

Erika Finotti Wutke

ESTUDO DO PSIQUISMO DE GESTANTES COM DIABETES
MELLITUS ATRAVES DO QUESTIONARIO PARA ESTILO DE DEFESA
(DSQ) E DO QUESTIONARIO DE MORBIDADE PSIQUIÁTRICA PARA
ADULTOS (QMPA)

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação
em Ciências da Saúde da Faculdade de Medicina da
Universidade Federal de Uberlândia, como parte dos
requisitos para obtenção do Título de Mestre em
Ciências da Saúde.

Faculdade de Medicina
Universidade Federal de Uberlândia
Uberlândia - 2009

Erika Finotti Wutke

ESTUDO DO PSIQUISMO DE GESTANTES COM DIABETES
MELLITUS ATRAVES DO QUESTIONARIO PARA ESTILO DE DEFESA
(DSQ) E DO QUESTIONARIO DE MORBIDADE PSIQUIÁTRICA PARA
ADULTOS (QMPA)

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação
em Ciências da Saúde da Faculdade de Medicina da
Universidade Federal de Uberlândia, como parte dos
requisitos para obtenção do Título de Mestre em
Ciências da Saúde.

Orientador
Professor Dr. Paulo Tannús Jorge

Coorientadora
Professora Dra Mônica Pimenta Marques Andrade.

Coordenador do Programa de Pós-Graduação
Professor Dr. Carlos Henrique Martins da Silva
Uberlândia - 2009

FICHA CATALOGRÁFICA

Elaborado pelo Sistema de Bibliotecas da UFU / Setor de Catalogação e Classificação

Wutke, Erika Finotti, 1964-

W973e Estudo do psiquismo de gestantes com diabetes melitus através do
questionário para estilo de defesa (DSQ) e do questionário de morbida-
de psiquiátrica para adultos (QMPA) / Érika Finotti Wutke. - 2009.

63 f. : il.

Orientador:..Paulo Tannús Jorge.

Co-orientadora: Mônica Pimenta Marques Andrade.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Uberlândia, Pro- grama de
Pós-Graduação em Ciências da Saúde.

Inclui bibliografia.

1. Psicanálise - Teses. 2. Grávidas - Aspectos psicológicos - Teses.
3. Diabéticos - Teses. I. Jorge, Paulo Tannús. II. Andrade, Mônica Pimenta
Marques. III. Universidade Federal de Uberlândia. Programa
de Pós-Graduação em Ciências da Saúde. IV. Título.

CDU: 159.964.2

ESTUDO DO PSIQUISMO DE GESTANTES COM DIABETES MELLITUS ATRAVES
DO QUESTIONARIO PARA ESTILO DE DEFESA (DSQ) E DO QUESTIONARIO DE
MORBIDADE PSIQUIÁTRICA PARA ADULTOS (QMPA)

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação
em Ciências da Saúde da Faculdade de Medicina da
Universidade Federal de Uberlândia, como parte dos
requisitos para obtenção do Título de Mestre em
Ciências da Saúde.

Banca Examinadora:

Uberlândia, 20 de maio de 2009.

Prof. Dr. William César Castilho Pereira – PUC-MG

Profª. Dra. Maria Lúcia Castilho Romera - UFU

Profª. Dra. Maria Célia Santos - UFU

À minha família pelos
incentivos e grandes
lições sobre a vida.

AGRADECIMENTOS

Ao Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia pela oportunidade de realizar este trabalho.

Ao meu orientador, prof. Dr. Paulo Tannus Jorge, por me possibilitar concretizar o que um dia foi um sonho. A minha coorientadora, Dra. Mônica Pimenta Marques Andrade por caminhar ao meu lado e, ao mesmo tempo, me ensinar a lidar com muitas das dificuldades deste período.

Ao Ambulatório e Enfermaria de Ginecologia e Obstetrícia que se dispuseram a entender as minhas ausências e necessidades no desenvolvimento deste.

Ao Setor de Psicologia da Saúde e Escola Hospitalar que estavam sempre presente me ajudando nos momentos mais intensos. Minha gratidão e carinho pela compreensão.

À Secretaria Municipal de Saúde e UAIs através de seus funcionários que se dispuseram, gentilmente, a me auxiliar na busca de pacientes para minha amostra.

A Enf. Luci e sua equipe no Ambulatório de Ginecologia e Obstetrícia que muito me auxiliaram e me ouviram diante das dificuldades nas coletas de dados.

Aos médicos: Dra Maria Célia, Ana Paula, Alfeno, Márcia Aires e Valéria que tanto apoio e compreensão me forneceram neste período.

Ao Jorge Pfeifer por me acolher afetuosamente e torcer pelo meu desenvolvimento profissional.

A Maria Ignez da Assis Moura pela grande paciência em me ensinar Estatística e atender as minhas muitas dúvidas e necessidades no percurso desta pesquisa.

Aos meus filhos, Laila e Guilherme pelo desprendimento do tempo que dediquei a este trabalho em detrimento do nosso tempo juntos.

A minha mãe e irmãs pela ajuda e compreensão em muitos momentos de aperto entre tantas exigências. E mantendo o incentivo e a crença de que eu conseguiria.

Minha gratidão a todas as gestantes que se dispuseram a confiar suas histórias para compor este e me permitiram experimentar a realização de compartilhar de suas vidas.

RESUMO

Este estudo visa identificar os mecanismos de defesa do ego utilizados por gestantes diabéticas, através da aplicação do Questionário para Estilo de Defesas (DSQ) e de sua associação com a presença de transtornos mentais, avaliada pelo Questionário de Morbidade Psiquiátrica do Adulto (QMPA). Este estudo é do tipo caso controle seqüencial. Os sujeitos que dele participaram foram 100 gestantes com diagnóstico de *diabetes mellitus* (portadoras de diabetes gestacional e pré-gestacional), que foram acompanhadas pelo Serviço de Psicologia no Ambulatório e na Enfermaria Setor de Gestação de Alto Risco, e 100 gestantes clinicamente normais do Ambulatório de Pré Natal, e que compuseram o grupo controle. Estas foram escolhidas por meio de pareamento, quanto à idade, ao nível de escolaridade e ao trimestre de gravidez. As gestantes diabéticas tendem a se diferenciar utilizando mecanismos de defesas desadaptativas, como: agressividade passiva; projeção; inibição; somatização; fantasia; e recusa de ajuda. Nos escores do QMPA encontramos que o grupo de grávidas portadoras de diabetes apresenta diferenças significativas nos fatores: ansiedade/somatização, irritabilidade/depressão e exaltação do humor quando comparado com seu grupo controle; sendo os valores mais elevados os do grupo de grávidas portadoras de diabetes. Nos fatores referentes ao alcoolismo e ao tratamento, os escores do grupo controle foram mais elevados. Fica evidente que estas regridem mais do que as gestantes normais. Esta conclusão pode indicar a necessidade de implantação de programas de prevenção de transtornos psicológicos dedicados às gestantes diabéticas.

Palavras-chave: Gravidez, *diabetes mellitus*, mecanismos de defesa do ego, DSQ e QMPA.

ABSTRACT

This study aimed at identifying, through Defense Style Questionnaire (DSQ), the ego defense mechanisms used by diabetic pregnant women and their association with the presence of mental disorders evaluated through the screening test QMPA (Psychiatric Morbidity Questionnaire for Adults). It is a sequential case-control study. Subjects were 100 pregnant women diagnosed with *diabetes mellitus* (gestational and pregestational diabetic women), who were being assisted by the Psychological Service offered in the Ambulatory Department and in the Infirmary for High Risk Pregnancy, and 100 clinically normal pregnant women who were being attended in the Ambulatory Prenatal Service Department, who formed the control group. Subjects were paired by age, educational level and the trimester of pregnancy. According to the results, the diabetic pregnant women tend to differ from the non-diabetic ones inasmuch as they use disadaptive defense mechanisms, such as: passive aggressiveness, projection, inhibition, somatization, fantasy, and refusing help. According to the QMPA scores, the group of diabetic pregnant women presented significant differences, when compared to the control group, concerning the following factors: anxiety/somatization, irritability/depression, and exaltation of humor. The values related to the group of diabetic pregnant women were higher than those related to the control group. The study suggests that diabetic pregnant women show more signs of regression than the non-diabetic ones. This conclusion may indicate the need for the implementation of a program for pregnant women devoted to the prevention of psychological disorders.

Keywords: Pregnancy, *diabetes mellitus*, defense mechanisms, DSQ and QMPA.

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - Valores das médias dos escores do DSQ obtidos por grávidas portadoras de diabetes e grávidas não diabéticas.

TABELA 2 - Valores das médias dos escores do DSQ obtidos por grávidas portadoras de diabetes pré-gestacional e grávidas não diabéticas.

TABELA Nº 3 Valores de r_s e das probabilidades a eles associadas, relativas ao subgrupo das grávidas portadoras de diabetes gestacional.

Tabela 4 Valores das médias dos escores do QMPA obtidos por grávidas portadoras de diabetes e grávidas não diabéticas.

Tabela 5 Valores das médias do QMPA obtidos por grávidas portadoras de diabetes pré-gestacional e grávidas não diabéticas.

Tabela 6 Valores das médias do QMPA obtidos por grávidas portadoras de diabetes gestacional e grávidas não diabéticas.

LISTA DE ABREVIATURAS

CDA - Canadian Diabetes Association

DM – Diabetes Mellitus

DM 1 – Diabetes Mellitus tipo 1

DM 2 – Diabetes Mellitus tipo 2

DSQ – Questionário para Estilo de Defesa

IDF - Internacional Diabetes Federation

HC-UFU – Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia

MG – Minas Gerais

QMPA – Questionário de Morbidade Psiquiátrica para Adultos

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	01
1.1 MECANISMOS DE DEFESA DO EGO.....	03
1.2 QUESTIONARIO PARA ESTILO DE DEFESA – DSQ	06
1.3 QUESTIONARIO DE MORBIDADE PSIQUIÁTRICA PARA ADULTO – QMPA.....	07
1.4 GRUPOS DA SALA DE ESPERA	08
1.5 GESTAÇÃO E DIABETE.....	09
1.6 OBJETIVO.....	12
2. MATERIAIS E MÉTODO	13
2.1 INSTRUMENTOS.....	13
2.1.1 QUESTIONARIO PARA ESTILO DE DEFESA – DSQ.....	13
2.1.2 QUESTIONARIO DE MORBIDADE PSIQUIÁTRICA PARA ADULTO – QMPA.....	13
2.1.3 GRUPOS DA SALA DE ESPERA.....	14
2.2 AMOSTRAGEM.....	15
2.3 PROCEDIMENTOS.....	16
2.4 ANÁLISE ESTATÍSTICA.....	17
2.4.1 ANÁLISE QUANTITATIVA.....	17
2.4.2 ANÁLISE QUALITATIVA E INTERPRETATIVA.....	18
3. RESULTADOS.....	20
3.1 RESULTADOS QUANTITATIVOS.....	20
3.2 RESULTADOS QUALITATIVOS.....	28
4. DISCUSSÃO.....	29
4.1 DSQ E QMPA.....	29
4.2 GRUPOS DE SALA DE ESPERA.....	34
4.2.1 REGRESSÃO.....	35
4.2.2. CULPA.....	37
4.2.3 FALTA DE CONHECIMENTO SOBRE O DIABETE E A GESTAÇÃO.....	40
4.2.4 REVIVECENCIA DA RIVALIDADE FRATERNA.....	42
4.2.5 DESENVOLVIMENTO DA SOLIDARIEDADE E AJUDA MÚTUA.....	43
5. CONCLUSÃO.....	45
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	46
REFERENCIAS.....	47
ANEXOS	51
ANEXO A: GLOSSÁRIO DE MECANISMOS ESPECÍFICOS DE DEFESA E FORMAS DE MANEJO.....	51
ANEXO B: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	54
ANEXO C: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Participação nos grupos de sala de espera).....	55
ANEXO D: FICHA DE IDENTIFICAÇÃO.....	56
ANEXO E: QUESTIONÁRIO PARA ESTILO DE DEFESAS (DSQ).....	57
ANEXO F: QUESTIONÁRIO DE MORBIDADE PSIQUIÁTRICA DO ADULTO (QMPA).....	63

1.INTRODUÇÃO

Meu interesse pelo psiquismo da mulher iniciou-se ainda em meu período acadêmico. Iniciei meus estágios dentro do Hospital de Clínicas e fui aprofundando meus questionamentos acerca da mulher, de sua saúde e de sua sexualidade. Dentro deste universo da saúde da mulher, passei a atender as gestantes e, desde então, novas perguntas e novos questionamentos vêm surgindo.

A idéia da realização deste trabalho nasceu da experiência no atendimento à gestante de alto risco, particularmente da diabética. Durante o período de alguns anos de atendimento às gestantes, chamaram minha atenção as dificuldades emocionais pelas quais as mesmas passavam, deixando transparecer: resistência em aceitar limites; recusa em internarem-se; problemas emocionais gerados por gestações não planejadas e nem sempre desejadas, além de outros. Desta experiência, surgiram questionamentos e problemas que necessitavam encaminhamento. Visando um atendimento que pudesse auxiliar nas dificuldades encontradas, comecei a questionar: como é o funcionamento psíquico dessas gestantes diabéticas? Quais recursos psíquicos elas encontram para lidar com o estar doente e também gestante?

Durante a gravidez, a mulher costuma se apresentar vulnerável e exposta a inúmeras exigências, vivenciando um momento de adaptação ou reorganização corporal, bioquímica, hormonal, familiar e social (LUIS; OLIVEIRA, 1998). No que concerne a este tema, poucos autores foram tão inovadores como Marie Langer (1981), Rachel Soifer (1986) e Maria Tereza Maldonado (1986). Ainda em nossos dias, elas se destacam por seus estudos sobre os aspectos psicológicos da gestação, do parto e do puerpério. As autoras entendem a gravidez como um período que leva a mulher a um movimento que, apesar de regressivo, não apresenta, necessariamente, uma conotação

psicopatológica. A grávida precisa regredir para se identificar com o feto e desenvolver recursos para compreendê-lo e cuidar de sua sobrevivência ao nascer. Em períodos de transição (a adolescência, a gestação e o climatério), a mulher pode reagir como se estivesse em crise, implicando em enfraquecimento temporário da estrutura básica do ego. Isto pode dificultar a utilização de métodos habituais de solução de problemas e requerendo, portanto, a mobilização de mecanismos adaptativos do ego, no sentido de buscar novas respostas. Crise é “um período temporário de desorganização do funcionamento de um sistema aberto, precipitado por circunstâncias que transitoriamente ultrapassam as capacidades do sistema de adaptar-se interna e externamente” (CAPLAN, 1963 apud MALDONADO, 1985, p.19). A gravidez é vivida enquanto crise quando os recursos egóicos da gestante não são suficientes para estabelecer uma reorganização interna diante das mudanças existenciais que ocorre neste momento de sua vida.

Denomina-se transição existencial marcos importantes na vida de uma pessoa, que também envolvem mudanças significativas, reorganizações e aprendizagens que podem ou não ser vividas como crises. A gravidez é, ao mesmo tempo, transição e crise, pois envolve a necessidade de reestruturação e reajustamento em várias dimensões, entre elas, a mudança de identidade e uma nova definição de papéis (MALDONADO, 1986, p.21).

Na gravidez, portanto, assim como em outras situações de transição, a mulher passará por situações psíquicas que a farão buscar recursos internos para se adaptar as novas condições de vida. Dependendo de sua estruturação ao longo de seu desenvolvimento biopsicossocial, esse momento poderá ser mais ou menos saudável. Somando-se às questões acima citadas, podem ocorrer complicações orgânicas decorrentes de doenças de base, ou que se desenvolvem no período da gravidez, e que

acentuam uma eventual crise vivenciada pela mulher no período gestacional, trazendo novas ameaças à mesma.

A pesquisa da literatura sobre os aspectos psicológicos da vivência de uma gestação sobrecarregada pelo surgimento de uma doença grave, como o diabetes, surpreende pelo escasso número de trabalhos relativo ao tema.

1.1. MECANISMOS DE DEFESA DO EGO

Em seu texto inaugural, *A Interpretação dos Sonhos* (1900), Freud descreve o aparelho psíquico buscando tornar mais compreensível a complexidade do seu funcionamento, ao mesmo tempo em que descreve suas várias partes constitutivas.

Como uma das premissas iniciais e fundamentais da psicanálise tem-se a divisão do psiquismo em consciente e inconsciente. Este é o primeiro modelo de aparelho psíquico de Freud. O segundo modelo é constituído pelas três instâncias: ID, EGO e SUPEREGO.

O ID é concebido como *o grande reservatório* da libido e da energia pulsional. O próprio Freud afirmou que o id era *um caos*: ele se enche de uma energia proveniente das pulsões, mas não tem organização, funcionando segundo o princípio do prazer (busca satisfação imediata). Contudo, a ausência de organização do id é apenas relativa; nela subsistem moções [pulsionais] contraditórias, sem que haja supressão de uma em relação às outras ou sem que se subtraia uma da outra (FREUD, 1976, p.28).

O EGO é parte do id modificada pela influência do mundo externo, por intermédio do processo de percepção – consciência. Além disso, o ego procura aplicar a influência do mundo externo ao id e às tendências deste, e esforçar-se por substituir o princípio do prazer, que reina no id pelo princípio da realidade. O ego representa o que pode ser chamado de razão e senso comum em contraste com o id que contém as

paixões. Assim, chama-se de EGO a idéia de que, em cada indivíduo, existe uma organização coerente de processos mentais. É a esse ego que a consciência se acha ligada: o ego controla as abordagens à motilidade – isto é à descarga de excitações para o mundo externo. Desse ego procedem também as repressões por meio das quais se procura excluir certas tendências da mente, não simplesmente da consciência, mas também de outras formas de capacidade e atividade (FREUD, 1976, p.39).

O SUPEREGO, contudo, não é simplesmente um resíduo das primitivas escolhas objetais do id; representa também uma formação reativa enérgica contra essas escolhas. Sua relação com o ego não se exaure com o preceito “você deveria ser assim” (como o seu pai); ela também compreende a proibição “você não pode ser assim” (como o seu pai), isto é, você não pode fazer tudo o que ele faz, pois certas coisas são prerrogativas dele. Esse aspecto duplo do ego tem a missão de reprimir o Complexo de Édipo. Na verdade, é a este evento revolucionário que o superego deve a sua existência (FREUD, 1976, p.49).

De outro ponto de vista, vemos este ego como uma pobre criatura que deve serviço a três senhores e, conseqüentemente, é ameaçado por três perigos: o mundo externo, a libido do id e a severidade do superego. Três tipos de ansiedades correspondem a esses três perigos, já que a ansiedade é a expressão do ato de afastar-se de um perigo. Como criatura fronteira, o ego tenta efetuar mediação entre o mundo e o id, tornar o id dócil ao mundo e, por meio de sua atividade muscular, fazer o mundo coincidir com os desejos do id (FREUD, 1976, p.72).

O ego é a sede real da ansiedade. Ameaçado por perigos oriundos de três direções, ele desenvolve o reflexo de fuga, retirando sua própria energia da percepção ameaçadora, ou do processo semelhantemente considerado no id, e emitindo-a como

ansiedade. Essa reação primitiva é posteriormente substituída pela efetivação de latências protetoras (FREUD, 1976, p.74).

Freud explica as relações entre a censura introjetada pelos sujeitos psíquicos e as exigências pulsionais como sendo geradoras de um sinal de angústia que desencadearia defesas automáticas ante a esse afeto desagradável. Essa idéia de defesa, em muitos momentos, é prototipicamente associada à noção de recalque, mas, posteriormente, se multiplica em tipos variados de estratégias que podem ser utilizadas pelo ego diante desse perigo interno que é a pulsão que ameaça se descarregar. As defesas do ego vão sendo adquiridas progressivamente ao longo da constituição e do desenvolvimento do sujeito psíquico, e os diversos estágios de organização pelos quais passa a energia pulsional (libido e agressividade) propiciam a ampliação e o amadurecimento das defesas egóicas. A cada fase de organização da libido correspondem defesas específicas cuja fixação vai marcando a personalidade e atribuindo à mesma traços ou nuances que permanecerão, em maior ou menor grau, no modo de ser maduro ou adulto (ANDRADE, 2000, p.20).

Os mecanismos de defesa funcionam, então, em um nível inconsciente para manter a homeostase do ego e afastar conflitos de origem intrapsíquica, interpessoal ou de estressores ambientais da consciência. Dessa forma, o que varia no estabelecimento de uma patologia é a predominância de determinado tipo de mecanismo e o nível quantitativo em que está sendo empregado (BLAYA et al, 2003, p.68).

Vaillant (1992) desenvolveu esta classificação em quatro itens, segundo o grau de maturidade e a psicopatologia:

- Narcísica (ou psicóticas): denegação, distorção, projeção;
- Imaturas: atuação, bloqueio, hipocondria, introjeção, comportamento agressivo passivo, regressão, fantasia autista, somatização;

- Neuróticas: recalque, isolamento, anulação, dissociação, deslocamento, negação, formação reativa, sexualização, controle, inibição, externalização, racionalização;
- Maduras: sublimação, altruísmo, humor, supressão, antecipação.

1.2. QUESTIONÁRIO PARA ESTILO DE DEFESA - DSQ

É possível compreender o funcionamento psicodinâmico das gestantes diabéticas, através do Questionário para Estilo de Defesa (DSQ). A Escala de Morbidade Psiquiátrica para Adulto (QMPA) permite a avaliação dos aspectos patológicos que possam surgir durante a gestação.

Michael Bond (1983) desenvolveu o DSQ em busca de um instrumento que pudesse quantificar aspectos psicodinâmicos da personalidade sem, contudo, necessitar da avaliação subjetiva de um psiquiatra ou psicanalista. Bond (1992), corroborado por Vaillant (1992), hipotetizaram que estilos de mecanismos de defesas poderiam revelar aspectos do desenvolvimento ou do estágio da personalidade e fornecer informações sobre o funcionamento do ego, independentemente do diagnóstico. Desta forma, O DSQ fornece dados sobre o paciente em pouco tempo e pode ser aplicado por pessoas leigas.

O DSQ é um questionário auto-aplicável, com questões sugestivas de comportamentos que refletem as seguintes defesas: atuação, pseudo-altruismo, comportamento “como-se”, comportamento pegajoso, humor, agressão passiva, regressão, somatização, supressão, afastamento, dissociação, negação, deslocamento, onipotência/desqualificação, inibição, intelectualização, identificação, idealização primitiva, projeção, formação reativa, repressão, cisão, sublimação e volta contra si mesmo.

O estudo dos mecanismos de defesa do ego, derivado da teoria psicanalítica, tem servido como indicativo do modo típico de um indivíduo lidar com seus conflitos. Os mecanismos defensivos podem ser utilizados de várias formas. Primeiramente, eles podem auxiliar o indivíduo a procurar ajuda e ser entendidos como estratégias cognitivas conscientes que são intencionalmente usadas para salientar o melhor aspecto de uma situação ruim. E, finalmente, podem ser também mecanismos mentais involuntários que distorcem a percepção da realidade interna ou externa para reduzir o estresse (BLAYA et al, 2003, p.68).

1.3. QUESTIONÁRIO DE MORBIDADE PSIQUIÁTRICA DO ADULTO - QMPA

Santana (1982) desenvolveu o QMPA, originalmente com 43 questões baseadas no Questionário de Enfermedad Mental de Groot e Arevalo e no Questionário de Morbidade. O questionário de Groot e Arevalo foi desenvolvido e testado pela equipe de saúde mental da Universidade Del Valle, na Colômbia, já o questionário de Morbidade foi desenvolvido pelo Departamento de Medicina Preventiva da Universidade de São Paulo em 1977 (ANDREOLI, 1992, p.47). Para a validação do QMPA, em 1982, Santana usou os resultados em um estudo piloto e em um teste de campo. Em ambos, os escores encontrados pelo QMPA foram comparados com uma entrevista psiquiátrica usada para a definição do caso. A validade do QMPA apresentou uma sensibilidade entre 75% e 93% e uma especificidade entre 53% e 94%, testado para o ponto de corte 6/7. A confiabilidade encontrada foi um Kappa ponderado de 0.88 (ANDREOLI, 1992; ANDREOLI et al, 2000).

O Questionário de Morbidade Psiquiátrica do Adulto (QMPA) é uma escala de rastreamento adaptada no Brasil por Santana. As questões do QMPA abrangem os mais freqüentes sinais e sintomas característicos das doenças mentais, além de questões sobre tratamento psiquiátrico e o uso anterior e atual de drogas psicofarmacológicas. Com os dois instrumentos, pode-se associar o estilo de mecanismo de defesa e os possíveis transtornos mentais existentes na amostra a ser pesquisada (ANDREOLI et al, 2000).

1.4. GRUPOS DE SALA DE ESPERA

O ser humano, desde o seu nascimento, participa de diferentes grupos, numa constante dialética entre a busca de sua identidade individual e a necessidade de uma identidade grupal e social. A importância do conhecimento e a utilização da psicologia grupal decorrem justamente do fato de que todo indivíduo passa a maior parte do tempo de sua vida convivendo e interagindo com grupos distintos (ZIMERMAN, 1993, p.51).

A psicoterapia de grupo consiste na aplicação das técnicas psicoterapêuticas para um grupo de pacientes. Os próprios grupos, bem como, a aplicação de técnicas e as intervenções específicas feitas por um terapeuta treinado servem como instrumentos para a mudança. Esta característica da à psicoterapia de grupo seu potencial terapêutico singular (VINOGRADOV; YALON, 1992, p.3).

A psicologia grupal resulta de contribuições provindas da teoria psicanalítica e das Ciências Sociais, através dos ramos da Sociologia, da Antropologia Social e da Psicologia Social e de suas múltiplas vertentes: empírica, psicodramática, sociológica, filosófica, operativa, institucional, comunitária, comunicacional, gestáltica, sistêmica, comportamentalista e psicanalítica (ZIMERMAN, 1993, p.45).

Os Grupos de Sala de Espera constituem uma variante da psicoterapia de grupo. Tal como a denominação indica, os grupos terapêuticos visam fundamentalmente a

melhoria de alguma situação patológica dos indivíduos, quer seja estritamente no plano da saúde orgânica, quer no do psiquismo, ou em ambos ao mesmo tempo (ZIMERMAN; OSÓRIO, 1997, p.77). O grupo de sala de espera é uma variante do grupo aberto, formado por pacientes de um mesmo ambulatório ou enfermaria, que visa desenvolver um atendimento preventivo e terapêutico (MALDONADO, 1990, p.210).

1.5. GESTAÇÃO E DIABETE

O número de indivíduos diabéticos está aumentando devido ao crescimento e ao envelhecimento populacional, à maior urbanização, ao aumento da obesidade e sedentarismo, bem como à possibilidade de maior sobrevida do paciente com diabetes. No Brasil, no final da década de 80, a prevalência de portadores de diabetes na população adulta chegou a 7,6%, e dados mais recentes apontam para taxas em torno de 12,1%. Estima-se que, em 2005, existam em torno de 08 milhões de indivíduos com diabetes no Brasil. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES-SBD, 2007, p.8).

O *diabetes mellitus* (DM) não é uma única doença, mas um grupo heterogêneo de distúrbios metabólicos que apresentam em comum a hiperglicemia. Essa é o resultante de defeitos na ação e na secreção de insulina, ou em ambos. A classificação proposta pela Organização Mundial de Saúde e pela Associação Americana de Diabetes e recomendada pela Sociedade Brasileira de Diabetes inclui quatro classes clínicas: DM tipo 1, DM tipo 2, outros tipos específicos de DM e *diabetes mellitus* gestacional. (SBD, 2007, p.11; Santos, 2004, p.471).

O diabetes tipo 1 resulta de uma destruição das células beta pancreáticas com conseqüente deficiência de insulina. Geralmente, se desenvolve na infância ou na adolescência e requer o uso de insulina, além de dieta para manter o controle glicêmico.

O diabetes tipo 2 caracteriza-se por defeitos na ação e na secreção da insulina e se desenvolve, geralmente, na idade adulta, sendo possível seu controle sem insulinoterapia por vários anos, por meio de dieta e hipoglicemiante oral (INTERNACIONAL DIABETES FEDERATION - IDF, 2004; SBD, 2007, p.11).

O diabetes gestacional constitui uma intolerância à glicose, de magnitude variável, com início ou diagnóstico durante a gestação, que pode ou não persistir após o parto, segundo as diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (2007). Não se exclui a possibilidade de a condição ser anterior à gravidez e não ter sido diagnosticada. Semelhante ao DM2, o DM gestacional é associado tanto à resistência à insulina quanto à diminuição da função das células beta. O DM gestacional ocorre em 1% a 14% de todas as gestações, dependendo da população estudada, e é associado ao aumento de morbidade e mortalidade perinatal (SBD, 2007, p.12; Santos, 2004, p.47;).

De acordo com o Consenso Brasileiro de Diabetes (2002), estima-se que o diabetes seja a sexta causa mais freqüente de internação e contribui de forma significativa (30% a 50%) para outras patologias como cardiopatia isquêmica, insuficiência cardíaca, colecistopatias, acidente vascular cerebral e hipertensão arterial.

As conseqüências do diabetes, a longo prazo, decorrem de alterações micro e macrovasculares que podem levar a disfunção, dano, ou falência de vários órgãos. As complicações crônicas incluem a nefropatia, com possível evolução para insuficiência renal, a retinopatia, com a possibilidade de cegueira e/ou neuropatia, risco de úlceras nos pés, amputações, artropatia de Charcot e manifestações de disfunção autonômica, incluindo disfunção sexual. Pessoas com diabetes apresentam risco maior de doenças como: vascular aterosclerótica, coronariana, arterial periférica e vascular cerebral. (SBD, 2002).

Durante o ciclo gestacional ocorre uma adaptação hormonal, representada por aumento dos níveis de estrógenos, progesterona, cortisol, prolactina e a produção do lactogênio placentário. Estas mudanças interferem no equilíbrio metabólico, podendo resultar no desencadeamento do diabetes gestacional, em mulheres susceptíveis, e na piora do controle glicêmico, naquelas previamente diabéticas (MONTENEGRO JR. et al, 2001).

As complicações na gravidez com diabetes gestacional são: crescimento fetal excessivo; poliidrâmnio; hipertensão ou pré-eclâmpsia; antecedentes de morte fetal ou neonatal; (SBD, 2007, p.120). A Associação Canadense de Diabetes (2004) acrescenta ainda os seguintes fatores: hipoglicemia neonatal; hipocalcemia neonatal; hiperbilirubinemia; síndrome de angustia respiratória do recém-nascido e obesidade potencial a longo prazo.

Na gestação com diabetes pré-gestacional encontramos os seguintes fatores de risco: malformação fetal; aborto espontâneo; pré-eclâmpsia e macrosomia. Além disso, algumas complicações crônicas como retinopatia, cardiopatia isquêmica, nefropatia clínica e insuficiência renal podem piorar com a gestação (CANADIAN DIABETES ASSOCIATION-CDA, 2004; SBD, 2007, p.122).

Nas últimas décadas, houve uma evolução importante no manejo de gestações em pacientes diabéticas, com conseqüente redução da morbidade e da mortalidade materno-fetal. Esses resultados devem-se, provavelmente, à adoção de medidas para maior adesão ao tratamento, ao controle metabólico mais rígido, à atenção mais efetiva à gestante nas últimas semanas da gravidez e à implementação de cuidados peri e neonatais intensivos (MONTENEGRO JR. et al, 2001; Santos, 2004, p.472).

A gravidez deve ser planejada para quando o diabetes estiver bem compensado – e o melhor parâmetro é uma hemoglobina glicada normal. O bom controle metabólico

nesta fase objetiva a prevenção de malformações fetais, especialmente cardíacas, renais e do tubo neural, que ocorrem nas primeiras semanas de gestação (REICHELT; OPPERMANN; SCHMIDT, 2002).

1.6. OBJETIVO

O objetivo principal deste estudo foi identificar os mecanismos de defesas do ego utilizados por gestantes diabéticas, por meio da aplicação do Questionário para Estilo de Defesas (DSQ) e sua associação com a presença de transtornos mentais, verificados através da aplicação do Questionário de Morbidade Psiquiátrica do Adulto (QMPA).

2. MATERIAIS E MÉTODO

2.1. INSTRUMENTOS

2.1.1. QUESTIONÁRIO PARA ESTILO DE DEFESA – DSQ

O questionário consta de 88 questões afirmativas, cada uma seguida de uma escala de pontuação Likert (Discordo inteiramente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo inteiramente) cujo grau de concordância ou discordância geram informações sobre as defesas investigadas. É possível um escalonamento, de modo que um alto escore indica que o indivíduo faz uso de uma determinada defesa.

2.1.2. QUESTIONÁRIO DE MORBIDADE PSIQUIÁTRICA DO ADULTO – QMPA

O Questionário de Morbidade Psiquiátrica do Adulto (QMPA) é uma escala de rastreamento de portadores de doença mental que contem 43 questões da versão original de Santana, além de mais duas questões acrescentadas por Andreolli (1992). As questões do QMPA abrangem os mais freqüentes sinais e sintomas característicos das doenças mentais, além de questões sobre tratamento psiquiátrico e o uso anterior e atual de drogas psicofarmacológicas. O QMPA pode ser auto-aplicado ou aplicado por entrevistador leigo, e pode ser respondido por terceiros. As alternativas de respostas são “sim” ou “não”, e a elas são atribuídos valores 1 ou 0. As primeiras 43 questões a ser respondidas são concernentes ao indivíduo cujo estado de saúde mental se deseja conhecer,

e as duas últimas questões (questões 44 e 45) referem-se à sintomatologia apresentada por qualquer um dos membros da família desse indivíduo.

Para a análise estatística deste instrumento, utiliza-se os sete fatores da Matriz sugerida por Andreoli (1992, p.67), após sua análise fatorial. O QMPA foi utilizado como instrumento complementar visando a obtenção de dados para a comparação entre formas diferentes de se chegar a diagnósticos que possam esclarecer formas de atuação em determinadas amostras.

A utilização do QMPA se justifica na complementação do DSQ, por apresentar dados de possíveis casos psiquiátricos que possam ser comparados com os resultados dos estilos de defesas mais, ou menos, estruturados.

2.1.3 GRUPOS DE SALA DE ESPERA

Tendo em vista que esta pesquisa originou-se a partir da prática profissional da pesquisadora, pode-se afirmar que o atendimento psicológico (individual e em grupo) já vinha sendo realizado há alguns anos. O grupo de sala de espera é uma variante do grupo aberto, previamente formado pelos pacientes e seus familiares, que se encontram em determinada enfermaria ou determinado ambulatório.

Os grupos de sala de espera foram realizados de fevereiro de 2004 a julho de 2006, como modalidade de atendimento psicológico às pacientes atendidas no Ambulatório de Gestação de Alto Risco que estivessem com diabetes. O grupo de sala de espera é flutuante, com diferentes níveis de participação. Cada sessão é única e, ao final de cada uma, deve ser realizada uma síntese da mesma (MALDONADO, 1990, p.210). Uma hora antes do início das consultas médicas, as pacientes e os acompanhantes eram

convidados para a sala onde se realizavam as sessões do grupo. A coordenadora se apresentava informando os objetivos e a forma de funcionamento do mesmo. O grupo funcionou na modalidade aberta (as pacientes participavam quando da consulta, ou podiam vir só para o grupo) e saiam ao serem chamadas para a consulta, podendo retornar ao mesmo.

2.2. AMOSTRAGEM

A pesquisa foi desenvolvida, no período de março de 2005 a outubro de 2008, no Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia, MG, que conta com um Serviço de Gestação de Alto Risco multiprofissional que permite a realização de pré-natal de gestantes diabéticas composto por assistente social, enfermeira, endocrinologista, nutricionista, psicóloga e obstetra. O diagnóstico de diabetes gestacional foi estabelecido segundo as diretrizes da SBD (2007).

Este estudo é do tipo caso controle seqüencial. Os sujeitos que dele participaram foram cem (100) gestantes com diagnóstico de *diabetes mellitus* (portadoras de diabetes gestacional e pré-gestacional), que foram acompanhadas pelo Serviço de Psicologia no Ambulatório e na Enfermaria do Serviço de Gestação de Alto Risco do HC-UFU, e 100 gestantes clinicamente normais do Ambulatório de Pré Natal do HC-UFU, que compuseram o grupo controle. Estas foram escolhidas por meio de pareamento, quanto à idade, ao nível de escolaridade e ao trimestre de gravidez. Para algumas avaliações, subdividiu-se a amostra total em 2 subgrupos: gestantes portadoras de diabetes pré-gestacional (n=50) e gestantes portadoras de diabetes gestacional (n=50), cada um deles com seu grupo controle pareado.

2.3.PROCEDIMENTOS

Os critérios de inclusão no grupo de gestantes com diabetes foram: estar grávida e ter o diagnóstico de diabetes antes e/ou durante a gravidez. Os critérios de inclusão no grupo de controle foram: para cada paciente grávida com diabetes, foi incluída uma gestante não diabética do ambulatório de pré-natal. O critério de inclusão no grupo controle foi: ser gestante clinicamente normal, ou seja, não apresentar nenhuma patologia intercorrente ou decorrente do ciclo gestacional. Foram excluídas: gestantes que se recusaram a participar (1 diabética e 3 do grupo controle); gestantes que deram à luz antes da aplicação dos questionários (2 diabéticas); gestantes com diabetes lipotrófico (um caso) e gestantes que apresentaram questionários respondidos de forma incompleta (1 diabética e 7 gestantes do grupo controle no DSQ, e 19 diabéticas no QMPA).

As pacientes foram abordadas enquanto aguardavam a consulta médica e foram convidadas a participar da pesquisa. Nesse momento, foram informadas sobre os objetivos e os procedimentos da pesquisa, e assinaram o Termo de Consentimento Esclarecido (Anexo B). Foi também preenchida uma Ficha de Identificação (Anexo D) com informações sobre idade, escolaridade, idade gestacional, tempo de diagnóstico do diabetes e tipo de diabetes.

Para fins de pesquisa, solicitou-se que as pacientes assinassem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo C) específico para os grupos ao final das explicações. As sessões foram gravadas e o material utilizado apenas pelo responsável pela pesquisa. Depois de 6 anos, o material será destruído.

2.4 ANÁLISE ESTATÍSTICA

2.4.1 ANÁLISE QUANTITATIVA

Com relação à análise quantitativa, o nível de significância foi estabelecido em 0,05, em uma prova bicaudal para todos os testes aplicados, que foram:

- o teste t de Student (GRANER, 1966) e o teste de Wilcoxon (SIEGEL, 1975), nas 25 defesas do DSQ, para comparar os resultados do grupo das grávidas portadoras de diabetes com os do grupo controle de grávidas clinicamente normais. O teste de Wilcoxon foi aplicado aos valores das defesas: projeção, identificação projetiva e consumpção, uma vez que os dados se apresentavam em distribuição não-normal;
- o teste de Wilcoxon (SIEGEL, 1975), para comparar os escores obtidos no DSQ pelo subgrupo de grávidas portadoras de diabetes pré-gestacional e pelo subgrupo controle de grávidas clinicamente normais. O mesmo teste, com o mesmo objetivo, foi aplicado também aos escores obtidos no DSQ, pelo subgrupo de grávidas portadoras de diabetes gestacional e pelo subgrupo controle de grávidas clinicamente normais;
- o teste U de Mann-Whitney (SIEGEL, 1975), para comparar os resultados obtidos pelos dois grupos de grávidas portadoras de diabetes, no DSQ, e também aqueles obtidos pelos dois grupos controles de grávidas clinicamente normais;
- o Coeficiente de Correlação por Postos de Spearman (SIEGEL, 1975), para comparar as idades das pacientes e as médias dos escores do DSQ, bem como a idade gestacional das pacientes e as médias dos escores DSQ;

- o teste de Wilcoxon (SIEGEL, 1975): para comparar os valores obtidos no QMPA, confrontando-se os resultados do grupo de grávidas portadoras de diabetes com os do grupo controle (grávidas clinicamente normais); para comparar os resultados do subgrupo de grávidas portadoras de diabetes pré-gestacional e o subgrupo controle de grávidas clinicamente normais; para comparar os resultados do subgrupo de grávidas portadoras de diabetes gestacional e o subgrupo controle de grávidas clinicamente normais.

2.4.2 ANÁLISE QUALITATIVA E INTERPRETATIVA

Tendo em vista a natureza do fenômeno investigado, através do material colhido nos grupos de sala de espera, optou-se pela análise qualitativa. A Psicologia da Saúde é a área do conhecimento que se ocupa de estudar, do ponto de vista psicológico e psicossocial, os múltiplos fenômenos humanos ligados aos problemas do adoecimento, tendo como sujeitos-alvo pessoas participantes dos **settings** das questões de saúde (sejam pacientes, familiares, profissionais da área ou membros da comunidade), com a finalidade de utilizar conceitos e teorias desenvolvidos para uma melhor qualidade das abordagens e atenuar sofrimentos. Os estudos procuram entender/interpretar sentidos e significações que estes problemas têm para as pessoas, associando-os a sentimentos, pensamentos e comportamentos que se manifestam nas relações estabelecidas na vida afetiva, na sexualidade, no grupo familiar, na profissão/ocupação, nas instituições, na ética e na vida sociocultural (TURATO, 2003, p.86).

Paralelamente à tentativa de compreensão dos dados empíricos, processou-se uma interpretação dos sentidos que cada gestante atribui às

vivências nesse período gravídico. Para tanto, lançou-se mão de uma postura inspirada no método clínico, buscando-se conhecer outros sentidos, além daqueles fornecidos pelos questionários, complementando-os com elementos reflexivos acerca do mesmo objeto de estudo: o psiquismo de gestantes portadoras de diabetes.

Para a análise das manifestações discursivas dos sujeitos, utilizou-se o método psicanalítico, ou seja, o método psicanalítico derivado do método indiciário. Argumenta Romera (1993, p.151) que

Fundada no método indiciário de Morelli que, comprovadamente, segundo Ginsburg (1980) exerceu influência na construção do método psicanalítico de Freud, a presente investigação constitui-se em uma constante procura de pistas. As palavras, a entonação, as pausas, as interjeições seriam pistas a partir das quais adviria o conhecimento. Ante os fatos, nos documentos e depoimentos, a postura metodológica adotada era a de desvendar um mistério. Partia-se da premissa de que tal postura poderia promover um estado de suspeição-suspensão da realidade, interrompendo o sentido dado para facultar condições de emergência de outro(s).

Não se tratando exatamente de uma investigação psicanalítica, no sentido estrito desta concepção, a investigação clínico-qualitativa dos fenômenos das áreas da saúde vai apropriar-se de conceitos da psicanálise para serem usados como uma ferramenta, dentre outras, a fim de empreender suas pesquisas científicas (TURATO, 2003, p.238).

3.RESULTADOS

3.1 RESULTADOS QUANTITATIVOS

Comparando-se o grupo de grávidas portadoras de diabetes com seu controle (gestantes clinicamente normais), foram encontradas diferenças significativas entre os valores relativos às defesas agressividade passiva, projeção, inibição, somatização, fantasia, recusa de ajuda e “lies”, sendo os valores mais elevados aqueles obtidos pelo grupo de grávidas portadoras de diabetes. Nas defesas supressão e orientação para a tarefa, os valores mais elevados foram os obtidos pelo grupo de grávidas não diabéticas (Tabela nº 1).

TABELA 1 - Valores das médias dos escores do DSQ obtidos por grávidas portadoras de diabetes e grávidas não diabéticas.

DEFESAS	ESTATUS	N	MEDIA	PROBALIDADES
1. PSEUDOALTRUIZMO	DIABETICAS	100	7,03	0,604
	NÃO DIABETICAS		6,85	
2. AGRESSIVIDADE PASSIVA	DIABETICAS	100	3,64	0,028*
	NÃO DIABETICAS		3,11	
3. SUPRESSÃO	DIABETICAS	100	4,55	0,040*
	NÃO DIABETICAS		5,23	
4. PROJEÇÃO	DIABETICAS	100	3,34	0,000*
	NÃO DIABETICAS		2,59	
5. SUBLIMAÇÃO	DIABETICAS	100	5,67	0,142
	NÃO DIABETICAS		4,93	
6. ATUAÇÃO	DIABETICAS	100	4,02	0,227
	NÃO DIABETICAS		3,71	
7. HUMOR	DIABETICAS	100	3,82	0,623
	NÃO DIABETICAS		3,67	
8. REGRESSÃO	DIABETICAS	100	4,18	0,361
	NÃO DIABETICAS		3,90	
9. INIBIÇÃO	DIABETICAS	100	4,50	0,041*
	NÃO DIABETICAS		3,95	
10. ONIPOTÊNCIA	DIABETICAS	100	3,11	0,494
	NÃO DIABETICAS		2,96	
11. FORMAÇÃO REATIVA	DIABETICAS	100	4,67	0,797
	NÃO DIABETICAS		4,73	
12. NEGAÇÃO	DIABETICAS	100	4,34	0,173
	NÃO DIABETICAS		4,00	
13. IDENTIFICAÇÃO PROJETIVA	DIABETICAS	100	2,86	0,058
	NÃO DIABETICAS		2,22	
14. SOMATIZAÇÃO	DIABETICAS	100	5,05	0,038*
	NÃO DIABETICAS		4,28	
15. AFASTAMENTO	DIABETICAS	100	6,15	0,103
	NÃO DIABETICAS		5,57	
16. FANTASIA	DIABETICAS	100	3,70	0,006*
	NÃO DIABETICAS		2,70	
17. CISÃO	DIABETICAS	100	4,23	0,073
	NÃO DIABETICAS		3,80	
18. IDEALIZAÇÃO	DIABETICAS	100	4,69	0,325
	NÃO DIABETICAS		4,38	
19. ANTECIPAÇÃO	DIABETICAS	100	5,86	0,620
	NÃO DIABETICAS		6,01	
20. RECUSA DE AJUDA	DIABETICAS	100	4,16	0,001*
	NÃO DIABETICAS		3,06	
21. ISOLAMENTO	DIABETICAS	100	4,37	0,060
	NÃO DIABETICAS		3,87	
22. ANULAÇÃO	DIABETICAS	100	3,91	0,257
	NÃO DIABETICAS		3,62	
23. CONSUMPÇÃO	DIABETICAS	100	2,68	0,641
	NÃO DIABETICAS		2,58	
24. ORIENTAÇÃO P/ TAREFA	DIABETICAS	100	5,11	0,001*
	NÃO DIABETICAS		6,17	
25. AFILIAÇÃO	DIABETICAS	100	5,98	0,913
	NÃO DIABETICAS		5,94	
“LIES”	DIABETICAS	100	5,94	0,000*
	NÃO DIABETICAS		5,04	

(*) $p < 0,05$

Quando se compara os valores do subgrupo de grávidas portadoras de diabetes pré-gestacional em relação gestantes normais, verifica-se que os escores referentes ao primeiro foram significativamente maiores ao que se refere às seguintes defesas: projeção, fantasia, recusa de ajuda, anulação e “lies” (Tabela nº 2).

TABELA 2 - Valores das médias dos escores do DSQ obtidos por grávidas portadoras de diabetes pré-gestacional e grávidas não diabéticas.

DEFESAS	SUBTIPO	N	MEDIA	PROBABILIDADES
1. PSEUDOALTRUISMO	PRE-GESTACIONAL	50	6,92	0,728
	NÃO DIABETICA	50	6,98	
2. AGRESSIVIDADE PASSIVA	PRE-GESTACIONAL	50	3,78	0,109
	NÃO DIABETICA	50	3,25	
3. SUPRESSÃO	PRE-GESTACIONAL	50	5,01	0,205
	NÃO DIABETICA	50	4,87	
4. PROJEÇÃO	PRE-GESTACIONAL	50	3,26	0,012*
	NÃO DIABETICA	50	2,93	
5. SUBLIMAÇÃO	PRE-GESTACIONAL	50	5,82	0,187
	NÃO DIABETICA	50	4,39	
6. ATUAÇÃO	PRE-GESTACIONAL	50	3,99	0,085
	NÃO DIABETICA	50	3,92	
7. HUMOR	PRE-GESTACIONAL	50	4,19	0,810
	NÃO DIABETICA	50	3,62	
8. REGRESSÃO	PRE-GESTACIONAL	50	4,34	0,197
	NÃO DIABETICA	50	4,24	
9. INIBIÇÃO	PRE-GESTACIONAL	50	4,3	0,156
	NÃO DIABETICA	50	4,21	
10. ONIPOTÊNCIA	PRE-GESTACIONAL	50	3,41	0,762
	NÃO DIABETICA	50	3,04	
11. FORMAÇÃO REATIVA	PRE-GESTACIONAL	50	4,82	0,381
	NÃO DIABETICA	50	4,71	
12. NEGAÇÃO	PRE-GESTACIONAL	50	4,61	0,361
	NÃO DIABETICA	50	4,16	
13. IDENTIFICAÇÃO PROJETIVA	PRE-GESTACIONAL	50	3,00	0,924
	NÃO DIABETICA	50	2,60	
14. SOMATIZAÇÃO	PRE-GESTACIONAL	50	5,31	0,075
	NÃO DIABETICA	50	4,40	
15. AFASTAMENTO	PRE-GESTACIONAL	50	6,08	0,112
	NÃO DIABETICA	50	5,45	
16. FANTASIA	PRE-GESTACIONAL	50	1,00	0,027*
	NÃO DIABETICA	50	2,58	
17. CISÃO	PRE-GESTACIONAL	50	4,47	0,306
	NÃO DIABETICA	50	3,92	
18. IDEALIZAÇÃO	PRE-GESTACIONAL	50	4,87	0,553
	NÃO DIABETICA	50	4,67	
19. ANTECIPAÇÃO	PRE-GESTACIONAL	50	6,14	0,669
	NÃO DIABETICA	50	5,82	
20. RECUSA DE AJUDA	PRE-GESTACIONAL	50	4,45	0,035*
	NÃO DIABETICA	50	3,39	
21. ISOLAMENTO	PRE-GESTACIONAL	50	4,69	0,107
	NÃO DIABETICA	50	4,29	
22. ANULAÇÃO	PRE-GESTACIONAL	50	4,03	0,023*
	NÃO DIABETICA	50	3,70	
23. CONSUMPÇÃO	PRE-GESTACIONAL	50	2,69	0,740
	NÃO DIABETICA	50	2,45	
24. ORIENTAÇÃO P/ TAREFA	PRE-GESTACIONAL	50	4,98	0,050
	NÃO DIABETICA	50	6,03	
25. AFILIAÇÃO	PRE-GESTACIONAL	50	6,25	0,133
	NÃO DIABETICA	50	4,95	
“LIES”	PRE-GESTACIONAL	50	5,78	0,000*
	NÃO DIABETICA	50	5,07	

(*) $p < 0,05$

Não ocorreram diferenças significativas nos escores do DSQ do subgrupo das grávidas portadoras de diabetes gestacional quando comparados com seu controle. O mesmo se verificou na comparação entre os subgrupos das grávidas portadoras de diabetes pré-gestacional e as grávidas portadoras de diabetes gestacional.

Ao se correlacionar a idade gestacional e os escores do DSQ relativos ao subgrupo de grávidas portadoras de diabetes pré-gestacional, não foram encontradas diferenças significativas, tampouco se obteve resultados significativos na comparação da idade gestacional com os escores do DSQ relativos ao respectivo subgrupo controle.

No subgrupo de grávidas portadoras de diabetes gestacional, os escores do DSQ e a idade gestacional apresentaram correlação positiva no que tange à defesa fantasia. Foram encontradas correlações negativas, entre as defesas pseudo-altruismo e afastamento (Tabela nº3). Não ocorreram diferenças significativas na correlação entre os escores do DSQ e a idade gestacional do controle do referido subgrupo.

TABELA Nº 3 Valores de r_s e das probabilidades a eles associadas, relativas ao grupo das grávidas portadoras de diabetes gestacional.

Variáveis Analisadas	Valores de r_s	Probabilidades
Trimestre x Pseudo-altruismo	-0,406	0,004*
Trimestre x Agressividade passiva	0,259	0,070
Trimestre x Supressão	-0,034	0,812
Trimestre x Projeção	0,033	0,818
Trimestre x Sublimação	0,177	0,224
Trimestre x Autação	-0,034	0,816
Trimestre x Humor	0,172	0,234
Trimestre x Regressão	0,111	0,442
Trimestre x Inibição	-0,199	0,166
Trimestre x Onipotência	0,079	0,588
Trimestre x Formação reativa	0,011	0,936
Trimestre x Negação	-0,097	0,504
Trimestre x Identificação projetiva	0,245	0,086
Trimestre x Somatização	0,073	0,616
Trimestre x Afastamento	-0,428	0,002*
Trimestre x Fantasia	0,297	0,038*
Trimestre x Cisão	-0,026	0,858
Trimestre x Idealização	-0,126	0,384
Trimestre x Antecipação	-0,097	0,502
Trimestre x Recusa de ajuda	0,130	0,368
Trimestre x Isolamento	-0,234	0,102
Trimestre x Anulação	-0,078	0,590
Trimestre x Consumo	-0,218	0,128
Trimestre x Orientação para a tarefa	-0,009	0,952
Trimestre x Afiliação	0,086	0,554

(*) $p < 0,05$

Nos escores do QMPA encontramos que o grupo de grávidas portadoras de diabetes apresenta diferenças significativas nos fatores: ansiedade/somatização, irritabilidade/depressão e exaltação do humor quando comparado com seu grupo controle; sendo que os valores mais elevados são os do grupo de grávidas portadoras de diabetes. Nos fatores referentes ao alcoolismo e ao tratamento, os escores do grupo controle foram mais elevados (Tabela nº4).

Tabela 4 Valores das médias dos escores do QMPA obtidos por grávidas portadoras de diabetes e grávidas não diabéticas.

FATORES	ESTATUS	N	MEDIA	PROBALIDADES
1.ANSIEDADE / SOMATIZAÇÃO	DIABETICAS	81	4,43	0,000*
	NÃO DIABETICAS		2,00	
2.IRRITABILIDADE / DEPRESSÃO	DIABETICAS	81	2,31	0,000*
	NÃO DIABETICAS		1,44	
3.DEFICIENCIA MENTAL	DIABETICAS	81	0,77	0,257
	NÃO DIABETICAS		0,13	
4.ALCOOLISMO	DIABETICAS	81	0,03	0,000*
	NÃO DIABETICAS		0,92	
5.EXALTAÇÃO DO HUMOR	DIABETICAS	81	0,65	0,006*
	NÃO DIABETICAS		0,40	
6.TRANSTORNO DE PERCEPÇÃO	DIABETICAS	81	0,08	0,593
	NÃO DIABETICAS		0,06	
7.TRATAMENTO	DIABETICAS	81	0,33	0,000*
	NÃO DIABETICAS		2,33	

(*) $p < 0,05$

Na análise dos sete fatores do QMPA para o subgrupo de grávidas portadoras de diabetes pré-gestacional e para seu subgrupo controle, foram encontradas diferenças significativas no que se refere aos seguintes fatores: ansiedade/somatização, irritabilidade/depressão, alcoolismo, exaltação do humor e tratamento. Neste caso, os escores mais elevados foram aqueles encontrados dentre as grávidas portadoras de diabetes pré-gestacional (Tabela nº5).

Tabela 5 Valores das médias do QMPA obtidos por grávidas portadoras de diabetes pré-gestacional e grávidas não diabéticas.

FATORES	SUBTIPO	N	MEDIA	PROBALIDADES
1.ANSIEDADE / SOMATIZAÇÃO	PRE-GESTACIONAL NÃO DIABETICA	42	4,76 1,83	0,000*
2.IRRITABILIDADE / DEPRESSÃO	PRE-GESTACIONAL NÃO DIABETICA	42	2,43 1,19	0,000*
3.DEFICIENCIA MENTAL	PRE-GESTACIONAL NÃO DIABETICA	42	0,12 0,02	0,258
4.ALCOOLISMO	PRE-GESTACIONAL NÃO DIABETICA	42	0,00 1,31	0,000*
5.EXALTAÇÃO DO HUMOR	PRE-GESTACIONAL NÃO DIABETICA	42	0,90 0,26	0,000*
6.TRANSTORNO DE PERCEPÇÃO	PRE-GESTACIONAL NÃO DIABETICA	42	0,09 0,05	0,442
7.TRATAMENTO	PRE-GESTACIONAL NÃO DIABETICA	42	0,33 2,57	0,000*

(*) $p < 0,05$

Entre o subgrupo de grávidas portadoras de diabetes gestacional e seu controle, encontramos diferenças significativas somente com relação ao fator irritabilidade/depressão, revelado através do QMPA, com valores mais elevados nos escores obtidos pelas grávidas diabéticas (Tabela nº6).

Tabela 6 Valores das médias do QMPA obtidos por grávidas portadoras de diabetes gestacional e grávidas não diabéticas.

FATORES	SUBTIPO	N	MEDIA	PROBALIDADES
1.ANSIEDADE / SOMATIZAÇÃO	GESTACIONAL NÃO DIABETICA	39	4,05 1,94	0,104
2.IRRITABILIDADE / DEPRESSÃO	GESTACIONAL NÃO DIABETICA	39	2,13 1,60	0,014*
3.DEFICIENCIA MENTAL	GESTACIONAL NÃO DIABETICA	39	0,00 0,16	1,000
4.ALCOOLISMO	GESTACIONAL NÃO DIABETICA	39	0,05 0,63	0,158
5.EXALTAÇÃO DO HUMOR	GESTACIONAL NÃO DIABETICA	39	0,39 0,47	0,742
6.TRANSTORNO DE PERCEPÇÃO	GESTACIONAL NÃO DIABETICA	39	0,08 0,08	1,000
7.TRATAMENTO	GESTACIONAL NÃO DIABETICA	39	0,29 2,16	0,668

(*) $p < 0,05$

3.2 RESULTADOS QUALITATIVOS

A análise das 10 sessões de grupos de sala de espera realizados nesta pesquisa revelou a prevalência dos seguintes aspectos:

- Regressão
- Culpa
- Falta de Conhecimento sobre o Diabetes na Gravidez
- Revivescência da Rivalidade Fraterna
- Desenvolvimento da Solidariedade e Ajuda Mútua

4.DISSCUSSÃO

4.1. DSQ E QMPA

O desenvolvimento do presente estudo surge neste momento para preencher uma lacuna existente na quantidade reduzida de pesquisas relativas aos aspectos psicológicos de gestantes de alto risco. Após extensa revisão de literatura, não foram encontrados outros estudos sobre os mecanismos de defesa em grávidas, nem, especificamente, no que se refere a gestantes portadoras de diabetes.

Este estudo revelou que as gestantes diabéticas tendem a se diferenciar das clinicamente normais no sentido de as primeiras apresentarem uma maior regressão psíquica. Maldonado (1985, p.23) descreve a gestação como uma experiência essencialmente regressiva que pode se manifestar através de sintomas que indicam uma identificação básica da grávida com o bebê (como, por exemplo, a hipersonia, a ambivalência, etc.). Uma regressão já é classicamente esperada no ciclo gestacional, e as diabéticas parecem regredir mais ainda, provavelmente, em função do aumento de riscos decorrentes da eclosão ou da piora da doença.

O grupo das gestantes portadoras de diabetes apresenta maior número de defesas imaturas, sugerindo que, frente a uma situação conflitante, tendem a proteger o próprio ego, atribuindo qualidades indesejáveis a outrem, aliviando prováveis sentimentos de inadequação, de culpa, de hostilidade, de ciúme, de injustiça, de dúvida e de persecutoriedade. A falta de limites, a impulsividade, as ações agressivas, a baixa auto-estima, a mágoa, a raiva e a tristeza são sentimentos que se pode vivenciar em condições adversas e, não havendo condições egóicas de refletir sobre eles, os pacientes lançam mão de mecanismos de defesa variados (RYSOVAS, 2002, p.57), como os encontrados nas gestantes desta amostra. Isto

pode ser também observado durante a internação, através da recusa de procedimentos, da agressividade para com a equipe de saúde e da evasão do hospital.

Rachel Soifer (1986, p.29) comenta que o mecanismo de defesa projeção é, em geral, utilizado pelas gestantes, como uma forma de transferir para o feto seus próprios impulsos hostis. O bebê passaria a ser sentido como um ser perigoso, capaz de movimentos bruscos, agressivos e sádicos, que ameaçam causar severo dano físico à mãe. Uma outra possibilidade é a de o bebê ser visto pela mãe como aquele que trouxe a complicação, no nosso caso, o diabetes.

A recusa de ajuda, enquanto defesa, manifesta-se, por exemplo, nas pacientes que não aceitam as orientações da equipe quanto à dieta, aos horários para a aplicação da insulina, e outros cuidados relativos ao tratamento durante o período gestacional. As gestantes recusam os cuidados da equipe como forma de proteger o ego, impedindo-o de entrar em contato com as ameaças de complicações, internações, riscos gestacionais e perda do feto.

As respostas consideradas “*lies*” (mentiras), que indicam tendência à dissimulação, mostram um direcionamento do grupo das gestantes portadoras de diabetes, no sentido de falsear suas respostas, o que nos leva a deduzir que, se respondessem fidedignamente, provavelmente apresentariam resultados mais altos, tendendo, portanto, a aspectos mais patológicos.

Os resultados do DSQ do subgrupo das grávidas portadoras de diabetes pré-gestacional mostram que essas gestantes parecem manter a necessidade de colocar na equipe os sentimentos hostis, a raiva e as fantasias persecutórias, recusando qualquer ajuda. O uso predominante de defesas imaturas sugere a possibilidade de

maior sofrimento interno desencadeado pela percepção do aumento de riscos decorrentes do diabete.

O fato de não se ter encontrado diferenças entre o subgrupo das grávidas portadoras de diabete gestacional e seu controle, ou entre o subgrupo das grávidas portadoras de diabete pré-gestacional, quando comparadas com o subgrupo das grávidas portadoras de diabete gestacional, pode ser explicado pelas subdivisões da amostra. A maior parte dos estudos encontrados na literatura foi realizada com amostras acima de 200 sujeitos, o que nos leva a supor que as evidências fornecidas pelo DSQ podem ser minimizadas quando obtidas de amostras muito pequenas. O mesmo se aplica ao QMPA. (ANDREOLI et al, 1994; ANDREOLI et al, 2000; ANDRADE, 2000; BULLIT; FALBER, 2002; NASSERBAKHT, ARAÚJO; STEINER, 1996; VAILLANT, 1992).

Ao estudarmos a correlação entre a idade gestacional e o uso de defesas psíquicas, percebemos que, no subgrupo das grávidas portadoras de diabete gestacional, quanto mais tempo de gestação elas apresentam, mais utilizam a defesa fantasia. Afastar-se da realidade e construir teorias fantásticas para aplacar angústias difíceis de serem suportadas é um recurso freqüentemente utilizado diante das adversidades. Pode-se compreender teoricamente o uso de defesas imaturas em relação, por exemplo, ao produto do parto como uma ameaça associada a uma possível malformação fetal, a dores insuportáveis associadas ao parto, ou a complicações do mesmo, que ameaçariam sua vida ou a do recém-nascido. O parto é a revivescência mais próxima que podemos ter de nosso próprio trauma de nascimento. A mulher, identificada com seu filho, vive, através dele, todo o temor de separar-se de sua mãe. Este temor à separação é a ansiedade maior do parto (LANGER, 1981; SOIFER, 1986; MALDONADO, 1986).

Encontramos maior uso das defesas afastamento e pseudo-altruismo no subgrupo das grávidas portadoras de diabetes gestacional quando do início da gestação. O afastamento pode ser explicado pelo impacto do reconhecimento da gravidez, ou, até mesmo, pela hipersonia, comum no primeiro trimestre e indicativa de uma necessidade de a gestante entrar em contato com seu próprio eu e com o recém-nascido, para desenvolver a capacidade de interação com o mesmo (LANGER, 1981; ROMERA, 1985; SOIFER, 1986; MALDONADO, 1986). Afastar-se da realidade externa pode ser um recurso para se encontrar sentido na complexa vivência de trazer, em seu interior, uma nova vida.

Já o pseudo-altruismo poderia ser compreendido como uma necessidade de fazer jus à supervalorização sócio-cultural da maternidade, que, em nível individual, pode levar a muitas dificuldades de adaptação por parte das grávidas. Devo ser despojada e generosa para ser capaz de ser mãe?

Na análise do QMPA, quando se compara o subgrupo das grávidas portadoras de diabetes pré-gestacional com o grupo controle, encontram-se diferenças que confirmam que essas vivenciam esse momento com dificuldade, no manejo da ansiedade, da depressão e da irritabilidade, podendo chegar a abusar de álcool e a ter necessidade de tratamento psiquiátrico. Pinheiro; Laprega; Furtado (2005) confirma este dado ao verificar que os problemas emocionais em gestantes podem colaborar para o uso de substâncias psicoativas e vice-versa. A amostra desse estudo transversal constou de 450 grávidas no terceiro trimestre de gestação. O autor encontrou uma prevalência de 6% de uso nocivo de álcool e 3,1% de síndrome de dependência ao álcool. Cita ainda que, na Suécia, a prevalência é de 3,27, para a soma de ambos os transtornos, e, no México, é de 9,6% desse uso durante a gestação e 0,4 para dependência ao álcool. A possibilidade de uma

prevalência tão alta pode ser atribuída, segundo esse autor, ao baixo nível de escolaridade e renda familiar, ao elevado número de desempregados e à falta de estabilidade conjugal. Os dados encontrados em nossa amostra e a prevalência citada pelo autor nos levam a refletir sobre a importância da prevenção de transtornos psíquicos junto às gestantes portadoras de diabetes. O consumo de álcool durante a gestação está associado ao aumento de risco para malformações fetais e, junto com o diabetes, agrava substancialmente todo o quadro gestacional.

Os resultados encontrados no QMPA evidenciam sinais e sintomas de transtornos mentais que podem surgir como co-morbidades nas gestações complicadas pelo diabetes. Confirmando este achado está o estudo de Luis e Oliveira (1998). Essas autoras apresentam uma revisão dos prontuários de 82 gestantes no período de 1988 a 1993. Concluem as mesmas que os transtornos mentais na gravidez, no parto e no puerpério apresentam-se como uma condição patológica complexa – variando de quadros transitórios benignos até situações graves, com prejuízos irreparáveis à gestante, ao feto e, até, ao companheiro. Logo, a existência de transtornos psiquiátricos, assim como de patologias endócrinas e metabólicas prévias constituem importantes fatores de risco para a gestação. Estes achados demonstram a relevância de uma assistência que envolva a família e a equipe de saúde nas condições diagnósticas e que acolha e apóie essas gestantes, fornecendo recomendações para melhorar a profilaxia das mesmas.

Um maior escore no fator irritabilidade/depressão do QMPA no subgrupo das grávidas portadoras de diabetes gestacional demonstra que a instalação de uma doença grave durante a evolução de uma gestação parece aumentar os níveis de angústia da gestante, além de alterar suas capacidades adaptativas. Todos esses

achados sinalizam e justificam a necessidade da implantação de programas de prevenção do desenvolvimento de situações patogênicas e patológicas que necessariamente aportam conflitos e sofrimentos a essas gestantes diabéticas.

4.2 GRUPOS DE SALA DE ESPERA

Os grupos de sala de espera do Serviço de Gestação de alto risco do HC-UFU foram iniciados numa tentativa de acolher as necessidades emocionais das pacientes que se confrontavam com o aparecimento de uma doença grave como complicador de sua gestação. Acredita-se que a ajuda e a compreensão de quem está passando pela mesma experiência pode desenvolver nas pacientes um vínculo e uma possibilidade de compartilharem medo e angustias comuns. O grupo possibilita fazerem vínculos afetivos entre as gestantes, desenvolvidos nos encontros durante as internações e consultas ambulatoriais, e permaneceram posteriormente ao parto. Também reforça essa visão a colocação de Pfeifer sobre os grupos:

No grupo as trocas e as preocupações são comuns e as responsabilidades são divididas como *no grupo familiar*. De certo modo, as privações são compensadas por ajudas mútuas. Alguma segurança e confiança são preservadas. Com quem podem contar além delas mesmas? Nessa situação a maioria dessas mulheres apresenta dificuldades de formarem juízos próprios para viver os riscos possíveis com segurança e confiança. Entretanto, embora não formem uma família natural o grupo é solidário, cooperativo, mesmo quando não sabe. Nesse momento, ou quando juntas e com dificuldades comuns, elas conseguem conter a ansiedade e conviver com as suas inseguranças (informação verbal)¹.

Grupos de sala de espera ambulatoriais propiciam a experiência de estar junto a pessoas de mesma faixa etária, com problemas de saúde semelhantes, que estão vivendo os mesmos conflitos, as mesmas ansiedades e os mesmos medos, podendo, conjuntamente, desenvolver formas de enfrentamentos dessas situações

¹ Material fornecido por Jorge Pfeifer em supervisão clínica dos grupos de sala de espera, Uberlândia, MG, agosto, 2008.

conflitantes. O estudo de lembra ainda que essa modalidade de O trabalho grupal possibilita que as pacientes sejam ouvidas e acolhidas, facilitando a formação de vínculos e podendo facilitar o processo de tratamento a que venham a se submeter. Além disso, oferece a possibilidade de reflexões e transformações. O trabalho grupal favorece um aumento qualitativo e quantitativo na estrutura vincular, assim como um redimensionamento das possíveis transferências e identificações. (DOMINGUES, 1992).

4.2.1 REGRESSÃO

A gravidez é um período que leva a mulher a um movimento que, apesar de regressivo, não apresenta, necessariamente, uma conotação psicopatológica. A grávida precisa regredir para se identificar com o feto e desenvolver recursos para compreendê-lo e cuidar de sua sobrevivência ao nascer. Portanto, o conceito de regressão, na gravidez, deve ser entendido como parte do processo de desenvolvimento: para se atingir um novo nível de organização da personalidade (progressão), é preciso passar por uma relativa desorganização (regressão) (LANGER, 1981; SOIFER, 1986; MALDONADO, 1986).

1) Não sei, estou muito nervosa. Não estou tendo paciência com nada. Eu e o meu marido nunca brigou. Essa semana a gente teve uma briga que eu quase saí no tapa com ele. Ele até me estranhou, porque eu sou muito calma. Todo mundo fala que eu tenho uma paciência de Jó, calma demais. E esse sábado nós brigamos porque eu falei que ia cortar o cabelo, ele falou que não e eu já fiquei nervosa, bati o pé e ele falou que nunca tinha me visto desse jeito. Estou muito nervosa, não sei o que está acontecendo não.

2) É, eu falei pra ele essa semana que eu não vou ficar aqui, que eu quero ir embora pra Barretos, quero morar lá, porque pra mim está sendo muito difícil. E, lá, eu tenho minha mãe, né? Lá, a minha mãe vai cuidar de mim o tempo inteiro. Tem a família dele, mas eu não converso com a mãe dele; ela só quer me prejudicar. Tem a tia dele, mas ela tem uma filhinha pequenininha também; não tem condição dela me olhar. Tem que ser minha mãe, minha mãe e minha filha não têm condição de vir pra cá. E ela vai deixar minha filha com quem pra ficar comigo? Não adianta, lá tem minha família toda.

3) São coisas tão pequenas, isso não existe, tipo assim, eu ficar nervosa porque alguém bateu na minha porta e me chamou. São coisas muito pequenas. Aquilo não é suficiente pra eu passar o resto do dia com raiva; são coisas muito pequenas que eu acho até ridículo a gente alterar o humor por questões tão pequenas. É mais um motivo pra eu ficar com raiva... O telefone toca... barulhos... mas, eu não tinha essas alterações... as pessoas me chamavam... eu conversava... minha relação... eu preciso disso, eu gosto disso, mas, tá me perturbando, essas alterações estranhas, tipo assim, que eu não tinha esse comportamento... não tem lógica, eu tô, assim, muito estranha. Eu não sei... eu busco... eu busco conviver com a minha família, eu busco comer fora de casa, relacionamentos, muitas amizades, apesar de depois da gravidez eu me isolei muito disso. Eu não gosto de passeios, de ambiente social. Não gosto disso... eu não vou mais...

4) Nossa, se eles não me tivessem deixado ir embora, acho que eu tinha ficado doída. Eles me deixaram ali, mas eu falei para a médica que eu não ia conseguir ficar e ela até me deu um calmantezinho para mim tomar porque eu ficava andando no corredor de um lado para o outro sem parar. Nervosa e com contração, querendo ir embora, levantar de qualquer jeito. Parecia que não era eu, que coisa esquisita; o coração acelerado, suando muito, aí, me internou só por causa das contrações, né? Me internou. E fiquei internada. Aí, quando foi no domingo, fiquei nervosa de novo porque fiz aquele... ah aquele exame do coração do neném e deu alteração no coração do meu neném, e aí já fiquei nervosa de novo e tava baixinho, a taxa tava 120 e pouco, parece, e aí ela veio medir e eu não tinha comido e já deu 156.

No dia em que eu estava internada, já preparanda pra sair e me disseram que deu uma alteraçãozinha. Eu liguei para o meu marido chorando tanto, tanto que ele chegou perguntando “o que aconteceu?”. Porque eu não falei pelo telefone. Ai, a médica me disse pra ficar calma que ia fazer um ultra-som para confirmar. Pra mim, ela já tinha problema, e eu já ia fazer a cesárea amanhã.

5) Esse horário, eu saí da Medicina e ontem fui trabalhar. E eu tô vendo que não vai ter como eu cumprir certinho esses horários. Eu trabalhando lá na Sadia, tem um médico lá, e o que eles me ofereceram, assim, no caso da alimentação, foi só pão, no caso, e...

O problema é que eu vou ter só uma refeição, no caso, o café, daí, eles vão me liberar só na hora do almoço.

E, assim, no caso, eu começo às 7:00 da manhã e vou até à noite e... a insulina tem que ficar gelada, né, como é que eu vou fazer pra levar essa insulina?

Não, a única geladeira que tem lá é o freezer onde passa o... Mas, é que, lá no escritório, eles não aceita.

A regressão da paciente 1 se evidencia através de tamanha incapacidade de tolerar as frustrações, o que chega a caracterizar uma birra infantil. A paciente 2 demonstra sua regressiva capacidade de lidar com a realidade, buscando o colo da mãe, enquanto a terceira paciente se afasta regressivamente para tentar evitar contato com a realidade cotidiana. A quarta é uma paciente que, normalmente, se apresenta tranqüila e centrada nos grupos e consultas,

contudo, diante de possível ameaça à saúde do bebê, sente-se fragilizada e desamparada. O último excerto exemplifica uma situação em que a paciente não consegue encontrar recursos próprios para adaptar suas necessidades pessoais ao trabalho e solicita ao grupo que cuide dela, diante das frustrações e dificuldades que enfrenta.

4.2.2 CULPA

Toda grávida, em algum momento, vai se deparar com o temor de gerar um filho com má formação, independentemente de haver risco ou não.

No imaginário da mulher em situação de risco, o que fica registrado como uma marca são objetos ameaçadores, símbolos da gravidez falhada, como no quadro de Frida Khalo - *A Cama Voadora*. Essa autora observou que, ao ouvir do especialista que o filho esperado está em risco de ter uma doença genética, a gestante reage tal como se estivesse frente a um perigo de natureza física, e não separa o perigo real do imaginário. O medo de perder esse filho torna-se insuportável, apesar de toda informação médica demonstrar, racionalmente, que o risco é baixo (MARINHO. 2006).

Durante os quatro anos de atendimento a gestantes de risco, a autora concluiu que a experiência da gravidez é cercada de sinais e símbolos que podem produzir ameaças: o medo de perder o filho, de que o filho nasça com defeito, de não conseguir ter um filho ou, ainda, de não conseguir ser mãe para esse filho, caso ele venha a nascer com defeito (MARINHO, 2006).

Calvasina et al (2007), entrevistando 27 mães nordestinas de crianças desnutridas, descrevem, os sentidos e significados culturais atribuídos pelas mesmas à desnutrição, diante da culpa pela pobreza que a provoca. As autoras

encontraram os seguintes sentidos para a desnutrição: a *fraqueza de nascença* (falta de comida como herança biológica transmitida pela mãe); o *corpo fraco de nascença* (aquilo que a mãe vivenciou durante a gestação e que poderia influenciar o desenvolvimento do filho – nasce *pouquinho, magrelo, choro fraquinho* – sofrer emoções intensas como raiva, ódio e revolta durante a gravidez causaria *fraqueza* no feto). Percebeu-se, nas narrativas, que a fraqueza é multifatorial; uma complexidade de forças que agredem o corpo, a mente e a alma de cada gestante e enfraquecem o seu bebê. Embora a etnoetilogia da *fraqueza de nascença* envolva fatores que são involuntariamente transmitidos para seus filhos, as mães entrevistadas se culpam por terem *passado tudo para o bebê na barriga*. Essas gestantes tendem a se punir porque acreditam que, de alguma forma, tenham prejudicado o filho - pela fome que passaram na infância, pela dificuldade em fazer o pré-natal corretamente, etc.

Trabalhando durante dez anos com grupos de sala de espera em um ambulatorio de infertilidade, Canela (1989) verificou ansiedade intensa frente à realização de exames, além de medos e culpas pela *doença* e pelos mecanismos de pressão social para a maternidade/paternidade.

1)Eu achava que, porque eu não o quis, ia fazer mal. E as pessoas falam tanta coisa: que pode nascer cego, sem braço, sem perna, e a gente fica até assim...

E eu fico com muito medo. Por exemplo, ela não tá mexendo, e eu já pus na cabeça que ela vai nascer com algum problema. Vai ver que é por isso que as perninhas não mexem. A gente fica com tudo aquilo na cabeça. Eu fiz um ultrassom, paguei, não agüentei esperar, tava assim que não conseguia nem dormir de ansiedade. Fiz o ultrassom. A médica me disse que eu tô louca, que o bebê tem tudo que ele precisa ter, “você não precisa pensar assim, ela esta mexendo normalmente. Você não está sentido porque você está gordinha; ela mexe e você não está sentido ainda”.

Como eu quase perdi, tive muito sangramento, eu fiquei pensando, porque os médicos falavam, quando eu cheguei, que já tinha perdido e ia fazer a curetagem. Mas o ultrassom mostrou que ele estava aí. Eu pensei que, se Deus deixou ele, é porque ele ia nascer bem. Mas, depois, eu penso que os médicos é que ainda não viram que tem alguma coisa.

2)Eu morro de medo de ganhar nenê. Eu penso: eu vou morrer lá na hora. Eu vejo assim, passando lá pra sala de cirurgia. Aí, eu fico pensando “quando o nenê nascer, faz exame todinho de diabete”.

A primeira paciente demonstra sua culpa decorrente da não aceitação inicial dessa gestação e das complicações inerentes ao diabete, já nos primeiros meses. Esta culpa perdurou até o segundo trimestre, comprometendo a formação de vínculo com o bebê, que só ocorreu quando a paciente conseguiu elaborar a situação vivida. Quanto à segunda paciente, percebe-se que sua culpa está superposta ao simples fato de ter adoecido.

Trata-se de mães que vivem um universo comum em que necessidades e preocupações fazem parte dos ganhos e perdas naturais. Esses ganhos e essas perdas vêm, ora pela via da educação, ora pela via da desinformação, ou, ainda, pelo aprendizado advindo da experiência (e palpites) de outras pessoas, tais como parentes e amigos. Nesse universo, estão sempre presentes os medos, comuns a todas as gestantes, e a culpa (se algo não der certo). Situações inconscientes de reconstrução do lugar e dos papéis: mãe e mulher. Um conflito edipiano inverso: a mãe pode matar o filho ou causar danos. Mas sente a culpa e o medo de não poder resolver a situação do diabete. No temor de gerar um filho com problemas, estão presentes, de forma insidiosa, essas dúvidas sobre si mesma. É preciso ficar bem, sentir-se bem e pensar que tudo que ela está fazendo é para ter um filho com saúde. Em algumas delas, essa dúvida se caracteriza pela incapacidade de tudo conter ou controlar. Seu medo catastrófico é o de gerar ou abortar uma criança que nasce dela, como a sua doença. Talvez, na manifestação de seus desejos mais infantis, esteja o medo do castigo. O grande medo e a grande culpa manifestam-se na grande frustração de não atender os seus desejos e proibições vividas e sentidas

durante toda a sua vida. Um pesar por pensar que o “não” e o “sim”, diante do prazer, serão sempre parte de suas vidas (informação verbal)².

Nos grupos de gestantes diabéticas, encontramos ansiedade intensa, medos e culpas. E, contratransferencialmente, a coordenadora do grupo teve impulsos de fornecer informações médicas diante do pedido constante de tranquilização por parte do grupo.

4.2.3 FALTA DE CONHECIMENTO SOBRE O DIABETE NA GRAVIDEZ

Silva; Santos; Parada (2004) investigaram 20 gestantes diabéticas buscando compreender o significado que elas atribuíam à gestação. Verificou-se que as pacientes apresentavam grande dificuldade em entender as implicações de sua doença e a importância de sua participação ativa no tratamento e nas restrições alimentares; aquelas gestantes que não planejaram a gravidez tinham mais incômodos e dificuldades com o tratamento e com o controle alimentar. Esse estudo apresenta resultados que apontam para o uso de defesas regressivas, desadaptativas e imaturas, ao demonstrar a dificuldade dessas gestantes diabéticas ao lidar com realidades frustrantes e assustadoras, como aquelas decorrentes do aparecimento de doenças graves durante a gestação, o que endossa o nosso estudo.

1)Eu nem sabia que existia a diabetes gestacional. Estou tomando mais cuidado, quando vou a festas não como de tudo. Tive muito medo, me assustei demais, fiquei louca, passei nervoso. Parece que tudo que eu comia só aumentava, e eu pensava que ia usar a insulina.

² Material fornecido por Jorge Pfeifer em supervisão clínica dos grupos de sala de espera, Uberlândia, MG, agosto, 2008.

2)As pessoas falavam que, com um pouco de doce que você comer, você fica cega. É igual tratar aqui na Medicina; todo mundo diz que é a pior coisa do mundo. Eu não sei se vou continuar diabética ou não.

3)Tenho medo de o neném nascer com diabete. Eu acho que não nasce, mas as pessoas gostam de passar medo na gente. Aí falam pra mim que meu bebê vai nascer faltando órgão porque cresce demais e não tem espaço pra desenvolver e que vai nascer com diabete. Mas, eu fiquei com medo; por que eles falam pra mim, uma mãe diabética e esperando gêmeos? Você vai ver como seus bebês vão nascer, um morre. Aí eu fico doidinha.

4)A gente fica muito sobrecarregada com estas coisas. Eu já passei a ficar pensando nos problemas do coração, da família toda inteira: pai, mãe e tia. O neném vai nascer e precisar fazer cirurgia e ir para a UTI. A gente sempre pensa coisa ruim.

5)Isso está me preocupando, porque assim, essa questão da glicose, ela está preocupando a gente, por causa do bebê. A gente ouviu falar do crescimento, que vai acontecendo. Eu fiz um ultrassom na semana passada também. Só que o peso já estava em excesso; as estruturas abdominais já estavam um pouquinho alteradas. Então, assim, essa é uma coisa que eu fiquei muito preocupada mesmo com isso. Porque, assim, a gente fica assim, e agora o que vai acontecer, como é que vai fazer, o que vai vir? A gente fica preocupada.

6)A preocupação exige mais da gente com essa dieta. Nossa, eu adoro massa, macarrão; se deixar, eu como muito. Então, eu, nessa preocupação, eu já diminuo, eu não tô comendo quase nada. Eu perdi peso. Com o exame, eu me preocupei tanto que eu até parei de comer.

7)A gente fica com medo porque são dúvidas que vão surgindo. A cabeça da gente fica... Porque a gente fica ouvindo de fora demais. As pessoas preocupam a gente!
É, as pessoas falam muita coisa que a gente não pode ouvir!

8)Nossa eu faço a dieta e tem hora que eu fico até com medo de comer exagerado para poder prejudicar, aí eu fico meio perdida; será que eu comi a medida certinha? Porque, por mais que a gente indo no médico, e ele fala tantas colheres de sopa, a gente ainda fica insegura. Será que eu fiz certinho?

9)Meu medo é esse... De internar e ter de tomar insulina. Eu pensei que a gente toma insulina porque a dieta não estava funcionando direito.

10) Eu não saio de casa mais; não vou na casa dos outros e os outros perguntam por que eu sumi. Chego na casa das pessoas, lá não tem ninguém com diabete. A comida é diferente. Outro dia, fui num aniversário e disse que nunca mais eu vou. Eu adoro bolo, adoro comer bolo e eu não pude fazer isso. Pra mim, foi o fim-da-picada. Eu chorei até. Eu queria comer o bolo e os meninos esconderam o bolo de mim pra eu não ver. Eu queria um pedacinho pra matar a vontade. Quando eu peguei e pus na boca chegou um e disse que ia fazer mal para o bebê. Nunca mais eu vou a aniversário.

11) No começo da minha gravidez, eu me senti como você. E coincidiu de ter uns três aniversários e com bolo de chocolate (que eu adoro), e chegava em casa chorando. Aí, pensei, “por que eu estou chorando? Não vou chorar mais, vou fazer alguma coisa”. Quando fui na médica, conversei com ela, e ela me falou pra fazer um bolo diet. Aprendi a fazer; faço do jeito que quero, como o pedaço que eu posso e, ai, consigo passar um bom tempo sem vontade. Quando dá de novo, eu faço outro.

Podemos perceber que, com exceção do último excerto, essas gestantes apresentam uma superposição entre o desconhecimento da doença, a regressão e a culpa. O desconhecimento da doença pode representar uma ameaça que acentua a regressão (presente em toda gestação), gerando culpa pelo medo das complicações da doença.

Esses exemplos dos excertos 11 e 12 mostram as possibilidades humanas diante de situações de frustração ou imposição de limites que a vida apresenta. Uma consegue elaborar a situação estressante, buscando recursos que a levam a superar o problema e a encontrar sua satisfação. A outra se fecha em seu sofrimento, não satisfaz seu desejo e aumenta sua raiva e, posteriormente, a culpa, mantendo um círculo vicioso entre estes dois sentimentos.

4.2.4 REVIVESCÊNCIA DA RIVALIDADE FRATERNA

1)Ah! Também estou preocupada com a ansiedade com que ela está esperando este bebê. Ela sempre foi louca por bebês. E eu estou com medo de estar piorando ela. (Refere-se à filha de 6 anos)

2)Não sei, estou muito nervosa. Não estou tendo paciência com nada. Eu e meu marido nunca brigou. Essa semana a gente teve uma briga feia que eu quase saí no tapa com ele. Ele até me estranhou, porque eu sou muito calma. (...) É tanta coisa que eu tenho vontade de esquecer, não é de esquecer, mas eu evito. Foto da minha filha, eu escondo tudo pra não ver, porque eu vejo e fico angustiada; me dá vontade de largar tudo e ir embora (...) Eu tenho medo de minha filha pensar: minha mãe me abandonou; foi embora pra lá. E, ao mesmo tempo, eu penso nesse daqui pensar que eu abandonei o pai dela e fui embora. Eu fico dividida; minha cabeça está repartida. Trazer ela pra cá, eu não posso trazer, se não ela adoecer; ela é muito apegada a minha mãe.

3)Eu tenho uma filha com 6 anos e há um ano e meio ela vem tendo dificuldade na escola, e, agora, eles me pediram uma avaliação neurológica dela (começa a chorar). Eu não estou conseguindo controlar. Desde pequena que eu percebi que ela demorava mais para aprender a falar e a andar. Ela começou a caminhar com 1 ano e 9 meses. Mas, eu olho pra ela e acho normal. Eu também fico com medo do bebê nascer com o mesmo problema.

4)Eu sofri demais com meu filho que nasceu com 7 meses. Ele deu uma lesão que prejudicou a marcha. Ele teve que fazer um monte de fisioterapia para andar; ele andou com 2 anos e meio. Eu ficava angustiada por ele não andar direitinho. Às vezes, eu me pergunto por que meu filho nasceu assim; eu não fiz nada de maldade para que ele nascesse assim. Eu nunca fiz nada

assim pra dizer que eu sou mal. Mas, a culpa está dentro da gente. (...) Mas, a cobrança dela é tanta que eu sinto culpada pela cobrança da minha mãe.

Nas manifestações discursivas dessas gestantes, foi possível depreender o sofrimento quando da mudança de configuração dos papéis dos filhos perante o bebê que está por chegar. Essas gestantes sofrem e se sentem culpadas por estarem retirando o filho caçula desse lugar e colocando o outro a ocupar esse espaço. Podemos inferir que, talvez, isto se deva a uma revivescência de seus sentimentos quanto à chegada de seus irmãos e quanto à forma como lidou com a rivalidade fraterna em sua história pessoal.

4.2.5 DESENVOLVIMENTO DA SOLIDARIEDADE E AJUDA MÚTUA

Viana et al (2005) realizou um relato de sua experiência com grupos de mães em enfermaria de neonatologia e fala do grupo como catalisador de sentimentos de autoconfiança, apoio e valorização pessoal pelos sujeitos. Os autores contam que aproveitaram o clima de ajuda mútua já existente entre as mães e o formalizaram no grupo, onde também o estimulavam. Nossos resultados confirmam e reforçam esses achados.

1) O pânico de hospital, aquele medo que eu tinha, hoje não vejo dessa forma mais. Você vê, então, foi muito rápido; essas alterações foram muito rápidas. Eu não consigo... e, depois de estar conversando, o que a gente sente nesse grupo aqui, hoje, eu já não sinto isso mais. Se for necessário, eu vou, mas, já me acostumei.”

2)Sabe, eu acho que tinha que ter uma reunião de quem tem sabe (diabete). É, eu tenho uma dúvida e a outra também tem; troca idéia.

3)Eu tava com tanto medo que eu nem conversava com a minha barriga. Agora, depois que eu perdi um pouco do medo, fiz o chá de berço e arrumei o quartinho, é que eu consegui conversar, e aí, ela mexeu mais. Aí, é que eu falei pra ela que já está tudo preparado; eu já fiz tudo. Já coloquei o nome dela. A mais nova levanta a minha roupa e fala: “chega logo neném”. Agora, nos falamos bastante com ela.

A primeira e a segunda pacientes falam da ajuda sentida no grupo no período gestacional e parecem usufruir da ajuda mútua, lidando com mais maturidade frente à diabetes na gravidez. A terceira paciente demonstra a superação do medo da perda do bebê e se permite estabelecer o vínculo com o bebê após ter trabalhado esses aspectos com outras pacientes no grupo.

5.CONCLUSÃO

Nossos achados evidenciam importante regressão psíquica entre as gestantes diabéticas, assim com um predomínio do uso de defesas imaturas e desadaptativas pelas mesmas, quando avaliadas pelo DSQ.

Através do QMPA, foi possível perceber que as grávidas portadoras de diabetes apresentam maior número de sinais e sintomas de transtornos mentais.

E a pesquisa também constatou que, as gestantes são sensíveis às intervenções que possibilitam trocas discursivas e através dessas, a veiculação de medos e angústias obstruidoras de condutas mais adaptativas. O grupo favorece e contém organizações simbólicas precárias, típicas da população atendida, no sentido de se construir espaços de maior solidariedade com elas mesmas, com seus desejos desencontrados, seus fetos, suas barrigas, seus anseios de viver e seus constantes enfrentamentos com a dis-função, com a finitude e com a morte. O que confirma ou re-afirma um dos aspectos prevalentes apresentado nos resultados qualitativos, qual seja: desenvolvimento da solidariedade e ajuda mutua.

Elas saem mais fortes dos grupos, pois mais múltiplas e não são mais tão somente as gestantes diabéticas.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esses achados recomendam e justificam a necessidade da implantação de programas de prevenção ao desenvolvimento de situações patogênicas e patológicas que necessariamente aportam conflitos e sofrimentos a essas gestantes diabéticas.

REFERENCIAS

ANDRADE, M. P. M. **Tradução e Adaptação do DSQ (Defense Style Questionnaire) para uso no Brasil**. Dissertação de Mestrado – Escola Paulista de Medicina, São Paulo, 1996.

ANDRADE, M. P. M. **As defesas psíquicas dos estudantes de medicina**. Tese de Doutorado – Escola Paulista de Medicina, São Paulo, 2000.

ANDREOLI, S. B. *et al.* Identificação de casos psiquiátricos em estudos epidemiológicos multifásicos: métodos, problemas e aplicabilidade. **Revista Saúde Pública**. [on-line]. Out. 2000, vol.34, nº5, p.475-483. Disponível na World Wide Web: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102000000500007&lng=pt&nrm=isso. Acessado em: 20 fev. 2005.

ANDREOLI, S. B. *et al.* Estrutura fatorial do questionário de morbidade psiquiátrico de adultos aplicado em amostras populacionais de cidades brasileiras. **Revista de Saúde Pública**, vol.28, nº4, São Paulo, 1994.

ANDREOLI, S. B. **Estrutura fatorial do Questionário de Morbidade Psiquiátrica do Adulto aplicado em amostras populacionais de três cidades brasileiras**. Tese de Mestrado - Escola Paulista de Medicina, São Paulo, 1992.

BLAYA, C. *et al.* Mecanismos de defesa: uso do Defensive Style Questionnaire. **Revista Brasileira de Psicoterapia**, vol.5, nº1, p. 67-80. 2003.

BOND, M. *et al.* Empirical study of self-rated defensive styles. **Arch Gen Psychiatry**, vol.40, p.333-338, 1983.

BOND, M. An Empirical Study of Defensive Styles: The Defense Style Questionnaire In VAILLANT, G. E. **Ego Mechanisms of Defense**. Wahington, American Psychiatric Press, Inc., 1992.p.127-158

BULLITT, C.; FARBER, B.A. Sex differences in the relationship between interpersonal problems and defensive style. **Psychological Reports**, vol.91, nº3Pt 1, p.767-8, December, 2002.

CANADIAN DIABETES ASSOCIATION. Disponível em: <http://www.diabetes.ca/cpg2003/chapters.aspx> . Acessado em 19 nov. 2004.

CANELLA, P.R.B. Grupos: Pré-atendimento, Sala de Espera e Enfermaria. **FEMINA**, Novembro, p.910-917, 1989.

CAVALSINA, P. G. *et al.* “Fraqueza de nascença”: sentidos e significados culturais de impressões maternas na saúde infantil no Nordeste brasileiro. **Caderno de Saúde Pública**, vol.23, nº2, 2007.

DOMINGUES, J. M. Aspectos da Intervenção de Terapia Ocupacional no Ambulatorio de Ginecologia de Adolescentes. **Revista de Terapia Ocupacional da USP**, vol.3, nº1/2, p.65-71, 1992.

FREUD, S. **O ego e o Id (1923)**. Edição Standart Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, Vol. XIX Rio de Janeiro, Imago Editora, 1976.

_____. **A Interpretação dos Sonhos (1900)**. Edição Standart Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, Vol. IV Rio de Janeiro, Imago Editora, 1976.

GRANER, E. A. **Estatística**. São Paulo: Melhoramentos.1966.187p.

INTERNACIONAL DIABETES FEDERATION. Disponível em: <http://www.idf.org/e-atlas/home/index.cfm?printpage=1&node=48> . Acessado em 24 set. 2004.

LANGER, M. **Maternidade e Sexo: estudo psicanalítico e psicossomático**. Trad. Maria Nestrovsky Folberg. Porto Alegre: Artes Médicas.1981.266p.

LUIS, M.A.V.; OLIVEIRA, E.R. Transtornos mentais na gravidez, parto e puerpério: na região de Ribeirão Preto-SP, Brasil. **REVISTA DA ESCOLA DE ENFERMAGEM da USP**, vol.32, nº 4, p.314-24, 1998.

MALDONADO, M. T. **Maternidade e Paternidade**. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 1990.302p.

MALDONADO, M. T. **Psicologia do parto**. 8. ed. Petrópolis: Ed. Vozes, 1986. 163p.

MARINHO, A., S., N. **Um Retrato da Gravidez de Risco Genético a Partir de Frida Khalo**. Tese de Doutorado. FIOCRUZ. 2006. Disponível em: <http://www.ipas.org.br/arquivos/RetratosAlice.pdf> Acessado em: 19/02/09.

MONTENEGRO JÚNIOR, R. M. *et al.* Evolução Materno-Fetal de Gestantes Diabéticas Seguidas no HC-FMRP-USP no Período de 1992-1999 in **Arquivo Brasileiro de Endocrinologia e Metabolismo**, vol.45, nº5, São Paulo, out. 2001.

NASSERBAKHT, A.; ARAUJO, K.; STEINER, H. A comparison of adolescent and adult defense styles. **Child Psychiatry and Human Development**, vol. 27, nº1, p. 3-14, Fall, 1996.

PINHEIRO, S.N.; LAPREGA, M.R.; FURTADO, E.F. Morbidade psiquiátrica e uso de álcool em gestantes usuárias do Sistema Único de Saúde. **Revista de Saúde Pública**, vol.39, nº4, 593-598, 2005.

REICHELT, A. J.; OPPERMAN, M.L.R.; SCHMIDT, M.I. Recomendações da 2ª Reunião do Grupo de Trabalho em Diabetes e Gravidez in **Arquivo Brasileiro de Endocrinologia e metabolismo**, vol.45, nº5, São Paulo, 2002.

ROMERA, M. L. C. **Transmissão-Difusão da Psicanálise**. Tese de Doutorado, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1993.

ROMERA, M. L. C. **Considerações sobre aspectos psicológicos da gravidez, parto e puerpério na adolescência**. Tese de Mestrado, Universidade Estadual de Campinas, São Paulo, 1985.

RYSOVAS, E.P.O. **Mecanismos de defesa do cuidador familiar do paciente portador de demência**. Tese de Mestrado - Universidade Federal de São Paulo. Escola de Medicina, São Paulo, 2002.

SANTANA, V. Estudo Epidemiológico das doenças mentais em um bairro de Salvador. **Série de Estudos em Saúde**, 3, Instituto de Saúde do Estado da Bahia.1982

SANTOS, M. C.; CÂNDIDO, D. F.; SALA, M. M. Diabetes Mellitus. In: CORRÊA, M. D. et al. **Noções Práticas de Obstetrícia**.13ªed, Belo Horizonte: Coopmed. 2004. p.471-487

SIEGEL, S. **Estatística não-paramétrica: para as ciências do comportamento**. Trad. Alfredo Alves de Farias. São Paulo: McGraw-Hill do Brasil. 1975.350p.

SILVA, L.; SANTOS, R. C.; PARADA, C. M. G. L. Compreendendo o significado da gestação para grávidas diabéticas. **Revista Latino-Americana de Enfermagem** [online], vol.12, nº 6, 2004. Disponível em: http://www.revistasusp.sibi.usp.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692004000600008&lng=pt&nrm=iso. Acessado em: 20/07/06.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Consenso brasileiro sobre diabetes 2002: diagnóstico e classificação do diabetes melito e tratamento do diabetes melito do tipo 2**. Rio de Janeiro: Diagraphic. 2003. Disponível em: http://www.diabetes.org.br/educacao/docs/Consenso_atual_2002.pdf. Acessado em: 06/11/04.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Tratamento e acompanhamento do Diabetes Mellitus: Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes**. Rio de Janeiro: Diagraphic. 2007. 168p.

SOIFER, R. **Psicologia da Gravidez, Parto e Puerpério**.4. ed. Trad. Ilka Valle de Carvalho. Porto Alegre: Artes Médicas. 1980. 124p.

TURATO, E. R. Tratado da Metodologia da Pesquisa Clínico-Qualitativa: Construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. Petrópolis, Rio de Janeiro:Vozes, 2003. 685p.

VAILLANT, G. E. **Ego Mechanisms of Defense**. Wahington, American Psychiatric Press, Inc., 1992. 306p.

VIANA, V. et al. Apoio psicológico às mães no Serviço de Neonatologia do Hospital de São João – Porto. **ArquiMed**, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/am/v19n3/v19n3a01.pdf>. Acessado em: 19/02/09

VINOGRADOV, S.; YALOM, I. D. **Manual de Psicoterapia de Grupo**. Trad. Dayse Batista. Porto Alegre: Artes Médica, 1992. 215p.

ZIMERMAN, D. E. **Fundamentos Básicos de Grupoterapias**. Porto Alegre: Artes Médica, 1993. 182p.

ZIMERMAN, D. E.; OSORIO, L.C. **Como trabalhamos com Grupos**. Porto Alegre: Artes Médica, 1997. 424p.

ANEXO A: GLOSSÁRIO DE MECANISMOS ESPECÍFICOS DE DEFESA E FORMAS DE MANEJO³

- *Afiliação.* O indivíduo lida com o conflito emocional ou estressores internos ou externos, voltando-se para os outros em busca de ajuda e amparo. Isso envolve o compartilhar de problemas com outras pessoas, mas não implica responsabilizar a outrem por eles.
- *Altruísmo.* O indivíduo lida com o conflito emocional ou estressores internos ou externos mediante a satisfazer as necessidades de outros. À diferença do auto-sacrifício, por vezes característico da formação reativa, o indivíduo recebe gratificação substitutiva ou a partir da resposta dos outros.
- *Anulação.* O indivíduo lida com o conflito emocional ou estressores internos ou externos mediante palavras ou comportamentos destinados a negar ou corrigir simbolicamente pensamentos, sentimentos ou ações inaceitáveis.
- *Antecipação.* O indivíduo lida com o conflito emocional ou estressores internos ou externos mediante a experiência antecipada de reações emocionais ou antecipação das conseqüências de possíveis eventos futuros, considerando respostas ou soluções alternativas e realistas.
- *Atuação (“acting out”).* O indivíduo lida com o conflito emocional ou estressores internos ou externos pela ação, ao invés de reflexões ou sentimentos. Esta definição é mais ampla do que o conceito original de atuação transferencial de sentimentos ou desejos durante a psicoterapia e visa incluir o comportamento que surge tanto dentro quanto fora da relação transferencial. A atuação defensiva não é sinônima de “mau comportamento” porque exige evidências de que o comportamento está relacionado a conflitos emocionais.
- *Auto-afirmação.* O indivíduo lida com o conflito emocional ou estressores internos ou externos expressando seus sentimentos e pensamentos diretamente, de um modo não coercitivo ou manipulador.
- *Auto-observação.* O indivíduo lida com o conflito emocional ou estressores internos ou externos refletindo sobre seus próprios pensamentos, sentimentos, motivações e comportamento e dando respostas adequadas.
- *Cisão.* O indivíduo lida com o conflito emocional ou estressores internos ou externos compartimentalizando estados afetivos opostos, não conseguindo integrar as qualidades positivas e negativas, próprias ou dos outros, em imagens coerentes. Uma vez que os afetos ambivalentes não podem ser vivenciados simultaneamente, as imagens e expectativas mais equilibradas de si próprio e dos outros são excluídas da experiência consciente. As imagens de si próprio e dos objetos tendem a alterar-se entre os opostos polarizados: exclusivamente amoroso, poderoso, digno, gentil e apoiador – ou exclusivamente mau; detestável, colérico, destrutivo, rechaçante ou indigno.

³ DSMIV – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Washington, DC, 1994.

- *Deslocamento.* O indivíduo lida com o conflito emocional ou estressores internos ou externos transferindo um sentimento ou uma resposta concernente a um objeto para outro objeto substituto (habitualmente menos ameaçador).
- *Desvalorização.* O indivíduo lida com o conflito emocional ou estressores internos ou externos atribuindo qualidades exageradamente negativas a si mesmo ou a outros.
- *Dissociação* O indivíduo lida com o conflito emocional ou estressores internos ou externos com uma ruptura nas funções habitualmente integradas de consciência, memória, percepção de si mesmo ou do ambiente ou comportamento sensorial/motor.
- *Fantasia autista.* O indivíduo lida com o conflito emocional ou estressores internos ou externos mediante devaneios excessivos, como um substituto para relacionamentos humanos, ações mais efetivas ou resolução de problemas.
- *Formação reativa.* O indivíduo lida com o conflito emocional ou estressores internos ou externos substituindo seus próprios pensamentos ou sentimentos inaceitáveis por um comportamento, pensamento ou sentimento diametralmente oposto (isto em geral ocorre junto com a repressão destes).
- *Humor.* O indivíduo lida com o conflito emocional ou estressores internos ou externos salientando os aspectos divertidos ou irônicos do conflito ou estressor.
- *Idealização.* O indivíduo lida com o conflito emocional ou estressores internos ou externos atribuindo aos outros qualidades positivas exageradas.
- *Identificação projetiva.* O indivíduo lida com o conflito emocional, ou estressores internos ou externos atribuindo falsamente a outra pessoa seus próprios sentimentos, impulsos ou pensamentos inaceitáveis. À diferença da projeção simples, o indivíduo não rejeita completamente o que é projetado. Ao invés disso, ele permanece consciente de seus próprios afetos ou impulsos, só que os qualifica incorretamente como reações justas à outra pessoa. Não raro, o indivíduo induz em outros os próprios sentimentos que inicialmente acreditava, de forma errônea, existirem neles, tornando difícil esclarecer quem fez o quê, a quem, primeiro.
- *Intelectualização.* O indivíduo lida com o conflito emocional ou estressores internos ou externos mediante o uso excessivo do pensamento abstrato ou de generalizações, para controlar ou minimizar sentimentos perturbadores.
- *Isolamento do afeto.* O indivíduo lida com o conflito emocional ou estressores internos ou externos mediante a separação entre as idéias e os sentimentos originalmente associados a eles.
- *Negação.* O indivíduo lida com o conflito emocional ou estressores internos ou externos recusando-se a reconhecer algum aspecto doloroso da realidade externa ou da experiência subjetiva que seria visível aos outros.

- *Onipotência.* O indivíduo lida com o conflito emocional ou estressores internos ou externos sentindo ou agindo como se fosse detentor de poderes ou capacidades especiais e como se fosse superior aos outros.
- *Projeção.* O indivíduo lida com o conflito emocional, ou estressores internos ou externos atribuindo falsamente a outra pessoa seus próprios sentimentos, impulsos ou pensamentos inaceitáveis.
- *Queixa com rejeição de auxílio.* O indivíduo lida com o conflito emocional, ou estressores internos ou externos fazendo queixa ou repetidos pedidos de ajuda, que disfarçam sentimentos velados de hostilidade ou reprovação aos outros, os quais então são expressos mediante a rejeição das sugestões, conselhos ou ajuda oferecidos pelos outros. Às queixas ou solicitações podem envolver sintomas físicos ou psicológicos ou problemas da vida.
- *Racionalização.* O indivíduo lida com o conflito emocional ou estressores internos ou externos encobrindo as verdadeiras motivações para seus próprios pensamentos, ações ou sentimentos, através da elaboração de explicações confortadoras ou satisfatórias, porém incorretas.
- *Repressão.* O indivíduo lida com o conflito emocional ou estressores internos ou externos expelindo da consciência desejos, pensamentos ou experiências perturbadoras. O componente emocional pode permanecer consciente, separado de suas idéias associadas.
- *Sublimação.* O indivíduo lida com o conflito emocional ou estressores internos ou externos canalizando sentimentos ou impulsos potencialmente mal-adaptativos para um comportamento socialmente aceitável.
- *Supressão.* O indivíduo lida com o conflito emocional ou estressores internos ou externos evitando deliberadamente pensar em problemas, desejos, sentimentos ou experiências perturbadoras.

ANEXO B: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Sou do Setor de Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia, e estou fazendo uma pesquisa com a orientação do Prof. Dr. Paulo Tannús Jorge e Dr^a Mônica Pimenta Marques Andrade.

O objetivo desta pesquisa é identificar os mecanismos de defesas do ego utilizados por gestantes diabéticas, através da aplicação do Questionário para Estilo de Defesas (DSQ) desenvolvido por Michael Bond. Sua participação será responder a um questionário com 88 itens e uma escala de concordância graduada de um a nove para a resposta. Este trabalho pretende ser o início de uma linha de pesquisa visando um aprofundamento no conhecimento do funcionamento psíquico das gestantes de alto risco, desenvolvendo estratégias de atendimento psicológico e instrumentalizando a equipe de saúde que trabalha com esta população.

Comprometemo-nos a reservar sua identidade (ninguém saberá o seu nome) e suas informações no anonimato. Os dados obtidos através de seu questionário, quando divulgados, não poderão ser associados a você. O nome de todas as pessoas que participarem da pesquisa jamais será divulgado, de forma nenhuma, nem conhecido por outras pessoas além dos pesquisadores. Todos os questionários serão identificados por números e serão gravadas em computador através de código. Caso você aceite participar da pesquisa será solicitado que assine o certificado de consentimento para documentar sua decisão. Se no decorrer da pesquisa você resolver interromper ou deixar de responder a alguma questão isso será aceito sem que você tenha qualquer prejuízo ou sofra qualquer sanção quanto ao seu tratamento neste hospital.

Certificado de Consentimento

Eu, ..., declaro haver recebido os esclarecimentos acima e que pude fazer perguntas e esclarecer minhas dúvidas a respeito do assunto. Aceito participar da pesquisa acima referida, sob a responsabilidade dos pesquisadores Erika Finotti Wutke e orientação do Prof Dr. Paulo Tannús Jorge (034-3218-2246) e Dr^a Mônica Pimenta Marques Andrade.

Conforme os critérios apresentados no termo de consentimento, sabendo que minha participação é inteiramente voluntária.

Uberlândia, ... de de 200...

Nome:

Assinatura do entrevistado:.....

Assinatura do Entrevistador:.....

Pesquisadora responsável Erika Finotti Wutke (034 3218-2420)

Comitê de ética e pesquisa (034 3239-4131).

ANEXO C: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Sou do Setor de Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia, e estou fazendo uma pesquisa com a orientação do Prof. Dr. Paulo Tannús Jorge e Dr^a Mônica Pimenta Marques Andrade.

O objetivo desta pesquisa é conhecer o funcionamento psicodinâmico das gestantes com endocrinopatias, através da observação no grupo de sala de espera. Sua participação será permitir a gravação durante a sua participação no grupo. Este trabalho pretende ser o início de uma linha de pesquisa visando um aprofundamento no conhecimento do funcionamento psíquico das gestantes de alto risco, desenvolvendo estratégias de atendimento psicológico e instrumentalizando a equipe de saúde que trabalha com esta população.

Comprometemo-nos a reservar sua identidade (ninguém saberá o seu nome) e suas informações no anonimato. Os dados obtidos através de seu questionário, quando divulgados, não poderão ser associados a você. O nome de todas as pessoas que participarem da pesquisa jamais será divulgado, de forma nenhuma, nem conhecidas por outras pessoas além dos pesquisadores. Todos os questionários serão identificados por números e serão gravadas em computador através de código. Caso você aceite participar da pesquisa será solicitado que assine o certificado de consentimento para documentar sua decisão. Se no decorrer da pesquisa você resolver interromper ou deixar de responder a alguma questão isso será aceito sem que você tenha qualquer prejuízo ou sofra qualquer sanção quanto ao seu tratamento neste hospital.

Certificado de Consentimento

Eu,....., declaro haver recebido os esclarecimentos acima e que pude fazer perguntas e esclarecer minhas dúvidas a respeito do assunto. Aceito participar da pesquisa acima referida, sob a responsabilidade dos pesquisadores Erika Finotti Wutke e orientação do Prof Dr.Paulo Tannús Jorge (034-3218-2246) e Dr^a Mônica Pimenta Marques Andrade.

Conforme os critérios apresentados no termo de consentimento, sabendo que minha participação é inteiramente voluntária.

Uberlândia, ... de de 200...

Nome:

Assinatura do entrevistado:.....

Assinatura do Entrevistador:.....

Pesquisadora responsável Erika Finotti Wutke (034 3218-2420)
Comitê de ética e pesquisa (034 3239-4131).

ANEXO D: FICHA DE IDENTIFICAÇÃO

REG. _____
 IDADE: _____ D.N. _____ G: _____ P: _____ A: _____
 IDADE GESTACIONAL: _____ semanas 1º () 2º () 3º ()

ESTADO CIVIL:

- | | |
|----------------|----------------------------|
| (1) solteira | (2) casada |
| (3) amasiada | (4) separada judicialmente |
| (5) divorciada | (6) viúva |

NÍVEL EDUCACIONAL:

- | | |
|-------------------|---------------------|
| (1) analfabeto | (2) semi-analfabeto |
| (3) I grau inc. | (4) I grau comp. |
| (5) II grau inc. | (6) II grau comp. |
| (7) III grau inc. | (8) III grau comp. |
| (9) pós-graduação | |

DIAGNÓSTICO MÉDICO:

- | |
|--------------------------|
| (1) diabetes tipo 1 |
| (2) diabetes tipo 2 |
| (3) diabetes gestacional |
| (4) outros |

ÉPOCA DO DIAGNÓSTICO: _____

IDADE QUE TINHA QUANDO FOI DIAGNÓSTICADO? _____

TRATAMENTO ATUAL: _____

TRATAMENTOS ANTERIORES: _____

INSULINOTERAPIA. QUANTO TEMPO? _____

ANEXO E: QUESTIONÁRIO PARA ESTILO DE DEFESAS (DSQ)

INSTRUÇÕES

Este questionário consiste em 88 afirmativas, cada uma seguida de uma escala de pontuação:

Discordo inteiramente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo inteiramente

Assinale o seu grau de concordância, ou discordância, em relação a cada afirmativa e circule o número de pontos, de 1 a 9, na linha abaixo da afirmativa.

Exemplo: Montreal é uma cidade do Canadá

Discordo inteiramente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo inteiramente

Você escolheria o 9 e circularia o 9 na linha abaixo da afirmativa.

-
1. Fico satisfeito ajudando os outros e se fosse impedido de fazer isto eu ficaria deprimido.
Discordo inteiramente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo inteiramente
 2. Frequentemente as pessoas me chamam de emburrado.
Discordo inteiramente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo inteiramente
 3. Consigo manter um problema fora de minha mente, até que tenha tempo de lidar com ele.
Discordo inteiramente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo inteiramente
 4. Sou sempre tratado injustamente.
Discordo inteiramente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo inteiramente
 5. Lido satisfatoriamente com minha ansiedade fazendo alguma coisa construtiva e criativa, como pintar ou fazer trabalhos manuais.
Discordo inteiramente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo inteiramente
 6. De vez em quando deixo para amanhã o que deveria fazer hoje.
Discordo inteiramente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo inteiramente
 7. Estou sempre me metendo no mesmo tipo de situações frustrantes e não sei por que.
Discordo inteiramente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo inteiramente
 8. Sou capaz de rir de mim mesmo com bastante facilidade.
Discordo inteiramente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo inteiramente
 9. Ajo como uma criança, quando estou frustrado.
Discordo inteiramente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo inteiramente
 10. Sou muito tímido no que diz respeito a defender meus direitos perante as pessoas.
Discordo inteiramente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo inteiramente
 11. Sou superior à maioria das pessoas que conheço.
Discordo inteiramente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo inteiramente

12. As pessoas tendem a maltratar-me.
Discordo inteiramente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo inteiramente
13. Se alguém me assaltasse e roubasse meu dinheiro, pensaria que ele precisaria, antes, ser ajudado, do que punido.
Discordo inteiramente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo inteiramente
14. De vez em quando penso em coisas muito ruins para falar a respeito delas.
Discordo inteiramente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo inteiramente
15. De vez em quando eu rio de uma piada suja.
Discordo inteiramente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo inteiramente
16. As pessoas dizem que eu me pareço com uma avestruz, com minha cabeça enterrada na areia. Em outras palavras, inclino-me a ignorar fatos desagradáveis, como se eles não existissem.
Discordo inteiramente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo inteiramente
17. Não me permito dar o máximo de mim em uma competição.
Discordo inteiramente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo inteiramente
18. Frequentemente, sinto-me superior às pessoas que estão comigo.
Discordo inteiramente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo inteiramente
19. Alguém está roubando tudo que obtenho emocionalmente.
Discordo inteiramente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo inteiramente
20. Às vezes fico com raiva.
Discordo inteiramente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo inteiramente
21. Frequentemente, sou levado a agir impulsivamente.
Discordo inteiramente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo inteiramente
22. Prefiro, antes, passar fome, do que ser forçado a comer.
Discordo inteiramente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo inteiramente
23. Ignoro o perigo como se eu fosse o Super-homem.
Discordo inteiramente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo inteiramente
24. Orgulho-me de minha habilidade em colocar as pessoas em seus devidos lugares.
Discordo inteiramente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo inteiramente
25. As pessoas dizem-me que tenho complexo de perseguição.
Discordo inteiramente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo inteiramente
26. Às vezes, quando não estou me sentindo bem, fico de cara feia.
Discordo inteiramente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo inteiramente
27. Frequentemente, ajo impulsivamente, quando alguma coisa está me aborrecendo.
Discordo inteiramente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo inteiramente

28. Fico fisicamente doente, quando as coisas não estão indo bem para mim.
Discordo inteiramente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo inteiramente
29. Sou uma pessoa muito inibida.
Discordo inteiramente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo inteiramente
30. Sou um verdadeiro artista não reconhecido.
Discordo inteiramente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo inteiramente
31. Nem sempre digo a verdade.
Discordo inteiramente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo inteiramente
32. Afasto-me das pessoas, quando me sinto magoado.
Discordo inteiramente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo inteiramente
33. Às vezes, avanço tanto, que as outras pessoas precisam colocar limites para mim.
Discordo inteiramente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo inteiramente
34. Meus amigos vêem-me como um palhaço.
Discordo inteiramente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo inteiramente
35. Quando estou com raiva eu me afasto das pessoas.
Discordo inteiramente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo inteiramente
36. Tenho tendência a ficar com um pé atrás com pessoas que se mostram mais amigáveis do que eu esperaria.
Discordo inteiramente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo inteiramente
37. Tenho talentos especiais que me permitem levar a vida sem problemas.
Discordo inteiramente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo inteiramente
38. Às vezes, em eleições, voto em pessoas sobre as quais sei muito pouco.
Discordo inteiramente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo inteiramente
39. Frequentemente, atraso-me para compromissos.
Discordo inteiramente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo inteiramente
40. Resolvo mais coisas em meus devaneios, do que na vida real.
Discordo inteiramente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo inteiramente
41. Sou muito tímido para aproximar-me das pessoas.
Discordo inteiramente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo inteiramente
42. Não tenho medo de nada.
Discordo inteiramente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo inteiramente
43. Às vezes, penso que sou um anjo e, em outras, que sou um demônio.
Discordo inteiramente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo inteiramente

44. No jogo, prefiro ganhar do que perder.
Discordo inteiramente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo inteiramente
45. Fico muito sarcástico quando estou com raiva.
Discordo inteiramente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo inteiramente
46. Fico abertamente agressivo, quando me sinto magoado.
Discordo inteiramente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo inteiramente
47. Acredito que devo dar a outra face, quando alguém me magoa.
Discordo inteiramente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo inteiramente
48. Não leio todo os editoriais, num jornal, todos os dias.
Discordo inteiramente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo inteiramente
49. Quando estou triste, afasto-me das pessoas.
Discordo inteiramente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo inteiramente
50. Sou tímido em relação ao sexo.
Discordo inteiramente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo inteiramente
51. Sempre sinto que algum dos meus conhecidos é como um anjo da guarda.
Discordo inteiramente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo inteiramente
52. Minha filosofia é “não ouvir o mal, não fazer o mal, não ver o mal”.
Discordo inteiramente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo inteiramente
53. No que me diz respeito, as pessoas são ou boas, ou más.
Discordo inteiramente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo inteiramente
54. Se meu chefe me incomodasse, eu seria capaz de cometer um erro em meu serviço, ou trabalhar mais devagar, para descontar nele.
Discordo inteiramente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo inteiramente
55. Todos estão contra mim.
Discordo inteiramente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo inteiramente
56. Tento ser agradável com as pessoas de quem não gosto.
Discordo inteiramente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo inteiramente
57. Ficaria muito nervoso, se um avião em que estivesse voando perdesse uma turbina.
Discordo inteiramente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo inteiramente
58. Conheço alguém que é capaz de ser justo e imparcial, em qualquer coisa que faça.
Discordo inteiramente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo inteiramente
59. Consigo abafar meus sentimentos, para evitar que eles interfiram no que estou fazendo, caso eu os deixasse escapar.
Discordo inteiramente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo inteiramente

60. Algumas pessoas estão tramando matar-me.
Discordo inteiramente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo inteiramente
61. Geralmente, sou capaz de ver o lado cômico de situações desagradáveis e penosas.
Discordo inteiramente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo inteiramente
62. Fico com dor de cabeça, quando tenho que fazer algo de que não gosto.
Discordo inteiramente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo inteiramente
63. Frequentemente, me dou conta de que estou sendo muito agradável com pessoas das quais eu teria todo o direito de ter raiva.
Discordo inteiramente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo inteiramente
64. Não existe isto de que todo mundo “tem algo de bom”. Se você é mau, é totalmente mau”.
Discordo inteiramente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo inteiramente
65. Não deveríamos, nunca, ficar com raiva de pessoas de quem não gostamos.
Discordo inteiramente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo inteiramente
66. Tenho a certeza de que a vida maltrata-me.
Discordo inteiramente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo inteiramente
67. Eu desmorono em situações de estresse.
Discordo inteiramente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo inteiramente
68. Quando sei que terei que me defrontar com uma situação difícil, como um exame, ou uma entrevista para emprego, tento imaginar como vai ser e planejo um jeito de enfrentá-la.
Discordo inteiramente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo inteiramente
69. Os médicos nunca entendem, realmente, o que está errado comigo.
Discordo inteiramente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo inteiramente
70. Quando morre alguém próximo a mim eu não fico aborrecido.
Discordo inteiramente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo inteiramente
71. Depois que brigo por meus direitos, inclino-me a desculpar-me por minha assertividade.
Discordo inteiramente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo inteiramente
72. A maior parte das coisas que acontece comigo não é de minha responsabilidade.
Discordo inteiramente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo inteiramente
73. Quando estou deprimido, ou ansioso, comer faz-me sentir melhor.
Discordo inteiramente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo inteiramente
74. Trabalhar duro faz-me sentir melhor.
Discordo inteiramente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo inteiramente

75. Meus médicos não são capazes de ajudar-me, realmente, a resolver meus problemas.
Discordo inteiramente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo inteiramente
76. Sempre me dizem que não demonstro meus sentimentos.
Discordo inteiramente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo inteiramente
77. Sempre acho que as pessoas percebem mais significados em filmes, peças, ou livros, do que realmente há para ser visto.
Discordo inteiramente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo inteiramente
78. Tenho hábitos e rituais que me sinto impelido a realizar, senão algo terrível acontecerá.
Discordo inteiramente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo inteiramente
79. Quando estou tenso, uso drogas, medicamentos ou bebidas alcoólicas.
Discordo inteiramente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo inteiramente
80. Quando me sinto mal, tento procurar alguém.
Discordo inteiramente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo inteiramente
81. Se consigo prever com antecedência que vou ficar triste, consigo lidar melhor com meus sentimentos.
Discordo inteiramente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo inteiramente
82. Não importa o quanto eu reclame, nunca obtenho uma resposta satisfatória.
Discordo inteiramente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo inteiramente
83. Frequentemente, descubro que não sinto nada, quando a situação pareceria justificar fortes emoções.
Discordo inteiramente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo inteiramente
84. Se me ocupo com alguma tarefa disponível, evito a depressão, ou a ansiedade.
Discordo inteiramente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo inteiramente
85. Fumo, quando estou nervoso.
Discordo inteiramente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo inteiramente
86. Se estivesse em uma crise, procuraria por outra pessoa que já teve o mesmo problema.
Discordo inteiramente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo inteiramente
87. Não posso ser culpado pelo que faço de errado.
Discordo inteiramente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo inteiramente
88. Se tenho um pensamento agressivo, sinto necessidade de fazer algo para compensá-lo.
Discordo inteiramente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo inteiramente

ANEXO F: QUESTIONÁRIO DE MORBIDADE PSIQUIÁTRICA DO ADULTO (QMPA) Santana (1982) e Andreoli et al

INSTRUÇÕES: este questionário consiste em 45 perguntas que devem ser respondidas com SIM ou NÃO

1. Sofre falta de apetite?
 2. Tem dificuldade para dormir?
 3. Se queixa de zumbidos nos ouvidos, agonia na cabeça?
 4. Sente dores ou pontadas freqüentes na cabeça?
 5. Sente fraqueza nas pernas, dores nos nervos?
 6. Fica agressivo, explode com facilidade?
 7. Fica um período triste, com desânimo?
 8. Sente bolo na garganta, queimação ou empachamento no estomago?
 9. Sente tremores ou frieza nas mãos?
 10. Tem com freqüência crises de irritação?
 11. Tem dificuldade de aprender, lembrar ou entender coisas?
 12. Consome bebida alcoólica?
 13. Às vezes fica parado, chorando muito?
 14. Já pensou em dar fim à vida?
 15. Já esteve descontrolado, fora de si, como se fosse doente da cabeça?
 16. Não consegue trabalhar por nervosismo ou doença mental?
 17. Já ficou sem falar ou enxergar?
 18. Fica fechado no quarto sem querer ver ninguém?
 19. Embriaga-se pelo menos uma vez por semana?
 20. Bebe diariamente?
 21. Queixa-se de palpitação ou aperto no coração?
 22. Sofre de nervosismo ou está sempre intranquilo?
 23. Preocupa-se muito com doença? Queixa-se sempre?
 24. Já sofreu um ataque depois de um susto ou contrariedade?
 25. Tem medo excessivo de certas coisas, ou de alguns bichos, ou de lugares fechados ou escuros?
 26. Após fechar as portas, verifica várias vezes se estão bem fechadas?
 27. Se queixa de ouvir vozes ou vê coisas que os outros não vêem?
 28. Fala coisas sem sentido, bobagens?
 29. Fala ou ri sozinho?
 30. Se acha perseguido, que estão querendo lhe fazer mal?
 31. Sente que esta sendo controlado por telepatia, por rádio ou espírito?
 32. Às vezes fica muito tempo em uma posição estranha?
 33. Fica períodos exageradamente alegre sem saber porque?
 34. Fica andando muito, cantando ou falando sem parar?
 35. Já utilizou ou usa atualmente remédio para dormir ou para acalmar os nervos?
 36. Não consegue freqüentar a escola?
 37. Sofre de acesso de loucura?
 38. Sofre de retardamento mental?
 39. Tem mania de limpeza ou arrumação? Exageradamente?
 40. Recebe tratamento para nervosismo ou doença mental?
 41. Sofre de ataques, caindo no chão e se batendo?
 42. É dado ao uso de drogas?
 43. Bebe exageradamente?
- As questões abaixo referem-se à família**
44. Não sabe se vestir, urina ou defeca nas roupas?
 45. Não fala, não caminha, não reconhece as pessoas?