

Psicologia: A Ciência do Bem-Estar



Ezequiel Martins Ferreira
(Organizador)

Atena
Editora
Ano 2021

Psicologia: A Ciência do Bem-Estar



Ezequiel Martins Ferreira
(Organizador)

Atena
Editora

Ano 2021

Editora Chefe

Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira

Assistentes Editoriais

Natalia Oliveira

Bruno Oliveira

Flávia Roberta Barão

Bibliotecária

Janaina Ramos

Projeto Gráfico e Diagramação

Natália Sandrini de Azevedo

Camila Alves de Cremonesi

Luiza Alves Batista

Maria Alice Pinheiro

Imagens da Capa

Shutterstock

Edição de Arte

Luiza Alves Batista

Revisão

Os Autores

2021 by Atena Editora

Copyright © Atena Editora

Copyright do Texto © 2021 Os autores

Copyright da Edição © 2021 Atena Editora

Direitos para esta edição cedidos à Atena

Editora pelos autores.



Todo o conteúdo deste livro está licenciado sob uma Licença de Atribuição *Creative Commons*. Atribuição-Não-Comercial-NãoDerivativos 4.0 Internacional (CC BY-NC-ND 4.0).

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores, inclusive não representam necessariamente a posição oficial da Atena Editora. Permitido o *download* da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos autores, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

Todos os manuscritos foram previamente submetidos à avaliação cega pelos pares, membros do Conselho Editorial desta Editora, tendo sido aprovados para a publicação com base em critérios de neutralidade e imparcialidade acadêmica.

A Atena Editora é comprometida em garantir a integridade editorial em todas as etapas do processo de publicação, evitando plágio, dados ou resultados fraudulentos e impedindo que interesses financeiros comprometam os padrões éticos da publicação. Situações suspeitas de má conduta científica serão investigadas sob o mais alto padrão de rigor acadêmico e ético.

Conselho Editorial

Ciências Humanas e Sociais Aplicadas

Prof. Dr. Alexandre Jose Schumacher – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Paraná

Prof. Dr. Américo Junior Nunes da Silva – Universidade do Estado da Bahia

Prof. Dr. Antonio Carlos Frasson – Universidade Tecnológica Federal do Paraná

Prof. Dr. Antonio Gasparetto Júnior – Instituto Federal do Sudeste de Minas Gerais
Prof. Dr. Antonio Isidro-Filho – Universidade de Brasília
Prof. Dr. Carlos Antonio de Souza Moraes – Universidade Federal Fluminense
Prof. Dr. Crisóstomo Lima do Nascimento – Universidade Federal Fluminense
Profª Drª Cristina Gaio – Universidade de Lisboa
Prof. Dr. Daniel Richard Sant’Ana – Universidade de Brasília
Prof. Dr. Deyvison de Lima Oliveira – Universidade Federal de Rondônia
Profª Drª Dilma Antunes Silva – Universidade Federal de São Paulo
Prof. Dr. Edvaldo Antunes de Farias – Universidade Estácio de Sá
Prof. Dr. Elson Ferreira Costa – Universidade do Estado do Pará
Prof. Dr. Eloi Martins Senhora – Universidade Federal de Roraima
Prof. Dr. Gustavo Henrique Cepolini Ferreira – Universidade Estadual de Montes Claros
Profª Drª Ivone Goulart Lopes – Istituto Internazionele delle Figlie de Maria Ausiliatrice
Prof. Dr. Jadson Correia de Oliveira – Universidade Católica do Salvador
Prof. Dr. Julio Candido de Meirelles Junior – Universidade Federal Fluminense
Profª Drª Lina Maria Gonçalves – Universidade Federal do Tocantins
Prof. Dr. Luis Ricardo Fernandes da Costa – Universidade Estadual de Montes Claros
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Marcelo Pereira da Silva – Pontifícia Universidade Católica de Campinas
Profª Drª Maria Luzia da Silva Santana – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Profª Drª Paola Andressa Scortegagna – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Rita de Cássia da Silva Oliveira – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Prof. Dr. Rui Maia Diamantino – Universidade Salvador
Prof. Dr. Urandi João Rodrigues Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. William Cleber Domingues Silva – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof. Dr. Willian Douglas Guilherme – Universidade Federal do Tocantins

Ciências Agrárias e Multidisciplinar

Prof. Dr. Alexandre Igor Azevedo Pereira – Instituto Federal Goiano
Profª Drª Carla Cristina Bauermann Brasil – Universidade Federal de Santa Maria
Prof. Dr. Antonio Pasqualetto – Pontifícia Universidade Católica de Goiás
Prof. Dr. Cleberton Correia Santos – Universidade Federal da Grande Dourados
Profª Drª Daiane Garabeli Trojan – Universidade Norte do Paraná
Profª Drª Diocléa Almeida Seabra Silva – Universidade Federal Rural da Amazônia
Prof. Dr. Écio Souza Diniz – Universidade Federal de Viçosa
Prof. Dr. Fábio Steiner – Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul
Prof. Dr. Fágner Cavalcante Patrocínio dos Santos – Universidade Federal do Ceará
Profª Drª Girlene Santos de Souza – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Prof. Dr. Jael Soares Batista – Universidade Federal Rural do Semi-Árido
Prof. Dr. Júlio César Ribeiro – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Profª Drª Lina Raquel Santos Araújo – Universidade Estadual do Ceará
Prof. Dr. Pedro Manuel Villa – Universidade Federal de Viçosa
Profª Drª Raissa Rachel Salustriano da Silva Matos – Universidade Federal do Maranhão
Prof. Dr. Ronilson Freitas de Souza – Universidade do Estado do Pará
Profª Drª Talita de Santos Matos – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof. Dr. Tiago da Silva Teófilo – Universidade Federal Rural do Semi-Árido

Prof. Dr. Valdemar Antonio Paffaro Junior – Universidade Federal de Alfenas

Ciências Biológicas e da Saúde

Prof. Dr. André Ribeiro da Silva – Universidade de Brasília

Profª Drª Anelise Levay Murari – Universidade Federal de Pelotas

Prof. Dr. Benedito Rodrigues da Silva Neto – Universidade Federal de Goiás

Profª Drª Débora Luana Ribeiro Pessoa – Universidade Federal do Maranhão

Prof. Dr. Douglas Siqueira de Almeida Chaves – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro

Prof. Dr. Edson da Silva – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri

Profª Drª Elizabeth Cordeiro Fernandes – Faculdade Integrada Medicina

Profª Drª Eleuza Rodrigues Machado – Faculdade Anhanguera de Brasília

Profª Drª Elane Schwinden Prudêncio – Universidade Federal de Santa Catarina

Profª Drª Eysler Gonçalves Maia Brasil – Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira

Prof. Dr. Ferlando Lima Santos – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia

Prof. Dr. Fernando Mendes – Instituto Politécnico de Coimbra – Escola Superior de Saúde de Coimbra

Profª Drª Gabriela Vieira do Amaral – Universidade de Vassouras

Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria

Prof. Dr. Helio Franklin Rodrigues de Almeida – Universidade Federal de Rondônia

Profª Drª Iara Lúcia Tescarollo – Universidade São Francisco

Prof. Dr. Igor Luiz Vieira de Lima Santos – Universidade Federal de Campina Grande

Prof. Dr. Jefferson Thiago Souza – Universidade Estadual do Ceará

Prof. Dr. Jesus Rodrigues Lemos – Universidade Federal do Piauí

Prof. Dr. Jônatas de França Barros – Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Prof. Dr. José Max Barbosa de Oliveira Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará

Prof. Dr. Luís Paulo Souza e Souza – Universidade Federal do Amazonas

Profª Drª Magnólia de Araújo Campos – Universidade Federal de Campina Grande

Prof. Dr. Marcus Fernando da Silva Praxedes – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia

Profª Drª Maria Tatiane Gonçalves Sá – Universidade do Estado do Pará

Profª Drª Mylena Andréa Oliveira Torres – Universidade Ceuma

Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federaci do Rio Grande do Norte

Prof. Dr. Paulo Inada – Universidade Estadual de Maringá

Prof. Dr. Rafael Henrique Silva – Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados

Profª Drª Regiane Luz Carvalho – Centro Universitário das Faculdades Associadas de Ensino

Profª Drª Renata Mendes de Freitas – Universidade Federal de Juiz de Fora

Profª Drª Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa

Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande

Ciências Exatas e da Terra e Engenharias

Prof. Dr. Adélio Alcino Sampaio Castro Machado – Universidade do Porto

Prof. Dr. Carlos Eduardo Sanches de Andrade – Universidade Federal de Goiás

Profª Drª Carmen Lúcia Voigt – Universidade Norte do Paraná

Prof. Dr. Cleiseano Emanuel da Silva Paniagua – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Goiás

Prof. Dr. Douglas Gonçalves da Silva – Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia

Prof. Dr. Eloi Rufato Junior – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Profª Drª Érica de Melo Azevedo – Instituto Federal do Rio de Janeiro
Prof. Dr. Fabrício Menezes Ramos – Instituto Federal do Pará
Profª Dra. Jéssica Verger Nardeli – Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho
Prof. Dr. Juliano Carlo Rufino de Freitas – Universidade Federal de Campina Grande
Profª Drª Luciana do Nascimento Mendes – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Marcelo Marques – Universidade Estadual de Maringá
Prof. Dr. Marco Aurélio Kistemann Junior – Universidade Federal de Juiz de Fora
Profª Drª Neiva Maria de Almeida – Universidade Federal da Paraíba
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Profª Drª Priscila Tessmer Scaglioni – Universidade Federal de Pelotas
Prof. Dr. Takeshy Tachizawa – Faculdade de Campo Limpo Paulista

Linguística, Letras e Artes

Profª Drª Adriana Demite Stephani – Universidade Federal do Tocantins
Profª Drª Angeli Rose do Nascimento – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro
Profª Drª Carolina Fernandes da Silva Mandaji – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Profª Drª Denise Rocha – Universidade Federal do Ceará
Prof. Dr. Fabiano Tadeu Grazioli – Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões
Prof. Dr. Gilmei Fleck – Universidade Estadual do Oeste do Paraná
Profª Drª Keyla Christina Almeida Portela – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Paraná
Profª Drª Miranilde Oliveira Neves – Instituto de Educação, Ciência e Tecnologia do Pará
Profª Drª Sandra Regina Gardacho Pietrobon – Universidade Estadual do Centro-Oeste
Profª Drª Sheila Marta Carregosa Rocha – Universidade do Estado da Bahia

Conselho Técnico Científico

Prof. Me. Abrááo Carvalho Nogueira – Universidade Federal do Espírito Santo
Prof. Me. Adalberto Zorzo – Centro Estadual de Educação Tecnológica Paula Souza
Prof. Dr. Adaylson Wagner Sousa de Vasconcelos – Ordem dos Advogados do Brasil/Secconal Paraíba
Prof. Dr. Adilson Tadeu Basquerote Silva – Universidade para o Desenvolvimento do Alto Vale do Itajaí
Prof. Dr. Alex Luis dos Santos – Universidade Federal de Minas Gerais
Prof. Me. Alexsandro Teixeira Ribeiro – Centro Universitário Internacional
Profª Ma. Aline Ferreira Antunes – Universidade Federal de Goiás
Prof. Me. André Flávio Gonçalves Silva – Universidade Federal do Maranhão
Profª Ma. Andréa Cristina Marques de Araújo – Universidade Fernando Pessoa
Profª Drª Andreza Lopes – Instituto de Pesquisa e Desenvolvimento Acadêmico
Profª Drª Andreza Miguel da Silva – Faculdade da Amazônia
Profª Ma. Anelisa Mota Gregoleti – Universidade Estadual de Maringá
Profª Ma. Anne Karynne da Silva Barbosa – Universidade Federal do Maranhão
Prof. Dr. Antonio Hot Pereira de Faria – Polícia Militar de Minas Gerais
Prof. Me. Armando Dias Duarte – Universidade Federal de Pernambuco
Profª Ma. Bianca Camargo Martins – UniCesumar

Profª Ma. Carolina Shimomura Nanya – Universidade Federal de São Carlos
Prof. Me. Carlos Antônio dos Santos – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof. Me. Christopher Smith Bignardi Neves – Universidade Federal do Paraná
Prof. Ma. Cláudia de Araújo Marques – Faculdade de Música do Espírito Santo
Profª Drª Cláudia Taís Siqueira Cagliari – Centro Universitário Dinâmica das Cataratas
Prof. Me. Clécio Danilo Dias da Silva – Universidade Federal do Rio Grande do Norte
Prof. Me. Daniel da Silva Miranda – Universidade Federal do Pará
Profª Ma. Daniela da Silva Rodrigues – Universidade de Brasília
Profª Ma. Daniela Remião de Macedo – Universidade de Lisboa
Profª Ma. Dayane de Melo Barros – Universidade Federal de Pernambuco
Prof. Me. Douglas Santos Mezacas – Universidade Estadual de Goiás
Prof. Me. Edevaldo de Castro Monteiro – Embrapa Agrobiologia
Prof. Me. Eduardo Gomes de Oliveira – Faculdades Unificadas Doctum de Cataguases
Prof. Me. Eduardo Henrique Ferreira – Faculdade Pitágoras de Londrina
Prof. Dr. Edwaldo Costa – Marinha do Brasil
Prof. Me. Eliel Constantino da Silva – Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita
Prof. Me. Ernane Rosa Martins – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Goiás
Prof. Me. Euvaldo de Sousa Costa Junior – Prefeitura Municipal de São João do Piauí
Prof. Dr. Everaldo dos Santos Mendes – Instituto Edith Theresa Hedwing Stein
Prof. Me. Ezequiel Martins Ferreira – Universidade Federal de Goiás
Profª Ma. Fabiana Coelho Couto Rocha Corrêa – Centro Universitário Estácio Juiz de Fora
Prof. Me. Fabiano Eloy Atílio Batista – Universidade Federal de Viçosa
Prof. Me. Felipe da Costa Negrão – Universidade Federal do Amazonas
Prof. Me. Francisco Odécio Sales – Instituto Federal do Ceará
Profª Drª Germana Ponce de Leon Ramírez – Centro Universitário Adventista de São Paulo
Prof. Me. Gevair Campos – Instituto Mineiro de Agropecuária
Prof. Me. Givanildo de Oliveira Santos – Secretaria da Educação de Goiás
Prof. Dr. Guilherme Renato Gomes – Universidade Norte do Paraná
Prof. Me. Gustavo Krahl – Universidade do Oeste de Santa Catarina
Prof. Me. Helton Rangel Coutinho Junior – Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro
Profª Ma. Isabelle Cerqueira Sousa – Universidade de Fortaleza
Profª Ma. Jaqueline Oliveira Rezende – Universidade Federal de Uberlândia
Prof. Me. Javier Antonio Albornoz – University of Miami and Miami Dade College
Prof. Me. Jhonatan da Silva Lima – Universidade Federal do Pará
Prof. Dr. José Carlos da Silva Mendes – Instituto de Psicologia Cognitiva, Desenvolvimento Humano e Social
Prof. Me. Jose Elyton Batista dos Santos – Universidade Federal de Sergipe
Prof. Me. José Luiz Leonardo de Araujo Pimenta – Instituto Nacional de Investigación Agropecuaria Uruguay
Prof. Me. José Messias Ribeiro Júnior – Instituto Federal de Educação Tecnológica de Pernambuco
Profª Drª Juliana Santana de Curcio – Universidade Federal de Goiás
Profª Ma. Juliana Thaisa Rodrigues Pacheco – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Kamilly Souza do Vale – Núcleo de Pesquisas Fenomenológicas/UFGA
Prof. Dr. Kárpio Márcio de Siqueira – Universidade do Estado da Bahia
Profª Drª Karina de Araújo Dias – Prefeitura Municipal de Florianópolis

Prof. Dr. Lázaro Castro Silva Nascimento – Laboratório de Fenomenologia & Subjetividade/UFPR

Prof. Me. Leonardo Tullio – Universidade Estadual de Ponta Grossa

Profª Ma. Lilian Coelho de Freitas – Instituto Federal do Pará

Profª Ma. Liliani Aparecida Sereno Fontes de Medeiros – Consórcio CEDERJ

Profª Drª Lívia do Carmo Silva – Universidade Federal de Goiás

Prof. Dr. Lucio Marques Vieira Souza – Secretaria de Estado da Educação, do Esporte e da Cultura de Sergipe

Prof. Dr. Luan Vinicius Bernardelli – Universidade Estadual do Paraná

Profª Ma. Luana Ferreira dos Santos – Universidade Estadual de Santa Cruz

Profª Ma. Luana Vieira Toledo – Universidade Federal de Viçosa

Prof. Me. Luis Henrique Almeida Castro – Universidade Federal da Grande Dourados

Profª Ma. Luma Sarai de Oliveira – Universidade Estadual de Campinas

Prof. Dr. Michel da Costa – Universidade Metropolitana de Santos

Prof. Me. Marcelo da Fonseca Ferreira da Silva – Governo do Estado do Espírito Santo

Prof. Dr. Marcelo Máximo Purificação – Fundação Integrada Municipal de Ensino Superior

Prof. Me. Marcos Aurelio Alves e Silva – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de São Paulo

Profª Ma. Maria Elanny Damasceno Silva – Universidade Federal do Ceará

Profª Ma. Marileila Marques Toledo – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri

Prof. Me. Pedro Panhoca da Silva – Universidade Presbiteriana Mackenzie

Profª Drª Poliana Arruda Fajardo – Universidade Federal de São Carlos

Prof. Me. Ricardo Sérgio da Silva – Universidade Federal de Pernambuco

Prof. Me. Renato Faria da Gama – Instituto Gama – Medicina Personalizada e Integrativa

Profª Ma. Renata Luciane Polsaque Young Blood – UniSecal

Prof. Me. Robson Lucas Soares da Silva – Universidade Federal da Paraíba

Prof. Me. Sebastião André Barbosa Junior – Universidade Federal Rural de Pernambuco

Profª Ma. Silene Ribeiro Miranda Barbosa – Consultoria Brasileira de Ensino, Pesquisa e Extensão

Profª Ma. Solange Aparecida de Souza Monteiro – Instituto Federal de São Paulo

Profª Ma. Taiane Aparecida Ribeiro Nepomoceno – Universidade Estadual do Oeste do Paraná

Prof. Me. Tallys Newton Fernandes de Matos – Faculdade Regional Jaguaribana

Profª Ma. Thatianny Jasmine Castro Martins de Carvalho – Universidade Federal do Piauí

Prof. Me. Tiago Silvio Dedoné – Colégio ECEL Positivo

Prof. Dr. Welleson Feitosa Gazel – Universidade Paulista

Editora Chefe: Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira
Bibliotecária: Janaina Ramos
Diagramação: Luiza Alves Batista
Correção: Vanessa Mottin de Oliveira Batista
Edição de Arte: Luiza Alves Batista
Revisão: Os Autores
Organizador: Ezequiel Martins Ferreira

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

P974 Psicologia: a ciência do bem-estar / Organizador Ezequiel Martins Ferreira. – Ponta Grossa - PR: Atena, 2021.

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader

Modo de acesso: World Wide Web

Inclui bibliografia

ISBN 978-65-5706-760-4

DOI 10.22533/at.ed.604212801

1. Psicologia. I. Ferreira, Ezequiel Martins
(Organizador). II. Título.

CDD 150

Elaborado por Bibliotecária Janaina Ramos – CRB-8/9166

Atena Editora

Ponta Grossa – Paraná – Brasil

Telefone: +55 (42) 3323-5493

www.atenaeditora.com.br

contato@atenaeditora.com.br

DECLARAÇÃO DOS AUTORES

Os autores desta obra: 1. Atestam não possuir qualquer interesse comercial que constitua um conflito de interesses em relação ao artigo científico publicado; 2. Declaram que participaram ativamente da construção dos respectivos manuscritos, preferencialmente na: a) Concepção do estudo, e/ou aquisição de dados, e/ou análise e interpretação de dados; b) Elaboração do artigo ou revisão com vistas a tornar o material intelectualmente relevante; c) Aprovação final do manuscrito para submissão.; 3. Certificam que os artigos científicos publicados estão completamente isentos de dados e/ou resultados fraudulentos; 4. Confirmam a citação e a referência correta de todos os dados e de interpretações de dados de outras pesquisas; 5. Reconhecem terem informado todas as fontes de financiamento recebidas para a consecução da pesquisa.

APRESENTAÇÃO

A definição de saúde pela Organização Mundial da Saúde se apresenta como um estado de completo bem-estar físico, mental e social. Dentro dessa perspectiva a Psicologia, como uma ciência do psiquismo, se estrutura em torno da ideia de promover, nos mais variados modos de atuação, um estado de saúde a de no indivíduo e na sociedade.

A Coleção *Psicologia: A Ciência do Bem-Estar* conta com 26 artigos nos quais os autores abordam diversas contribuições da Psicologia à saúde mental e social do sujeito humano.

Nos Capítulos 1 ao 4 os autores discorrem a partir da criação freudiana uma análise do supereu em personagens cinematográficos; discutem a questão do apagamento da mulher lésbica que a estrutura patriarcal e heteronormativa impõe; abordam a causa de algumas marcas que resultam em sofrimento psíquico como a depressão, a drogadição e a autolesão; e evidenciam o estado da sociedade brasileira tomando o cenário atual do Coronavírus (COVID-19) pela marca do desamparo e negacionismo.

Nos Capítulos 5 ao 7 as práticas do atendimento psicológico são levadas à reflexão. Diante do isolamento, se coloca em questão o atendimento online que apresenta muito desafios, além da própria relação médico-paciente nessa modalidade de telemedicina. Retomando o habitual, tem-se a discussão do diagnóstico numa perspectiva mais humanista.

O social entra em questão nos Capítulos 8 ao 14. As discussões abordam a criminalização e uma espécie de contraviolência dirigida à figura do bandido; a proposta de clínica ampliada como medida social de reintegração à população em situação de rua; a discussão sobre os possíveis efeitos do aborto à saúde mental da mulher; a percepção da adolescência pela família, nas questões de iniciação sexual, autolesão, sobrepeso; as contribuições da psicologia na avaliação quanto ao porte de arma; e o impacto subjetivo do diagnóstico do diabetes *mellitus* gestacional.

Nos Capítulos 15 ao 20 é a infância que é tomada como objeto. As pesquisas vão ao encontro das questões do desenvolvimento humano, desde a possibilidade de reabilitação neuropsicológica em crianças com o Transtorno do Espectro do Autismo; a relação de hierarquia da parentalidade; a importância da ludicidade no desenvolvimento infantil; o manejo dos Transtornos de Neurodesenvolvimento; a relação das crianças na construção do espaço que vivem; e os fatores de risco para o desenvolvimento de Personalidade Antissocial.

Os últimos Capítulos, do 21 ao 26, são agrupados os trabalhos que abordam técnicas e perspectivas para a promoção do bem-estar. Tem-se a Perspectiva Temporal e a Regulação Emocional; o Colóquio Relacional e o Genograma; o trabalho com a resiliência e

o autocuidado; a busca da felicidade pelo autoconhecimento; o aconselhamento psicológico; e o método restaurativo na saúde mental.

Uma boa leitura!

Ezequiel Martins Ferreira

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1..... 1

UM ESTUDO PSICANALÍTICO SOBRE AS DIMENSÕES DO SUPEREU EM TRÊS PERSONALIDADES FÍLMICAS

Débora dos Santos Silva

DOI 10.22533/at.ed.6042128011

CAPÍTULO 2..... 12

PATRIARCADO, HETERONORMATIVIDADE E TABU: O APAGAMENTO SOCIAL DA MULHER LÉSBICA

Ingrid Freitas da Silva

Raquel Lisboa Tinoco Braga

Erika Conceição Gelenske Cunha

DOI 10.22533/at.ed.6042128012

CAPÍTULO 3..... 26

AETIOLOGIA PSÍQUICA DAS FORMAS DE SOFRIMENTO PSÍQUICO CONTEMPORÂNEO: DEPRESSÃO, RECURSO À DROGA E AUTOLESÃO

Claudia Henschel de Lima

Julia da Silva Cunha

Maria Stela Costa Vliese Zichtl Campos

Thalles Cavalcanti dos Santos Mendonça Sampaio

DOI 10.22533/at.ed.6042128013

CAPÍTULO 4..... 39

PSICANÁLISE E POLÍTICA: ANÁLISE DO DESAMPARO E O NEGACIONISMO NO CENÁRIO DO CORONAVÍRUS (COVID-19)

Everaldo dos Santos Mendes

Amanda Marques Pimenta

Alex Junio Duarte Costa

DOI 10.22533/at.ed.6042128014

CAPÍTULO 5..... 56

ATENDIMENTO PSICOLÓGICO ONLINE: PERSPECTIVAS E DESAFIOS ATUAIS DA PSICOTERAPIA

Adriana Barbosa Ribeiro

Luciane Patrícia Dias da Silva Eliane

Patrícia Ulkovski

DOI 10.22533/at.ed.6042128015

CAPÍTULO 6..... 65

A RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE: PRINCÍPIOS ÉTICOS E SITUAÇÕES-PROBLEMA

Rafael Nogueira Furtado

Isabela Maria Oliveira Souza

DOI 10.22533/at.ed.6042128016

CAPÍTULO 7.....	74
O OLHAR DA GESTALT-TERAPIA SOBRE O DIAGNÓSTICO	
Ana Paula de Souza Ferreira Esquivel Renato Martins Ribeiro Erika Gelenske	
DOI 10.22533/at.ed.6042128017	
CAPÍTULO 8.....	92
O QUE O ÓDIO AO(À) 'BANDIDO(A)' TEM A DIZER SOBRE A SOCIEDADE BRASILEIRA CONTEMPORÂNEA	
Gabriela Araújo Fornari Sylvia Mara Pires de Freitas	
DOI 10.22533/at.ed.6042128018	
CAPÍTULO 9.....	103
GRUPO DE APOIO NA CLÍNICA AMPLIADA PARA OS USUÁRIOS DO CENTRO POP	
Karine da Cunha Leou Marcos Moraes de Mendonça Kelly Cristina Borges da Silva Andressa Maria de Oliveira Fabiana Cabral Gonçalves Meire Perpétua Vieira Pinto	
DOI 10.22533/at.ed.6042128019	
CAPÍTULO 10.....	116
OS POSSÍVEIS EFEITOS DO ABORTO NA SAÚDE MENTAL DA MULHER BRASILEIRA E O PAPEL DA PSICOLOGIA	
Erika Conceição Gelenske Cunha Karina Nunes Tavares Martins Simone Langanó Figueredo	
DOI 10.22533/at.ed.60421280110	
CAPÍTULO 11.....	127
AVALIAÇÃO PARA CIRURGIA BARIÁTRICA EM ADOLESCENTE COM SOBREPESO	
Fernanda Gonçalves da Silva Rosicleide Araujo Natália Nunes Joice Barbosa Joice Reis	
DOI 10.22533/at.ed.60421280111	
CAPÍTULO 12.....	138
A CONTRIBUIÇÃO DO PSICÓLOGO PARA AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA AO PORTE E POSSE DE ARMA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA	
Marcela Vieira de Freitas Michele Francisca Anteportam dos Santos	
DOI 10.22533/at.ed.60421280112	

CAPÍTULO 13	160
IMPACTO SUBJETIVO DO DIAGNÓSTICO DO DIABETES MELLITUS GESTACIONAL	
Mariana da Silva Pereira Reis	
DOI 10.22533/at.ed.60421280113	
CAPÍTULO 14	184
REABILITAÇÃO NEUROPSICOLÓGICA – TRANSTORNO DO ESPECTRO DO AUTISMO (TEA) COM COMORBIDADE DE DEFICIÊNCIA INTELECTUAL (DI)	
Juliana Corrêa da Silva	
Jessica Layanne Sousa Lima	
Thais de Lima Alves Corrêa	
DOI 10.22533/at.ed.60421280114	
CAPÍTULO 15	197
HIERARQUIA DA PARENTALIDADE E POSSÍVEIS IMPACTOS NO DESENVOLVIMENTO PSÍQUICO	
Glauce Fonseca Bragança	
Erika Conceição Gelenske Cunha	
DOI 10.22533/at.ed.60421280115	
CAPÍTULO 16	210
A IMPORTÂNCIA DO ACONSELHAMENTO PSICOLÓGICO NO TRATAMENTO DE DOENÇAS CRÔNICAS	
Daniele Amarilha Vioto	
Thalia Zadroski	
DOI 10.22533/at.ed.60421280116	
CAPÍTULO 17	214
CONTRIBUIÇÕES DA PSICOLOGIA ESCOLAR E EDUCACIONAL PARA O MANEJO DOS TRANSTORNOS DO NEURODESENVOLVIMENTO	
Rafael Nogueira Furtado	
Juliana Aparecida de Oliveira Camilo	
DOI 10.22533/at.ed.60421280117	
CAPÍTULO 18	221
CRIANÇAS E SUAS INFÂNCIAS: TECENDO EXPERIÊNCIAS NO ESPAÇO DO BAIRRO	
Zuleica Pretto	
Letícia Teles de Sousa Renata	
Políodoro Aguiar	
Tatiane Garceis dos Santos	
DOI 10.22533/at.ed.60421280118	
CAPÍTULO 19	236
“DE QUEM É A CULPA?” FATORES DE RISCOS DA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA PARA O DESENVOLVIMENTO DO TRANSTORNO DE PERSONALIDADE ANTISSOCIAL	
Yloma Fernanda de Oliveira Rocha	
Élida da Costa Monção	

Ruth Raquel Soares de Farias
DOI 10.22533/at.ed.60421280119

CAPÍTULO 20.....253

PERSPECTIVA TEMPORAL E REGULAÇÃO EMOCIONAL DE ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS

Carlos Eduardo Nórté
Richard dos Santos Ferreira
Luan Felipe de Sousa Dantas

DOI 10.22533/at.ed.60421280120

CAPÍTULO 21.....263

DO COLÓQUIO RELACIONAL E O GENOGRAMA: INSTRUMENTOS PARA UMA ENTREVISTA CLÍNICA

Emilio-Ricci

DOI 10.22533/at.ed.60421280121

CAPÍTULO 22.....277

RESILIENCIA Y AUTOCUIDADO: MIRADA Y ESTRATEGIA PARA UNA VIDA PLENA

Nestor Reyes Rubio

DOI 10.22533/at.ed.60421280122

CAPÍTULO 23.....281

CONHECE-TE A TI MESMO E SÊ FELIZ!

Carlos Fernando Barboza da Silva

DOI 10.22533/at.ed.60421280123

CAPÍTULO 24.....292

A IMPORTÂNCIA DAS ATIVIDADES LÚDICAS NA FORMAÇÃO HUMANA

Ezequiel Martins Ferreira

DOI 10.22533/at.ed.60421280124

CAPÍTULO 25.....303

MÉTODO RESTAURATIVO E SAÚDE MENTAL: TEMPO, TOQUE, AFETO E DIÁLOGO EM GRUPOS COM DE FADIGA DE EMPATIA

Miila Derzett
Felipe Brognoli

DOI 10.22533/at.ed.60421280125

SOBRE O ORGANIZADOR.....318

ÍNDICE REMISSIVO.....319

IMPACTO SUBJETIVO DO DIAGNÓSTICO DO DIABETES MELLITUS GESTACIONAL

Data de aceite: 01/02/2021

Mariana da Silva Pereira Reis

Brasília, DF – Brasil

RESUMO: Durante a gestação a mulher passa por períodos de tensão psicológica, mudanças no comportamento e modificações no relacionamento, devido ao aumento da sensibilidade, irritabilidade, labilidade emocional e também no desejo e desempenho sexual, fatores que, se não forem muito bem trabalhados durante o pré-natal, podem acarretar transtornos familiares. A gestante que recebe o diagnóstico de DM Gestacional passa a ser uma gestante de alto risco pois, com este diagnóstico ela apresenta um risco maior de várias complicações relacionadas à gestação. É de extrema importância que esta gestante receba um acompanhamento multidisciplinar, sendo essencial um aporte emocional adequado, orientação sobre dieta, atividade física, informações e aprendizado sobre diabetes e o uso correto da insulina, quando for o caso. As intercorrências que podem ocorrer na gravidez tanto com a gestante como com o bebê, a necessidade de um controle alimentar e de internações constantes, geram angústia para a gestante com DM Gestacional. Conhecer como essas gestantes encaram sua gravidez pode auxiliar os profissionais e serviços de saúde na abordagem educativa que é essencial para o controle glicêmico e êxito da gestação. Este estudo contou com três gestantes de alto-risco

diagnosticadas pela primeira vez com diabetes gestacional, e a pesquisa se deu por meio de processos dialógicos, os quais foram gravados, transcritos e analisados seguindo a epistemologia qualitativa. Por fim, as gestantes estudadas não vivenciaram o processo gestacional e o diagnóstico e DM Gestacional de forma similar, o que nos reforça os processos de saúde e adoecimento tem caráter subjetivo. As gestantes ouvidas durante este estudo não generalizam o DM Gestacional, abrindo um leque para que novos estudos sejam realizados com o intuito de melhorar a prevenção, a construção de saberes e o acompanhamento do DM Gestacional.

PALAVRAS-CHAVE: Gestação, DM Gestacional, Emoções.

SUBJECTIVE IMPACT OF DIAGNOSIS OF DIABETES MELLITUS GESTACIONAL

ABSTRACT: During pregnancy the woman goes through periods of psychological tension, changes in behavior and changes in the relationship, due to increased sensitivity, irritability, emotional lability and also in sexual desire and performance, factors that, if not worked very well during the pre -natural, can cause family disorders. The pregnant woman who receives the diagnosis of Gestational DM becomes a high-risk pregnant woman because, with this diagnosis, she is at a higher risk of several complications related to pregnancy. It is extremely important that this pregnant woman receives multidisciplinary follow-up, being essential an appropriate emotional support, guidance on diet, physical activity, information and learning about diabetes and the

correct use of insulin, when appropriate. The complications that can occur in pregnancy with both the pregnant woman and the baby, the need for food control and constant hospitalizations, generate anguish for pregnant women with Gestational DM. Knowing how these pregnant women view their pregnancy can help health professionals and services in the educational approach that is essential for glycemic control and successful pregnancy. This study included three high-risk pregnant women diagnosed for the first time with gestational diabetes, and the research took place through dialogic processes, which were recorded, transcribed and analyzed according to qualitative epistemology. Finally, the pregnant women studied did not experience the gestational process and the diagnosis and Gestational DM in a similar way, which reinforces the health and illness processes is subjective. The pregnant women heard during this study do not generalize Gestational DM, opening a range for new studies to be carried out in order to improve prevention, the construction of knowledge and the monitoring of Gestational DM.

KEYWORDS: Pregnancy, Gestational DM, Emotions.

Falar em Psicologia da Saúde é praticamente uma redundância, pois, ao meu ver, é indissolúvel a associação entre psicologia e saúde. É difícil dar uma definição a Psicologia da Saúde que satisfaça a todos os pesquisadores da área. Segundo Camon (2002) “a psicologia da saúde seria a prática de levar o indivíduo/paciente à busca do bem-estar físico, mental e social, englobando, assim, a *performance* de uma abordagem que teria de incluir a participação de outros profissionais da área” (p. 8). Para esta definição, temos que considerar o sujeito como um ser inserido no contexto social, sendo um ser histórico, temporal e que traz em seu corpo sinais de seu tempo e de sua sociedade. A abordagem assim, seria totalizante, onde tudo aquilo que possa fazer parte da vida de uma pessoa seja considerado de maneira plena e absoluta.

E o que seria saúde então? Segundo González Rey (2004) a saúde “é um processo qualitativo complexo que define o funcionamento completo do organismo, integrando o somático e o psíquico de maneira sistêmica, formando uma unidade em que ambos são inseparáveis” (p. 1). A saúde precisa ser considerada mais um processo do que um produto.

Ainda segundo González Rey (2004), a saúde é um processo integral no qual os tipos de motivações do sujeito e a maneira como esse sujeito se envolve com estas motivações e com suas potencialidades personalógicas organizadas, são considerados essenciais para o desenvolvimento do processo de saúde.

Tendo mencionado, aqui, González Rey, e, levando em consideração que este estudo faz uso da Teoria da Subjetividade, vejo necessário falarmos de subjetividade, para que o nosso assunto seja melhor entendido. Segundo González Rey (2004) a Subjetividade conceitua-se como

(...) um macroconceito que integra os complexos processos e formas de organização psíquicos envolvidos na produção de sentidos subjetivos. A subjetividade se produz sobre sistemas simbólicos e emoções que expressam de forma diferenciada o encontro de histórias singulares de instâncias sociais

e sujeitos individuais, com contextos sociais e culturais multidimensionais (p. 137).

Desta forma, a concepção de indivíduo passa pelo que nele há de contraditório, sendo resultado da sua ação como sujeito e dos reflexos das suas vivências. Compreender o sujeito, aqui, seria visualizar sua interação com o mundo.

Entrando, então, numa abordagem mais complexa da subjetividade, ainda segundo González Rey (2005b), temos o desenvolvimento do sentido subjetivo, definido “como a unidade dos aspectos simbólicos e emocionais que caracterizam as diversas delimitações culturais das diferentes práticas humanas em um nível subjetivo” (p. 44). Este conceito parte das ideias de Vygotsky (1987), o qual define sentido como

(...) um agregado de todos os fatores psicológicos que surgem em nossa consciência como resultado da palavra. O sentido é uma formação dinâmica, fluída e complexa que tem inúmeras zonas que variam em sua estabilidade. O significado é apenas uma dessas zonas de sentido que a palavra adquire no contexto da fala. É a mais estável, unificada e precisa dessas zonas (p. 275-276).

A discussão sobre subjetividade, saúde e psicologia da saúde são, aqui, essenciais, para que possamos compreender o impacto na vida das pacientes, gestantes, diagnosticadas com Diabetes Mellitus Gestacional, ou como chamaremos aqui, DM Gestacional, em processo de internação, e a relação com os profissionais de saúde que a acompanham e sua adaptação ao seu novo modelo de vida. Importante compreendermos que “os processos envolvidos no desenvolvimento dos processos de saúde e de doença não são acessíveis à observação externa, portanto, sua construção nos leva a uma reflexão epistemológica” (González Rey, 2004, p. 11).

A gestação, por si só, é um período permeado de expectativas, onde a grávida vivencia uma variedade de sentimentos e emoções que são originadas pelas mudanças físicas, psicológicas e sociais próprias da gravidez. Durante a gestação a mulher passa por períodos de tensão psicológica, alterações no comportamento e modificações no relacionamento, devido ao aumento da sensibilidade, irritabilidade, labilidade emocional e também no desejo e desempenho sexual, fatores que, se não forem muito bem trabalhados durante o pré-natal, podem acarretar transtornos familiares (Quevedo, 2010; Pinho e Ribeiro, 2001).

Quando a vida ou a saúde da mãe e/ou do feto têm maiores chances de serem atingidas por complicações que a média das gestações, esta gestação é denominada de alto risco e, esse risco pode trazer um acréscimo de dificuldades emocionais e sociais para esta gestante (Brasil, 2000, in Quevedo, 2010). Dificuldades essas que não podem ser compreendidas pelo modelo biomédico, o que abre espaço para uma investigação em saúde, levando em conta a subjetividade.

Assim sendo, saúde, segundo González Rey (2004), é um processo qualitativo complexo que define o funcionamento completo do organismo, integrando o somático e o psíquico de maneira sistêmica, formando uma unidade em que ambos são inseparáveis. Dessa forma, a saúde não seria a ausência de sintomas, mais um funcionamento integral que aumenta e otimiza os recursos do organismo para diminuir sua vulnerabilidade aos diferentes agentes e processos causadores da doença. O sistema do organismo humano representa, então, uma organização complexa e holística, que integra de formas diversas os diferentes processos participantes no desenvolvimento saudável, um dos quais, sem dúvida, é a sua dimensão subjetiva, que, apesar de sua natureza social, não esgota outros aspectos da vida social do homem que intervêm no desenvolvimento da saúde. A saúde é uma integração funcional que a nível individual se alcança por múltiplas alternativas (González Rey, 1997).

Bennet e Murphy (1999) completam dizendo que o comportamento do indivíduo pode influenciar seu estado de saúde, podendo ser considerado, inclusive, sua classe social e seu grau de instrução como tendo impacto substancial sobre sua saúde. A influência do comportamento sobre a saúde pode ser evidenciada em algumas doenças da modernidade como a obesidade, a hipertensão e o diabetes.

O Diabetes Mellitus (DM) é uma doença endócrina que sofre influências sociais, culturais, econômicas em que o diagnóstico e o tratamento passam por várias significações. Suas primeiras referências aparecem por volta de 1000 a.C. no Egito, mas, foi na Índia, por volta de 400 a.C. que os pesquisadores Charak e Susrut verificaram o caráter adocicado da urina. Esta é uma doença que é tão antiga quanto à própria história do homem e que não deixa de ser um dos maiores desafios da medicina (Setian, 1995).

A classificação atual do DM está baseada na etiologia e não no tipo de tratamento, portanto os termos insulino-dependente e não-insulino-dependente estão sendo eliminados. A classificação proposta pela Organização Mundial da Saúde (OMS) inclui quatro classes clínicas: DM tipo 1, DM tipo 2, outros tipos específicos de DM e DM Gestacional. Ainda existem duas categorias, referidas como pré-diabetes, que são a glicemia de jejum alterada e a tolerância à glicose diminuída. Essas categorias não são entidades clínicas, mas fatores de risco para o desenvolvimento do DM e de doenças cardiovasculares (Brasil, 2006).

A gestante que recebe o diagnóstico de DM Gestacional passa a ser uma gestante de alto risco. Segundo Pinho e Ribeiro (2001), na gestação diabética o sentimento de medo pode gerar a sensação de falta de controle dos níveis glicêmicos. Esse processo ansioso pode ser marcado por um aumento do apetite, por exemplo, o que pode ser muito prejudicial para o DM Gestacional.

A frequência de DM Gestacional, em nosso meio, de acordo com os critérios da Organização Mundial de Saúde (OMS), corresponde a 7,6% das gestações. As mulheres com este diagnóstico apresentam um risco maior de várias complicações relacionadas à gestação: parto prematuro, infecções, alterações no volume do líquido amniótico e

partos cesáreos (Melo, 2007). Bertini-Oliveira, Camano e Delascio (1984) afirmam que as malformações congênitas permanecem cerca de três vezes maiores que as encontradas nas grávidas não diabéticas e que representam ao menos metade das mortes perinatais.

A prevalência de DM Gestacional, segundo a *American Diabetes Association*, pode variar de 1% a 14% de todas as gestações. Já o *Estudo Brasileiro de Diabetes Gestacional* concluído em 1997, revelou que a prevalência do DM Gestacional em mulheres, com idade superior a 25 anos, atendidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), é de 7,6% (Landim, Milomens & Diógenes, 2007).

O DM Gestacional é definido como um estado de intolerância aos carboidratos de grau variável que é conhecido inicialmente durante uma gestação. Na maioria das mulheres que desenvolve o DM Gestacional, seu início é notado, normalmente, na segunda metade do período gestacional e segue pelo menos até a sexta semana após o parto. Essas gestantes devem ser classificadas com a realização de uma curva de tolerância a glicose, mais conhecida como curva glicêmica (Lerário, Tambascia, Dib, Sá & Gruffrid, 2006, in Lerário, Alencar, Chamane, Mari, Mendonça & Levi, 2006).

O Ministério da Saúde, no Brasil, recomenda que seja rastreado já na primeira consulta do pré-natal se a gestante tem sintomas do DM Gestacional, através da glicemia em jejum, sendo repetido o mesmo exame por volta da vigésima semana de gestação. A glicemia em jejum encontrando-se na faixa $\geq 90\text{mg/dL}$ e $\leq 109\text{mg/dL}$, esta gestante deverá ser encaminhada para um teste de sobrecarga de duas horas ou curva glicêmica de duas horas, com 75g de glicose. A curva glicêmica deve ser realizada entre as 24^o e 28^a semanas de gestação. É considerado DM Gestacional quando a glicemia está na faixa de $\geq 110\text{ mg/dL}$ no jejum, $\geq 140\text{mg/dL}$ duas horas pós sobrecarga ou, em qualquer momento, acima de 200mg/dL. A glicemia de jejum $\geq 110\text{mg/dL}$, na vigésima semana, após repetição, também confirma o diagnóstico (Brasil, 2004).

A gestação é considerada diabetogênica porque se caracteriza pela resistência à insulina, associada ao aumento dos níveis séricos de estrogênio, prolactina, progesterona, cortisol e somatomamotrofina coriônica, visando manter constante o suprimento de glicose para o feto. Em virtude disso, é importante ressaltar que deve ser considerado se a gestante tem um histórico familiar de diabetes, uma história de diabetes em gestações anteriores e o sobrepeso. Este histórico pode ser um indicativo para um possível diagnóstico de DM Gestacional e deve ser levado em conta já a partir da primeira consulta do pré-natal, pois é um complicador de cerca de 4% de todas as gestações. Quando a gestante tem um histórico de risco de DM Gestacional, porém, os primeiros exames são considerados normais, os mesmos devem ser repetidos entre a 24^a e a 28^a semanas gestacionais. A detecção clínica é importante uma vez que a tolerância gestacional aos carboidratos não reconhecida e não tratada está associada ao aumento das perdas fetais e neonatais, e com elevação da morbidade neonatal materna, como já mencionado anteriormente (Lerário,

Tambascia, Dib, Sá & Gruffrid, 2006, in Lerário, Alencar, Chamane, Mari, Mendonça & Levi, 2006; Almeida, 1998).

Não há uma resposta precisa, mas existem pistas de que quem tem parentes próximos com diabetes, tem chances maiores de desenvolver a doença. Somando o fator genético com a falta de exercícios, o estresse e o sobrepeso, aumentam muito essas chances. Mesmo sem o conhecimento das verdadeiras causas desta enfermidade, há hipóteses de que fatores psicológicos produzam sintomas de diabetes (Debray, 1995).

Reconhecer as gestantes com DM gestacional é de grande importância, pois, não só pode minimizar os efeitos adversos dessa desordem metabólica tanto na mãe como no filho, como também auxilia na identificação do risco aumentado de se desenvolver um diabetes no futuro. Como o DM Gestacional pode ser um evento recorrente, essas mulheres devem ser acompanhadas no pós-parto com intervalos regulares a fim de detectar precocemente um possível diabetes, principalmente na preparação de uma nova gestação (Amaral, Pedroso, Fonseca, Rocha, Couto, Leal & Braga, 2001).

É de extrema importância que esta gestante receba um acompanhamento multidisciplinar, composto por médicos, nutricionistas, enfermeiros, psicólogos e fisioterapeutas. É essencial um aporte emocional adequado, orientação sobre dieta, atividade física, informações e aprendizado sobre diabetes e o uso correto da insulina, quando for o caso (Amaral, Pedroso, Fonseca, Rocha, Couto, Leal & Braga, 2001).

Debray (1995) nos coloca que a educação para o autocuidado desde o momento do diagnóstico é importantíssima, pois só assim haverá possibilidades de diminuir o aparecimento de complicações. O entendimento, pela gestante, do sistema interativo na prática educativa, as interfaces estabelecidas entre esta e o profissional de saúde, mediada e estruturada pela doença, favorecem o desenvolvimento de atitudes pessoais que se associam ao conceito de estilo de vida e estratégias de enfrentamento, o que, possivelmente, acarretará na diminuição dos riscos tanto para a mãe como para o feto, melhorando assim, a qualidade de vida de ambos.

O conhecimento, a informação e a educação são as melhores formas de controle. A gestante com DM Gestacional deve incorporar a rotina de tratamento à sua vida, não deixando de realizar os controles necessários para o acompanhamento do DM Gestacional, pois, como já dito anteriormente, apesar do DM Gestacional ser considerado uma situação de gravidez de alto risco, os cuidados médicos e o envolvimento da gestante possibilitam que a gestação corra tranqüilamente e que o bebê nasça no momento adequado e em boas condições de saúde (Debray, 1995).

Alguns estudos realizados com gestantes com DM Gestacional, como cita Quevedo (2010) revelam que as gestantes que foram estudadas naquelas determinadas ocasiões demonstraram sentimento de medo em relação à saúde do bebê que estava para nascer em decorrência da própria saúde e em relação à possibilidade de prematuridade ou até mesmo de má-formação deste bebê. Tedesco (1998, citado por Quevedo, 2010) conclui que

“se a gestante tem a percepção de que ela (ou a sua saúde) é responsável pela situação de alto risco, forma em seu íntimo a crença de sua falência como mulher, levando-a ao sentimento de culpa” (Tedesco, 1998 citado por Quevedo, 2010, p. 22), conclusão essa que não podemos generalizar.

Os complicadores em decorrência do DM Gestacional podem levar a gestante a internações. Estas internações, em alguns casos, separam esta gestante de sua família e amigos, em decorrência da necessidade de hospitalização para um melhor acompanhamento da gestação. Esta separação e a hospitalização podem ser consideradas estressores psicológicos para esta gestante, porém, existem várias formas de minimizar este estressor: grupos focais para gestantes internadas com o diagnóstico de DM Gestacional, não apenas com foco nos processos educacional, na prevenção e na promoção da saúde, mas também, como um mecanismo onde estas gestantes possam trocar suas experiências de vida, seus conhecimentos, possam dar apoio umas as outras, estimulando uma nova relação social como aporte emocional, pode ser uma dessas formas.

A gestante com DM Gestacional sofre um maior risco de um parto cesáreo e o DM gestacional pode estar associado à toxemia gravídica, uma condição da gravidez que provoca pressão alta e geralmente pode ser detectado pelo aparecimento de um inchaço das pernas, mas que pode evoluir para a eclampsia, aumentando o risco de mortalidade materno-fetal e parto prematuro (Silva, Santos & Parada, 2004).

As intercorrências que podem ocorrer na gravidez tanto com a gestante como com o bebê, a necessidade de um controle alimentar e de internações constantes, podem gerar angústia para a gestante com DM Gestacional. Por outro lado, conhecer como essas gestantes encaram suas gestações, pode auxiliar os profissionais e serviços de saúde tanto no processo educativo como no cuidado e promoção em saúde, o que é essencial para o controle glicêmico e êxito da gestação (Silva, Santos & Parada, 2004).

Entendendo que os processos de saúde e adoecimento tem caráter subjetivo, podendo ser vivenciado de diversas formas por até mesmo uma mesma pessoa, e, entendendo que estes mesmos processos interagem diretamente com as emoções, observa-se a importância de se estudar, dentro do ambiente psicológico, o DM Gestacional, tendo em vista que a gravidez é responsável por alterações psicológicas e fisiológicas significativas na vida de uma mulher.

O objetivo desse trabalho foi investigar como gestantes de alto risco com o diagnóstico de Diabetes Mellitus Gestacional, em processo de internação, com acompanhamento pré-natal em um Hospital Público localizado em Brasília – Distrito Federal, vivenciam esta doença desde o impacto do diagnóstico até o seu reflexo no autocuidado, na qualidade de vida e no emocional.

Esta pesquisa foi orientada pela metodologia qualitativa, por meio da epistemologia qualitativa, nos permitindo visualizar o problema a partir de perspectiva construtivo-interpretativa centrada no diálogo como momento de produção de conhecimento. Sendo

assim, foram realizados três processos dialógicos, tendo como foco principal o DM Gestacional, com as gestantes que se interessaram em participar deste estudo.

Estes processos dialógicos foram gravados, transcritos e analisados. As três gestantes estavam internadas para acompanhamento mais rigoroso da gestação em virtude das consequências do desenvolvimento do DM Gestacional. Elas foram identificadas com nomes fictícios com o intuito de manter o sigilo.

IDENTIFICAÇÃO	IDADE	IDADE GESTACIONAL
Antônia	33	38 semanas
Alessandra	33	33 semanas
Milena	20	37 semanas

Figura 1. Gestantes participantes desta pesquisa

Este estudo nos proporcionou compreender a relação destas gestantes com o surgimento do DM Gestacional e quais as configurações subjetivas advindas do aparecimento desta doença em suas gestações, como podemos verificar a seguir.

11 O CASO DE ANTÔNIA

A participante Antônia demonstrou resistência inicial em participar deste estudo. Com ela foram realizadas algumas visitas, num trabalho de aproximação e identificação até que ela se sentiu à vontade e declarou seu interesse em participar deste estudo sem que lhe fosse perguntado uma segunda vez.

Em todas as visitas, Antônia se encontrava sem a presença de um acompanhante. Haviam quatro gestantes, contando com ela, dividindo a mesma enfermaria. As outras três gestantes não tinham o diagnóstico de DM Gestacional. Durante as visitas, estava sempre na companhia das demais gestantes, com poucos processos dialógicos, porém, aparentemente, uma acabava fazendo companhia a outra.

Apesar da certa resistência inicial em participar da pesquisa e, de aparentar timidez, Antônia se entregou ao processo dialógico, demonstrando grande interesse e curiosidade pela pesquisa. Antônia relata que seu DM Gestacional foi diagnosticado entre o sétimo e o oitavo mês de gestação, após um exame de rotina, como segue em sua fala:

Bem... eu... os exames de rotina do posto de saúde de onde eu vim... é... no segundo semestre eles pedem uma bateria de exames... nesses exames deu uma alteração na glicemia... até então, o médico também nem importou... disse só... não... vamos fazer esse exame aqui de novo... e pediu pra eu ir no posto de saúde... inclusive até hoje eu to aguardando este resultado... que que eu fiz... fiz até uma cópia desse pedido seu e fiz particular... fiz pelo S. ... Aí ele me passou esse pedido e... não... se você puder fazer fora, faça! Aí eu

fiz... foi aonde confirmou mais né... Aí eu voltei e mostrei pra ele novamente e ele me encaminhou pra nutricionista... pro controle da glicemia... Daí em diante foi dieta direto... Tentando manter ela sem... sem alterar muito né... No início eu até fiquei preocupada... porque eu me disse: Meus Deus! Diabetes... É uma coisa que a gente ouve né... diabetes é aquela coisa que pode te prejudicar... até então a ignorância da gente é grande de não se aprofundar... eu fiquei com medo de tá prejudicando meu filho ou a mim também... aí segui a dieta rigorosa também... se não eu acho que estaria aqui até antes de agora né...

A forma como o médico acolheu Antônia, mostrando a importância da repetição dos exames para a confirmação do diagnóstico, possivelmente, foi o que começou a gerar sentidos subjetivos que permitiram Antônia a incorporar essa nova identidade, a de gestante com DM Gestacional, podendo expressar sentimentos de medo e além de ir em busca de maiores informações sobre sua nova identidade e seguir a dieta corretamente.

Neste trecho do diálogo analisado percebe-se o quanto Antônia se mostra consciente em relação ao seu pré-natal, mostrando suas rupturas com os sentidos subjetivos que marcaram a entrada do DM Gestacional em sua vida quando ela diz “No início eu até fiquei preocupada... porque eu me disse: Meus Deus! Diabetes... É uma coisa que a gente ouve né... diabetes é aquela coisa que pode te prejudicar... até então a ignorância da gente é grande de não se aprofundar... eu fiquei com medo de tá prejudicando meu filho ou a mim também... aí segui a dieta rigorosa também... se não eu acho que estaria aqui até antes de agora né...”. Este trecho mostra a sua preocupação em relação ao diagnóstico e a tomada de consciência sobre como poderia diminuir os riscos de se prejudicar e prejudicar seu filho seguindo a dieta, por exemplo.

É importante salientar a fala de Antônia “e pediu pra eu ir no posto de saúde... inclusive até hoje eu to aguardando este resultado... que que eu fiz... fiz até uma cópia desse pedido seu e fiz particular...”, onde me parece uma crítica ao sistema, porém, nos mostra que ela não ficou estagnada aguardando o resultado, mas sim, ativa em relação ao seu acompanhamento. Sobre isso, González Rey (2011) nos diz que “sentir-se sujeito, participar do processo de adoecimento com suas decisões e implicar sua emotividade nesse caminho que vem pela frente deve se converter num objetivo essencial da prevenção e promoção de saúde” (p. 57).

Antônia continua falando sobre como iniciou seu processo de hospitalização:

Pra te falar a verdade... no alto risco eu vim só... me falaram: você tem uma consulta no hospital... o posto de saúde vai te enviar pro hospital e... lá... eles vão marcar uma consulta com você... Aí eles me ligaram... eu digo... eu vou lá... aí quando eu cheguei aqui... nem se quer meu prontuário tinha voltado pra cá ainda... e lá estavam outros exames... aí eu peguei... voltei né... e falei pro meu médico... trouxe os exames anteriores... ele viu e falou assim... é... o problema é mesmo grave... daí eu falei pra ele... eu to com exame marcado pro dia... dia dois... que foi uma ecografia... Dia dois agora... aí ele falou... tá bom... dia dois foi num domingo... então dia três... na segunda... você me

tráz... essa ecografia sua... porque eu ia fazer sem pedido médico também... sempre, todo mês, eu tô acompanhando... aí ele falou assim... não, eu vou te colocar um pedido aqui... aí ele colocou uma ecografia gestacional com doppler né... aí foi o que eu fiz... aí trouxe na segunda-feira pra ele ver... daí quando ele viu já falou já... imediatamente falou... não... vamos... é... te internar... cheguei sem nem saber... achando que eu ia sair do trabalho pra vir só mais tarde né... cheguei aqui e ele falou... não... você tá preparada? Você vai internar... Além do peso do nenem né... que tava muito alterado... O volume de líquido também... parece que deu 95% ou alguma coisa assim... uma porcentagem lá... e... ele achou por melhor... junto com uma outra equipe já... não... vamos colocar em observação aqui... já tá na idade também né... na idade gestacional... e me deixou aqui... pra me acompanhar... desde então eu to aí... tão o tempo todo me furando... me espetando... (risos)

Analisando a fala de Antônia, podemos descrever esse momento como bastante conturbado. É interessante a maneira como ela descreve a sucessão de acontecimentos até sua internação. A maneira como ela vai descrevendo esses acontecimentos “atropelados” vai, progressivamente, entrando em questões que vão criando significados para a compreensão da configuração subjetiva de seu estado psicológico, nos revelando como os sentidos subjetivos vão aparecendo em sua fala.

Os acontecimentos parecem tão confusos de acordo com a compreensão dos fatos vividos por Antônia, porém, enquanto ela os descreve, parece se encontrar em meio à confusão dos fatos e compreender a importância de sua hospitalização.

Quando Antônia diz “... e me deixou aqui... pra me acompanhar... desde então eu to aí... tão o tempo todo me furando... me espetando...”, ela parece demonstrar o incomodo e desconforto que vem sentindo com os procedimentos padrões para o acompanhamento do DM Gestacional, como medir a glicemia, tirar sangue ou até mesmo o uso da insulina. Porém, junto a esse desconforto e/ou incomodo ou até mesmo os dois, ela demonstra bom humor ao falar sobre esse assunto. Ela se posiciona diante do DM Gestacional, demonstrando compreender esse novo momento, com bom humor, vivenciando, a princípio, a doença através dos procedimentos realizados pela equipe de saúde.

Como Antônia encontrava-se sozinha durante nosso diálogo, perguntei-lhe sobre a participação de sua família durante esse processo de hospitalização, e ela responde o seguinte:

... Minha família tá toda longe, entendeu? Todo mundo trabalha, todo mundo... eu to aqui só. Daqui a pouquinho o meu esposo chega aí, entendeu... E eu não quero preocupar a minha mãe que tá longe... então eu digo que tá tudo bem... Me viro...

A medida em que a fala de Antônia vai se estendendo, suas emoções vão aflorando e ela começa a se posicionar sobre os aspectos e situações de sua vida, permitindo que as configurações subjetivas em relação a sua nova dinâmica de vida (DM Gestacional e a internação repentina) vão avançando cada vez mais. Neste trecho, aparentemente,

Antônia não tem interesse em preocupar seus familiares em relação a sua internação. Demonstrando, em sua fala, a necessidade em se manter forte perante a situação atual.

Sua expressão, neste trecho, pode evidenciar um posicionamento crítico de Antônia em relação a participação e/ou convivência com sua família. Durante nossa conversação, Antônia não deixa claro qual a representação tem sua família. Menciona o esposo e a “família” apenas em dois momentos de nossa conversação. No segundo momento, ela contou sobre a escolha do nome do bebê:

... C. ... a escolha do nome eu procurei dá uma combinada com o nome da minha filha... que o nome dela é N. ... Então eu procurei colocar C. ... então, ó, tenho, eu tenho ainda uma dúvida nos nomes, sabe? Entre C. e E. Aí já falaram pra colocar C.

E. ... eu já acho que não combina bem, assim, esse Eu falei que eu quero uma coisa bem simples, assim, pra ninguém botar apelidos... Porque a família toda tem apelido. Até uma coisa pequena, um nome pequeno, simples, bonito, sem... aí... E. foi uma... na verdade é minha avó. Minha vó falou assim “Eu gosto muito desse nome E. . Porque você não coloca E. ?”. Aí eu falei “Ah, gostei também, num achei feio não”. Aí tou na dúvida. Mas até então, tá em C. mesmo...

Neste trecho, Antônia fala sobre a dinâmica da escolha do nome do filho que está para nascer. Aparece a “família” e sua “avó” como coadjuvantes no processo da escolha do nome da criança, porém, se mantém em seu discurso a necessidade de se sentir na posição de decisão. Esse comportamento se mantém em seu discurso, representando como uma configuração subjetiva ativa, tornando esse espaço mais racional.

Antônia menciona ter ficado preocupada com o diagnóstico de DM Gestacional, então, pedi-lhe que me falasse mais sobre como foi quando recebeu o diagnóstico, e ela diz o seguinte:

Não... antes disso... a gente faz uma palestra... logo no início do pré-natal... nunca faltei nenhuma consulta... sempre mantive meu pré-natal em dia... tudo... aí... lá... essa enfermeira... que... que trabalhava com a gente... durante o pré-natal... pra acompanhar... ela comentou... que tinha algumas gestantes que durante a gestação... poderia ocorrer de... de... adquirir essa diabete... de evoluir essa diabete né... de desenvolver... aí eu “Olha, na minha família nunca teve... eu achei até que era uma coisa hereditária... “olha... na minha família não tem nada disso”... E fiquei tranquila... Mas daí, já no final, veio dando essa... essa alteração... mas... depois eu voltei lá... eu conversei com a enfermeira... pessoalmente... assim... fora de... de consulta... essas coisas... e fui tirar umas duvidas com ela... daí ela me explicou a situação do pâncreas... que não tava conseguindo né... acompanhar né... mas que era comum... Que a maioria das gestantes adquiri... só que umas avança mais... e outras... não chega a evoluir... Pode virar uma coisa mais séria né... Eu tive outra gestação que... idêntica a essa... sem dor... sem nada... nem enjoo eu senti... normal... só nesse finalzinho que veio dá esse... essa diabetes gestacional... mas... to tirando de letra...

Nesse recorte de nossa conversação, percebe-se o quão ativa à gestação é Antônia. Ela tora suas conclusões de acordo com a palestra inicial, porém, demonstra interesse em adquirir mais informações, quando procura a enfermeira em outro momento. Na medida em que o diálogo se estende, Antônia se apresenta ainda mais ativista, e, aparentemente, sempre resolvendo tudo sozinha. Ele apresenta momentos de medo e/ou receios em relação ao diagnóstico; porém, a essa altura de nossa conversação, já podemos compreender o quanto Antônia se mantém segura em cumprir com suas expectativas em relação a presente gestação.

Quando lhe pergunto sobre sentir algum desconforto em relação aos procedimentos realizados para o acompanhamento do DM Gestacional, ela responde o seguinte:

É só o dedo... ahhh... ainda bem que é só o dedo (risos)... mas já tirei sangue já hoje... Mas isso é bom... não acho ruim não sabe... independente de qualquer coisa... é desconfortável... mas pra acompanhar... pra ver o que é que tá acontecendo... eu prefiro que... que seja assim... antes eu tá aqui acompanhada por profissionais, sabendo o que tão fazendo... do que eu tá em casa fazendo a dieta sem... sem ter ao menos uma noção do que é que tá acontecendo... porque só você pesquisando na internet... não te dar um resultado... é isso...

E continua falando sobre o desconforto que vem sentindo com a própria gestação:

Eu não sei se é por conta... mas assim... por... eu não sei se é porque o neném tá grande demais... eu to sentindo muita falta de ar já... sabe... ta aquela coisa... procurando mesmo o ar... ta grande... e tá procurando um espaço aqui... ai tá muito desconfortável... mas é só isso... só falta de ar mesmo... demais... eu... uma vez eu comi doce... antes de descobrir também... eu comi doce... não sei ao certo... mas me deu vontade de comer um chocolate... comi o chocolate e logo em seguida deu uma ânsia de... ânsia de vômito... uma náusea... aquela coisa estranha sabe... ai eu fiquei... achei estranho isso... ai depois disso é que...

É interessante a maneira como Antônia vai entrando em questões que são significativas para a compreensão da configuração subjetiva de seu DM Gestacional. A medida que a fala vai se estendendo, a expressão da razão em relação ao DM Gestacional vai abrindo espaço para a externalização de suas emoções. Sim, ela sente desconforto e deixa isso muito claro em sua fala; porém, demonstra compreender e entender os motivos desse desconforto como motivo de saúde para sua gestação.

Sobre o acompanhamento hospitalar, ela diz o seguinte:

Não... tá bom... o acompanhamento é assim... direto... tão vindo medir a pressão... tão escutando os batimentos... hoje mesmo eu fui ali numa sala do outro lado pra me colocar num aparelho que ficou o tempo todo só pra ouvir o coraçãozinho dele... entendeu? Tão sempre me acompanhando... Só deram essa pisada na bola hoje... que não mediram nem antes do café... eles não vieram... pra saber quanto que tava... Mas amanhã eu vou aguardar eu vou chamar antes de tomar meu café... eu vou lá chamar... alguém pra medir...

Nesse trecho podemos observar o quanto Antônia se prende aos procedimentos padrões de acompanhamento durante sua estadia hospitalar. A atenção da equipe, de acordo com suas falas, não parece envolver qualquer tipo de acolhimento, mas sim, mecanicista.

Porém, esse acompanhamento mecanicista a deixa confortável por se sentir cuidada em relação ao melhor desenvolvimento de seu bebê. Antônia parece tão acostumada aos procedimentos mecânicos que, sentiu a falha da equipe quando diz "... Só deram essa pisada na bola hoje... que não mediram nem antes do café... eles não vieram... pra saber quanto que tava...". Neste recorte, Antônia demonstra certa insegurança, pois, o cuidado padrão a deixa mais segura em relação a sua saúde e a saúde de seu bebê.

2 | O CASO DE ALESSANDRA

A participante Alessandra demonstrou interesse em participar deste estudo logo no primeiro momento. Esta gestante já se encontrava internada há dois meses. Pareceu o tempo todo bem à vontade e entregou a nossa conversação.

No início de nosso processo dialógico, Alessandra se encontrava sem acompanhante. Na enfermaria havia apenas mais uma gestante. Alessandra demonstrava ar de cansaço, possivelmente, pelo peso e tamanho da barriga.

Alessandra relata que seu DM Gestacional foi diagnosticado já durante a internação, após um exame para verificar o andamento de um tumor cerebral. Ela conta o seguinte:

... Na verdade eu me internei pra fazer um exame na cabeça, porque eu já tive há 6 anos atrás um tumor no cérebro. Aí foi retirado esse tumor, e por causa do excesso de hormônio da gravidez, houve o risco dele voltar... Senti umas dores de cabeça, aí me internaram... Aí, quando me internaram, eles... eles fizeram o exame, né, e de ví... constataram que não tava com tumor... que não voltou. Essa dor de cabeça é por causa do tumor que foi retirado e o excesso de hormônio... então... Olha já vai fazer dois meses... eu tava falando pras meninas que tem dois meses, mais ou menos... Quase dois meses que to aqui. Aí, eu entrei por... por, por um motivo de que eu ia fazer um só... somente um exame... acabei ficando porque minha glicose tava ficando alta, e eu já tive uma gravidez antes dessa, que fez um ano agora... dia sete de maio... que minha filha morreu. Ela nasceu e morreu. E não teve resposta pra morte dela. Eu tive muito líquido, e a... eu creio... eu não sei... eu acho... eu imagino que seja porque foi prematura também. Dessa eu to conseguindo segurar mais aqui no hospital...

Analisando esse primeiro trecho de nossa conversação, podemos perceber que Alessandra está envolvida a um processo estressante associado a sua saúde e a sua história de vida. Temos aí alguns pontos interessantes a serem levantados: tumor cerebral; morte da filha recém nascida no ano anterior; DM Gestacional na gestação atual; internação prolongada na gestação atual.

Aparentemente Alessandra ainda busca sentido a morte da filha, o que fica subentendido quando ela fala “Ela nasceu e morreu. E não teve resposta pra morte dela. Eu tive muito líquido, e a... eu creio... eu não sei... eu acho... eu imagino que seja porque foi prematura também.”. A medicina a deixou sem respostas e, ela ainda tenta entender o que aconteceu em virtude da gestação atual, que, sem saber ainda o que poderá acontecer, diz “Dessa eu to conseguindo segurar mais aqui no hospital...”. Seu histórico de saúde associado a morte da filha no ano anterior, a deixam num situação indefinida, onde ela constrói novo sentido subjetivo, tendo essa internação como um processo de promoção de uma certa tranquilidade, pois, segundo ela, a gestação está segura até o momento devido a internação prolongada.

Precisamos observar que a fala, como González Rey (2011) nos afirma, nunca integra o sentido subjetivo em sua complexidade, porém, como a construção desse processo se organiza, o que é destacado e de que forma é elaborado, são elementos primordiais para a inteligibilidade de uma configuração subjetiva. Nesse trecho, Alessandra não precisa afirmar que está com medo, pois, ela já expressa esse sentimento atrelado a insegurança que demonstra ao olhar seu passado.

Essa nova internação, apesar do motivo inicial ter sido a averiguação do retorno do tumor cerebral, o qual não se confirmou por exames clínicos, acabou por lhe confirmar um novo processo, o DM Gestacional, onde Alessandra continua:

... a minha constatou mesmo com o exame do dedinho... que viu que minha glicose tava alta... Aí... eles começaram a controlar com insulina e... metformina... e trocou a minha alimentação... Aí começou a controlar meu... meu... meu líquido, né... Meu líquido não... no caso... a minha glicose... Tá estável... Só que o líquido continua a mesma coisa... Às vezes dá uma diminuída, às vezes dá uma subida... uma subidinha... E fiz aquela morfológica porque existe... diz que tem três razões... Só me lembro de duas... Uma das razões do... da... da... desse problema do líquido... ou é má formação, ou é... o... a diabete, que não tá sendo controlada... Existe uma outra que eu também não sei te dizer, que... meu médico me falou e eu não consegui nem... guardar... Mas eu sei que... a má formação foi descartado todas. A única coisa que minha bebê tem é um... é um pequeno... ai meu deus, como é que fala... um pequeno edema de couro cabeludo... bem pouquinho. Que diz que tem alguns bebês que nascem também com isso. Só que eles só constatarem mesmo... qualquer má formação, porque eu fiz aquela morfológica que mostra se existe alguma má formação... eu fiz aquela eletro... do coraçãozinho do bebê, pra constatar se há também alguma... algum probleminha na circulação... ou não... Não encontraram nada... nenhuma má formação. Então não teve resposta em má formação do bebê, e também não teve resposta em relação ao aumento do líquido com... é... a, a glicose, porque... porque a glicose tá sendo controlada, e o líquido continua... sabe? Muito! É, agora só ganhando pra saber a resposta. Os médicos falam, né... Tem crianças que... que acontece isso... e não nasce com nada, eles dizem... Mas às vezes um pequena má formação... uma valvulzinha pequena do coração tá... é coisas pequenas que dá pra causar isso...

Ela foi pega de surpresa, apesar da alteração glicêmica ser comum durante a gestação devido a associação com o aumento dos níveis séricos de estrogênio, prolactina, progesterona, cortisol e somatomamotrofina coriônica, na tentativa do corpo da gestante manter constante o suprimento de glicose para o feto. A glicemia alterada foi constatada devido aos exames clínicos habituais em gestantes. A confirmação do DM Gestacional a colocou de encontro a diversos novos exames com a finalidade de verificar como se encontravam naquele momento a saúde de seu bebê, tendo em vista a perda da filha sem motivo confirmado.

Na configuração subjetiva de Alessandra pode-se notar a sua preocupação em relação a saúde de seu bebê, porém, se mantém dependente das terminologias da equipe de saúde. A sua dor pela doença e suas preocupações em relação a saúde de seu bebê não parecem monopolizar suas emoções, porém, diante de sua verbalização, podemos observar o aparecimento de sentidos subjetivos diversos entre o controle glicêmico e o ter que esperar seu bebê nascer para entender o que está acontecendo com sua saúde.

Devido a sua internação prolongada, Alessandra demonstra, em sua fala, sentir à distância dos filhos e esposo, colocando o seguinte:

Ai... é complicado mesmo sair de casa... e ter que vir pro hospital... e passar dois meses assim... é muito difícil. Mas... assim... eu tento levar um dia... um dia atrás do outro. Tento viver o dia... e no final do dia... agradecer pelo dia... porque se a gente for pensar... meu Deus... ainda falta tanto tempo... ainda falta tantos dias... a gente acaba se estressando demais né? E a gente já fica na gestação muito sensível... aí, você precisa da família... atenção... tudo... dos filhos perto de você... e você tá dentro de um hospital... é muito mais complicado... Tenho um filho de três anos e nove meses... Tenho uma filha de dezesseis anos... E tem o meu esposo, né? Aí... quer dizer, a gente abandona toda a casa... pra vir pra dentro do hospital... é muito complicado. A gente tem que tá com a cabeça muito boa mesmo pra poder fazer isso.

Seus afetos não estão apenas centrados nos motivos de sua hospitalização, ela está ligada a vida fora do hospital, sua família, expressando emoções fortes devido a saudade que sente por conta dessa separação abrupta sofrida por conta da internação. Alessandra demonstra compreender como sendo necessária a separação familiar neste momento de internação, mesmo sentindo falta dos filhos e esposo. Quando lhe pergunto sobre a visita da família, se tem visto os filhos, ela responde:

Tenho. Assim, é muito complicado porque o dia-a-dia é muito corrido... trabalho... meu filho fica na creche... minha filha estuda... mas assim que eles... sempre quando eles podem... eles tão vindo. Hoje mesmo veio minha mãe, que já tinha muito tempo que eu não via... que trabalha muito também. Pegou uma licença no trabalho pra vir. Aí... assim... essas coisas ajuda a gente, né? (...) minha mãe trabalha direto! Ela... pouco se... o tempo dela... pra vir aqui... né? E ela também ajuda muito a cuidar do meu filho... geralmente ela chega do trabalho... já corre... pega meu filho na creche. Aí... ela fica me ajudando nisso, sabe? Mas hoje ela pegou uma licença no trabalho pra vir mais cedo.

Nesse trecho, apesar do momento delicado para a sua saúde e a do bebê que espera, Alessandra consegue expressar suas emoções em relação a sua família. Ela sente a distância familiar, porém se sente motivada com as visitas dos filhos, esposo e mãe, sempre que podem. Sua mãe tem um papel importante nesse momento. Seria ela sua mão direita enquanto está impossibilitada de cuidar e acompanhar seus filhos. Essa abertura as pessoas de sua família é um indicador de que o foco de sua vida não é se fazer vítima da situação atual.

Alessandra demonstra insegurança em ter que deixar seus filhos mais velhos e não poder ser a cuidadora deles enquanto está hospitalizada, porém, demonstra se sentir segura com a presença e auxílio da mãe no cuidado de seus filhos. A presença da mãe no ambiente hospitalar também é muito importante e lhe traz muita segurança. O sentimento de insegurança é muito forte em suas falas, principalmente quando fala da saúde do bebê que está gestando.

A minha preocupação era de... assim... tá acontecendo alguma coisa com o bebê né? Alguma... alguma má formação que a gente não conseguiu ver na ecografia... né?... e... aí... eu fui... assim... aí os médicos até... inclusive uma médica me questionou aqui... comentando... engraçado né? A diabetes gestacional faz o bebê crescer... e engordar demais... né? E a sua não. A sua já tá... assim... já tá no padrão... assim... sabe? Tá engordando... pouquinho... e ainda parou de ganhar peso um tempo... Aí... eu... assim... a gente... você sabe que esse negócio de diabete... a gente não tem resposta pra tudo, né? É só quando nasce mesmo.

É interessante como Alessandra consegue assimilar sua nova situação e se assumir nela. Ela compreende que o DM Gestacional pode prejudicar no desenvolvimento de seu bebê enquanto está sendo gestado. Apesar dos receios, ela compreende e enfrenta as dificuldades. Neste trecho, a médica parece tentar tranquilizá-la quando diz que, apesar do DM Gestacional, seu bebê está bem.

Novamente Alessandra coloca em questão o ambiente hospitalar, como segue em sua fala:

Nossa... Deus! Assim... eu... é... a gente começa a chorar... até com problema de casa mesmo... Que a gente fica sabendo por telefone... E aí chora... e aí lá vem a psicóloga... Fica horas conversando com a gente... A gente se alivia... assim... a gente desabafa... e daqui a pouco tá tudo muito bem... Aqui sempre acontece isso... Eu tenho uma coleguinha que tá chorando, e a gente chama a psicóloga correndo... Pra poder ajudar, né? Porque... é difícil... viu... a nossa gravidez... ainda no hospital! Hospital é um lugar muito difícil de conviver. Toda hora um caso de alguém morrendo... Você tá vendo pessoas com a mesma situação que você e acaba... falece... um filho falece e ela... esses dias mesmo... teve uma moça que faleceu aqui com um problema de pré- eclâmpsia... então a gente vê essas coisas acontecer e você fala assim "Meu Deus, isso pode acontecer comigo!"... Aí a gente fica... assim... meia chocada... Tem coisas assim... é bom você tá sendo traba... tá sendo tratada... você tá sendo acompanhada por uma equipe muito boa... preparada... mas...

ao mesmo tempo... você tá com a companheira de quarto que pode ir pra uma mesa do centro cirúrgico e falecer. E uma pessoa que você já conhece... que já se apegou. Então isso acontece muito. Então, hospital é uma coisa... assim... muito difícil de a gente... tá lá dentro... tá vendo o que tá acontecendo. A gente acaba sofrendo junto, né? E... e... aí a gente fica muito sensível... aí ajuda... junta a sensibilidade da gravidez... aí é muito complicado a gente tá dentro de um hospital, né? Assim... por isso que... eu... eu tentei muito... falei aqui com o doutor “deixa eu ir pra casa, deixa eu ficar um pouco com meus filhos”... e ele “não, você tem que se acompanhada, você não pode sair daqui”... Eu “mas eu vou me sentir melhor em casa do que aqui, porque aqui a gente vê muito caso triste, a gente tem que ter uma mente muito boa”... E ele “Não, mas tem uns psicólogos pra acompanhar você”... E eu “não, mas é muito ruim”...

Na configuração subjetiva de Alessandra pode-se perceber sua angústia em relação a hospitalização prolongada. As suas preocupações por conta do DM Gestacional, atreladas as vivências hospitalares a tencionam ainda mais em relação a sua saúde e a saúde de seu bebê que estar por vir. A presença do psicólogo hospitalar tem sido importante para a sua “sobrevivência” (grifo nosso) durante sua hospitalização, porém, as histórias parecem assustá-la um pouco. A tentativa de vivenciar o restante da gestação em casa, junto aos seus filhos, quando bloqueada pelo médico, foi mais uma frustração do que o entendimento e compreensão da importância da internação para o melhor acompanhamento da gestação.

As conversas reflexivas durante o contato com a psicóloga hospitalar lhe permitem continuar elaborando seus posicionamentos diante dos seus medos e angústias diante de tudo o que tem vivenciado desde o diagnóstico de DM Gestacional e a internação e separação da família.

3 | O CASO DE MILENA

A participante Milena demonstrou bastante resistência, necessitando de um trabalho de aproximação por meio de visitas num período de um mês até que ela declarasse seu interesse em participar deste estudo.

Diferentemente de Antônia e Alessandra, Milena foi internada logo no início do segundo trimestre da gestação devido as várias tentativas de aborto sem sucesso e o excesso da ingestão de medicações sem prescrição médica e bebidas alcoólicas, como ela mesmo relata:

Bom... nem sei como... mas cheguei nas 37 semanas... não quis tá grávida... vou dar esse bebê depois dele nascer... tentei tirar um milhão de vezes... to estudando ainda... o pai do bebê nem sabe quem eu sou... só quis brincar de fazer sexo e eu cai na onda dele porque tava bêbada... vejo ele só de longe mas ele nem fala comigo... comeu e foi embora saca... gastei a maior grana pra tentar tirar o bebê... minha mãe quer me matar porque não quero ficar com o bebê... daí ela me trouxe pra cá quando eu tava com umas 17 ou 18 semanas... nem lembro mais... só lembro que a placenta começou a descolar... nem sei se é assim que fala... tive sangramento e... e daí ela me

trouxe na emergência e inventou um monte de merda... disse pro médico que eu tava enchendo a cara todo dia e que ia acabar me matando porque ficava tomando remédio pra abortar... daí o médico me internou... e... tu sabe que a merda sempre tem como piorar né... passei mal um dia aqui... que até desmaiei... daí vieram me furar toda e viram que minha glicemia tava alta... esse bebê não ta me trazendo nada de bom... mas ele também não tem culpa... sei lá... é um saco tá aqui... perdi meu estágio... não posso sair com minhas amigas... elas nem vem aqui me visitar... nem sei da faculdade mais... fora que as grávidas aqui gostam de falar dos seus bebês e eu nem gosto de falar com elas porque elas ficam me criticando...

Segundo esse recorte da fala de Milena, podemos verificar o quanto esta gestação tem sido penosa. Para ela, a perda do estágio, e a distância das amigas, são consequências geradas por esta a gestação e, portanto, pelo DM Gestacional. Seu posicionamento diante da gestação, segundo sua fala, desde o início foi o de findar a gestação com tentativas de aborto frustradas. A mãe, segundo ela, é a mantenedora desta gestação. O diálogo das gestantes sobre a espera de seus bebês a incomoda, porém, existe uma “confusão” (grifo nosso) de sentimentos em relação a esse bebê, quando ela diz “esse bebê não ta me trazendo nada de bom... mas ele também não tem culpa..”

Aparentemente, Milena demonstra estar satisfeita com sua internação em relação a distância familiar, como segue:

O único bom de tá aqui internada é poder ficar longe daquela família chata... agora tá todo mundo pagando de bonzinho... como se a minhas tentativas de aborto fossem as únicas da família... sei de muita gente que abortou na minha família... mas... deixa eles... tudo tem volta... aqui to livre deles... sinto falta da minha mãe... mas ela vem aqui só pra brigar comigo... ela quer o bebê... mas e eu? Será que ninguém vai pensar em mim? (...) Minha mãe me deixa com dúvidas... não quero esse bebê... mas se ela não me deixar dar pra adoção... vou ter que ficar com ele... pelo menos ela vem me ver... me dá carinho... atenção... mesmo me torrando o saco... mãe é mãe né... acho que não nasci pra ser mãe... sei lá... daqui a pouquinho ela chega... ela vem cuidar de mim...

Milena tem uma fala muito contraditória ao falar da mãe. A separação da família parece um grande alívio para ela, porém, a presença e participação da mãe neste processo de adoecimento, por mais que gere qualquer tipo de desconforto a Milena em relação a gestação em virtude das críticas, se faz muito importante e necessária, pois, Milena parece se sentir mais segura.

Milena tenta justificar suas tentativas de aborto em outras experiências já vivenciadas em sua família. Aparentemente, ela parece atribuir a causa de seus problemas às influências externas; neste caso, segundo ela, a família e a mãe seriam causadoras dos desconfortos sofridos. Essa sensação de obrigação com a gravidez e o afastamento das coisas que gosta de fazer, podem ser indicadores de uma dificuldade para gerar emoções que mobilizem seu comportamento.

Em relação a vivência hospitalar diante dos procedimentos para o acompanhamento de seu DM Gestacional, Milena diz o seguinte

(...) eu to cansada de ficar aqui... todo dia me furam... todo dia tiro sangue... e esse lance de fazer dieta? Pô... to com uma vontade louca de tomar sorvete... ta quente pacas... mas não posso né... não posso... o bebê não deixa... essa gravidez não deixa... esse diabetes não deixa... e seu eu ficar diabética pro resto da vida? Eu sei que isso pode acontecer... estudo enfermagem... não quero ficar diabética... é um saco ficar presa aqui dentro desse hospital... um saco...

O mal-estar emocional que ela vem alimentando em relação a gravidez e, que por consequência, vem afetando sua saúde, definem uma configuração subjetiva na qual o medo de permanecer doente começa a aparecer. É interessante como ela se mantém passiva diante de seu adoecimento, culpando o bebê de seu adoecimento. Em nenhum momento, durante nossa conversação, ela faz alguma reflexão sobre o seu autocuidado em relação a sua saúde.

A dieta lhe aborrece, os procedimentos lhe incomodam, o bebê se torna o culpado; em síntese, Milena não consegue produzir sentidos subjetivos que rompam com essas barreiras que definem seu modo de vida atual, dando pouca atenção ao que poderia fazer em prol de si mesma. Diante do tempo que ainda falta para o nascimento do bebê, ela responde:

De pensar que ainda faltam... no mínimo... umas 18 semanas... e... e que vou ter que ficar aqui... nossa... que sofrimento viu... ninguém merece ficar internada... pior que nem sei o que fazer mais... sabe... minha mãe quer tanto esse bebê... uma das mulheres internadas aqui... ela... ela perdeu o bebê esses dias... o bebê nasceu e morreu... tinha pensado em dar pra ela... mas... mas me dá um medo... é estranho... mas não quero pensar nisso agora... acho que já podemos parar né... já falei bastante...

Nesse trecho, podemos perceber o quanto Milena está confusa em suas emoções diante desta gestação. O tempo que ainda falta, a mãe que quer o neto, a mulher que perdeu o bebê, e ela que já nem sabe mais o que quer, e que estava cheia de certezas. Esse momento de hospitalização prolongada parece estar contribuindo para uma reflexão dos fatos. Reflexões essas ainda muito conturbadas diante de tantas dúvidas e culpas.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

É importante salientar que em um ambiente de pesquisa não se trabalha apenas com o sujeito ou sujeitos pesquisados, mas com um “mix” das vivências desse ou desses sujeitos com as vivências do pesquisador. A pesquisa também é um ambiente de troca. O jogo de cena sobre o qual produzimos as impressões sobre nós mesmos é esperado e recebido pelo outro para a construção da sua impressão sobre nós. Tradições e posições sociais também conduzem a condutas textualizadas.

Este estudo teve como finalidade principal, o entendimento de como gestantes com o diagnóstico confirmado de Diabetes Mellitus Gestacional, hospitalizadas no alto risco

de um hospital da rede pública de Brasília, Distrito Federal, enfrentam esta doença desde o impacto do diagnóstico até o seu reflexo no autocuidado, na qualidade de vida e no emocional.

Analisando os três diálogos, pudemos constatar que a intensidade das emoções, os receios e temores experienciados por estas gestantes são diferentes e revelam a necessidade de uma abordagem psicológica além da abordagem biológica que já é feita durante o acompanhamento pré-natal. Toda a história de vida destas gestantes, o contexto em que vivem, a forma como receberam o diagnóstico de DM Gestacional, a participação das famílias e amigos, o afastamento das atividades do dia-a-dia, tudo, contribuiu, de alguma forma, na construção dos sentidos subjetivos para o atual momento.

Por meio das falas das gestantes, podemos perceber que os sinais e sintomas do DM Gestacional referidos por elas não foram relevantes, o que se torna preocupante, pois, sabemos que a grande maioria das gestantes com DM Gestacional só são identificadas quando esses sinais e sintomas são aparentes e facilmente diagnosticados. Nas três gestantes aqui estudadas, o DM Gestacional foi diagnosticado em exames de rotina antes da internação, como no caso de Antônia, e, durante a internação, como nos casos de Alessandra e Milena.

Além disso, é possível compreender e descrever como a maternidade atravessa os processos de subjetivação dessas mães, explicitando os enunciados que constituem a maternidade hoje. O entendimento dos processos de subjetivação dessas mulheres não acontece mergulhado somente nas suas histórias individuais, como se ali estivesse a razão ou o sentido último para as suas falas, mas na articulação dessa trajetória com o contexto histórico mais amplo.

Sobre a internação prolongada e analisando as três gestantes deste estudo, pude observar que existe uma falha no acompanhamento pré-natal da rede pública do Distrito Federal. A culpa não seria apenas da rede pública de saúde, mas de todo o contexto: gestante, equipe de saúde, Estado, etc. Um pré-natal atuante, regular e com a participação efetiva da equipe de saúde contando com a colaboração da gestante, pode, eventualmente, dispensar uma possível internação. A gestação, por si só, deixa o sistema imunológico da gestante debilitado, ou seja, a gestante exposta a um ambiente permeado de bactérias, vírus e tantos outros processos de contaminação, facilmente poderia ter uma infecção, por exemplo. E, levando em consideração que a gestação é diabetogênica, ou seja, qualquer gestante pode vir a desenvolver um DM Gestacional no decorrer da gestação, o ideal seria que, durante o pré-natal, as gestantes fossem orientadas desde o início a conseguirem um controle glicêmico para evitar complicações futuras.

Se pensarmos em todos os gastos que uma internação traz ao Estado, podemos concluir o quanto o processo de prevenção e promoção em saúde são importantes durante o pré-natal. Um pré-natal bem feito pode evitar diversas complicações para a gestante e seu bebê, e, por consequência, diminui os gastos do Estado.

Este estudo nos faz refletir um pouco mais sobre a vulnerabilidade da saúde da gestante diante de um diagnóstico como o de DM Gestacional. As construções subjetivas elaboradas por estas gestantes não podem ser generalizadas e, muito menos, consideradas como verdade absoluta para todas as gestantes com o mesmo diagnóstico. É importante que se prevaleça a individualidade e a subjetividade de cada diálogo.

Concluo aqui que a psicologia continua em constante evolução, e, este estudo é mais uma prova disso. É fato que, possivelmente, nunca conseguimos compreender a fundo a relação da gestante com o diagnóstico de DM Gestacional e o processo de internação e tudo mais que possa envolver essa relação, enquanto unidade psicológica, o que nos remete a González Rey (2010) que diz que, desta forma, a pesquisa nunca se esgota nos mostrando sempre várias novos questionamentos que nos levarão a outros vários novos questionamentos, e assim por diante.

REFERÊNCIAS

Accioly, Saunders & Lacerda (2010). **Nutrição em obstetrícia e Pediatria**. 2 Ed – reimpressão revisada e atualizada – Cultura Médica – Rio de Janeiro.

Almeida, A. B. & Lacerda, D. A. L. (2012). **Extensão universitária na formação de um grupo de gestantes**. Rev. Ciênc. Ext. v.8, n.1, p.152-160.

Alves, V. S. **Um modelo de educação em saúde para o programa saúde da família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial**. Interface – Comunic., Saúde, Educ., v. (, n. 16, p. 39-52, set 2004/fev 2005.

Arrais, A. R. (2005). **As configurações subjetivas da depressão pós-parto: para além da padronização patologizante**. Tese apresentada ao Departamento de Psicologia Clínica do Instituto de Psicologia da UnB. Brasília.

Arrais, A. R. (2005). **O mito da mãe exclusiva e seus impactos na depressão pós-parto: Para além da padronização patologizante**. Psicologia: Reflexão e Crítica, 19 (2), 269-276.

Bertini-Oliveira, A. M., Camano, L. & Delascio, D. (1984). **Diabetes e gravidez**. São Paulo: Sarvier.

Bezerra, M. G. A., Carvalho, F. A. M., Sobreira, T. T. (2001). **Sentimentos as gestantes diabéticas**. Rev. RENE. Fortaleza, v. 2, n. 1, p. 97-102, jul/dez.

BRASIL, Ministério da Saúde (2006). **Cadernos de Atenção Básica nº 6 Série A**. Brasília, DF: Normas e Manuais Técnicos.

BRASIL, Ministério da Saúde. (2010). **Caderno Humaniza SUS – Volume 1: formação e intervenção**. Brasília, DF.

BRASIL, Ministério da Saúde (2004). **Política Nacional de atenção integral à saúde da mulher: plano de ação 2004-2007**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília, DF.

Camon, V. A. A. (2002). **Psicologia da Saúde: Um novo significado para a prática clínica**. São Paulo: Pioneira Thomson Learning.

_____. (2004). **Psicossomática e a psicologia da Dor**. São Paulo: Pioneira Thomson Learning.

Czeresnia, D. (2003). *Esse texto é uma versão revisada e atualizada do artigo “The concept of health and the difference between promotion and prevention”, publicado nos Cadernos de Saúde Pública (Czeresnia, 1999). In: Czeresnia D, Freitas CM (org.). Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2003. p.39-53.*

Davies, A., Blakeley, A. G. H. & Kidd, C. (2002). **Fisiologia Humana**. Porto Alegre: Artmed.

Debray, R. (1995). **O Equilíbrio Psicossomático e um estudo sobre diabéticos**. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Dias, A. C. G. & Lopes, R. C. S. (2003). **Representações de maternidade de mães jovens e suas mães**. *Psicologia em Estudo, Maringá*, v. 8, num. esp., p. 63-73.

Dias, Am. S., Silva, R. A., Souza, L. D. M., Lima, R. C., Pinheiro, R. T., Moraes, I. G. S. (2008). **Auto-estima e fatores associados em gestantes da cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil**. *Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro*, 24(12): 2787-2797, dez.

Dode, M. A. S. O. & Santos, I. S. (2009). **Validade do auto-relato de diabetes mellitus gestacional no pós-parto imediato**. *Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro*, 25(2): 251- 258, fev.

Duarte, S. J. H. & Andrade, S. M. O. (2008). **O significado do pré-natal para mulheres grávidas: uma experiência no município de campo Grande, Brasil**. *Saúde Soc., São Paulo*, v. 17, n. 2, p. 132-139.

Gil, G. P., Haddad, M. C. L., Guarinete, M. H. D. M. (2008). **Conhecimento sobre diabetes mellitus de pacientes atendidos em programa ambulatorial interdisciplinar de um hospital universitário público**. *Semina: Ciências Biológicas e da Saúde*, v. 29, n. 2, 141-154.

Gobbi, M. D., Câmara, S. G., Carlotto, M. S., Nakamura, A. P. (2004). **Intervenções psicossociais na comunidade de Canoas: Uma proposta do curso de psicologia da ULBRA**. *Aletheia* 19, jan-jun, Canoas, p. 89-98.

González Rey, F. (1997). **Psicologia e saúde: desafios atuais**. *Psicologia: reflexão e crítica*, v. 10 n. 2, Porto Alegre.

_____. (1998). **Lo cualitativo y lo cuantitativo en la investigación de la psicología social**. *Psicología & Sociedade, São Paulo*, v. 10, n. 2, p. 32-52.

_____. (2004a). **Personalidade Saúde e Modo de Vida**. São Paulo: Thompson.

_____. (2005). **Pesquisa Qualitativa e Subjetividade: os processos de construção da informação**. São Paulo: Thompson.

_____. (2005b). *Subjetividade, complexidade e pesquisa em psicologia*. São Paulo: Pioneira Thomson Learning.

_____. (2006). **As representações sociais como produção subjetiva: seu impacto na hipertensão e no câncer**. São Paulo: Psicologia, Teoria e Prática.

_____. (2010). **Pesquisa Qualitativa e Subjetividade: Os processos de construção da informação**. São Paulo: Cengage Learning.

_____. (2011). **Subjetividade e saúde: superando a clínica da patologia**. São Paulo: Cortez.

Guyton, A. C. & Hall, J. E. (2006). **Tratado de Fisiologia Médica**. 11ª Ed. Rio de Janeiro: Ed. Elsevier.

Ismael, S. M. C. (2005). **Temas de prevenção, ensino w pesquisa que permeiam o contexto hospitalar**. Coleção Especializada em Psicologia Hospitalar v. 2. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Ismael, S. M. C., Santos, J. X. A. (2013). **Psicologia Hospitalar: Sobre o adoecimento... Articulando conceitos com a prática clínica**. São Paulo: Editora Atheneu.

Lafaurie, M. M., Castañeda, K. V., Castroa, D. M. Laverde, S. M., Balanguera, L. Y., López, C. M., Martínez, E. G., Martínez, Y. P., Parra, C. A., Ramírez, N. (2011). **Vivências de gestantes com embarazo de alto riesgo**. Revista Colombiana de Enfermería. Volumen 6, Año 6, Págs. 15-28.

Landim, C. A. P., Milomens, K. M. P. & Diógenes, M. A. R. (2008). **Déficits de autocuidado em clientes com diabetes mellitus gestacional: uma contribuição para a enfermagem**. Revista Gaúcha Enfermagem, Porto Alegre, RS, set; 29(3): 374-381.

Lerário, A. C., Chamane, D. A. F., Mari, J. J., Mendonça, J. S. & Levi, G. C. (2006). **Diagnóstico e Tratamento**. Volume 2. 1ª edição brasileira. São Paulo: Editora Manole Ltda.

Melo, K. F. S. (2007). **Gravidez menos doce e mais tranquila**. Serviço de endocrinologia, Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – USP, São Paulo, SP, 509-510.

Minayo, M. C. S. (1998). **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 5ª Ed. São Paulo - Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco.

Miranda, P. A. C. & Reis, R. (2008). **Diabetes Mellitus Gestacional**. Diretrizes em foco. Rev Associação Médica Brasileira 2008; 54(6): 471-86.

Moreira, L. E. & Nardi, H. C. **Mãe é tudo igual? Enunciados produzindo o(s) modo(s) de ser mãe**. Fazendo Gênero 8. Corpo, Violência e Poder. Maternidade; Enunciado; Modos de Subjetivação ST 58. Feminino e maternidade: diálogos (im)pertinentes. Florianópolis, de 25 a 28 de agosto de 2008.

Mori, V. (2007). **Projeto de qualificação de doutorado** (em minel). São Paulo. PUCAMP.

Moura, S. M. S. R. & Araújo, M. F. **A maternidade na história e a história dos cuidados maternos**. Psicologia, Ciência e Profissão, 2004, 24(1), 44-55.

Nascimento, C. A. & Radomile, M. E. S. **Gravidez de risco: risco da hospitalização**. Psicópio: Revista Virtual de Psicologia Hospitalar e da Saúde. Belo Horizonte, Ago 2006- Jan 2007, Ano 2, n.4.

Nogueira, A. I. **Diabetes Mellitus e Gravidez**. In Amaral, C. F. S., Pedroso, E. R. P., Fonseca, J. G. M., Rocha, M. O. C., Couto, R. C., Leal, S. S., Braga, W. R. C. (2001). *Enciclopédia da Saúde – diabetes Mellitus*. Rio de Janeiro: MEDSI Editora Médica e Científica Ltda.

Oliveira, M. A. M. (2012). **Gravidez tardia: Bem-estar subjetivo e percepção da gestação**. Dissertação de mestrado. Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes. Programa de Pós Graduação em Psicologia. Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

Pelicioni, M. C. F. **A educação e a promoção da saúde da mulher e da criança**. In Spallicci, M. D. B, Costa, M. T. Z., Malleiro, M. M. (2002). *Gravidez & Nascimento vol. 43*. São Paulo: Ed. Edusp.

Piccinnini, C. A., Gomes, A. G., Nardi, T., Lopes, R. S. **Gestante e a construção da maternidade**. Psicologia em estudo. Maringá, v. 13, n. 1, p. 63-72, jan/mar. 2008.

Pinho, L. M. O. & Ribeiro, D. F. B. **Diabetes da Gestação: nove meses de uma doçura amarga**. Estudos: Revista da Universidade Católica de Goiás. v.28, n.6, 1199-1210. nov./dez. 2001.

Quevedo, M. P., Lopes, C. M. C. & Lefèvre, F. **Os significados da maternidade para mulheres cardiopatas e diabéticas com gravidez de risco**. Revista Brasileira Crescimento Desenvolvimento Humano. 2006;16(1):12-21

_____. (2010). **Experiências, percepções e significados da maternidade para mulheres com gestação de alto risco**. Tese apresentada para obtenção do título de Doutor em Saúde Pública. São Paulo.

Setian, N., Damiani, D. & Dichtchekian, V. (1995). **Diabetes Mellitus na criança e no adolescente – Encarnado o desafio**. São Paulo: Ed. Savier.

Sícoli, J. L. & Nascimento, P. R. **Promoção em saúde: concepções, princípios e operacionalização**. Health promotion: concept, principles and practice. Interface - Comunic, Saúde, Educ., v. 7, n. 12, p. 101-122, 2003.

Silva, L., Santos, R. C. & Parada, C. M. G. L. **Compreendendo o significado da gestação para grávidas diabéticas**. Revista Latino-am Enfermagem 2004 novembro-dezembro; 12(6):899-904.

Vieira, M. S. M. (2005). **A assistência pré-natal prestada a gestante em serviços de saúde de Florianópolis – SC: Buscando a qualidade com foco na normatização preconizada nas necessidades das mulheres**. Dissertação de mestrado. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis.

Vygotsky, L. S. (1987). **Pensamento e linguagem**. São Paulo: Martins Fontes.

Zagury, L. & Zagury, T. (2006). **Diabetes sem medo**. 4ª Ed. Rio de Janeiro: Ed. Best Seller.

Zanetti, M. L., Biagg, M. V., Santos, M. A., Pérez, D. S., Teixeira, C. R. S. (2008). **O cuidado à pessoa diabética e as repercussões na família**. Ver. Bras. Enferm., Brasília, mar/abr: 61(2): 186-192.

ÍNDICE REMISSIVO

A

Aborto 116, 117, 118, 119, 120, 121, 122, 123, 124, 125, 126, 176, 177, 267

Aconselhamento Psicológico 210, 211, 213

Adolescência 22, 32, 120, 124, 125, 136, 137, 208, 209, 236, 237, 238, 239, 241, 242, 243, 244, 245, 246, 247, 248, 249, 250, 251, 252, 264

Apagamento Lésbico 12, 13, 23, 24

Aspectos Psicológicos 65, 79, 130

Atendimento Psicológico 56, 58, 61, 64

Autoconhecimento 273, 281, 282, 290, 303, 309, 311, 312, 313

Autocuidado 67, 105, 165, 166, 178, 179, 182, 191, 192, 277, 278, 279, 280, 312, 313

Autolesão 26, 27, 28, 31, 34, 35, 36, 37

Avaliação Psicológica 127, 129, 130, 131, 132, 133, 136, 137, 138, 139, 140, 142, 143, 145, 146, 151, 153, 154, 155, 156, 157, 158, 261

C

Compreensão Diagnóstica 74, 75, 82, 89, 90

Comunicação 57, 58, 61, 63, 65, 66, 67, 69, 70, 71, 72, 112, 184, 186, 190, 191, 192, 193, 197, 199, 200, 201, 202, 203, 204, 205, 206, 207, 208, 212, 215, 217, 269, 271, 272, 273, 292, 317

Criminalidade 92, 93, 101, 119, 124, 252

D

Deficiência Intelectual 184, 187, 188, 189, 190, 193, 196

Depressão 2, 3, 17, 26, 27, 28, 31, 32, 36, 37, 59, 70, 104, 124, 131, 135, 180, 204, 246, 256, 287, 289, 315

Desamparo 21, 39, 41, 42, 43, 44, 45, 47, 51, 52, 53, 54, 55, 122

Diagnóstico 26, 27, 66, 69, 74, 75, 76, 77, 80, 81, 82, 83, 84, 89, 90, 143, 160, 163, 164, 165, 166, 167, 168, 170, 171, 176, 178, 179, 180, 182, 185, 186, 187, 189, 190, 191, 192, 194, 195, 236, 238, 239, 242, 243, 244, 247, 249, 250, 252, 315

Direitos Humanos 68, 92, 121

E

Entrevista Clínica 263, 264, 265

Estruturas Clínicas 1

Existencialismo 92, 98, 221, 222, 235, 286

F

Família 8, 12, 18, 21, 22, 23, 41, 50, 65, 70, 71, 82, 97, 103, 104, 110, 111, 120, 154, 166, 169, 170, 174, 175, 176, 177, 180, 183, 184, 192, 193, 195, 197, 198, 199, 200, 201, 202, 203, 204, 205, 206, 207, 208, 212, 223, 227, 228, 230, 248, 249, 251, 264, 265, 266, 268, 269, 270, 272, 273, 275, 287, 302, 308, 311

G

Genograma 263, 266, 267, 268, 269, 270

Gestação 119, 122, 124, 160, 162, 163, 164, 165, 166, 167, 170, 171, 172, 173, 174, 176, 177, 178, 179, 183, 247, 251

Gestalt-Terapia 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 89, 90, 91

Grupo de Apoio 103, 105, 106, 107, 109, 113

H

Heteronormatividade 12, 13, 15, 16, 17, 20, 22, 24, 95

Heterossexualidade Compulsória 12, 13, 15, 16, 25

Hierarquia Familiar 197

I

Infâncias 221, 224, 226, 227, 232

L

Lesbianidade 12, 14, 16, 20, 21, 23, 24

M

Materialismo Histórico-Dialético 214, 215, 216

Modelo Relacional-Sistêmico 263, 264, 265, 273

Mudança 9, 56, 58, 59, 61, 62, 82, 86, 95, 97, 109, 134, 140, 197, 198, 200, 212, 222, 257, 263, 264, 269, 271, 290, 301, 306, 311, 312

N

Neuropsicologia 184, 193, 194, 195, 220

Novas Tecnologias 56, 61, 62, 63

P

Pandemia 39, 41, 42, 43, 45, 46, 48, 50, 52, 53, 54

Patriarcado 12, 13, 16, 17, 19, 20, 23, 24, 25, 50

Personalidades Fílmicas 1, 5, 9

Política 13, 15, 20, 21, 22, 24, 39, 42, 43, 50, 51, 52, 53, 54, 68, 69, 73, 79, 96, 104, 105, 109, 114, 180, 218, 283, 285, 317

População em Situação de Rua 103, 104, 105, 106, 111, 112, 113, 114, 115
Porte de Armas 97, 102, 138, 139, 140, 154
Princípios Éticos 63, 65, 66, 68
Psicanálise 9, 10, 11, 12, 14, 16, 25, 26, 27, 33, 38, 39, 42, 46, 48, 51, 53, 59, 64, 75, 150, 286, 318
Psicofarmacologia 184
Psicologia Escolar e Educacional 214, 215, 218
Psicopatologia 18, 26, 27, 28, 31, 37, 72, 83, 90, 247, 248
Psicoterapia Online 56, 58, 59, 60, 61, 62
Pulsão de Morte 1, 2, 3, 4, 5, 6, 9, 11, 44, 45

Q

Qualidade de Vida 68, 104, 129, 135, 166, 179, 184, 191, 192, 193, 195, 213, 260, 303, 304, 306, 307, 308, 309, 312, 315, 316

R

Reabilitação 94, 184, 187, 191, 192, 193, 195, 210, 211, 316, 317
Regulação Emocional 253, 256, 257, 258, 260, 262
Relação Médico-Paciente 65, 66, 67, 68, 69
Resiliência 277, 278, 279, 280

S

Saúde 13, 21, 24, 28, 32, 34, 41, 42, 43, 46, 47, 48, 49, 50, 52, 53, 58, 65, 66, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 84, 99, 103, 104, 105, 106, 112, 113, 114, 116, 117, 118, 119, 120, 121, 122, 123, 124, 125, 126, 127, 129, 132, 136, 137, 139, 142, 156, 160, 161, 162, 163, 164, 165, 166, 167, 168, 169, 171, 172, 173, 174, 175, 176, 178, 179, 180, 181, 182, 183, 185, 189, 191, 192, 193, 196, 208, 210, 211, 212, 213, 230, 239, 242, 248, 251, 252, 253, 257, 260, 261, 265, 282, 288, 303, 304, 305, 307, 308, 312, 314, 316, 317
Supereu 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 17, 25

T

Telemedicina 65, 72
Transtornos do Neurodesenvolvimento 214, 218

Psicologia: A Ciência do Bem-Estar



www.atenaeditora.com.br 

contato@atenaeditora.com.br 

[@atenaeditora](https://www.instagram.com/atenaeditora) 

www.facebook.com/atenaeditora.com.br 

 **Atena**
Editora

Ano 2021

Psicologia: A Ciência do Bem-Estar



www.atenaeditora.com.br 

contato@atenaeditora.com.br 

[@atenaeditora](https://www.instagram.com/atenaeditora) 

www.facebook.com/atenaeditora.com.br 

 **Atena**
Editora
Ano 2021