

GESTANTES PORTADORAS DE DOENÇAS INFECTO-CONTAGIOSAS: PREVENÇÃO, MATERNAGEM E PSICANÁLISE

Thaís Renata Queiroz Santana Carneiro¹

Terezinha de Camargo Viana²

RESUMO

Este artigo é parte de um duplo projeto: reflexões acerca do trabalho que vem sendo desenvolvido desde 2003 no Instituto de Diagnóstico e Prevenção da APAE-Goiânia com gestantes portadoras de doenças infecto-contagiosas e uma pesquisa cujo objeto é a análise das sessões clínicas com as gestantes atendidas neste trabalho. A maternidade, a assistência à gestante e, principalmente, o trabalho preventivo são temas que vêm ganhando importância e destaque nas últimas décadas. O Programa de Proteção à Gestante do Estado de Goiás é um exemplo de projeto de prevenção de sucesso. A equipe multidisciplinar tem um objetivo comum - a prevenção da transmissão vertical. Questões como desejo e não desejo materno; construção da maternidade; ambivalência; luto materno; aceitação da doença; adesão ao tratamento; relação mãe/bebê; dentre outras, aparecem indiretamente, tornando-se questões centrais. A abordagem psicanalítica se constitui como referencial e embasamento teórico para a referida prática clínica no âmbito da saúde.

PALAVRAS-CHAVE: psicanálise; prevenção; intervenção precoce; maternidade.

¹ SANTANA CARNEIRO, T. R. Q. Psicóloga (UCG-GO), Especialista em Teoria Psicanalista (UNB), Mestre em Psicologia Clínica e Cultura (UNB), Psicóloga do Programa de Proteção à Gestante do Estado de Goiás, Professora da Faculdade União de Goyazes (FUG). thaisrenata@cultura.com.br

² VIANA, T. C. Psicóloga (UNESP e PUC-SP), Mestre em Sociologia (UFPB), Doutora em Sociologia (USP), Pós-doutora em Antropologia (UNICAMP) e em Psicologia Clínica (ISPA-Lisboa), Professora da Universidade de Brasília (UNB). tcviana@unb.br

I. INTRODUÇÃO

A maternidade, a assistência à gestante e, principalmente, o trabalho preventivo são temas que vêm ganhando importância e destaque nas últimas décadas. No âmbito da saúde, vem surgindo projetos de prevenção primária, secundária e terciária. Para falar de saúde no sentido amplo de bem estar físico, mental e social, não mais no sentido de “um indivíduo sem doenças”, é necessário falar de prevenção.

Estratégias de prevenção primária, secundária e terciária têm sido utilizadas com o objetivo de prevenir enfermidades, diagnosticá-las e tratá-las precocemente e minimizar seus efeitos na população, assegurando, a cada indivíduo, um padrão de vida adequado à manutenção da saúde. (Leavell; Clark, 1976).

A principal distinção entre prevenção primária, secundária e terciária encontra-se no período de progressão da doença sobre o qual se deseja intervir: antes da instalação do processo patológico (prevenção primária), depois que a doença se iniciou e ainda não há sintomas (prevenção secundária) ou quando já há sintomas (prevenção terciária).

O programa de *Proteção à Gestante do Estado de Goiás – Teste da Mamãe* é um exemplo de programas de prevenção que vêm sendo desenvolvidos. Este programa, financiado pela Secretaria de Saúde do estado de Goiás em parceria com o Governo do Estado de Goiás e Secretarias Municipais de Saúde do estado de Goiás, é vinculado à *Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais de Goiânia – APAE-Goiânia* e atende toda a população de gestantes do estado de Goiás que busca o pré-natal na rede pública.

O *Instituto de Diagnóstico e Pesquisa na APAE-Goiânia – IDP*, responsável pelo *Teste da Mamãe*, possui uma equipe de profissionais da área de saúde - infectologista, obstetra, pediatra-infectologista, psicóloga clínica e psicóloga social - responsável pelo atendimento das gestantes que apresentarem sorologia positiva para alguma das doenças infecto-contagiosas detectadas através dos exames realizados pelo programa, dentre elas: HIV, Hepatites B e C, Chagas, HTLV, Toxoplasmose, Sífilis, dentre outras.

Essas gestantes recebem atendimento desde o início da gestação até o

parto e, em alguns casos, em que só é possível fazer o exame no bebê mais tardiamente para ter certeza de que não houve transmissão vertical da doença materna, acompanha-se a mãe e o bebê de três em três meses até o primeiro ano de vida do bebê.

O Programa de *Proteção à Gestante – Teste Mamãe* engloba os três tipos de prevenção. A prevenção primária seria em relação ao bebê, a gestante está com algum tipo de doença, mas a transmissão vertical pode ser evitada quanto mais cedo for detectada a doença e mais rápido iniciar o tratamento. Os outros dois tipos de prevenção, secundária e terciária, podem ser vistos tanto nos bebês que nascem com a doença da mãe, quanto nas próprias gestantes. O tratamento não é feito nesta instituição, mas a detecção da doença é fundamental para que se encaminhe a gestante para os centros de referência para os respectivos tratamentos.

A equipe multidisciplinar tem um objetivo comum – a prevenção da transmissão vertical. Mas o atendimento psicológico muitas vezes aborda questões não menos relevantes que, de pano de fundo, acabam se transformando em pontos centrais. O objetivo da psicologia, então, seria possibilitar à mulher uma gravidez mais tranqüila e um cuidado mais saudável deste bebê.

Compreender as diversas transformações que se dão na vida e no corpo da mulher durante a espera de um bebê é o objetivo de diversos profissionais da saúde atualmente. Quando esta gestante é portadora de alguma doença infecto-contagiosa que pode prejudicar a formação de seu bebê causando deficiências e até a morte, abre-se um outro leque de preocupações para o profissional da saúde, inclusive para o psicólogo.

No atendimento clínico diário das gestantes do *Programa de Proteção à Gestante do Estado de Goiás* é possível observar que a gravidez envolve questões como transformações diversas, comprometimento materno, relação mãe-bebê, desejo ou não desejo materno e relação familiar. O fato de estarem com algum tipo de doença infecto-contagiosa acrescenta questões como a aceitação da doença e a adesão ao tratamento. Estar grávida agrava estas preocupações, trazendo à tona questões como ambivalência, fantasia de perda, fantasia de má-formação do bebê e ter que lidar com um medo real de

concretização destas fantasias.

2. MATERNAGEM E PSICANÁLISE: QUESTÕES

O conceito de maternagem na psicanálise é importante para pensarmos na construção da maternidade e na relação que vai se constituir entre esta mãe e o seu bebê.

No *Vocabulário da psicanálise* de Laplanche e Pontalis (2000, p. 276) encontramos Maternagem definido como “Técnica de psicoterapia das psicoses, e particularmente da esquizofrenia, que procura estabelecer entre o terapeuta e o paciente, de um modo ao mesmo tempo simbólico e real, uma relação análoga à que existiria entre uma ‘boa mãe’ e seu filho”.

A visão que buscamos trazer de maternagem é algo mais amplo. Como podemos encontrar em Winter e Duvidovich (2004), que após um contato prolongado que tiveram com o serviço de saúde inglês, puderam perceber que o modelo de saúde brasileiro se mostrava “um modelo de doença”, sendo a prevenção ineficaz e às vezes completamente ausente.

A proposta de tais autores, então, foi de introduzir no âmbito da prevenção em saúde, a contribuição da dimensão psíquica e subjetiva encontrada na psicanálise, a fim de posicionar o homem de uma outra forma dentro dos fenômenos humanos.

O termo maternagem é utilizado, segundo Winter e Duvidovich (2004), para uma forma preventiva em saúde quando nos defrontamos com situações em que haja manifestações da presença regredida ou estabilizada das relações estabelecidas entre o indivíduo com ele próprio ou dos indivíduos com o coletivo.

Nas situações mais frágeis torna-se necessário o uso de uma terapêutica e uma intervenção que possa, pelas características da função materna, se aproximar mais em termos de vínculo e possibilitar um empréstimo de recursos afetivos, simbólicos, demandantes, que nesse momento, o indivíduo não possui.

Trabalhar com função materna é operar na compreensão da situação, na observação dos componentes frágeis e dolorosos, não tentando modificá-los, mas integrá-los à realidade do sujeito, como faria uma boa mãe ao seu filho.

Para Winnicott (1975), maternagem é a forma de uma mãe cuidar de seu

bebê de maneira boa e protetora. São os bons cuidados que incluem o amparo às necessidades fisiológicas e todo investimento de amor, de desejo e de aconchego. Através da maternagem a mãe passa a seu bebê os limites e a proteção, dando possibilidades a ele de sobrevivência com o mínimo possível de desconforto frente ao ambiente fora do útero que pode ser muito hostil, se considerarmos as agressões desconhecidas.

Na psicanálise, por meio do desenvolvimento psíquico do bebê, há uma extensa explicação sobre a dinâmica do desejo e como se processa o investimento no mundo interno e externo formando um eixo narcísico, que é um suporte de identificação capaz de permanecer investido libidinalmente, mesmo diante de frustrações. Este eixo procede no exterior (libido materna), volta para o interior, possibilitando a autopercepção e, em um momento mais evoluído do psiquismo, retorna ao ambiente (Winter; Duvidovich, 2004).

Lacan (1998) chama de *função* o que é atribuído a um ser humano que interage com uma criança. Então, função materna seria aquela que implica em proteção, cuidados com a amamentação, alimentação, higiene, tudo o que se refere aos cuidados de sobrevivência. Essa função materna pode ser exercida por outro que não seja a mãe, mas as características são sempre de ser como uma mãe nesse sentido de manter o filho cuidado, protegido e amado.

Com a função materna e a maternagem dentro dessa relação assimétrica, o destino do ser humano continua sua saga, a de se tornar um ser da subjetividade, da fantasia, do desejo. Se por um lado a mãe só pode maternizar enfrentando desejos, pensamentos e significados, por outro, o bebê vai se afastando do determinismo fisiológico, da vida instintiva e vai caminhando para uma posição subversiva, em que o prazer nessa relação singular vai impregnando toda a satisfação da necessidade.

Utilizar os princípios de maternagem, segundo essa concepção, seria estabelecer com a situação ou com o paciente um lugar de funcionamento mais primitivo, lugar de mãe para poder disparar esses operadores de continente, de proteção. O conceito de maternagem se desloca para uma condição terapêutica e profilática porque assim se mostram esses trabalhos e as prevenções satisfatórias em se tratando de saúde.

Neste sentido, a utilização da função materna vem para amparar o ser

humano de uma forma muito característica e subjetiva. No contexto das mulheres grávidas, onde há uma regressão psíquica natural que favorece muitas vezes o campo das desorganizações, percebemos a necessidade de ampliar essa compreensão específica de atuar para tais situações de saúde, como ressalta Winter e Duvidovich (2004).

Utilizar os princípios de maternagem, segundo essa concepção, seria estabelecer com a situação ou com o paciente um lugar de funcionamento mais primitivo, lugar de mãe para poder disparar esses operadores de continente, de proteção. O conceito de maternagem se desloca para uma condição terapêutica e profilática porque assim se mostram esses trabalhos e as prevenções satisfatórias em se tratando de saúde.

3. AMBIVALÊNCIA E CONSTRUÇÃO DA MATERNIDADE

A construção da maternidade é algo que existe internamente antes mesmo da concepção, e pode ser permeada de ambivalência tanto pelo desejo ou não desejo materno, quanto pelas mudanças que ocorrem na vida da mulher neste período, que se transforma em uma balança entre o querer e o não querer.

Segundo Maldonado (2002), quando consideramos mais a sério a complexidade dos sentimentos em relação ao filho que está sendo gestado, torna-se mais fácil entrar em contato com a ambivalência, o misto de aceitação e não aceitação, de alegria e de temor. E esta ambivalência é vivida mesmo quando desejamos a vinda de um filho, onde se vive um misto de alegria e apreensão.

Segundo Sales (2000) se acompanharmos os desdobramentos da obra de Freud a respeito da construção da vida psicosssexual da menina veremos que existe uma diferença temporal entre o desejar ser mãe e o desejo de ter um filho. Esses desejos são construídos ao longo de um processo inconsciente no qual a menina vai montando uma identidade psicosssexual.

A gravidez, às vezes, pode acontecer em uma época da vida do casal favorável, em que o desejo de ter, acolher e criar o filho, é predominante sobre o medo de assumir esse compromisso e as mudanças de vida que isso acarreta. Outras vezes, por motivos diversos, como dificuldade financeira, ter um outro filho que requer muitos cuidados, falta de apoio do companheiro ou a própria decisão

de não ter filhos, predomina-se o não desejo materno. Como podemos observar na fala desta paciente: “Não fiquei feliz quando soube que estava grávida, fiquei muito assustada. Não queria engravidar agora, meu filho está muito pequeno”.

Apesar de cada dia surgir mais novos e diversos métodos anticoncepcionais, a incidência de gestações não planejadas é muito alta, não tanto por falha nos métodos, mas por seu uso incorreto. E embora o aborto seja ilegal e uma prática considerada criminosa, em muitos países, os números de interrupção voluntária da gravidez atingem a cifra de milhões por ano. Sendo que na maioria das vezes, não é uma decisão fácil, nessa guerra entre medo e desejo (Maldonado, 2002).

Cada mulher passa pela dúvida da gravidez ou não gravidez de maneiras diferentes. Há aquelas que não pensam muito, nem entram em muitos conflitos nem em dúvida, decidem interromper a gravidez e sabem que esta é a melhor decisão e por isso nem sentem culpa. Outras ponderam entre prós e contras e acabam tomando a decisão de abortar com pesar e tristeza, mas pensando que infelizmente é a melhor opção.

Ainda há aquelas mulheres que passam por um grande dilema, possuem muita dificuldade de chegar a uma decisão. Nestas predomina-se a culpa e mesmo decidindo interromper a gravidez a probabilidade de um arrependimento é grande.

E há mulheres que nem gostam de ouvir a palavra aborto e que decidem ter o filho a qualquer custo, mesmo com todas as dificuldades, e estas percebem, na maioria das vezes, que as dificuldades enfrentadas são menos terríveis do que as fantasias que criamos diante das dificuldades.

Desejar um filho é um sentimento que está impregnado com diversos outros sentimentos. Segundo Maldonado (2002), um filho pode significar um desejo de perpetuação das raízes e do sobrenome familiar, uma oportunidade de enriquecer e dar novos significados à vida do casal, ou num caso oposto, significar um rompimento conjugal, principalmente quando ele vem na tentativa de solidificar um vínculo que estava frágil. Outras pessoas podem desejar um filho pensando que ele pode preencher um vazio, para lhes fazer companhia, ou para que num futuro este filho seja alguém que possa cuidar deles.

As expectativas depositadas tanto em cima deste filho que está por vir,

como nos ideais que nós mesmos fazemos de nós como pais e mães, são enormes. E além das expectativas existem também os medos das mudanças. Medo de perder a beleza do corpo e acabar sendo rejeitada como mulher, medo de não ser uma boa mãe, de não gostar de crianças, de repetir com seu filho características de seus pais que julgava inadequada.

A cada mudança é necessário abandonar características, sentimentos, objetos de amor. Esta transição é permeada por um processo de luto, pois é necessária uma reestruturação frente a cada objeto perdido.

4. LUTO, MATERNIDADE E CONSTITUIÇÃO DO ESPAÇO PSÍQUICO

Na língua portuguesa, a palavra luto recebe várias acepções, a saber:

“Luto. [Do lat. Luctu] s. m. 1. Sentimento de pesar ou dor pela morte de alguém. 2. os sinais exteriores de tal sentimento, em especial traje, preto quase sempre, que se usa quando está de luto: “Minha mãe chorava, cosando o luto, entre duas visitas de pêsames.” (Machado de Assis, Relíquias da Casa Velha, p. 95) 3. O tempo durante o qual se usa luto (2) 4. Tristeza profunda; consternação, dó (...) 5. Fig. A morte.” (Buarque de Holanda Ferreira, 1986, p. 1054)

Quando falamos de luto, são exatamente essas acepções que vêm à nossa cabeça, perda de um ente querido, choro, roupa preta, tristeza profunda pela perda de alguém e que pode se manter durante um longo período de tempo.

O que propomos aqui, através da teoria psicanalítica, é entendermos o luto como um processo decorrente de uma perda ou de uma mudança que seja significativa na vida da pessoa e que necessite de grande envolvimento emocional para transpor para uma nova etapa, sem deixar de lado os sentimentos que envolvem a etapa anterior. Assim como na perda de um ente querido, onde é necessário que luto seja bem elaborado, mas isso não significa o esquecimento desta pessoa, a dor e a saudade sempre estarão presentes.

Segundo Freud (1916 [1915]) em seu artigo *Sobre a transitoriedade* nós

possuímos certa dose de capacidade de amor, denominada libido, que nas etapas iniciais do desenvolvimento é dirigido para o próprio ego. Num momento posterior, essa libido é desviada do ego para os objetos, que são, então, levados para o nosso ego. Nesse sentido, se os objetos forem destruídos ou se ficarem perdidos para nós, nossa libido será mais uma vez liberada e poderá, então, ou substituí-los por outros objetos ou retornar temporariamente ao ego.

Para ele, o motivo pelo qual esse desligamento da libido de seus objetos se constitui em um processo tão penoso permanece como mistério. Apenas podemos ver que a libido se apega aos seus objetos e não renuncia àqueles que se perderam. Configurando essa definição como luto.

Segundo Laplanche & Pontalis (2000), o trabalho de luto é um processo intrapsíquico consecutivo à perda de um objeto de afeição, e pelo qual o sujeito consegue progressivamente desapegar-se dele.

Segundo Freitas (2000), o conceito de luto normal implica em um processo dinâmico e complexo que envolve a personalidade do indivíduo. Sendo que no luto dito normal, há um sofrimento provocado pela perda do objeto e, conseqüentemente, há perda de partes do ego projetadas neste. Há um enorme esforço psíquico, que implica recuperar as ligações com a realidade, o desligamento dos aspectos persecutórios do objeto perdido e a assimilação dos objetos positivos e bons.

Em *Luto e Melancolia*, Freud (1917 [1915]/1996, p. 249), traz a definição de luto como “O luto, de modo geral, é a reação à perda de um ente querido, à perda de alguma abstração que ocupou o lugar de um ente querido, como o país, a liberdade, o ideal de alguém, e assim por diante”. Onde podemos perceber o luto como perda de objeto de investimento pulsional que não é necessariamente um outro ser humano.

Para falarmos luto como perda de objeto, temos que levar em consideração a noção de objeto na psicanálise. Desta forma, podemos tomar duas das acepções de Laplanche & Pontalis (2000) para esta noção de objeto.

“A) Enquanto correlativo da pulsão, ele é aquilo em que e por que esta procura atingir a sua meta, isto é, um certo tipo de satisfação. Pode tratar-se de uma pessoa ou de um

objeto parcial, de um objeto real ou um objeto fantasístico. B) Enquanto correlativo do amor (ou do ódio), trata-se então da relação da pessoa total, ou da instância do ego, como um objeto visado também como totalidade (pessoa, entidade, ideal, etc.) (o adjetivo correspondente seria 'objetal')."

Diferentes lutos são vivenciados ao longo da vida, no decorrer do desenvolvimento, exatamente porque no decorrer de nossa vida nos deparamos com diversas perdas de diferentes objetos libidinais. Ao depararmos com as mais diferentes perdas: materiais, financeiras, físicas, profissionais, de posição social e de identidade, entre outras, nos vemos a frente de um processo de luto.

O momento da gestação de uma criança é bastante marcado pela transitoriedade. A gravidez é a uma transição que faz parte do processo natural de desenvolvimento, mas que envolve a necessidade de reestruturação e ajustamento em várias dimensões. Num primeiro momento, verifica-se a mudança de identidade e uma nova definição de papéis, a mulher passa a se olhar e a ser olhada de uma maneira diferente. Se num momento é vista como filha e mulher, agora também é vista como mãe.

Aragão (2004), ao falar de agorafobia, afirma que é preciso considerar a hipótese de que uma perda (ou uma alteração) de referenciais internos provoca a sensação de perda de referenciais externos. São as perdas de pilares de sustentação egóicos os responsáveis por esta aparente desorganização externa. E completa que, na gravidez, também há uma alteração fundamental na referência de si mesma: a alteração corporal, induzindo uma mudança na imagem do corpo, afeta a representação narcísica da mulher.

Klein (1996) discute a dinâmica da regressão materna e as identificações e interações que ela ocasiona. Fala das múltiplas identificações da mãe e da variedade de relacionamentos objetais internos que integram a sua maternação. Uma mãe se identifica com a própria mãe, ou ainda com a mãe que ela desejava ter, e tenta fornecer cuidados maternos ao filho.

A maternidade, segundo essa autora, pode ser um empenho de reparação (fantasista) dos males que a mãe da mãe cometeu (também fantasiosamente) aos

filhos (seus rivais). Por outro lado, pode ser um modo de voltar à sua mãe por males que ela lhe causou.

Para Aragão (2004), tanto quanto seu bebê, a mãe precisa do tempo da gestação para, no seu tempo psíquico, constituir-se como mãe. Esse período seria necessário para que se possa esboçar a criação de um espaço psíquico materno constitutivo de um suporte no qual o bebê possa advir como um ser subjetivado, e não somente como um ser biológico.

Assim como no bebê, onde corpo e psique são indissociáveis, Aragão (2004) propõe pensar as experiências corporais da mãe, mudanças físicas, como indissociáveis das mudanças psíquicas. Desta forma, pode-se pensar que a gravidez inaugura a experiência de um encontro íntimo da mulher consigo mesmo, pois permite a emergência de conteúdos psíquicos recalçados, relativos a experiências e fantasias infantis.

Para esta autora, no trabalho do psiquismo materno, que busca transformar o psiquismo em familiar, é necessário que a mãe construa antecipadamente o eu do bebê, na espera desse encontro “imprevisível e eventualmente perturbador”.

Aulagnier (1999) define como construção de um eu antecipado e afirma que para que se dê a passagem do corpo somático, do corpo sensorial para o corpo relacional, é preciso uma “historicização” da vida somática. Assim “uma primeira versão construída e aguardada na psique maternal acolhe esse corpo para unir-se a ele” e este “eu antecipado” insere a criança num sistema de parentesco onde sua imagem corporal porta em si a marca de um desejo materno. A mãe, neste sentido, precisa organizar e modificar seu próprio espaço psíquico de maneira a corresponder às exigências da psique e do infans. (Aragão, 2004).

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com a melhoria da assistência ao parto e os grandes avanços no âmbito da prevenção, surge um novo modelo de gestante, aquelas que conhecem e participam de todas as mudanças que ocorrem em sua vida, tem mais controle sob as transformações físicas, emocionais e profissionais e, conseqüentemente, um melhor relacionamento mãe/bebê desde o útero, o que, segundo os estudos

mais recentes, é fundamental para um bom desenvolvimento da criança.

Para Anzieu (2000) as sensações cutâneas introduzem as crianças da espécie humana, mesmo antes de seu nascimento, em um universo ainda difuso, mas que desperta o sistema percepção-consciência, que subentende um sentimento global e episódico de existência e que fornece a possibilidade de um espaço psíquico originário. Ele define por “Eu-pele”:

“Uma representação de que se serve o Eu da criança durante fases precoces de seu desenvolvimento para se representar a si mesma como Eu que contém os conteúdos psíquicos, a partir da experiência da superfície do corpo. Isto corresponde ao momento em que o Eu psíquico se diferencia do Eu corporal no plano operativo e permanece confundido com ele no plano figurativo.”

Segundo este autor, no nascimento e nos dias que se seguem, a criança apresenta um esboço do Eu, em virtude das experiências sensoriais já realizadas no fim de sua vida intra-uterina, e também sem dúvida do código genético que predeterminaria seu desenvolvimento nesse sentido.

Winnicott (1952, p. 315) afirma que “a base para a saúde mental é instaurada pela mãe desde a concepção e ao longo dos cuidados comuns por ela dispensados ao seu bebê, em razão de sua motivação especial nesse sentido”.

A construção da maternidade, encontrar um equilíbrio na balança do querer e do não querer, passar pelos diversos processos de luto adequadamente, tudo isso é um desafio, mas ao mesmo tempo fundamental para que a constituição psíquica deste bebê se dê de uma forma saudável.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ANZIEU, D. (1989/2000) *O eu-pele*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- ARAGÃO, R. O. de. (2004) “Nascimento materno e criação do espaço psíquico para o bebê”. In: *O bebê, o corpo e a linguagem*. Coleção dirigida por Cláudia Mascarenhas Fernandes; Organização de Regina Orth de Aragão. São Paulo: Casa do Psicólogo. (Primeira infância).
- BUARQUE DE HOLANDA FERREIRA, A. (1986) *Novo dicionário da língua portuguesa*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2ª edição.
- FREITAS, N. K. **Luto materno e psicoterapia breve**. São Paulo: Summus, 2000.
- FREUD, S. (1916 [1915]/1996). “Sobre a transitoriedade”. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Vol. XIV. Rio de Janeiro: Imago, 1ª edição.
- _____. (1917 [1915]/1996). “Luto e melancolia”. Em: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Vol. XIV. Rio de Janeiro: Imago, 1ª edição.
- KLEIN, M. (1996) Amor, culpa e reparação. In *Amor, culpa e reparação e outros trabalhos 1921-1945. Obras Completas Melanie Klein, vol. 1*. Rio de Janeiro: Imago.
- LACAN, J. (1998) *Escritos: O estádio do espelho como formador da função do eu*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- LAPLANCHE, J. & PONTALIS, J. B. (2000) Vocabulário de psicanálise. São Paulo: Martins Fontes.
- LEAVELL, H., CLARK, E. G. (1976) Medicina preventiva. Rio de Janeiro: McGraw-Hill do Brasil.
- MALDONADO, M. T. (2002) *Psicologia da gravidez*. São Paulo: Saraiva.
- _____. (Org, 2002) *Nós estamos grávidos*. São Paulo: Saraiva.
- SALES, L. M. M. Entre o fascínio e o horror: um estranhamento na clínica mãe e bebê. **Estilos da Clínica**. São Paulo, v. 1, n. 1, p. 64-79, 2000.
- WINTER, T. R. & DUVIDOVICH, E. (2004) *Maternagem: uma abordagem preventiva em saúde; abordagem psicossomática*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- WINNICOTT, D. W. (1975) *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: Imago.
- _____. (1952) “Psicoses e cuidados maternos”. In: *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas*. Rio de Janeiro: Imago.

**GESTANT PATIENTS OF INFECTUM-CONTAGIOUS ILLNESSES:
PREVENTION, MOTHERHOOD AND PSYCHOANALYSIS**

ABSTRACT

This paper is part of a double project: reflections concerning the work that comes being developed since 2003 in the Institute of Diagnosis and Prevention of the APAE-Goiânia with gestants patients of infectum-contagious illnesses and a research whose object is the analysis of the clinical sessions with the gestants taken care of in this work. Motherhood, the assistance to the gestant and, mainly, the preventive work are subjects had been earning importance and prominence in the last decades. The Program of Protection to the Gestant of the State of Goiaz/Brazil is an example of project of prevention of success. The multidiscipline time have a common objective - the prevention of the vertical transmission. Questions as desire and not maternal desire; construction of the maternity; ambivalence; maternal mourning; acceptance of the illness; adhesion to the treatment; relation mother/baby; amongst others, show indirectly, making it selves central questions. The psychoanalytic approach if constitutes as referential and theoretical basement for related the practical clinic in the scope of the health.

KEY-WORDS: psychoanalysis; prevention; precocious intervention; motherhood.