigo. Então, o sujeito construa uma narrativa que o desloque para além do trauma.

Escutamos nas enfermarias suas falas cifradas, já que não poderiam dizê-lo abertamente: o perigo é a morte. Uma grávida de alto risco queixa-se: "Fiquei doente depois da gravidez, quero voltar para casa porque aqui as mulheres sofrem, os bebês morrem e fico nervosa". Eis que ao perguntarmos à outra grávida qual seria o nome do bebê, ela responde: "Queria Júlia, mas todo mundo já *arrancou* esse nome", ou ainda há a outra dizendo: "Vai ser João Hélio, do avô morto", - o tema da morte impregnante, retorna.

5. GRAVIDEZ DE ALTO RISCO: INTERVENÇÕES E MANEJO

Diz Chatel (1995) que foi graças aos avanços da medicina científica que no século passado houve um real controle da mortalidade materna e infantil no parto. Então, medicina e gestação humana ampliaram seus laços para atender ao imperativo de salvar mãe e criança dos riscos mortais do nascimento, consequentemente, circula

como consenso que a medicina reconhece a gravidez como um estado de evolução natural, mas especial.

Julgamos que uma mulher grávida que adoece pela gravidez é deslocada do lugar da “gravidez não é doença” como preconiza o que foi anunciado pelo folder do Ministério da Saúde, e é incluída como uma paciente que retorna para o médico com uma perda de sintonia sobre seu próprio corpo grávido em busca de tratamento, cura ou, ainda, salvação.

A demanda da grávida de alto risco recai sobre o médico que teria a posse de um saber construído pelos avanços científicos. Escutamos nossa grávida responder ao médico, enigmaticamente, sobre como tem passado: “Com a saúde está tudo bem”, para logo a seguir entregar-lhe o corpo que é território dele: “Estou é sentindo uma dor atrás e embaixo muito forte que não me deixa fazer as coisas”.

A medicina salvou a mãe e a criança, e estes retornam com seus corpos no acontecimento fisiológico da gravidez anunciado pelo médico como alto risco, e a transferência dessas mulheres é com o médico que saberia dos seus corpos.

As grávidas de alto risco, em transferência ao saber da medicina produzem a demanda de atenção singular e exclusiva ao qual o médico respondeu com jeito brincalhão: “Ah, assim como você quer, tem um monte aqui na porta...”. E esse diálogo parece não denunciar qualquer índice de desatenção ou descaso, já que são, visivelmente, gestantes bem acompanhadas pelos parâmetros médicos e da cidadania. Mas a transferência ao discurso médico em instituição não permite que suas manifestações sintomáticas “obstétricas” possam ser escutadas como índices de seu desejo singular. E, pensamos que os sintomas escorrem pelo corpo liberando-as, pois, para o excesso no modo ruidoso ou silencioso.

Assim, fica suposto, consensualmente, que a gravidez de alto risco indica uma razão socialmente aceitável para a exacerbação de sintomas que circulam continuamente como em uma única fita de dupla face, sem fronteiras entre o corpo e o psíquico.

A noção de alto risco para a gestação, quase sempre faz predominar uma ação centrada na condição orgânica ao representar um sentido antagônico à normalidade, reforçando a medicalização e a passividade da mulher.

Observamos em seus relatos aos obstetras e/ou enfermeiros que a notificação de risco enlaçaria um a mais de excesso no corpo como angústia, o que poderia contribuir para intensificar alterações de sinais fisiológicos: contrações fortes e irregulares, níveis de pressão e hormonais alterados, distúrbios do humor, do sono e dos hábitos alimentares. Há infecções urinárias resistentes à cura, e ocorrem as interrupções espontâneas da gravidez e ameaças de parto prematuro.

Lembramo-nos de um casal encaminhado para o Programa de Planejamento Familiar para autorização de laqueadura tubária após longa história de gravidezes de alto risco.

Abre-se o pano: o marido apressado tomava dela a palavra, enquanto ela bem cuidada aparentava estar habituada com isso, - deixando-se ser falada. Ele justificava-se: o pedido se fazia em virtude de uma série contínua de 5 (cinco) abortos. Observamos que ela não expressava sentimentos de perda ou angústia, mas convidada a falar, diz: "Fiquei grávida, morri" e, então, continua para relatar que era tomada por vômitos mortificantes que a jogavam, imediatamente, na cama com um balde ao lado. Daí, só era retirada após deixar cair o concepto para a morte.

Supomos que o obstetra considerou a compulsiva repetição do ato da gravidez como insistência do desejo em sintonia do casal, ainda que este fosse desmentido a cada vez. Em resposta, um ato médico: fazer a circlagem do colo do útero, mas ainda uma vez mais, o colo do útero não suporta a gravidez, rompe-se e ela aborta. A evidência dos acontecimentos sugere a laqueadura tubária, então uma indicação médica que, paradoxalmente, legitimaria a "esterilidade" do casal.

A entrevista termina ao anunciarem, então, aliviados que serão avós. Relatam que a filha única de 15 anos ficou grávida. A gravidez da adolescente parece não surpreendê-los, sorriem ao serem lançados para adiante. Supomos que uma menina de 15 anos responde ao sintoma do par parental: a mãe teria conseguido passar o bastão da procriação para a filha e o pai se reeditaria como avô. E sem demanda de análise voltaram para a cidade de onde vieram. Perguntamo-nos se algo do dito e escutado naquela entrevista teria conseguido ganhar outro sentido?

Fecha-se o pano: coube ao médico fazer sua parte, intervindo cirurgicamente no corte e costura, enquanto ao analista coube o manejo possível oferecido pela fala.

Recortar para que a escuta do desejo aponte uma direção para cada um dos sujeitos alinhavar e arrematar, e em um tempo de conclusão mais adiante, outra posição frente aos seus desejos? O perigo da gravidez de alto risco teria sido relançado na gravidez da adolescente?

Vamos adiante, já que estamos em um hospital e haverá o encontro necessário entre médicos e psicanalistas.

Se a psicanálise de Freud nasceu nos hospitais, enquanto ele se empenhava para entender os fenômenos histéricos, se Freud fazia suas intervenções analíticas andando a pé nos bosques de Viena, nos hotéis quando de suas viagens, se Lacan atendia nos corredores do hospital de Saint-Anne, de onde surgiram essas regras que passaram a constituir o *setting* analítico? (MORETTO, 2005, p.58)

O desejo do médico seria definido pelo objeto da medicina que é a doença. Freud, fundador da psicanálise, como médico se interessou primeiro pela histeria e não pelas histéricas, mas descobriu que a histeria escapava ao saber já constituído pela ordem médica, e construiu uma obra investigava sobre o sujeito do inconsciente.

Moretto (2005) disserta que o corpo interessa ao saber da medicina porque seria o lugar onde a doença se inscreve. Ao analista está reservado saber sobre a pulsão como conceito fundamental, - representante psíquico de uma excitação somática. Para efeito de entendimento das grávidas de alto risco, sabemos que os acontecimentos do corpo adoecido terão sua representação psíquica, ainda que elas não saibam quais marcas de sua história estariam impressas no seu corpo. Ora, para o psicanalista o corpo real não estará separado do corpo imaginário nem de sua representação simbólica como destacou Vidal (1999).

Moretto (2005) ressalta que se há lugar para o analista no hospital é justo porque escuta a subjetividade que deve ser excluída pela ordem médica, e então caberá ao médico no hospital tratar do que é seu objetivo primeiro, isto é, a doença.

Desse modo, identificamos uma função de analista que abre a questão que necessita ser abordada: o tempo para os efeitos de uma análise em hospital.

Sabemos que uma análise não é regida pelo tempo cronológico, mas por um tempo lógico que é de outra natureza. As entrevistas preliminares (LACAN, 1889)

podem construir uma demanda como o momento anterior a qualquer entrada em análise.

Ora, uma análise pode dar seus primeiros passos e ser interrompida, e mesmo assim provocar o que Lacan conceitua como retificação subjetiva, - um efeito analítico no sujeito. Desse modo, pode haver uma mudança na posição da grávida com relação o seu desejo, e também com o mal que a acomete, na sua implicação com aquilo do qual se queixa e na própria responsabilidade pelo excesso de seu sofrimento.

Afinal, a grávida internada não é apenas objeto de cuidados:

(...) apesar de estar sob responsabilidade de outros, não deixa de ser sujeito desejante, o seu corpo não é hospedeiro de uma doença, ele é um sujeito doente, e isso tem consequências no seu psiquismo (MORETTO, 2005, p.107)

Como oferecer um manejo dessas situações?

Então, consideramos o que poderia ser chamada de *identificação terna* como formula Lejarraga (2005). Assim, o trato clínico no acompanhamento do pré-natal deveria fazer-se dotado de identificação à grávida em seu estado desvalido de desamparo.

Faz-se necessário retornar a Freud (1926/1980) para fundamentar que a capacidade de sentir ternura se funda sobre o estado de desamparo comum à condição humana do qual "o homem jamais se livrará" (p.145). Freud (1912/1980) já sublinhava que um dos destinos dos laços afetivos se remeteria a mecanismos de identificação de uma parte do eu com a condição desvalida e dependente do outro.

Assim, seria uma aproximação clínica identificar-se ternamente ao outro em sua condição desvalida para reconhecê-lo como semelhante em sua condição humana e cuidá-lo?

Conseguiríamos realizar por este viés um manejo eficiente e, verdadeiramente, humanizado? Ambos, corpo clínico e grávidas de alto risco em suas humanidades para levar adiante uma circunstância traumática que atinge a todos em suas subjetividades e particularidades funcionais?

Não desconhecemos os modos de ligações afetivas fundamentadas nas idealizações. Idealizações necessárias que direcionam saber e fazer os projetos e execuções de nossas intenções; como também sua pertinência justificada nas políticas e nas gestões em saúde da mulher.

Ora, Laurent (apud BORSOI,2006) ressalta que o mal estar circulante, aquele que identificamos ao nos aproximarmos das grávidas gestantes no âmbito hospitalar como anunciamos na introdução, não estaria ancorado em uma falta de conhecimento, mas no excesso de trabalho psíquico para, paradoxalmente, escapar aos próprios efeitos do mal estar e da angústia do fazer clínico. Impasses das grávidas e nossos entraves com elas, assim, identificarmo-nos ternamente com as grávidas de alto risco seria uma das vias possíveis de nossa aproximação clínica?

Com respeito às práticas clínicas diversas, Borsoi (op.cit. 2006) formula que não identifica uma equipe como sendo uma unidade, mas como uma convocação ao trabalho onde cada sujeito com seu desejo são enlaçados. Assim, intervir preventivamente nas emergências clínicas durante o atendimento pré-natal poderia evitar urgências que se encaminhem para internação hospitalar, ou reduzir os tempo de internação e número de reinternações?

Mas, lamentavelmente, as situações clínicas de interrupção da gravidez acontecem de modo espontâneo ou segundo parâmetros médicos. Quando se faz necessária a prescrição médica há uma ordenação legal ou jurídica, tratando-se de procedimento eticamente embasado e previsto no Código Penal Brasileiro, 1940, Art. 128.

Não é necessário pedir autorização à comissão de ética do hospital, sugerindo-se apenas a sua notificação, como se segue:

Embora o código penal não exija autorização formal da mulher, é recomendado que ela deva ser informada de sua situação clínica e participar da decisão. É considerado risco de vida materna toda situação clínica que ocorre durante o período gestacional, quer por doença própria da gestação ou doença preexistente que coloca em risco a vida da gestante e inviabiliza a continuação da gravidez. Nesses casos, está indicada a interrupção da gravidez no sentido de preservar a vida da mulher. É indispensável que, no mínimo, dois médicos atestem que a interrupção da gravidez é a única maneira de salvar a vida da mulher. Pelo menos um deles deve ser da especialidade. A comunicação deve ser estendida ao cônjuge ou familiares da paciente, mas o que deve prevalecer é a decisão da mulher. Nas situações em que a mulher não se encontra em condições de decidir, prevalecerá o princípio básico da ação médica, que é preservar a vida, amparado pelo código de ética. A decisão de interromper a gravidez não depende da idade gestacional, devendo ser baseada em critérios clínicos de gravidade. No entanto, os procedimentos serão diferenciados de acordo com a idade gestacional. Considerando a gravidade das situações, a tomada de decisão deve ser ágil. (MS, 2000, p.151)

Assim, abre-se outra questão: como uma equipe vai incluir o seu próprio mal estar e angústia como recursos para aproximação das subjetividades circulantes no âmbito hospitalar? No horizonte, a ética de uma política na instituição que é de cada um.

No entanto, agora, eis que a oferta de escuta do analista visa que a grávida no hospital se localize frente à doença e reconheça a realidade na qual está inserida, num movimento subjetivo que avance além da situação traumática, reconhecendo sua percepção sem desmenti-la. Ora, um saber a ser recuperado sobre as percepções sensíveis que a sintonizem com seu corpo, que a permitam tomar a decisão sobre um ato onde a escolha é forçada. Caberá à equipe clínica o provimento de seus saberes e fazeres ajudando-a a não ceder sobre seu desejo de sustentar a vida.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS:

Para não concluir... sobre o indizível

Destacamos que nos abstermos de fazer exposição de uma ordenação de atendimento no pré-natal de alto risco no ambulatório e nas enfermarias, como também de fazer relatos de histórias clínicas textuais.

Nossa intenção foi recolher o que fez parte de nossa experiência como recortes de uma clínica de analista articulada à ordem médica em hospital público. Experiência fragmentada no entra e sai sem aviso prévio, à mercê de plantões que se alternam em suas diversidades e de processos gestacionais com conclusões inesperadas para o melhor ou o pior.

Transmitir algo disso transformou-se no caos desorganizador que a metodologia da lógica abstrata acadêmica nos impunha. Sabemos que nossa escolha é forçada pela ética que nos situa e que nos serve de direção nas intervenções como ato, ou não, assim como no manejo dos laços transferenciais de trabalho com as grávidas e a equipe clínica.

Além disso, estamos cientes do campo transferencial com a instituição que assujeita a todos na "manipulação dos mecanismos disciplinares de controle" (VILHENA&PINHEIRO, 2008).

Encontramos de outro modo, a própria instituição hospitalar como:

(...) lugar de referência que acolhe o paciente em todos os momentos em que ele necessita, promove o "holding" necessário para a instauração do campo transferencial (...), o fato da instituição permanecer como lugar para o qual o paciente possa retornar caso necessário, facilita que o encerramento dos atendimentos seja percebido como um processo de separação e não de abandono. (VILHENA&PINHEIRO, 2008).

Lembramos que "é como sujeito também que cada um pode levantar as questões que surgem no dia a dia do trabalho institucional, enquanto as sofre" (ALBERTI & FIGUEIREDO, 2006, p.8).

Pensamos em nós mesmos como um sujeito ocupando lugares, posições e funções, mas também como um analista que fundamenta sua prática e lhe dá suporte teórico e ético. Tomando em referência as autoras acima citadas, reconhecemos que o

sujeito *analisante-da-situação* pode interrogar-se sobre o que pode um sujeito na instituição, assim como o que pode um analista no hospital.

Constituímos uma passagem pelas brechas, numa rede de nós e furos assim tecida, mas que serve de lugar ao nosso fazer sem compreender, avisados de que toda intervenção pode ser um ato que terá um alcance que poderia ser vislumbrado “só depois”, num outro tempo que pode não ser o nosso, e sim do outro e da instituição.

Apreendemos a partir da pesquisa realizada para esse estudo que a gestação é um processo evolutivo que deve chegar a termo e que ameaças que afetem o corpo, subitamente, como doença da gestação precipitam na grávida de alto risco a experiência subjetiva de trauma psíquico.

Desse modo, resumimos: 1- Transições psíquicas da experiência subjetiva da gravidez: a impressão difusa de vulnerabilidade sob a surpresa do anúncio de uma gravidez confirmada, então, os movimentos fetais provocando a experiência mais íntima e exclusiva do que qualquer outra, enquanto a certeza de que a gravidez é um processo intransferível, reaviva sentimentos de solidão.

2- Transições psíquicas na experiência traumática da gravidez de alto risco: a vulnerabilidade difusa instala-se como perigo real, enquanto a sublime união exclusiva transforma-se no aprisionamento em uma unidade que coloca em risco de vida mãe e filho, e o processo gestacional intransferível impõe a expectativa possível do medonho encontro solitário com o limite da vida nos seus primórdios.

Assim, um processo vital da concepção ao nascimento distila precipitados produzindo efeitos de trauma psíquico como formulado por Freud.

E a psicanálise é um campo teórico - clínico passível de intersecções com diferentes práticas dentro de uma maternidade em um hospital.

O médico demanda apoio e suporte de acompanhamento à grávida de alto risco para que a ordem médica que se impõe por si mesma por se colocar em nome da vida, não encontre entraves à sua determinação, pois, é necessário obedecê-la.

A enfermagem constituirá os cuidados educativos com estratégias e protocolos específicos (FERREIRA, 2011), mas reconhecendo como identificou Lima de

Souza (2007) que o medo de morrer ou de perder o filho identificado na grávida de alto risco pode ser consequência da falha de informação como foi observado no pré-natal, além do despreparo subjetivo para as adversidades resultantes da gravidez com pré-eclâmpsia.

Assim, em nosso âmbito hospitalar, além da inexistência de um Setor de Psicologia na Maternidade ou ainda, de uma Divisão de Psicanálise em um Centro Hospitalar, há a presença de um psicanalista.

O alerta antecipado dado pelo médico à grávida quanto ao risco de prematuridade abala um lado e o outro. Em um lampejo há o anúncio de uma gravidez de alto risco, há precipitação do tempo, perigo de risco real enlaçando mãe e filho. Aquela unidade mais íntima, exclusiva, sublime entre mãe e filho resvalou, revelando o seu horror.

Falar é um imperativo que exige não ceder frente ao silêncio e a recusa. Falar vem a tempo daquilo que para o sujeito está a caminho, - ver-se livre de um excesso de sintoma, reposicionando-se.

O que há de peculiar para o analista no hospital é que ele vai comunicar, pessoalmente, que existe o lugar desta oferta de escuta para uma fala fora do tempo das precipitações impressionantes. A psicanálise sai, mais uma vez, do campo da técnica para o campo da ética.

Destacamos que é preciso que a oferta da escuta permita que as grávidas de alto risco falem e se indaguem dando voz às suas dúvidas e temores referidos às emergências e urgências em que estão envolvidos, - elas e seus filhos. Então, que o indizível pelo silêncio traumático e a falta de esclarecimento não andem de mãos dadas.

Há atenção integral no âmbito estrito do hospital, quando uma grávida de alto risco não fica desassistida na saúde do corpo e na possibilidade de falar a tempo sobre a angústia paralisante que atinge a amplitude de sua alma.

Desejamos que cada interrogação que ficou sem resposta explicitada possa sinalizar que há uma direção a partir de nossa experiência clínica sendo articulada nos desdobramentos de conhecimento produzidos nesse texto. Uma experiência acumulada

subjetiva e de psicanalista em aberto, à espera que alguns entre nós extraíam disso algum proveito no atendimento às grávidas de alto risco.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALBERTI, Sonia & FIGUEIREDO, Ana Cristina (orgs.). (2006) "Apresentação", in **Psicanálise e Saúde Mental: uma aposta**. Rio de Janeiro: Companhia de Freud.p.7-15.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita (2004) Cuidado e Reconstrução das Práticas de Saúde, **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, v.8, n.14, São Paulo, p.73-92.

BECKER, Paulo (2010) **A Economia do Gozo- Freud, Marx e Lacan**, Rio de Janeiro: Garamond.

BÓRNIA, Rita. (2010) in aula **Saúde da Mulher II**, ME/UFRJ.

BORSOI, Paula. (2006) **A Prática Lacaniana no Coletivo Institucional**, in II Curso de Extensão Atenção Psicossocial para Crianças e Adolescentes, IPUB/UFRJ, (inédito)

BYDLOWSKI, Monique (2002) "O olhar interior da mulher grávida: transparência psíquica e representação do objeto interno", in CORRÊA FILHO, Laurista; CORRÊA, Maria Elena Girade e FRANÇA, Paulo Sérgio (orgs.). **Novos Olhares Sobre a Gestação e a Criança até os 3 anos**,. Brasília: L.G.E., p. 205-214.

BRASIL, (2000) **Gestação de alto risco: manual técnico**, Brasília: MS.

CHATEL, Marie-Magdeleine (1995) **Mal-estar na procriação: as mulheres e a medicina da reprodução**. Rio de Janeiro: Campo Matêmico

FARIAS, MCAD., NOBREGA MML. & als. (2000) Diagnóstico de enfermagem numa gestante de alto risco baseados na teoria do auto cuidado de Orem: estudo de caso. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, 8(6): 59-67. 9 Disponível em www.webartigos.com Acesso em:12 jan 2011.

FREUD, Sigmund (1893/1980) **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**, Rio de Janeiro: Imago. "Sobre o mecanismo psíquico dos fenômenos histéricos: comunicação preliminar", v.II, p.41-231.

FREUD, Sigmund (1896/1980) **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**, Rio de Janeiro: Imago. "Extratos dos documentos dirigidos a Fliess: Carta 52", v.I, p.317-324

FREUD, Sigmund (1905/1980) **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**, Rio de Janeiro: Imago. "Três ensaios sobre a teoria da sexualidade", v.VII, p.135-237.

FREUD, Sigmund (1912/1980) **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**, Rio de Janeiro: Imago. "Sobre a mais generalizada degradação da vida amorosa (Contribuições à psicologia do amor II)". v. XI, p.123 -237.

FREUD, Sigmund (1916/1980) **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**, Rio de Janeiro: Imago. "Sobre a Transitoriedade", v. XIV, p. 345-348.

FREUD, Sigmund (1919/1980) **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**, Rio de Janeiro: Imago, "O estranho", v.XVII. p.275 -314.

FREUD, Sigmund (1920/1980) **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**, Rio de Janeiro: Imago, "Além do princípio do prazer", v.XVIII, p.17- 85.

FREUD, Sigmund (1921/1980) **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**, Rio de Janeiro: Imago "Psicologia de grupo e análise do eu", v.XVIII,p. 91-179.

FREUD, Sigmund (1925/1980) **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**, Rio de Janeiro: Imago, "As conseqüências psíquicas das diferenças anatômicas entre os sexos", v.XIX. p. 309 – 320.

FREUD, Sigmund (1926/1980) **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**, Rio de Janeiro: Imago, "Inibição, Sintoma e Angústia", v.XX, p.107-200.

GRANHA, Maria Tereza, (2000) "Reflexões sobre a Prática Psicanalítica no Hospital Geral", in MOURA, Marisa Decat de (org.). **Psicanálise e Hospital**, Rio de Janeiro: Revinter, p.83-89.

LACAN, Jacques (1955-56/1981) **livro 3 as psicoses**, Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

LEJARRAGA Ana Lila (2005) Sobre a Ternura, Noção Esquecida in **Interações**, São Paulo, ano/v.10,n.019,p 87-102. Disponível em: [HTTP://redalyc.uaemex.mx](http://redalyc.uaemex.mx)

MAIA, Schargel Maia. (2004) **Os extremos da alma: dor e trauma na atualidade e clínica psicanalítica**. Rio de Janeiro: Garamond. p. 195

MATHELIN, Catherine. (1999) **O Sorriso da Gioconda: clínica psicanalítica com os bebês prematuros**, Rio de Janeiro: Companhia de Freud, p.17.

MORETTO, Maria Livia Tourinho. (2005) **O que pode um analista no hospital?** Rio de Janeiro: Casa do Psicólogo.

RAPHAEL-LEFF, Joan. (1997) **Gravidez: a história interior**, Porto Alegre; Artes Médicas.

SOUZA, Nilba Lima de & als.(2007) Percepção materna com o nascimento prematuro e vivência da gravidez com pré-eclâmpsia. **Revista Saúde Pública**, v.41, n.5, p. 704-710.

SOIFER, Raquel (1975) **Psicologia del embarazo, parto y puerperio**, Buenos Aires: Kargieman.

SZEJER, Myriam. (2002) "Uma abordagem psicanalítica da gravidez e do nascimento", in CORRÊA FILHO, Laurista; CORRÊA, Maria Elena Girade e FRANÇA, Paulo Sérgio (orgs.) **Novos Olhares sobre a gestação e a criança até os 3 anos**. Brasília: L.G.E., p. 188-204.

VIANNA, Priscila. & BOGO CHIES, José Artur (2010) Gestação de sucesso: o papel do sistema imune da mãe na aceitação ou rejeição do feto, in **Revista Ciência Hoje**, v.45, n.269. Rio de Janeiro: SBPC p. 22-27

VIANNA, Priscila. (2010) <http://blogdasbi.blogspot.com>, Acesso, 11 nov.2010

PASCOAL, Istênio F. (1998) Mecanismos Fisiopatológicos e suas Implicações Terapêuticas in **Sua Revista Virtual de Medicina**, ano. 1 v.1, n.10 p. 26- 27.

VIDAL, Eduardo. (1999) **O corpo da psicanálise**, in J. O GLOBO. Seção OPINIÃO, segunda-feira, 22 nov.

VILHENA, Junia de & PINHEIRO, Nadja (2008) Nem Público, nem privado, muito pelo contrário: sobre a clínica psicanalítica no ambulatório hospitalar, **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, Rio de Janeiro, v.8, n.1.

WINNICOTT, Donald Woods (1988/1990) "Os estados iniciais", in: **A Natureza Humana**, Rio de Janeiro: Imago.