VALÉRIA WOJCIECHOWSKI

**Reações iniciais e níveis de stress da gestante frente
ao diagnóstico de malformação fetal não letal**

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina
da Universidade de São Paulo para a obtenção do
Título de Mestre em Ciências.

Área de concentração: Fisiopatologia Experimental

Orientadora: Dra. Julieta Maria de Barros Quayle

SÃO PAULO

2004

FICHA CATALOGRÁFICA

Preparada pela Biblioteca da
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

©reprodução autorizada pelo autor

Wojciechowski, Valéria

.Reações iniciais e níveis de stress da gestante frente ao diagnóstico de malformação fetal não letal / Valéria Wojciechowski. -- São Paulo, 2004.

Dissertação(mestrado)--Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Área de concentração: Fisiopatologia Experimental.

Orientadora: Julieta Maria de Barros Quayle.

Descritores: 1.FETO/anormalidades 2.ENTREVISTA PSICOLÓGICA/métodos 3.COMPLICAÇÕES NA GRAVIDEZ/psicologia 4.ESTRESSE/diagnóstico 5.ESTRESSE/etiologia

USP/FM/SBD-174/04

AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Dr. Marcelo Zugaib e a Dra. Mara Cristina Souza de Lucia pela oportunidade de realizar este trabalho.

À Dra. Julieta Quayle pelas orientações, sugestões e incentivo na estruturação e execução desta dissertação.

À Gláucia Rosana Guerra Benute, que através da amizade compartilhou seus conhecimentos enriquecendo a compreensão e a organização deste trabalho.

Aos meus pais, que em todos momentos da minha vida foram fonte de estímulo e perseverança.

Ao Renato Curi da Silva, que esteve presente em todos os momentos.

À Maria Luciana Claudino, com quem pude contar em momentos decisivos, me encorajando, ensinando-me e revisando este texto.

Em especial, às pacientes que, através do sofrimento, conseguiram dividir suas angústias e possibilitaram a compreensão emocional desta difícil e delicada vivência.

SUMÁRIO

LISTA DE TABELAS

LISTA DE GRÁFICOS

RESUMO

SUMARY

1. INTRODUÇÃO	1
2. REVISÃO DA LITERATURA	9
2.1 Aspectos emocionais de uma gestação normal.....	9
2.1.1 Gestação e desenvolvimento emocional	9
2.1.2 Fantasias e expectativas na gestação normal.....	13
2.2 O Diagnóstico Pré-Natal.....	18
2.2.1 Processo de investigação e conduta no Diagnóstico Pré-Natal	22
2.2.2 O Diagnóstico Pré-Natal e implicações práticas.....	24
2.2.3 A inserção do psicólogo na equipe de Medicina Fetal.....	28
2.2.4 Implicações emocionais durante a realização do Diagnóstico Pré-Natal.....	32
2.3 Malformação fetal não letal	37
2.3.1 Repercussões emocionais frente ao diagnóstico de malformação fetal não letal	41
2.3.2 Vínculo materno-infantil e o diagnóstico de malformação fetal não letal	45
2.3.3 O relacionamento após o nascimento do bebê	48
2.3.4 Malformação fetal não letal e atuação psicológica: o trabalho do psicólogo na equipe interdisciplinar.....	53
2.4 Stress.....	56
2.4.1 Stress e gestação	60
2.4.2 Stress e malformação fetal não letal	64
2.4.3 Inventário de Sintomas de Stress de Lipp	66
3. OBJETIVOS	68
3.1 Objetivo Geral	68
3.2 Objetivos Específicos	68

4. MÉTODO	69
4.1 Sujeitos	69
Critérios de inclusão	69
Critérios de exclusão	70
4.2 Instrumentos	71
Entrevista	71
Inventário de Sintomas de Stress de Lipp	73
4.3 Procedimentos	75
Recrutamento das pacientes	75
Coleta dos dados	76
Análise dos dados	77
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO	79
5.1 Caracterização das gestantes	81
5.1.1 Dados sócio-demográficos	81
Faixa Etária.....	81
Escolaridade	82
Estado civil.....	82
Profissão e renda.....	82
Religião.....	84
5.1.2 Dados Obstétricos e Familiares	84
Antecedentes gestacionais	84
Antecedentes familiares	89
Antecedentes pessoais	90
Diagnóstico médico.....	92
Encaminhamentos	93
5.2 Reações relatadas pelas gestantes em relação à gestação e ao diagnóstico de malformação fetal não letal.....	95
5.2.1 Sentimentos presentes na gestação atual.....	95
Período gestacional e implicações emocionais frente à malformação fetal não letal	95
Pensamentos quanto à gestação	97
Sentimentos frente à gestação.....	101
5.2.2 Sentimentos frente à malformação fetal não letal.....	106
5.2.3 Expectativas quanto ao bebê	110
Antes do diagnóstico.....	111
Depois do diagnóstico.....	112
5.2.4 Fantasias sobre o bebê.....	114

5.2.5	Mudanças de rotina	118
	Mudanças após o diagnóstico.....	118
	Fantasia quanto às mudanças após o nascimento do bebê	121
5.2.6	Reação da família e repercussões na gestação.....	125
	A família.....	125
	O casal e seu relacionamento.....	128
5.2.7	Auto-avaliação das pacientes quanto à ansiedade e ao stress.....	129
5.2.8	Relação entre as reações emocionais relatadas e o tipo de malformação fetal.	135
	Opinião das gestantes quanto à gravidade	135
	Sentimentos despertados frente ao tipo de malformação fetal.	137
5.3	Stress.....	139
5.3.1	Inventário de Sintomas de Stress para Adultos.....	139
	Presença de <i>stress</i>	139
	Fatores associados à presença de <i>stress</i>	140
5.3.2	Fases de stress.....	145
5.3.3	Fatores associados às fases de stress	147
5.3.4	Comparação entre a opinião da gestante e os resultados do ISSL.....	151
5.4	Considerações finais	153
6.	CONCLUSÕES	159
7.	ANEXOS.....	161
	Glossário	161
	Justificativa da Amostra.....	163
	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	164
	Roteiro da entrevista semidirigida.....	165
	Inventário de Sintomas de Stress de Lipp: Caderno de aplicação.	170
	Lista de Malformações Fetais.....	172
	Relatório da análise estatística.....	175
	Quadro-resumo	176
8.	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	181

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Opção pela interrupção da gestação após o DPN em diversos países.....	26
Tabela 2 - Distribuição das pacientes em relação ao número de gestações e ao número de filhos vivos	87
Tabela 3 - Distribuição das gestantes em relação ao diagnóstico médico fetal.....	92
Tabela 4 - Distribuição das gestantes em relação ao período de tempo que haviam sido informadas sobre o diagnóstico de malformação fetal	94
Tabela 5 - Distribuição das gestantes em relação aos pensamentos relatados frente à gestação.....	99
Tabela 6 - Distribuição das gestantes em relação aos sentimentos apresentados frente à gestação	101
Tabela 7 - Distribuição das gestantes quanto às expectativas referidas em relação ao bebê antes do diagnóstico	111
Tabela 8 - Distribuição das mudanças de expectativas em relação ao bebê após o diagnóstico de malformação fetal.....	113
Tabela 9 - Distribuição das gestantes quanto à imagem do bebê	115
Tabela 10 - Distribuição das gestantes considerando a imagem que apresentavam do bebê em relação à compreensão do diagnóstico....	118
Tabela 11- Distribuição das pacientes quanto às mudanças imaginadas no cotidiano após o nascimento do bebê.....	122
Tabela 12 - Distribuição dos genitores quanto a sua reação frente ao diagnóstico	126
Tabela 13 - Distribuição das gestantes quanto à associação entre a nota de ansiedade antes e depois do diagnóstico de malformação fetal não letal.....	130
Tabela 14 - Distribuição das gestantes quanto à associação entre a nota referida antes e depois do diagnóstico de malformação fetal não letal	132
Tabela 15 - Distribuição das pacientes quanto à opinião referente à gravidade da malformação fetal	135
Tabela 16 - Distribuição das pacientes quanto aos sentimentos relatados frente à malformação fetal e o diagnóstico médico	138
Tabela 17 - Associação entre a presença de <i>stress</i> e a gravidade do problema, segundo a opinião da gestante	141

Tabela 18 -Distribuição das pacientes de acordo com a associação entre a presença do <i>stress</i> e o diagnóstico médico	142
Tabela 19 -Distribuição das gestantes quanto à imagem que apresentavam de seu filho e a presença de <i>stress</i>	143
Tabela 20 -Distribuição das pacientes quanto às fases de <i>stress</i> e a gravidade do problema segundo a opinião da gestante.	148
Tabela 21 -Distribuição das gestantes em relação às fases de <i>stress</i> e o diagnóstico médico.	149
Tabela 22 -Distribuição das gestantes quanto às fases de <i>stress</i> e a data do diagnóstico.	150
Tabela 23 -Distribuição das gestantes quanto a nota de <i>stress</i> que elas julgavam ter após o diagnóstico e a presença de <i>stress</i> segundo o ISSL.	152

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Distribuição das pacientes quanto à auto-avaliação de ansiedade antes e depois do diagnóstico 129

Gráfico 2 - Distribuição das pacientes que apresentavam *stress* antes e depois do diagnóstico de malformação fetal 131

RESUMO

WOJCIECHOWSKI, V. **Reações iniciais e níveis de stress da gestante frente ao diagnóstico de malformação fetal não letal**. São Paulo, 2004. 193p. Dissertação de Mestrado – Faculdade de Medicina, Área de Fisiopatologia Experimental, Universidade de São Paulo.

Este trabalho descreveu as repercussões emocionais iniciais da gestante diante da confirmação do diagnóstico de malformação fetal não letal e a presença de stress nessas situações. Nele foram feitas considerações teóricas acerca do desenvolvimento emocional durante a gestação e do processo de diagnóstico pré-natal e suas implicações emocionais. Exploraram-se, ainda, as repercussões emocionais frente à situação de malformação fetal não letal, incluindo ainda o vínculo materno-infantil. O stress foi relacionado à gestação e à confirmação do diagnóstico. Este estudo teve como objetivo descrever as repercussões emocionais iniciais após o diagnóstico; verificar a relação entre o tipo de malformação fetal e as repercussões emocionais relatadas; avaliar a presença de stress nessas situações, bem como em que fase de stress as gestantes se encontravam. Foi utilizada uma amostra de 40 gestantes que receberam o diagnóstico de malformação fetal não letal e que estavam iniciando o acompanhamento pela equipe de Medicina Fetal da Clínica Obstétrica da FMUSP. Utilizou-se uma entrevista semidirigida e o Inventário de Sintomas de Stress, de Lipp. Verificou-se que as repercussões emocionais iniciais são evidenciadas através do choque e da negação, associados à angústia, medo e sentimentos de impotência e ambivalência afetiva quanto ao bebê. Não houve indícios de repercussões emocionais diferenciadas devido à gravidade ou ao tipo de malformação, sendo que os diagnósticos foram vivenciados com muita dor e angústia. Em relação ao stress, a sua presença foi significativa na população estudada, estando associado a vários fatores que envolvem o diagnóstico de anomalia fetal. Constatou-se que a fase de Resistência foi a mais freqüente entre essas pacientes. Face a esses achados, enfatizou-se a importância do psicólogo na equipe interdisciplinar de Medicina Fetal.

SUMMARY

WOJCIECHOWSKI, V. **Initial reactions and levels of stress of pregnant women when facing a diagnosis of non lethal malformation**. São Paulo, 2004. 193p. Dissertação de Mestrado – Faculdade de Medicina, Área de Fisiopatologia Experimental, Universidade de São Paulo.

This research described initial emotional repercussions of pregnant women when the diagnosis of non lethal malformation is confirmed and the presence of stress in these situations. Theoretical considerations were made regarding the emotional development during the pregnancy and the prenatal diagnosis process and its emotional implications. The emotional repercussions due to the situation of non lethal malformation and the mother infant bond is also explored. The stress was related to the pregnancy and the confirmation of the diagnosis. This study had as an objective to describe the initial emotional repercussions after the diagnosis, to verify the relationship between the type of malformation and the emotional repercussions reported; to evaluate the presence of stress in these situations and in what phase of stress the pregnant women were already in. 40 pregnant women that had received the diagnosis of non lethal malformation and that were being followed by the medical staff of FMUSP. Were studied a semi-directed interview and the Simptom Inventory of Stress by Lipp were used. It was verified that the initial emotional repercussions are evident through shock and denial along with anguish, fear and feeling of impotence regarding the baby. There were no indications of different emotional repercussions due to the seriousness or the type of malformation, being that the diagnosis was seen through a lot of pain and anguish. In relation to stress, its presence was significant in the woman that were analysed associated to many factors that involve the abnormal fetal diagnosis. It was the most frequent among these patients. Based on these results, the importance of the psychologist in the interdisciplinary staff of Fetal Medicine is emphasised.

1. INTRODUÇÃO

A gravidez, o parto e a maternidade despertam na mulher sentimentos, desejos e pensamentos que modificam sua existência. Seja qual for o modo como percebe a gestação, a mulher precisa adaptar-se a ela. Desta forma, a gravidez torna-se um momento marcante na vida feminina, cujo desenvolvimento é caracterizado pela necessidade de muitas reelaborações. Pode-se afirmar que a gestação é um período crítico de transição que se caracteriza por mudanças metabólicas complexas e, emocionalmente, por um estado temporário de equilíbrio instável, devido às grandes perspectivas de mudanças envolvidas no papel social, que demandam novas adaptações, reajustamentos interpessoais, intrapsíquicos e mudanças na identidade (MALDONADO, 1997).

Devido a essas modificações, as repercussões de uma gestação não estão presentes somente no ambiente familiar da gestante, pois a mulher está inserida em um contexto social, econômico, assistencial e cultural mais amplo. De acordo com CURY (1997), independentemente desses contextos,

a gestação sempre será considerada como um estado intermediário entre o *status* de mulher e de mãe, devendo por isso, ser considerada como um “evento social”.

Por ser um evento extremamente importante para a mulher, para a família e para a sociedade, deve-se compreender este processo de transformação. A literatura existente cumpre este papel com excelência, revelando todo o processo de gestação, parto e puerpério em uma gravidez saudável, planejada e sem problemas. Entretanto, há casos em que esse intrincado processo de transformação desenvolve-se simultaneamente com algo importante que acomete a gestante e/ou o bebê.

Os profissionais que trabalham em uma equipe de saúde em obstetrícia conhecem a rotina e as inúmeras intercorrências relacionadas ao período gestacional. Este é o enfoque que se pretende ressaltar neste trabalho: o que acontece emocionalmente com a gestante, quando o bebê apresenta problemas de saúde, mais especificamente malformações que podem comprometer o desenvolvimento e a saúde do bebê.

O interesse pelo assunto iniciou-se quando realizei o curso de Aprimoramento Profissional em Psicologia Hospitalar na Divisão de Clínica Obstétrica da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP). Neste período, tive a oportunidade de me aproximar do complexo desenvolvimento emocional das gestantes e do árduo trabalho das equipes. Nessa clínica tive a possibilidade de trabalhar em vários setores, organizados em virtude das patologias que afligem as gestantes, tais como:

hipertensão, diabetes, abortos recorrentes, alterações cardíacas, medicina fetal, entre outras.

No Setor de Medicina Fetal são atendidas gestantes cujo feto recebe o diagnóstico de algum problema ou malformação, ou ainda, as que estão em processo de investigação. Nesse período de aprimoramento profissional, ficou evidente a relação existente entre a confirmação de um diagnóstico fetal desfavorável e a intensificação de alguns sentimentos que geram desorganização emocional nas gestantes.

Os atendimentos psicológicos que realizei nesse ambulatório fizeram-me, em muitos momentos, refletir na maneira como as mulheres lidam com essa situação extremamente grave e difícil, pois tanto as gestantes quanto suas famílias esperam resultados favoráveis que reafirmem o papel social de bons progenitores e que colaborem para o desenvolvimento emocional da mulher.

Durante esses atendimentos, pude constatar que a desorganização emocional era, por vezes, expressa através de sentimentos antagônicos tanto em relação ao diagnóstico de anomalia fetal, quanto aos relacionados à saúde e à normalidade do bebê.

Nesse universo de sofrimentos e angústias, há particularidades e especificidades emocionais em enfrentar a situação, que são associadas, em parte, ao prognóstico fetal e à condução do processo gestacional, pois quando a malformação fetal diagnosticada não é letal, as gestantes dão

continuidade ao pré-natal, diferentemente do que ocorre quando são diagnosticadas malformações letais, em que existe a possibilidade de solicitarem a interrupção da gestação pela via judicial.

Em relação à interrupção judicial, há vários artigos (BENUTE; GOLLOP, 2002; STATHAM et al., 2000; BRADY et al., 1998; QUAYLE et al., 1996; DALLAIRE et al., 1995) que descrevem como essa possibilidade gera conflitos e sofrimentos, tanto para o casal quanto para a equipe. No entanto, deparei com a dificuldade em encontrar textos que abordassem mais profundamente os aspectos emocionais presentes na gestante frente ao diagnóstico de malformação fetal não letal.

O desafio em compreender as repercussões emocionais presentes nessas situações, conjuntamente com os atendimentos psicológicos que realizei no curso de aprimoramento profissional, me motivaram a aprofundar o estudo sobre o assunto.

Atualmente, como aluna do curso de pós-graduação, através da sistematização desse estudo, tenho a intenção de oferecer subsídios teóricos para os profissionais de saúde mental que atuam nesse processo e auxiliar a equipe de diversos especialistas que trabalham na área de Medicina Fetal.

Desta maneira, espero contribuir com a literatura existente que afirma estar o diagnóstico de malformação fetal sobreposto à crise normativa da gestação, o que torna o processo extremamente complexo e delicado.

Não tenho a pretensão de esgotar o tema, mesmo porque durante este trabalho tive objetivos delimitados que se referem às repercussões emocionais iniciais do diagnóstico de malformação fetal não letal e à incidência de *stress*¹ na gestante, sendo que a realização de outros estudos é extremamente importante para a compreensão dessa vivência.

Contudo, torna-se importante ressaltar que não há relação de causa/conseqüência, ou seja, nem todas as mulheres reagem da mesma maneira frente a um diagnóstico de malformação fetal. A vivência desse sofrimento não pode ser considerada como imutável, pois há individualidades tanto na gestante quanto no próprio meio social, econômico e cultural que podem modificar essa vivência e a maneira como a gestante lida com a situação.

SINASON (1993) ressalta que algumas mulheres acreditam que possuem recursos internos para lidar com qualquer problema que seu bebê, não nascido, possa ter. Outras sabem que não conseguirão. A autora ainda destaca que ajudas referentes a consultas prévias e auxílio financeiro fazem a diferença, nestes momentos.

A maneira como a mulher lida com esses sentimentos e como se vincula ao bebê, ainda na gestação e após o nascimento, pode definir o futuro relacionamento entre ambos. O bebê, após o nascimento, também contribui para essa vinculação, pois traz em sua bagagem hereditária uma

¹ Neste trabalho optou-se por utilizar a palavra *stress* ao invés de estresse, pois seguimos a nomenclatura utilizada pelo Inventário de Sintomas de Stress de Lipp (ISSL), instrumento utilizado no estudo.

predisposição para apegar-se a outro ser humano que lhe seja receptivo e acolhedor. Se houver essa vinculação afetiva entre o bebê e sua parceira de interação, geralmente a figura materna, será desenvolvida uma relação tão profunda que marcará de forma indelével a ambos (BERTHOUD, 1998).

A formação do apego não se refere à afeição recíproca entre um bebê e um adulto, mas ao fenômeno pelo qual os adultos, através de um fluxo, de mão única, de preocupação e afeição, tornam-se comprometidos com as crianças que estiverem sob seus cuidados durante os primeiros meses e anos de vida (KLAUS; KENNEL, 1993, p. 21).

BERTHOUD (1998, p. 25) corrobora essa afirmação, ressaltando que “falar de vínculos afetivos é, de certa forma, falar da essência da vida humana no sentido em que o ser humano se relaciona e se vincula a outras pessoas desde sempre, sendo feliz e sofrendo em decorrência destas inter-relações”.

Voltado para essas implicações emocionais advindas do diagnóstico de malformação fetal não letal, este trabalho é organizado de maneira que o leitor possa compreender este período tão intenso.

Tornou-se necessário ter como ponto de referência o desenvolvimento emocional de uma gestação normal, ou seja, sem problemas médicos diagnosticados, pois este é considerado um período que se caracteriza por particularidades psicológicas que implicam fantasias, ansiedades e expectativas singulares, como está descrito na revisão de literatura na seção 1 do capítulo II deste trabalho, onde se descreve a

dinâmica emocional presente nesse processo. As repercussões do diagnóstico de malformação fetal não letal estão inseridas em um período de crise, a gravidez, portanto não se pode desprezar ou negligenciar essa fase.

Na seção 2 do capítulo II, apresenta-se o desenvolvimento do processo de Diagnóstico Pré-Natal (DPN) e relatam-se alguns procedimentos e técnicas utilizadas pelos profissionais envolvidos, além da etiologia e da frequência de malformações fetais. Ainda neste item, norteia-se o leitor sobre as malformações fetais letais e o processo de interrupção gestacional.

Devido às repercussões emocionais relacionadas ao DPN, no item 2.3, ressalta-se a inserção do psicólogo e sua importância na equipe de Medicina Fetal e as implicações emocionais das pessoas envolvidas na realização dessa investigação.

Na seção 3 do capítulo II, descrevem-se as repercussões emocionais da gestante frente à confirmação do diagnóstico de malformação fetal não letal e detalham-se os sentimentos presentes nessas situações. São abordados alguns estudos que identificam fases de adaptação à situação, além de questões relacionadas ao vínculo materno-infantil e suas implicações após o nascimento do bebê, incluindo atitudes do casal e da família da gestante. A atuação do psicólogo também é referida nessa seção.

Além disso, na sessão 4 realizam-se considerações acerca do *stress* na gestação. Também apresentam-se as fases de *stress* e estudos que utilizam o Inventário de Sintomas de Stress de Lipp (ISSL). O *stress* é considerado parte integrante do processo gestacional e do DPN.

A seguir, objetivos, casuística e método do trabalho são apresentados, seguidos dos resultados e sua discussão.

2. REVISÃO DA LITERATURA

2.1 Aspectos emocionais de uma gestação normal

Este trabalho se inicia com a descrição dos aspectos emocionais de uma gestação considerada normal. A ênfase nesse tema é justificada pelo fato de que a identificação de um diagnóstico de malformação fetal não letal ocorre obviamente durante a gravidez. Assim, há um período de crise emocional devido ao diagnóstico de anomalia fetal que se instala, sobrepondo-se a outra crise normativa, a gestação. Desta maneira, o desenvolvimento psicológico normal da gravidez foi utilizado como uma das referências teóricas para compreensão das repercussões emocionais frente aos insucessos gestacionais.

2.1.1 Gestação e desenvolvimento emocional

A psicologia do desenvolvimento auxilia na compreensão do desenvolvimento psicológico humano em diferentes etapas da vida. Os estudos realizados nesta área demonstram que algumas fases constituem

pontos decisivos no crescimento emocional do ser humano e que, em parte, determinam seu estado de saúde ou de doença mental.

A adolescência, a gravidez e o climatério são considerados pontos decisivos desse desenvolvimento, pois constituem as fases do desenvolvimento normativo da personalidade feminina. Nessas fases há mudanças biológicas, sociais e psíquicas. São períodos de transição biologicamente determinados, caracterizados por mudanças complexas. Além disso, são compostos de um estado temporário de equilíbrio instável devido às grandes perspectivas de mudanças envolvidas no seu papel social (MALDONADO, 1997).

Quanto ao período gestacional, MALDONADO (1997) afirma que ocorrem mudanças fundamentais na vida da mulher e de sua família, envolvendo a necessidade de reestruturação e reajustamento de alguns comportamentos referentes às mudanças de identidade e uma nova definição de papéis.

As mudanças de identidade e a redefinição de papéis dizem respeito, principalmente, à transformação do papel de filha para incorporar o papel de mãe, sendo que isso significa assumir responsabilidades, cuidados e deveres em relação à criança.

BORTOLETTI (1996) assinala que a experiência da maternidade é extremamente profunda, podendo ser um período de grandes conquistas no desenvolvimento emocional, pois representa uma possibilidade de atingir

novos níveis de integração, amadurecimento e expansão da personalidade. Em contrapartida, também pode ser a situação desencadeadora de transtornos psicológicos significativos que podem até mesmo comprometer a saúde mental da mulher, sendo que esses transtornos podem influenciar na relação com a criança.

Uma relação saudável significa, em termos gerais, em perceber e satisfazer adequadamente as necessidades do bebê, visto como um indivíduo separado e não simbioticamente confundido com a mãe. Em contraste, uma relação doentia caracteriza-se, em termos gerais, pela expectativa de que o bebê preencha as necessidades neuróticas da mãe ou do pai, como, por exemplo, evitar a solidão, satisfazer-lhe a carência de afeto... (MALDONADO, 1997, p.14).

O relacionamento que a mãe estabelece com seu bebê está associado ao desenvolvimento da personalidade feminina. DEBRAY (1988) identificou três importantes movimentos emocionais que ocorrem com as mulheres durante a gravidez e que estão relacionados à maneira como a mulher se vincula ao bebê. Segundo a autora, em todo ser humano são revividos desejos antigos experimentados na infância com seus próprios pais, vividos como adultos poderosos, pois foram eles que decidiram sobre o seu nascimento. Além disso, assinala o acesso à maturidade e anuncia, ao mesmo tempo, o futuro desaparecimento, trazendo o caráter de finitude. Por último, é considerada a atuação do Complexo de Édipo através das vicissitudes e singularidades pessoais de cada evolução individual, que culmina na finalização de um longo caminho que vai da imaturidade funcional da criança à maturidade do adulto.

Todos os autores que se dedicam a estudar o período gestacional, o definem como um processo de transformação, que está intrinsecamente relacionado às experiências anteriores e aos processos de maturidade e mudança de papéis emocionais e sociais que envolvem a mulher. Aos poucos, foram introduzidos no estudo dessa vivência o parceiro e a família, pois os relacionamentos entre os membros dessa família também contribuem para o desenvolvimento emocional da mulher nesse período, pois, como foi relatado anteriormente, esta é uma fase em que ela revive algumas experiências pessoais e familiares.

Desde o conhecimento da gravidez até as primeiras semanas após o parto, quando a interação entre a mãe e o bebê é extremamente próxima, as atitudes do parceiro contribuem imensamente para a aceitação ou rejeição do bebê, além da aceitação das mudanças corporais e do papel social da mulher. Em contrapartida, as atitudes da mulher em relação ao parceiro podem atenuar ou intensificar sentimentos de abandono, de ciúmes e de rivalidade com o bebê (MALDONADO, 1997).

A mulher é considerada um importante pilar na formação de uma família e, para que a experiência seja satisfatória, torna-se necessário que ela apresente um bom equilíbrio emocional para enfrentar o desenvolvimento normativo da gravidez.

Tendo a dimensão do significado de uma gravidez e as repercussões familiares que essas podem implicar, considera-se atualmente, no contexto da psicologia, a “família grávida” e não apenas a mulher. Neste trabalho,

tem-se como principal foco a gestante; entretanto, em alguns momentos, a família e o parceiro são mencionados devido à importância que apresentam no processo da gravidez face ao diagnóstico de anomalia fetal.

Para a mulher, a gravidez é um momento singular, com sentimentos e comportamentos peculiares que caracterizam a maneira como ela vivencia essa transformação. A partir de estudos sobre esse período, pôde-se observar como as mulheres lidam com as repercussões físicas e psicológicas da gravidez.

2.1.2 Fantasias e expectativas na gestação normal

Autores como DEBRAY (1988), MALDONADO (1997), SZEJER; STEWART (1997) proporcionam uma compreensão emocional do ciclo gravídico-puerperal através de conceitos, definições e interpretações que dizem respeito ao universo do desenvolvimento feminino. Nesta seção, são expostas as repercussões emocionais relacionadas a essa vivência, sendo que o estudo sobre o desenvolvimento da personalidade feminina durante a gestação é apresentado, com fins didáticos, considerando os três trimestres gestacionais.

Uma característica importante que está presente em todo período gestacional é a oscilação de humor, diretamente associada às mudanças no metabolismo da mulher. Esse movimento é caracterizado por períodos de choro e depressão, bem como de euforia e de bem-estar. Por sua vez, essas oscilações favorecem o aumento da sensibilidade e da irritabilidade (MALDONADO,1997).

No primeiro trimestre, a presença de alguns sintomas como náusea, sono e enjôo indicam o reconhecimento da gravidez. Algumas mulheres se sentem orgulhosas por sentirem esses sinais, que são reconhecidos socialmente; para outras, porém, podem ser um grande desconforto justamente por indicar uma gravidez que não foi planejada, nem desejada. A partir deste momento, sentimentos de rejeição ou aceitação alternam-se, sendo comum que a ambivalência afetiva esteja presente em todo o período gestacional: ora a gestante quer, ora não quer o bebê. Esse processo é natural e, em certa medida, caracteriza todos os relacionamentos interpessoais (SZEJER; STEWART, 1997).

Os sinais que indicam uma gravidez podem ser interpretados como o início do processo de transformações sociais e emocionais que a mulher necessita transpor. Desta maneira, a ambivalência torna-se natural, pois, de modo geral, ela deixará de ser a filha para se tornar a mãe e, dentro do possível, cumprir o seu papel materno adequadamente. Essa mudança de identidade pode gerar um conflito ainda maior caso a gestação não tenha sido planejada ou desejada, pois, em nossa sociedade, um bebê sempre é visto como um presente ou uma “bênção”, e a gestante pode se sentir desconfortável com a pressão social em ter de aceitar o bebê. Nesses casos, a ambivalência pode ser fonte de um intenso sofrimento e gerar conflitos ainda maiores.

Nos casos de mulheres que já passaram pela experiência da maternidade, os sintomas da gravidez também podem ser percebidos de

diferentes maneiras, pois cada gestação é vivenciada de maneira singular. Os contextos sociais, econômicos e o desejo em ter ou não mais filhos influencia em uma maior aceitação ou não da gestação.

Quando não há uma aceitação da gravidez, e a mulher tenta expor seus sentimentos, pode sofrer pressões ainda maiores, pois a maternidade geralmente é vista como algo inerente à mulher. A função reprodutiva tem sido considerada a característica fundamental de sua feminilidade (QUAYLE, 1997). Esses conceitos culturais e sociais podem ocasionar certo desconforto caso a mulher não tenha o desejo de ser mãe. Neste momento, torna-se importante considerar as idéias de BADINTER (1985, p. 11), sobre o assunto. A autora afirma: “Acredita-se que uma mulher pode ser normal sem ser mãe...”.

Quanto aos desejos, SZEJER; STWART (1997) ressaltam que eles significam uma forma de vínculo na relação entre a mãe e o bebê: ela lhe oferece algo, pois projeta esse desejo, que é seu, como sendo também do bebê.

Em nossa sociedade, os desejos são muito valorizados, tanto pela gestante quanto pelos membros da família, e, na maioria dos casos, tais comportamentos são vistos de uma maneira positiva, podendo auxiliar no processo de aceitação da gestação.

Para MALDONADO (1997), o segundo trimestre é considerado o mais estável do ponto de vista emocional e se caracteriza pelo impacto dos

primeiros movimentos fetais, sendo esta a primeira vez que a mulher sente o feto como realidade concreta dentro de si, começando a percebê-lo como um ser separado de si mesma. A interpretação desses movimentos constitui mais uma etapa da formação do vínculo mãe-filho e das fantasias da gestante, pois o bebê já começa a adquirir características próprias.

Neste período a gestante sofre grandes mudanças no esquema corporal. Essas mudanças se relacionam freqüentemente à diminuição das relações sexuais, sendo que as fantasias de prejudicar o bebê e de não agradar ao companheiro com suas novas formas estão muito presentes nessas situações (Idem, 1997). Os comportamentos e as atitudes do companheiro podem contribuir para a aproximação ou afastamento do casal. Sua postura pode influenciar o vínculo que a gestante tem com o seu filho, visto que o bebê pode ser interpretado como algo que está prejudicando o relacionamento conjugal.

Quanto às modificações do corpo, SZEJER; STEWART (1997) relatam que as mulheres podem vivenciá-las como uma experiência desestabilizante e angustiante, pois anunciam mudanças significativas que podem ameaçar sua auto-imagem. Em contrapartida, essas alterações podem ser vivenciadas de maneira satisfatória em que a ameaça à auto-imagem não está presente, mas sim há uma elaboração do papel que está assumindo. De modo geral, a mulher reage de uma forma ou de outra, sendo que tais comportamentos podem ser, muitas vezes, dependentes de como o homem lida com essas mudanças e de como foi estabelecida a relação conjugal. Além disso, a

estrutura de personalidade e o desejo de ser ou não ser mãe influenciam diretamente em sua relação com o próprio corpo.

Quanto ao terceiro trimestre, SZEJER; STEWART (1997) assinalam que as descompensações psíquicas tomam formas mais específicas e a gestante atravessa estados de ansiedade e depressão, sofrendo alterações de sono, sempre conforme sua história e o significado da gravidez.

Durante este período, diminuem suas atividades, o que pode gerar angústia em algumas mulheres, principalmente as mais ativas. Em geral, a hiperatividade é uma espécie de fuga, cuja função é afastar a angústia presente na história dessas mulheres (Idem, 1997).

A proximidade do parto também gera ansiedade, porque ao mesmo tempo que a mulher deseja ver o filho e tê-lo em seus braços, ela deseja prolongar a gravidez para adiar a necessidade de vivenciar as novas adaptações exigidas (MALDONADO, 1997).

Durante a gestação, a idealização² do bebê ocorre de forma natural, sendo que no terceiro trimestre aumentam as preocupações relacionadas à saúde e à “perfeição” do bebê.

Diante dessas mudanças biopsicossociais tão profundas na vida de uma mulher, verificou-se a presença de ansiedade em vários momentos do período gestacional. SOIFER (1980) identificou em seus estudos a ansiedade no início da gestação, durante a formação da placenta (segundo e terceiro mês), ante a percepção dos movimentos fetais (três meses e

² Entende-se por idealização "um processo psíquico pelo qual as qualidades e o valor de um objeto são levados à perfeição" (LAPLANCHE, 1995).

meio), na instalação franca dos movimentos (cinco meses), no início do nono mês e nos últimos dias antes do parto. Esta ansiedade específica da gravidez é considerada natural, contudo, se houver alguma patologia associada à gestação ou alguma intercorrência, ela pode intensificar-se e prejudicar de algum modo o processo gestacional.

Dessa maneira, o caminho para a maternidade não se mostra tão simples, e a mulher necessita se sentir minimamente preparada para as inúmeras transformações e ansiedade advindas dessa experiência.

Paralelamente a essas transformações, a gestante ainda tem que lidar com consultas médicas e exames pré-natais que objetivam identificar a saúde ou a doença tanto dela mesma quanto do bebê, o que pode gerar angústias e desconfortos intensos, particularmente se for diagnosticado algum problema.

2.2 O Diagnóstico Pré-Natal

Os avanços tecnológicos proporcionaram à Medicina inúmeros benefícios quanto ao diagnóstico e ao tratamento em todas as suas áreas de atuação. Na área de Obstetrícia, esses benefícios foram expandidos também para o feto, sendo uma de suas contribuições a possibilidade do Diagnóstico Pré-Natal (DPN). O Diagnóstico Pré-Natal de anomalias fetais foi iniciado no Brasil no final dos anos 70 e, devido a essa aquisição, nos

últimos anos desenvolveu-se uma nova área de atuação multiprofissional, a Medicina Fetal. Desde então, houve um constante desenvolvimento de suas técnicas e dos instrumentos que o viabilizam, o que proporcionou a possibilidade de uma terapêutica intra-uterina em alguns casos, o que anteriormente não era possível (GOLLOP, 1996).

Existem alguns centros de referência no Brasil. Um deles, o Setor de Medicina Fetal da Divisão de Clínica Obstétrica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HCFMUSP), iniciou suas atividades no final da década de 80, objetivando uma abordagem multidisciplinar tanto do feto quanto da genitora. Trabalhando-se com profissionais especializados no âmbito de Medicina Fetal, iniciou-se a rotina de atendimentos, diagnósticos, procedimentos e tratamentos, que, na maior parte das vezes, beneficiam tanto a gestante quanto o feto (BUNDUKI, 1997).

Para BUNDUKI (1997), na área de Medicina Fetal deve-se realizar o DPN através de conhecimentos e aplicações da área de genética (através do estudo de antecedentes e cálculos de risco), da ultra-sonografia e da anatomia patológica (que revê, confirma, reafirma ou modifica o diagnóstico). Se houver a confirmação de uma anomalia fetal, torna-se necessário a assistência de uma equipe multiprofissional que se constitui de neonatologista, cirurgião pediátrico, patologista, geneticista, psicólogo e assistente social.

Em relação à incidência de malformações, KLAUS; KENNEL (1993) afirmam que é de 1 a 2% na população em geral, e que a faixa etária entre 18 e 30 anos é a mais acometida pelas anomalias fetais, apresentando maiores índices de intercorrências, pois o maior número de gestações se dão neste período (BRASIL. Ministério da Saúde).

Quanto à etiologia das malformações fetais, OKUMURA; ZUGAIB (2002) descrevem que os principais fatores de risco para malformação fetal são: histórico de filhos com malformações congênitas, níveis anormais de fetoproteína no soro materno ou no líquido amniótico, aumento ou diminuição de líquido amniótico, restrição do crescimento fetal, diabetes melito materno, exposição a agentes teratogênicos como drogas, infecções e radiações, casamento consanguíneo, ausência de fluxo diastólico na artéria umbilical, arritmias cardíacas fetais, alterações placentárias como mola parcial e placenta espessa.

O DPN é rotineiramente realizado em todas as gestantes. Entretanto, as que apresentam idade avançada, doença herdável ou malformações na família, malformações em gestações anteriores ou na atual, abortamentos freqüentes sem causa determinada, casamento consanguíneo e contato com agentes teratogênicos, necessitam de uma pesquisa mais detalhada sobre a probabilidade de malformações fetais (ARMBRUSTER-MORAES, 1997).

De acordo com CARVALHO et al. (2002), no Setor de Medicina Fetal do HCFMUSP, as malformações do Sistema Nervoso Central (SNC) são as

mais freqüentemente observadas e, entre elas, a hidrocefalia e a espinha bífida são as mais comuns. Nesta casuística de malformações fetais diagnosticadas no pré-natal, o SNC foi responsável por 41% do total, sendo as hidrocefalias responsáveis por 53% destas.

ARMBRUSTER-MORAES (2002) afirma que pelo menos um a cada quarenta nascimentos apresenta uma anomalia congênita, sendo que noventa por cento das malformações congênitas são parciais ou totalmente de etiologia genética. As malformações podem ser letais ou não letais, e de acordo com este prognóstico, as condutas do DPN são específicas como será relatado mais adiante.

Alguns exemplos de malformações letais são: anencefalia, porencefalia, encefalocele, hidrocefalia gigante, anomalias associadas a cromossomopatias como trissomia do 13, trissomia do 18, agenesia renal bilateral e doença policística renal bilateral, doenças hereditárias metabólicas e hematológicas não-tratáveis como doença de Tay-Sachs e hemoglobinopatias (OKUMURA; ZUGAIB, 2002).

Estão no grupo de malformações não letais as atresias do tubo digestivo, íleo meconial, duplicações e cistos intestinais, onfalocele pequena e não rota, espinha bífida, meningo e meningomielocle pequena e não rota, uropatias unilaterais, deformidades torácicas, craniofaciais e de membros, higroma cístico, teratoma sacrocóccigeo pequeno e cisto ovariano (Idem, 2002).

2.2.1 Processo de investigação e conduta no Diagnóstico Pré-Natal

O Diagnóstico Pré-Natal é baseado em ultra-sonografia de rotina, seja realizada por técnicos, clínicos, obstetras ou radiologistas. Normalmente, quando há suspeita de malformação fetal, encaminha-se a paciente para um centro de referência. Neste, deve-se confirmar ou retificar o diagnóstico prévio pelo ultra-sonografista especializado. A etapa seguinte consiste em fornecer um prognóstico preliminar, incluindo a pesquisa de outras anomalias associadas (BUNDUKI, 1997).

Nestas circunstâncias, vários órgãos são examinados e avaliados em relação à sua anatomia e seu funcionamento. As alterações morfológicas mais salientes podem ser diagnosticadas muito precocemente, mas outras menos evidentes podem ser notadas apenas no último trimestre. Utilizando o ultra-som pode-se identificar aproximadamente 80% das malformações fetais (FONSECA et al., 2000).

A partir da ultra-sonografia, outros exames podem ser solicitados para auxiliar na compreensão do diagnóstico, visto que eles definem os procedimentos e as condutas possíveis dentro de cada caso (Folheto Educativo do Setor de Medicina Fetal da Clínica Obstétrica do HCFMUSP, 1998).

Para que a gestante possa compreender o processo de DPN e se sentir apta a fazer escolhas, a orientação e a informação são de suma importância. Uma alternativa é utilizar folhetos informativos sobre os exames que as pacientes podem se submeter. Nesse folheto, devem encontrar

informações importantes que, em linguagem acessível, explique o processo de determinados exames. Quando se tem a realização de procedimentos invasivos³, tais como: Biópsia do Vilocorial, Amniocentese e Cordocentese, o folheto educativo do Setor de Medicina Fetal do HCFMUSP (1998) explica:

estes exames são denominados invasivos, pois são realizados da seguinte maneira: a anestesia local é realizada, uma fina agulha é introduzida através do abdome, no útero materno e então é colhido o material. Durante todo o procedimento a agulha é visualizada através de ultra-sonografia para certificar que o feto não está sendo prejudicado. O procedimento leva de dois a dez minutos e após o teste os batimentos cardíacos fetais são novamente examinados.

Quando a malformação fetal não é letal, o controle da ultra-sonografia deve ser sistemático para verificar a evolução do problema diagnosticado. Por vezes, a gravidez pode apresentar complicações em razão de polidrâmnia e, secundariamente, ameaça de parto prematuro. O obstetra deve envidar todos os esforços para manter a gravidez até o feto adquirir peso e maturidade suficientes para suportar o tratamento pós-natal (SANCHEZ, 2000).

A possibilidade de diagnóstico de anomalias fetais transformou-se em um dos componentes essenciais do atendimento às gestantes nos centros desenvolvidos, existindo razões médicas, sociais e psicológicas para sua implantação e desenvolvimento (QUAYLE, 1997).

³ No anexo A encontram-se maiores informações sobre os procedimentos invasivos.

Como foi descrito, as malformações podem ser letais ou não letais e cada qual implica um encaminhamento diferenciado. A seguir será descrito como se dá o processo de acompanhamento pré-natal em situações de malformação fetal letal.

2.2.2 O Diagnóstico Pré-Natal e implicações práticas

No Brasil, quando se tem o diagnóstico de malformação fetal não letal, não há possibilidade legal de escolha no que concerne à interrupção da gestação. À mulher cabe seguir a gestação ou realizar abortamento clandestino⁴.

Em alguns países (Estados Unidos, Inglaterra, Austrália, entre outros) quando o feto apresenta malformação grave incompatível com sobrevivência pós-natal ou qualidade razoável de vida, a gestante tem a opção de interromper a gestação (OKUMURA; ZUGAIB, 2002). Assim, nota-se que as leis que norteiam o aborto induzido têm abrangência variável, desde aquelas que o proíbem sem qualquer exceção, até aquelas que o consideram um direito da mulher grávida (GOLLOP, 1996).

Um estudo realizado na Holanda por KORNMAN et al. (1997) afirma que as gestantes preferem realizar procedimentos e exames que possibilitam o DPN, como a Biópsia do Vilcorial, no primeiro trimestre de gestação por considerarem mais fácil a interrupção da gestação e por se sentirem mais tranquilas. Entretanto, os autores relatam que o DPN

⁴ Esses dados serão detalhados na seção 3 deste trabalho.

geralmente é realizado no segundo trimestre, pois dificilmente a gestante consegue identificar uma gravidez neste período inicial. Além disso, algumas malformações são detectadas somente no segundo trimestre.

No Canadá, DALLAIRE et al. (1995) realizaram uma pesquisa comparando as reações emocionais de dois grupos de gestantes que realizaram a interrupção da gestação devido a anomalias fetais. O primeiro era constituído de 76 gestantes com risco previamente estabelecido para anomalias fetais por condições genéticas; o segundo grupo era composto de 124 gestantes sem risco determinado previamente. As reações emocionais das mulheres ao saberem do diagnóstico de malformação fetal, nos dois grupos, foram de choque e negação, sendo que 19% do primeiro grupo e 7% do segundo necessitaram de acompanhamento psiquiátrico. Além das reações de choque e negação, no primeiro grupo observou-se culpa intensa em 73% das pacientes, pois, mesmo conhecendo o risco de doenças fetais, essas mulheres engravidaram, enquanto que no segundo grupo essa reação foi observada em 29% das gestantes⁵.

Todas as pacientes realizaram a interrupção da gestação, entretanto um terço de ambos os grupos referiram que se sentiram obrigadas a realizar a interrupção⁶.

⁵ Os autores não especificaram neste trabalho o motivo do sentimento de culpa despertado no segundo grupo.

⁶ Os autores desse trabalho não justificaram o motivo pelo qual as gestantes se sentiam obrigadas a realizar a interrupção da gestação.

De acordo com QUAYLE et al. (1996), uma das explicações possíveis para o sentimento de obrigatoriedade da interrupção da gestação diz respeito à legalização desse ato. Desta forma, as gestantes podem se sentir pressionadas a realizar o DPN, pois nos países em que a lei prevê a possibilidade de aborto em tais casos, considera-se o custo/benefício dos tratamentos oferecidos e os do DPN. Por outro lado, esses países apresentam tecnologia e recursos econômicos que podem oferecer condições mais adequadas de tratamento pós-natal, quando este é possível.

A tabela abaixo mostra a opção pela interrupção da gestação após o DPN (WERTZ; FLETCHER, 1993) em países desenvolvidos.

Tabela 1 - Opção pela interrupção da gestação após o DPN em diversos países

Diagnóstico	Interrupção	Área
Anormalidades cromossômicas	100%	Suíça
		Estados Unidos
	94% a 100%	Unidos
Desordens metabólicas	100%	Austrália
		Estados Unidos
	100%	Unidos
Espinha bífida	74%	Escócia
	100%	Inglaterra
Talassemia	95%	Austrália
		Estados Unidos
	100%	Unidos
	99%	Itália
		Estados Unidos
Anemia Falciforme	39%	Unidos
Anormalidades cromossômicas sexuais		
	79%	Suíça
	63%	Inglaterra
	63%	Finlândia
		Estados Unidos
	67%	Unidos

Da mesma maneira, WERTZ; FLETCHER (1993) demonstram que a possibilidade de interrupção da gestação em países onde o abortamento é uma opção legal, a realização do DPN tende a ser maior. Segundo esses autores, as razões mais freqüentemente alegadas para a interrupção da gestação de fetos portadores de anomalias cromossômicas, além da impossibilidade de sobrevivência deste bebê, foram as que se associaram diretamente ou não, a qualidade de vida do feto. Os genitores relatavam que o bebê sentiria muitas dores e citavam que os procedimentos invasivos necessários após o parto poderiam trazer maior desconforto e sofrimento ao bebê e às famílias.

No Brasil, a interrupção legal da gestação é realizada somente após a solicitação de uma autorização judicial, quando esta é concedida. Para que o processo seja efetivado, é necessário um relatório em que conste o diagnóstico realizado por três médicos, com informações sobre o prognóstico de sobrevivência do bebê após seu nascimento e uma avaliação psicológica da gestante, para verificar suas condições emocionais em realizar essa opção. Assim, cada caso é analisado individualmente.

Paralelamente a esse processo, desde 1992 há um projeto de lei que foi elaborado por uma Comissão que propôs uma Reformulação do Código Penal. No artigo 143, parágrafo IV, propôs-se a seguinte redação:

Não constitui crime o aborto praticado por médico: se se comprova, através de diagnóstico pré-natal, que o nascituro venha a nascer com graves e irreversíveis malformações físicas ou psíquicas, desde que a interrupção ocorra até a vigésima quarta semana e seja

precedida de parecer de dois médicos diversos daquele que, ou sob cuja direção, o aborto é realizado (apud GOLLOP, 1996, p.16).

Portanto, o processo de interrupção de uma gestação não é simples. Lentamente a sociedade brasileira está se mobilizando para facilitar esse processo para a mulher/casal que o deseja. No entanto, existem alguns movimentos contrários que condenam essa prática.

O DPN pode gerar conflitos emocionais que necessitam ser especialmente analisados por um profissional de saúde mental, para que ele possa assistir e assegurar o equilíbrio emocional da mulher. A partir da constatação dessas repercussões, o psicólogo foi inserido na equipe, com o objetivo de compreender e auxiliar esse estado emocional, que pode implicar negativamente no desenvolvimento da personalidade feminina.

2.2.3 A inserção do psicólogo na equipe de Medicina Fetal

A maternidade de um hospital, muitas vezes, é vista como área privilegiada de trabalho, onde somente a vida e a saúde estão presentes. Contudo, essa imagem pode ser modificada quando se observa sua dura rotina que está associada também a intervenções e procedimentos que garantem a sobrevivência do bebê.

Geralmente, há muitas expectativas frente a uma gestação e nesses momentos há fantasias de bebês sadios e felizes. Nesse imaginário, não há lugar para depressão ou perdas, muito menos para a morte. E assim, essas

fantasias escondem a outra face da maternidade, em que problemas com a gestante e com o bebê são freqüentes (QUAYLE et al., 1991).

Nos ambulatórios de pré-natal também se podem observar, em alguns momentos, saídas repentinas e/ou olhos lacrimejantes após a realização de ultra-sonografia, ecografia ou outros exames.

Essa situação deflagra a realidade que o DPN proporcionou, pois o desenvolvimento de suas técnicas e recursos possibilitou respostas mais concretas acerca da saúde do bebê ainda no útero, além de definir as condutas terapêuticas e a delimitação do prognóstico fetal, com reduzida margem de erro (QUAYLE et al, 1991).

Com o aumento da capacidade diagnóstica e, em alguns casos, da terapêutica na vida pré-natal, abriu-se um campo na profilaxia e tratamento da vida emocional. A partir disso, instalou-se um conflito tanto para a gestante quanto para quem participa do processo (CARON; MALTZ, 1994).

O aspecto psicológico associado ao DPN diz respeito às questões relacionadas à maternidade e à feminilidade, pois o bebê é considerado o objeto da investigação.

Quanto a essas questões psicológicas tem-se que

ao inscrever-se numa fase crítica do ciclo vital da mulher e do casal, as vivência por ele (DPN) eliciadas podem desencadear intensas reações emocionais e acarretar sérios desequilíbrios psíquicos, desorganizando as relações familiares (QUAYLE et al., 1991, p. 37).

Frente a esse contexto, o psicólogo é inserido nesse processo, pois necessita-se compreender as reações emocionais eliciadas pelo DPN, além de auxiliar tanto a gestante/casal quanto a equipe médica.

A partir da compreensão psicológica desse processo, o psicólogo pode oferecer às gestantes/casais um suporte emocional para a realização da elaboração do luto frente aos insucessos de uma gestação.

Além disso, com o intuito de não exacerbar sentimentos de onipotência que a situação em DPN pode reforçar, torna-se essencial que a equipe de profissionais conte com especialistas e consultores das diferentes áreas envolvidas no processo, sem esquecer os profissionais de saúde mental, em especial o assistente social e o psicólogo. (QUAYLE et al., 1991).

Quanto aos profissionais que atuam nesta área, nem sempre eles sentem-se preparados para lidar com a intensidade dos sentimentos transferenciais e contratransferenciais que a situação provoca, não conseguindo detectar a origem ou consequência deles (QUAYLE et al., 1991). Assim, o psicólogo pode fornecer um suporte para os membros da equipe através de discussões de casos e análise dos sentimentos presentes nessa relação.

Ainda no tocante à inserção do psicólogo na equipe, tem-se que, com o desenvolvimento do DPN, o feto passa a ser ativo em todo processo gestacional. Dessa maneira o feto, 'paciente' da Medicina Fetal, torna-se um

paciente como outro qualquer. Entretanto, encontra-se dentro do útero da gestante, onde tem seus próprios direitos, que, muitas vezes, diferem dos interesses da mãe (ZUGAIB et al., 1997).

Portanto, não é somente o nível de conhecimento a respeito do feto e seu psiquismo que se modifica: a própria relação da ciência e da sociedade com esse ser é alterada, correspondendo a duas representações particulares: o feto como “paciente” e o feto como “pessoa”. Tais aspectos são extremamente importantes, implicando numa *personalização* do feto (QUAYLE, ZUGAIB, 2002).

Desta maneira, o psicólogo precisa estar atento ao significado dessa personalização para a gestante/casal, para a equipe e para a sociedade, pois a maneira pela qual o feto é percebido pode interferir na maneira como ele é acolhido pelos participantes desse processo.

Preocupado com o curso do atendimento e com a ética frente à maneira como o feto é compreendido, GOLLOP (1996, p.20) afirma que “a medicina fetal não é obra de Deus nem do demônio. Ela é uma parte integrante da medicina que fornece diagnóstico e, quando possível, uma terapêutica, encarando o feto como um paciente”. Justifica o autor, a partir de longos anos de atuação na área de medicina, e reforça que, de qualquer maneira, em todos os casos deve ser extremamente importante uma conduta ética que respeite as crenças e os desejos do casal quanto à conduta a ser realizada.

Deste modo, as repercussões e as preocupações com o desenvolvimento da Medicina Fetal são éticas, físicas, sociais, culturais, emocionais e religiosas por envolverem seres humanos com diferentes crenças e mitos.

Para ressaltar a importância da inserção do psicólogo nessa área e contextualizar os dados apontados no presente estudo, são descritas, a seguir, algumas implicações emocionais que estão presentes durante o DPN, as quais devem ser compreendidas e levadas em consideração quando se assiste as gestantes que se submetem a essa investigação.

2.2.4 Implicações emocionais durante a realização do Diagnóstico Pré-Natal

Quanto ao enfoque psicológico, sabe-se que o período gestacional é composto de uma acentuada vulnerabilidade emocional, desencadeada por fatores biológicos e psicossociais, sendo considerado um período de crise normativa. O DPN, por ser realizado nesse período, favorece o surgimento de uma crise de caráter acidental, mobilizando intensa ansiedade e caracterizando-se como um momento particularmente estressante (QUAYLE, 1996).

Geralmente, submeter-se a exames e procedimentos médicos favorece reações de ansiedade e medo, sendo que, no período gestacional, tais sentimentos podem ser exacerbados devido às expectativas de bons resultados quanto à saúde do bebê (QUAYLE; BUNDUKI 1997).

Logo, o DPN pode funcionar como um fator de desenvolvimento da própria identidade parental, quando proporciona ao casal resultados favoráveis que restauram e reforçam a ligação entre “feto bom” e “bons pais”. A expressão utilizada por QUAYLE et al. (1996), “a boa árvore dá bons frutos”, reflete essa situação, pois o “fruto bom”, ou seja, o bebê sadio, reforça a segurança do casal em sua capacidade criativa. Em contrapartida, a eventual constatação de problemas parece constituir séria ferida narcísica, desencadeando intensos mecanismos defensivos, sendo que a força das defesas e o caráter da ferida vinculam-se ao tipo de problema detectado, sua gravidade e prognóstico, como também às características do casal, seu relacionamento, investimento na gestação atual e antecedentes gestacionais específicos (QUAYLE; BUNDUKI 1997).

Partindo desse pressuposto, SJÖGREN (1996) se dedicou a estudar as razões que levam as gestantes a realizarem o DPN. Seu estudo foi realizado na Suécia com 51 gestantes que foram entrevistadas entre a 12ª e 15ª semana de gestação. A entrevista foi realizada entre uma e duas semanas antes de iniciar o processo de DPN. Quanto à frequência de gestações anteriores, 34 eram multíparas e 17 eram primíparas, sendo que 49 gestantes apresentavam relacionamentos conjugais estáveis. Quanto à idade, a autora refere que não houve diferença estatística significativa entre os achados psicológicos para essa população, sendo que 44 pacientes tinham entre 23 e 34 anos e o restante, entre 35 e 36 anos. Quanto à profissão, 27 eram enfermeiras e 13 trabalhavam com pessoas portadoras de deficiências.

Através das entrevistas realizadas, SJÖGREN (1996) afirma que 29 dessas gestantes apresentavam humor depressivo, 25 apresentavam ansiedade e 9 tinham sintomas psicóticos⁷. Outro aspecto importante que a autora ressalta é que o relacionamento entre o casal pode contribuir para que esses sintomas se intensifiquem, pois o parceiro pode oferecer suporte e continência ou se afastar frente ao DPN.

Frente a outros relacionamentos, SJÖGREN (1996) afirma que 17 dessas gestantes referiram problemas de relacionamento com a mãe, 10 relataram problemas com o pai e 26 afirmaram sérias dificuldades de relacionamento com colegas e amigos. Das 51 gestantes entrevistadas, 14 alegaram que recebiam pouco suporte psicológico. A partir desses dados, SJÖGREN (1996) afirma que essas vivências anteriores podem influenciar na decisão da realização do DPN, pois as mulheres contavam com pouco apoio familiar e social. Ressalta que suas dificuldades de relacionamento estavam associadas a um alto nível de ansiedade que poderia estar associado à prevalência de uma malformação fetal.

SJÖGREN (1996) descreve alguns fatores que predispõem à realização do DPN, sendo eles: problemas psicológicos anteriores, apoio psicológico atual insuficiente, experiências infantis com doenças crônicas ou pouca habilidade física e problemas de relacionamento com a mãe e/ou com o pai.

⁷ A autora não descreveu o que caracterizava esses sintomas psicóticos.

SJÖGREN (1996) foi a única autora encontrada durante a pesquisa bibliográfica que descreveu os fatores que norteiam o desejo de realizar o DPN. Os outros autores, que são mencionados abaixo, se dedicaram a estudar as reações emocionais ao realizar o DPN e suas repercussões.

Para QUAYLE (1997), o DPN, mais que qualquer outro processo em Obstetrícia, confronta o casal, a família e a sociedade com a possibilidade do *insucesso da gestação*, pois:

Durante a realização do DPN, ao avaliar-se as condições de saúde e normalidade do feto, indiretamente se está avaliando a capacidade do casal de, naquele momento, ter gerado um filho saudável. O “eu” parental, a “progenitura” são simultaneamente investigados e o conceito, o fruto concebido pelo casal, se transforma em medida da capacidade geradora e criativa de seus pais, reportando-se à sua inserção social como progenitores adequados (QUAYLE, 1997, p. 34).

Quando os resultados do DPN não são favoráveis, a descoberta de problemas com o feto geram reações emocionais intensas, semelhantes às observadas em situações de grande *stress*, ou em situações de luto. Mesmo em gestações não planejadas ou não desejadas, em que se pode supor uma ambivalência maior em relação ao feto, com menor vinculação afetiva, a aceitação do diagnóstico é extremamente difícil (QUAYLE, 1996).

Corroborando os relatos desses autores, DUALIBI et al. (2003) descrevem as experiências dos atendimentos psicológicos realizados no Centro de Medicina Fetal do Hospital de Clínicas de Minas Gerais e afirmam que, quando a gestante recebe o diagnóstico não significa que ela aceite a

malformação, mas sim dá-se início a um período de questionamentos e de buscas de novos diagnósticos, o que fatalmente originará a ansiedade. Do mesmo modo, os autores afirmam que o sentimento despertado frente à vivência de malformação fetal é de intensa apreensão, e que, algumas vezes, o bebê não recebe nome enquanto não nasce. Nomear significa investir, criar um vínculo emocional.

Ainda em relação às repercussões do DPN, KROEFF et al. (2000) referem que, quando o diagnóstico é realizado tardiamente a aceitação do problema é ainda mais difícil.

Em meio a essa turbulenta experiência, TEDGARD et al. (1999) identificam que o *stress* está presente e ressaltam que ele deve ser diagnosticado e tratado para que, a longo prazo, seus efeitos sejam minimizados.

Quanto aos sentimentos despertados nessas situações, KORNMAN et al. (1997) referem que a ansiedade gerada pelo DPN é desencadeada por um bom motivo, ou seja, a possibilidade de descoberta de algum problema com o bebê.

No entanto, AITE et al. (2003) afirmam que a ansiedade presente nessas situações independe da gravidade da malformação fetal. Afirmam ainda que essa ansiedade está presente após a realização do DPN e no nascimento do bebê.

Desta maneira, a realização do DPN pode gerar um período de intensos sentimentos de ansiedade, *stress*, preocupação e, em alguns casos, intensas turbulências emocionais. Por isso, os profissionais envolvidos devem estar atentos não só para a saúde do bebê, mas também para a gestante/casal.

Nos casos em que foram detectadas anomalias fetais não letais, geralmente a turbulência emocional se intensifica com a proximidade do parto, pois a gestante e o casal têm que lidar com as intercorrências pós-natais e com a presença concreta do bebê.

A seção seguinte trata dessas questões, além de descrever o impacto emocional da confirmação de tal diagnóstico.

2.3 Malformação fetal não letal

Geralmente, existe um prazer comunal quando um bebê sadio nasce. Assim, não é de espantar que, quando um bebê nasce com desconforto, dor ou deficiência, a família experimente sentimentos difíceis. Pode ser que haja vergonha, culpa, medo, pena, raiva, revolta, bem como amor (SINASON, 1993).

Atualmente, esses sentimentos são vivenciados ainda na gestação devido ao desenvolvimento tecnológico que proporcionou o DPN. Na opinião de QUAYLE (1997), a confirmação da anormalidade fetal antes de seu

nascimento confronta os pais com dados e situações antes impensáveis, propondo decisões e adaptações críticas e alterações importantes. Deste modo, as gestantes necessitam se preparar emocionalmente para a chegada desse bebê, pois, saber antecipadamente da existência de um problema para o qual não há uma solução, possibilita à gestante utilizar algumas defesas para se adaptar à situação (QUAYLE et al., 1996).

Apesar do potencial sofrimento, em pesquisa realizada no ambulatório de Medicina Fetal do HCFMUSP, detectou-se que 95% das gestantes optariam por conhecer os resultados do DPN, alegando que poderiam preparar-se melhor para a situação (QUAYLE et al., 1996).

Até recentemente, a maioria das malformações corrigíveis, diagnosticadas intra-útero, eram tratadas após o parto a termo, pois acreditava-se que o recém-nascido apresentava melhores condições anestésicas e cirúrgicas do que o prematuro (OKUMURA; ZUGAIB, 2002). Atualmente, algumas técnicas de cirurgia intra-uterina estão sendo utilizadas com o objetivo de corrigir a malformação fetal ou ainda, de minimizar suas conseqüências. Alguns estudos apontam que a cirurgia deve ser realizada entre 24 e 30 semanas de gestação para que os resultados sejam satisfatórios. SIMPSON (1999) afirma que de dez cirurgias que realizou devido à mielomeningocele, nove bebês apresentaram melhora da hérnia do prosencéfalo três semanas após a cirurgia. Ressalta ainda que as taxas de complicações obstétricas podem diminuir significativamente à medida que advenham estudos com a cirurgia fetal e que se desenvolvam técnicas minimamente invasivas.

No Brasil, algumas equipes de Medicina Fetal estão iniciando a realização desse tipo de cirurgia, enquanto que outras equipes ressaltam a necessidade de comprovação empírica dos resultados para a realização desse procedimento.

Ainda não existem estudos que abordem os fatores emocionais presentes nessas situações, porém nota-se que, para a gestante, essa é uma experiência marcante que pode ser considerada como uma alternativa para a resolução do problema do bebê. Entretanto, do ponto de vista emocional torna-se importante verificar de que maneira a gestante/casal lida com essa experiência.

Enquanto essa inovação tecnológica dá seus primeiros passos no Brasil, é importante ater-se às repercussões emocionais da gestante que ainda não se beneficia desse recurso e tem que esperar o nascimento do bebê para que as intervenções necessárias sejam realizadas.

No Brasil, diferentemente de outros países em que a interrupção da gravidez é autorizada, o diagnóstico de malformação fetal não letal não possibilita legalmente a interrupção da gestação, independente da gravidade da condição.

Em alguns países, entre eles o Brasil, há um movimento denominado “Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos” que, através de discussões e campanhas sociais, defendem a idéia de que a maternidade deve ser uma opção individual da mulher (REDE SAÚDE, 2001).

Com isso, chega-se a um fato importante e relevante diante da sociedade e das leis brasileiras, que é a busca da interrupção ilegal da gestação. No Brasil, estima-se haver cerca de 1,02 a 2,02 milhões de abortos ilegais e cerca de 100 mil mulheres morrem vítimas desses abortamentos clandestinos (HENSHAW et al., 1999). Até o presente, não foram encontrados estudos que realizassem um levantamento quantitativo de mulheres que realizam o aborto ilegalmente tendo como justificativa a malformação fetal. Entretanto, essa possibilidade existe e deve ser levada em consideração.

Para algumas mulheres, esse é um caminho que procura minimizar as dores de gerar um bebê com problemas. No entanto, essa opção pode gerar outros sentimentos como a culpa, que é o sentimento mais comum entre as mulheres que nessas situações buscam o abortamento ilegal, pois, além de terem gerado um filho com problemas, apresentam-se, agora, numa condição “criminosa”, ilícita, segundo BENUTE (2002).

O diagnóstico de malformação fetal não letal pode desencadear vários sentimentos e atitudes. Para compreender essa angustiante experiência, será descrito com detalhes essa situação, iniciando-se com um enfoque histórico.

2.3.1 Repercussões emocionais frente ao diagnóstico de malformação fetal não letal

IRVIN et al. (1993) relatam que o nascimento de um bebê malformado provoca reações diversas em diferentes culturas e diferentes tempos, sendo os mais antigos representados por esculturas, entalhes e desenhos de nascimentos anormais, feitos por povos remotos que precedem as artes da leitura e da escrita.

Relatam ainda que há registros históricos que descrevem as reações humanas em relação às anomalias fetais, as quais quase sempre levaram à medidas extremas, em que o ser humano exterminou ou adorou os deformados da espécie – e, algumas vezes, fez ambas as coisas.

Os relatos apontam que a malformação de um bebê sempre choca os seres humanos, e que estes demonstram tais sentimentos de acordo com seu tempo e sua cultura, sendo que os dados indicam com clareza que essa situação sempre é fonte de sofrimento e frustração.

Com o advento da Medicina Fetal pôde-se sistematizar os conhecimentos acerca da gestação e do feto, e, de certa forma, reprimir atitudes extremas e insanas, como o extermínio. Por outro lado, não é possível a contenção das repercussões emocionais que esse processo de investigação gera. Tais repercussões são relatadas por MOURA (1986)

Se o filho é para a mãe a reedição de sua própria infância, seu filho anormal é como se fosse o seu retrato

exposto. Mãe e filho são um só; e tudo do filho, toda avaliação, todo diagnóstico afeta a mãe de forma extremamente dolorosa. Trata-se de uma ferida narcísica. Em outras palavras, uma ferida em seu amor próprio (MOURA, 1986, p. 607).

Complementando essa idéia, IRVIN et al. (1993) afirmam que a malformação de um recém-nascido é um golpe intenso para o narcisismo dos pais e para todos aqueles que participam do evento, pois o bebê é a culminação dos melhores esforços dos pais e concretiza suas esperanças.

A descoberta de uma patologia ou malformação fetal marca a relação que os pais estabelecem com seu filho por nascer. O filho real, com problemas, afasta-se do filho idealizado, não mais preenchendo o papel que lhe era destinado no imaginário familiar (QUAYLE; BUNDUKI 1997). Portanto, sentimentos de ambigüidade são comuns, já que, ao mesmo tempo em que a mãe está gerando este filho, desenvolve sentimentos negativos por ele frustrar suas expectativas (KLAUS; KENNEL, 1993).

As fantasias presentes no imaginário da gestante quanto à real aparência do bebê, frente ao diagnóstico de malformação fetal não letal, devem também ser analisadas para auxiliar a gestante a se reorganizar emocionalmente e elaborar o processo de luto frente ao bebê idealizado. IRVIN et al. (1993) afirmam que, quanto mais visíveis são os defeitos, mais imediatas são a preocupação e a frustração resultantes. Observam que, quando os pais vêem seus bebês pela primeira vez, afirmam que as malformações pareciam menos alarmantes do que haviam imaginado e essa experiência aliviava parte de sua ansiedade. Desse modo, a fantasia que os

pais fazem a partir da informação de que há algo errado com o bebê pode se tornar mais perturbadora do que a real situação (CARON; MALTZ, 1994).

Devido à importância dessa vivência, DROTAR et al. (1975) realizaram um estudo em que assinalam cinco seqüências de reações parentais normais frente ao diagnóstico de malformação fetal, e as descrevem da seguinte maneira: O **choque** é considerado a resposta inicial. É uma perturbação abrupta do estado normal, com sentimentos de desamparo, crises de choro, vontade de fugir e, eventualmente, comportamentos irracionais. A **negação** sucede o primeiro impacto e tem como objetivo evitar a admissão do diagnóstico. Com a paulatina aceitação da dura realidade, intenso sentimento de **tristeza e cólera** se instalam, gerando intenso sofrimento e reações exageradas. Aos poucos a intensidade de tais sentimentos diminuem na direção de um **equilíbrio**. E, lentamente os pais se sentem mais seguros para cuidar do bebê. E, por fim, há a **reorganização** dos aspectos emocionais que envolvem esse período. Segundo esses autores, “no melhor dos casos, essa adaptação continua sendo incompleta, restando uma ferida narcísica de difícil cicatrização”.

Após esse estudo, outros autores também descreveram a resposta inicial diante da malformação fetal, sendo que todas estas descrições estão relacionadas ao choque e à negação. Um desses estudos, realizado por STATHAM et al. (2000) informa que nesse período inicial são comuns sentimentos de raiva, desespero, inadequação e distúrbios de sono e de alimentação. Outros estudos complementam os achados iniciais de

DROTAR et al. (1975) sendo que SUKOP et al. (1999) ressaltam que a comoção, a negação, o sentimento de culpa, a depressão e a ira com a equipe médica são reações normais. A compreensão da equipe médica nesse momento é fundamental para auxiliar o casal a se adaptar melhor à situação.

BENUTE; GOLLOP (2002) afirmam que as reações emocionais presentes frente ao diagnóstico de malformação fetal, como a dor, angústia e sofrimento, não estão relacionadas ao número de filhos vivos dessas mulheres ou ao planejamento ou desejo da gestação, pois a dor e o pesar são vivenciados por todas as gestantes.

Todos os momentos são apreensivos, contudo, quanto mais próximo o parto, maior a tensão, sendo que DUALIBI et al. (2003) relatam que as gestantes ficam mais depressivas, pois, ao mesmo tempo que desejam o bebê, o rejeitam e o temem.

Neste período, há um aumento significativo da ansiedade, pois há grandes expectativas de que o tratamento pós-natal auxilie o desenvolvimento físico e mental do bebê, minimizando as seqüelas (STATHAN et al., 2000). Assim, tal período também é considerado muito estressante.

2.3.2 Vínculo materno-infantil e o diagnóstico de malformação fetal não letal

A maneira como a mulher lida com a gestação e suas repercussões está intrinsecamente relacionada com a sua estrutura e dinâmica de personalidade, pois "as representações mentais e as fantasias que a mulher faz de si mesma como mãe e do seu futuro bebê influenciam o estilo de vínculo que ela formará com seu filho" (MALDONADO, 1997, p. 43).

O vínculo materno-infantil é de extrema importância para o desenvolvimento do bebê, pois

ele desenvolve sentimentos de auto-confiança e confiança básica no mundo das coisas e das pessoas, em função desta estrutura vincular básica, deste apego inicial. É através desta relação que o bebê se humaniza e desenvolve sua autonomia como um ser único (BERTHOUD, 1998, p. 37).

Portanto, a força e o caráter do apego entre pais e filhos influenciam a qualidade dos apegos da criança com outros indivíduos no futuro. Além disso, essa relação inicial determina a estrutura de personalidade do bebê (IRVIN et al., 1993).

Esse relacionamento se inicia antes da gravidez, pois, na maioria das mulheres, estão presentes fantasias referentes ao desejo de ter filhos. Essas fantasias permitem um jogo chamado de "bebê fantasioso", em que o bebê é imaginado como onipotente, dotado de todos os poderes e de todas as qualidades (DEBRAY, 1988). Essas interações fantasiosas auxiliam na vinculação afetiva entre a mãe e o bebê. O bebê sonhado é

um composto de impressões e desejos, derivados da experiência dos próprios pais (IRVIN et al., 1993).

DEBRAY (1988) afirma que as fantasias e o vínculo materno-infantil estão relacionados a aspectos positivos quanto à saúde do bebê, às expectativas quanto a um futuro promissor e a todas as qualidades imaginadas pela mãe.

Após o nascimento do bebê, MALDONADO (1997) ressalta a importância de que a mãe e/ou o casal comecem a elaborar o luto pelo bebê ideal que imaginaram, já que essa imagem nunca é igual ao filho real.

Considerando-se que esse é um processo natural pelo qual as gestantes passam, deve-se ressaltar sua importância quando uma malformação fetal está presente. Nesses casos, também ocorre um processo de luto, mas esse é composto de dor psíquica consciente, que dá margem a fantasias de imperfeição e incapacidades pessoais. Essas fantasias podem ser reforçadas pela sociedade, pela auto-imagem que cada um tem de si e pela dinâmica do relacionamento do casal, que pode ter brigas frequentes, em que ambos acreditam ser necessário descobrir qual dos dois é o culpado pela "imperfeição" (MALDONADO, 1997).

Além do mais, o enfrentamento do processo de luto depende da imagem básica que cada um apresenta de si. Há uma predominância de aspectos positivos ou negativos de si, já que o ser humano se percebe ora predominantemente bom ora predominantemente mau. A auto-imagem pode

influenciar intensamente na elaboração do luto por uma malformação fetal, já que a partir dessa auto-referência é estabelecida a responsabilidade pelo ocorrido (MALDONADO, 1997).

De maneira geral, nos primeiros contatos entre a mãe e o bebê, ambos experimentam sentimentos ambivalentes de afeição, atração, dúvida, medo e angústia (BERTHOUD, 1998). Dessa forma, é de extrema importância descrever a maneira como a gestante se relaciona com o bebê e com a situação de malformação fetal. Sendo assim, SUKOP et al. (1999), realizaram um estudo para avaliar o vínculo entre as mães que receberam um diagnóstico de malformação fetal e as mães que não obtiveram um diagnóstico de malformação, ou seja, mães com exames fetais normais. Para esse estudo, foi utilizado a *Fetal Attachment Scale*, que é uma escala que mede o apego mãe-feto. A escala é subdividida em cinco itens: assumir papéis, diferenciação do *self*, interação com o feto, atribuição de características ao feto e doação do *self*. Nesse estudo, com 60 gestantes com ecografia de feto normal e 25 com ecografia demonstrando malformação fetal, os autores constataram que a subescala “atribuindo características ao feto” apresentou a diferença menos significativa. Os autores relatam que tal constatação não era esperada, visto que o fator em estudo era justamente uma característica do feto, a malformação. E concluíram que as malformações intra-útero, não afetam, em princípio, a movimentação ou a capacidade de interação dos fetos com suas mães, sendo assim tais gestantes vivenciam experiências tão intensas quanto as mães de fetos normais.

A avaliação de como a gestante se vincula ao bebê deve acontecer de maneira individualizada, pois as reações emocionais podem ser diferentes ou semelhantes. A relação entre a mãe e o bebê é demarcada pela estrutura e dinâmica de personalidade da gestante e a maneira como ela lida com a confirmação do diagnóstico.

Não se pode esquecer que, após os 9 meses de gestação, o bebê nasce e esse vínculo se concretiza através dos sentimentos e comportamentos de ambos.

2.3.3 O relacionamento após o nascimento do bebê

O processo de nascer e entrar em contato com o mundo externo para um bebê com uma deficiência pode ser complexo e desconfortável. Às vezes, intervenções médicas importantes são necessárias para assegurar a sobrevivência do bebê e ele deve ficar sob cuidados intensivos por várias semanas. A doença, a dor e o desconforto podem tornar a alimentação e o sono mais difíceis. Os momentos de maior interação como alimentar, fazer o bebê dormir, dar banho, brincar, entre outros, que normalmente ajudam a mãe e o bebê a tornarem-se mais próximos, podem ser inclusive os mais insuportáveis (SINASON, 1993).

É evidente que a vida do casal passa por mudanças significativas após o nascimento de um bebê que apresenta algum tipo de problema e nem sempre os pais conseguem lidar adequadamente com tais situações.

Preocupada com a relação pais/bebês, em 1948 Esther Bick incluiu a observação da relação mãe-bebê (ORMB) no curso de formação de psicoterapeutas de crianças na Clínica Tavistock, em Londres. Desde então, em vários países do mundo essa observação vem sendo praticada.

KOMPINSKY (2000, p. 9) descreve que a ORMB consiste em observação através de visitas à casa da família, com duração de uma hora e frequência semanal, no primeiro ano, e quinzenal, no segundo ano. Durante a visita, anota-se o maior número de detalhes que for possível observar e depois relata-se num grupo de supervisão cujo objetivo é descrever o desenvolvimento da relação entre o bebê e o meio ambiente. Deste modo, o observador deve tentar compreender os aspectos inconscientes do comportamento e padrões de comunicação, bem como entender os sentimentos despertados durante essa observação nele próprio.

Os aspectos principais considerados durante a observação são: relação mãe/bebê; banho, higiene e troca de fraldas; alimentação, amamentação; a maneira como o bebê é tranquilizado (face a dor, angústia, fome, desconforto); sono; choro; brincadeiras; e a participação nessas atividades de cada membro da família (KOMPINSKY, 2000).

KOMPINSKY (2000) relata que CARON, psicanalista, desenvolve um trabalho pioneiro na aplicação do método da ORMB. Em cada instituição, partindo da proposição inicial, o método é adaptado e os instrumentos definidos, tendo como base os princípios básicos da ORMB.

Seguindo tais orientações, MARTINI (2000) realizou um trabalho em uma enfermaria de cardiologia pediátrica. Nesta, havia crianças de zero a quatorze anos, sendo que os recém-nascidos eram portadores de malformações congênitas no coração.

A partir de suas observações, MARTINI (2000) ressaltou que as mães dessas crianças necessitavam de proteção, pois se sentiam desamparadas e sós, já que haviam deixado para trás (por semanas ou meses) outros filhos, trabalho, casa, companheiro. Nessas situações são despertadas angústias primitivas, fantasias, expectativas, sentimentos de culpa, impotência, onipotência, amor e ódio.

O observador, capaz de se identificar empaticamente com as angústias e necessidades existentes, através da visão unitária dessa interação, deve atuar no fortalecimento do vínculo mãe/bebê.

Esse processo é realizado através do observador, que proporciona apoio para a equipe; esta pode fazer escoar as angústias, dores e sentimentos de impotência da mulher frente à morte. Esta continência é repassada às mães e destas aos filhos” (MARTINI, 2000).

SINASON (1993) descreve em seu livro inúmeros relatos de mães que vivenciaram situações após o parto e durante o desenvolvimento da vida de crianças que apresentaram algum problema ou deficiência. Nele são descritas as dificuldades quanto ao acesso aos tratamentos, escolas, brinquedos, atividades apropriadas, a maneira de lidar com as crianças e com outros filhos, entre outras.

Entre essas dificuldades SINASON (1993) ressalta sentimentos de superproteção e rejeição frente à criança, afirmando que, quando um bebê não apresenta qualquer incapacidade e começa a tentar andar e cai, os pais sentem-se assustados e excitados. Lentamente eles se acostumam aos riscos inerentes a um desenvolvimento normal. No entanto, quando uma criança nasce com uma incapacidade física, pode ser difícil encontrar um meio-termo entre proteger a criança no meio ambiente e negar-lhe os direitos aos riscos normais da exploração. Para exemplificar, a autora cita um caso de uma criança com quatro anos de idade, que apresentava uma branda incapacidade de aprendizado, paralisia cerebral e epilepsia. Seus pais a faziam permanecer no carrinho quando iam fazer compras – embora ela pudesse andar - porque ficavam apavorados imaginando que pudesse cair ou ter crises convulsivas numa superfície dura. Em contrapartida, relata o caso de uma criança de sete anos que apresentava problemas motores advindos de uma paralisia cerebral, e seus pais, que eram atletas, faziam a criança submeter-se a sessões árduas de fisioterapia, não respeitando seus limites.

Além dos pais, os irmãos de crianças com incapacidades também sofrem, pois raramente recebem a atenção e o apoio de que necessitam. Algumas crianças apresentam desequilíbrio emocional encontrando, assim, um meio de ser tão carente quanto seu irmão. Outras acham a pressão “boa” e compensam o desapontamento dos pais exagerando no bom comportamento (SINASON, 1993).

No Brasil, algumas dificuldades nos relacionamentos familiares também são semelhantes, e os pais, geralmente devido à baixa renda, não podem se beneficiar de um acompanhamento psicológico para aprenderem a lidar adequadamente com seus filhos e com suas frustrações (CLEMENTE et al., 2001).

Além disso, diariamente constata-se inúmeras histórias de brasileiros portadores de deficiência física que não apresentam condições financeiras de realizar um tratamento ou de ser inserido em uma escola que proporcione oportunidades de realização pessoal. As instituições públicas existentes que oferecem tratamento para auxiliar no desenvolvimento dessas crianças, geralmente apresentam grandes filas de espera. Isso coloca essas pessoas em dificuldades para integrarem-se plenamente à sociedade. E, quando se tornam adultas, as dificuldades aumentam, pois dificilmente uma pessoa portadora de deficiência encontra-se qualificada profissionalmente para ingressar no mercado de trabalho e conseguir um emprego, mesmo que a lei lhe assegure tal direito (CLEMENTE et al., 2001).

Conhecendo as dificuldades existentes no Brasil, quando a gestante recebe um diagnóstico de malformação fetal, provavelmente pensa nas dificuldades que isso traz para a sua vida e para a vida de seu filho, o que pode tornar esse momento ainda mais sofrido e angustiante.

A partir do momento do diagnóstico, a gestante pode antecipar e sentir a exclusão social que envolve os portadores de deficiência. Dessa

maneira, ela necessita de um acompanhamento psicológico para que possa lidar de forma mais adequada com essa vivência.

2.3.4 Malformação fetal não letal e atuação psicológica: o trabalho do psicólogo na equipe interdisciplinar

Uma gestação normal exige diversas adaptações, contudo, se ocorrer uma malformação fetal, várias fantasias e problemas podem ser desencadeados como ansiedade, *stress*, depressão, entre outros. Desta maneira, torna-se imprescindível a atuação de uma equipe multiprofissional, que tenha o objetivo de contribuir para que a saúde física e psicológica do paciente seja restituída, pois segundo CAR et al. (1988, p.36), “a equipe está intimamente ligada à adesão de tratamento do paciente, e os membros da equipe devem estabelecer uma relação de ajuda que favoreça a resolução de seus problemas”.

Para que essa assistência ocorra adequadamente, é necessário identificar os aspectos emocionais presentes nessas situações, pois as atitudes dos profissionais de saúde são essenciais para que o casal supere, com maior ou menor nível de sofrimento, desgaste ou *stress*, a crise que se instalou. Segundo QUAYLE; BUNDUKI (1997), para que a equipe consiga realizar seu papel satisfatoriamente, torna-se necessário que seus integrantes estejam preparados para facilitar a expressão de sentimentos emergentes da gestante, oferecendo-lhe suporte e continência.

Para que isto ocorra, o profissional primeiramente deve reconhecer suas próprias frustrações, para que elas, travestidas em raiva ou impaciência, não o impeçam de

perceber o sofrimento e necessidades dos pais e das famílias que atende (QUAYLE; BUNDUKI, 1997, p.224).

SILVA (1996) ressalta que os profissionais de saúde não devem interpretar para os pais que a tristeza sentida por eles é provocada pela perda da criança perfeita e nem devem tentar comparar essa resposta à perda com quaisquer outras que os pais possam ter experimentado, pois isso pode privar a mãe de toda força e profundidade de seu próprio luto, substituindo-a pela intelectualização.

Portanto, a atuação do psicólogo caracteriza-se por lidar com aspectos emocionais que surgem nessas situações e, segundo QUAYLE; BUNDUKI (1997, p. 224) “ao psicólogo cabe o resgate das representações em nível simbólico e individual em uma abordagem que permita aos profissionais, ao casal e à família uma vivência mais integrada da maternidade e das intercorrências do ciclo gravídico-puerperal”. Esse trabalho deve ser realizado através de uma escuta diferenciada, tendo-se sempre uma postura de continência e respeito.

Para que isso ocorra, torna-se importante que, durante a evolução do pré-natal, as pacientes possam manter íntima comunicação com seu obstetra, pois “ouvir suas queixas, apreensões e dúvidas com serenidade engloba um relacionamento médico-paciente de boa qualidade” (KRHAE; FRANTZ, 1981, p. 36). Isso pode auxiliar no processo de elaboração do luto.

O suporte psicológico torna as gestantes mais participativas no processo diagnóstico e terapêutico, pois, em seu decorrer, elas se sentem

mais preparadas para os acontecimentos gestacionais e para a chegada do bebê, uma vez que “a possibilidade de pensar, expor medos e angústias, torna as pacientes menos vulneráveis e mais aptas e capazes de lidar com as inúmeras dificuldades que situações delicadas como essas apresentam” (SETUBAL et al., 2001, p.35).

KROEFF et al. (2000) afirmam que

nos casos em que o casal está gestando um filho com malformação compatível com a vida, em que esta alcança o termo, a criança, muitas vezes, assume o papel de receptáculo dos problemas familiares e do casal, atribuindo-se a elas todas as características ruins dos demais membros da família (KROEFF et al., 2000 p.395).

Portanto, torna-se extremamente necessário um acompanhamento que proporcione um suporte emocional à gestante, pois segundo MALDONADO (1997, p.176), "com o desenvolvimento dos programas de prevenção, o atendimento psicológico na gestação foi considerado como trabalho de prevenção primária".

Nesta seção foram descritas as várias implicações emocionais existentes nessa experiência, sendo uma delas o *stress*, que será abordado no próximo segmento.

2.4 Stress

A palavra *stress* é utilizada no âmbito da saúde desde o século XVII, mas somente em 1926 Hans Selye o descreveu como um estado de tensão patogênico do organismo (LIPP, 2003).

De acordo com SEBASTIANI (1997, p. 22) o *stress* é “todo fenômeno do qual não se consegue, com facilidade, a adaptação suficiente; tudo aquilo que possa manter o indivíduo em tensão e inquietude, mal-estar e sofrimento”.

Após longos estudos, LIPP (2003, p. 12) desenvolveu uma linha de pesquisa fundamental para quem se dedica ao estudo do *stress*, definindo-o como “um estado de tensão que causa uma ruptura no equilíbrio interno do organismo”.

O processo adaptativo, como todo comportamento humano, é extremamente complexo, envolvendo múltiplas dimensões do homem e a interação de diversos fatores (biológicos, sociais, psicológicos, culturais, econômicos, religiosos, entre outros). Assim, a intensidade da reação fisiológica frente a um determinado estímulo não depende somente da magnitude deste, mas também da forma como é percebido e avaliado (MARTINS, 1994).

Os elementos estressógenos de natureza psicológica mais estudados referem-se às tarefas de responsabilidade, as reações a eventos inesperados, situações de expectativa e de contato com o novo.

Quanto aos efeitos psicológicos do *stress*, destacam-se ansiedade, tensão, insônia, alienação, dificuldades interpessoais, inabilidade de se concentrar em outros assuntos que não o relacionamento com o estressor, tédio, medo, hipersensibilidade emotiva, dificuldades para relaxar, preocupação excessiva e dúvida quanto a si próprio (TORREZAN, 1994).

LIPP (2003) enfatiza que, se a pessoa não consegue lidar com a tensão emocional, o corpo e a mente dão sinais visíveis de alerta,

A sensação de desgaste físico e mental, acompanhadas de falhas de memória, questionamentos sobre a nossa própria competência, apatia e desinteresse pelas coisas que antes davam prazer se constituem em sinais de que a tensão está excessiva (LIPP, 2003, p.13).

Algumas pessoas têm em suas vidas uma fonte de *stress* alta e permanente, sendo que nesses casos o *stress* se constitui de um ciclo de altos e baixos, em que a pessoa consegue, com esforço, restabelecer o equilíbrio interior, que, em seguida, é novamente quebrado, se constituindo um ciclo. Esse processo pode se prolongar por anos, até que a energia adaptativa se esgote e a pessoa não consiga mais resistir e então entre em um processo de adoecimento (LIPP, 2003).

A avaliação de uma situação como mais ou menos estressante varia de acordo com a personalidade do indivíduo, com a magnitude, a intensidade, a frequência, a duração e a previsibilidade da situação estressante, além da experiência anterior do indivíduo com situações semelhantes (MELLO FILHO, 1978).

A maneira como cada um lida com o *stress* pode ser diversificada. Todavia, FOLKMAN et al. (1979) descrevem alguns recursos, considerados básicos, para o enfrentamento do *stress*, sendo que eles podem estar disponíveis no ambiente ou no próprio indivíduo. Os autores ressaltam que esses recursos estão relacionados à *boa saúde*, pois indivíduos saudáveis apresentam mais energia para enfrentar o *stress*; às *habilidades* em procurar informações, analisar e identificar o problema; a *verificar alternativas* que possibilitem uma intervenção prática; a um *suporte social positivo*; a *recursos financeiros e treinamento* para lidar com o *stress*; ao *aprendizado e experiências anteriores* que demonstram a maneira como o indivíduo lida com situações de crises, e que, a partir destas vivências, ele consiga elaborar e refinar estratégias de enfrentamento.

O nível de *stress* pode ser medido através de eventos causadores de *stress*, por meio de reações, por medidas fisiológicas e endócrinas e por meio de doenças em órgão-alvo. Os níveis de *stress* constituem-se por fases denominadas por LIPP (1998) como: fase de alerta, quando o organismo prepara-se para reação de luta ou fuga, essenciais para a preservação da vida. Os sintomas presentes nessa fase referem-se ao preparo do corpo e da mente para a preservação da própria vida. Se o *stress* continua presente por tempo indeterminado, a fase de resistência inicia-se, sendo caracterizada pela tentativa de adaptação do organismo, devido a sua tendência de procurar um equilíbrio. Nessa fase, as reações são opostas às observadas na primeira fase e muitos dos sintomas iniciais desaparecem, dando lugar a uma sensação de desgaste e cansaço. Se o estressor é

contínuo e a pessoa não possui estratégias para lidar com tais situações, o organismo exaure sua reserva de energia adaptativa e a fase de exaustão manifesta-se, surgindo as doenças mais sérias. Nessa fase o indivíduo pára de “funcionar” adequadamente e, na maioria das vezes, não consegue trabalhar ou se concentrar.

Embora SELYE (1984) tenha identificado apenas essas três fases, LIPP em seu estudo, identificou uma quarta, que tem validade tanto clínica quanto estatística. Essa fase é denominada de quase-exaustão, por estar localizada entre a fase de resistência e de exaustão. Caracteriza-se por um enfraquecimento da pessoa que não consegue se adaptar ou resistir ao estressor. A partir disso, as doenças começam a surgir, porém não são tão graves como na fase de exaustão. Nessa fase apresentam-se desgaste e outros sintomas, entretanto a pessoa ainda consegue trabalhar e exercer suas atividades na sociedade, mas de maneira limitada.

Segundo LIPP (1998), os dados evidenciam que a fase de resistência, proposta por SELYE (1984), era muito extensa e apresentava dois momentos distintos caracterizados não por sintomas diferenciados, mas sim pela quantidade e intensidade desses sintomas. Desse modo, no ISSL, a fase de resistência refere-se à primeira parte do conceito de resistência de Selye, enquanto a fase de quase-exaustão refere-se à parte final, em que a resistência da pessoa está realmente exaurindo-se.

De acordo com LIPP (2003), há uma correlação entre *stress* e duas fontes internas do *stress*, o Padrão de Comportamento Tipo A (pessoas mais

ativas, ansiosas, agitadas, que acreditam ter o controle de tudo, entre outras características) e crenças irracionais (interpretação dada a um evento a partir de crenças e valores pessoais).

Mesmo tratando-se de questões relacionadas à personalidade (como o Padrão de Comportamento Tipo A), LIPP (2003) afirma que há possibilidade de tratamento, sendo este psicoterapêutico. Nos casos em que o indivíduo apresenta manifestações físicas como enfarte, úlcera, psoríase, entre outros, deve haver acompanhamento médico por um especialista da área afetada.

O controle do *stress* está baseado em quatro pilares: alimentação, a fim de repor os nutrientes perdidos durante os períodos de *stress*; relaxamento, para reduzir a tensão emocional e física; exercícios físicos que ajudam a eliminar a sensação de prontidão gerada pelo *stress*; e reestruturação dos aspectos emocionais, que se refere ao autoconhecimento e a mudança de atitudes e comportamentos (LIPP, 2003).

O *stress*, por si só, traz diversas complicações físicas e emocionais e tende a se intensificar em situações de maior tensão e apreensão, como no processo de DPN e na gestação.

2.4.1 Stress e gestação

A gravidez se constitui por alguns sintomas (como tensão muscular, dores, ansiedade, irritabilidade) que são muito semelhantes aos sintomas que caracterizam o *stress*. Devido a esse fato, torna-se importante tentar

identificar na gestação a presença de *stress*, quais os seus efeitos e de que maneira a gestante pode enfrentar essa situação. Com isto, tenta-se identificar se a gestante está lidando de maneira adequada com a gestação e suas repercussões ou se esta vivência está influenciando de maneira negativa o desenvolvimento da personalidade feminina.

Com esse objetivo, TORREZAN (1994) realizou um estudo que teve a finalidade de revelar a ocorrência de *stress* na gestação, bem como seus níveis, suas principais fontes e as formas de enfrentamento.

Esse estudo se desenvolveu com 40 gestantes múltiparas que foram divididas em dois grupos: as que exerciam atividades remuneradas (n=20) e as donas de casas (n=20). Quanto à presença de *stress*, no primeiro grupo houve incidência de 85%; no segundo, 90% das pacientes. No que diz respeito às fontes de *stress*, nesse estudo concluiu-se que os eventos estressores variavam de acordo com sua importância. As gestantes que trabalhavam fora de casa tinham como fontes de *stress*: 1- insônia, medo, ansiedade, fadiga, depressão, alienação; 2- preocupação com o nascimento de um bebê saudável e dificuldades financeiras; 3- dificuldades em aceitar a gravidez e dores do parto; 4- acompanhar filhos a médicos, dentistas, psicólogos, entre outros. Enquanto que, para as donas de casa, a prioridade constava em: 1- preocupação com o nascimento de um bebê saudável; 2- insônia, medo, ansiedade, fadiga, depressão, alienação; 3- Dificuldades financeiras; e 4- sintomas como: enjôo, vômito, tontura, dores no corpo, taquicardia e hipertensão arterial.

A autora afirma que algumas crenças irracionais também estão associadas à presença de *stress*. As crenças mais freqüentes para as gestantes que trabalhavam foram: 1- deve-se ser absolutamente competente, inteligente e merecedora de respeito; 2- certos atos são terríveis e pecaminosos e devem ser punidos; 3- deve-se ter controle absoluto e perfeito sobre as coisas; 4- se alguma coisa pode ser perigosa, deve-se ficar extremamente perturbado com isso; 5- as pessoas precisam de alguém mais forte para se apoiarem. Para as gestantes que eram donas de casa houve a seguinte seqüência: 1- as desgraças do ser humano são causados por pessoas ou eventos externos; 2- as pessoas precisam de alguém mais forte para se apoiarem; 3- deve-se ter controle absoluto e perfeito sobre as coisas; 4- é horrível quando as pessoas não são exatamente do jeito que gostaríamos que fossem; 5- deve-se ser absolutamente competente, inteligente e merecedor de respeito; 6- certos atos são terríveis e pecaminosos e devem ser punidos; 7- se alguma coisa pode ser perigosa deve-se ficar extremamente perturbado com isso.

Além desses dados, a autora concluiu que as mulheres que apresentavam mais crenças irracionais e as que tinham personalidade de Padrão de Comportamento Tipo A apresentavam maior propensão ao *stress*.

Nesse estudo, TORREZAN (1994) também verificou as fases de *stress*. Foi constatado que no grupo das gestantes donas de casa, 80% apresentavam-se na fase de Resistência e 5% na fase de Quase-Exaustão.

No grupo de gestantes que trabalhavam fora, concluiu-se que 85% estavam na fase de Resistência e 5% na fase de Quase-Exaustão.

Em relação às estratégias de enfrentamento, detectou-se que no grupo de gestantes que não trabalhavam, os recursos consistiam em: realização do pré-natal, apoio familiar; ênfase em pensamentos positivos; divisão de pensamentos, emoções e ansiedades com o companheiro. Já para as mulheres que trabalhavam fora, houve a seguinte rede de estratégias: realização do pré-natal, ênfase em pensamentos positivos, apoio familiar, divisão de pensamentos, emoções e ansiedades com o companheiro.

Ao concluir o trabalho, TORREZAN (1994) afirma que o *stress* dá-se de maneira contínua na gestação, sendo que as mulheres que apresentam Padrão de Comportamento Tipo A e que possuem intensas crenças irracionais apresentam maior incidência de *stress*. Neste estudo, percebeu-se que o Padrão de Comportamento Tipo A não está relacionado a atividade das gestantes, ou seja, se trabalham fora ou não.

Em outro estudo realizado por TORREZAN (2001), que também objetivou avaliar a presença de *stress* e suas complicações no desenvolvimento da criança, obtiveram algumas conclusões importantes. O estudo foi realizado com 55 gestantes múltiparas, que estavam no segundo trimestre de gestação. Verificou-se que 86% delas estavam estressadas, sendo que 73% se apresentavam na fase de Resistência, 11% na Fase de Alerta e 2% na Fase de Exaustão.

As fontes de *stress* gestacionais como preocupações com o desenvolvimento da gravidez, parto e nascimento relacionados às fontes externas como desemprego, dificuldades financeiras, doença e morte na família colaboraram para o nível de *stress* elevado. Além disso, constatou-se a relação entre as causas externas de *stress* e a incidência de indicadores de problemas de saúde em crianças com até 6 meses de idade. Na primeira fase do estudo, ainda na gestação, havia 55 gestantes, enquanto que, após o parto foi possível fazer o acompanhamento de apenas 28 crianças. Houve dois partos prematuros, sendo que estas mulheres apresentavam altos níveis de *stress*, e 53% das crianças apresentaram problemas respiratórios.

Através da análise desses estudos, pode-se perceber que o *stress* está presente na gestação de forma contínua e que fontes de *stress* podem variar de acordo com o tipo de personalidade e com crenças irracionais. Todavia, hipotetiza-se que frente à confirmação de uma anomalia fetal, o *stress* possa se intensificar.

2.4.2 Stress e malformação fetal não letal

Se durante a gestação for detectado algum tipo de malformação fetal, o *stress* pode ocorrer de uma forma intensa, pois a gestante e/ou casal terão que percorrer um árduo caminho, que inclui vários exames e procedimentos. Assim, torna-se extremamente importante verificar o nível de *stress* nessas situações, pois, se for identificado e tratado inicialmente, pode-se evitar que outros distúrbios emocionais se instalem, como a depressão e o luto patológico, e o prognóstico se agrave.

A partir dos estudos das repercussões emocionais frente ao DPN e a presença de *stress* nessas situações, alguns autores acreditam que o *stress* pode anteceder o DPN e estar associado à malformação fetal.

HANSEN et al. (2000), descrevem essa associação. Os autores afirmam que eventos estressores vivenciados pelas mulheres antes ou no início de uma gestação estão associados a um aumento da frequência de malformações do sistema nervoso. Este estudo foi realizado com 3560 gestantes que relataram ter sofrido períodos altamente estressantes, sendo que grande parte dessas mulheres afirmava ter perdido um filho por motivos inexplicáveis e que, logo em seguida, engravidaram.

CARMICHAEL; SHAW (2000) também realizaram um estudo para detectar a maneira como o *stress* influenciava na ocorrência de malformações fetais, sendo que suas conclusões foram semelhantes às de HANSEN et al. (2000).

Em ambos os estudos, os autores concluíram que o *stress* pode estar associado à presença de malformações no sistema nervoso devido à hiperglicemia e hipoxia, pois o *stress* pode alterar alguns hábitos alimentares e aumentar a ingestão de bebidas alcoólicas, o que produz reações físicas que influenciam o desenvolvimento fetal.

De acordo com WILHEIM (1997), o feto sente e experimenta prazer e desprazer que se relacionam com os sentimentos da mãe. Durante a gestação, altos níveis de *stress* podem desencadear reações químicas que

liberam na corrente sangüínea da mãe os neuro-hormônios chamados de catecolaminas. Essa substância pode ultrapassar a placenta, provocando no feto um estado de perturbação semelhante ao manifestado na mãe.

Quanto aos fatores que influenciam a presença de *stress*, CARMICHAEL; SHAW (2000) consideram como eventos estressores a perda de um emprego, separação conjugal e falecimento de ente querido.

De modo geral, ressalta-se a importância de ser oferecido acompanhamento psicológico para as gestantes, a fim de que se possa identificar e auxiliar na resolução dos eventos estressores para que esta situação seja amenizada.

2.4.3 Inventário de Sintomas de Stress de Lipp

Resolveu-se estudar o *stress* frente ao diagnóstico de malformação fetal devido às repercussões físicas e emocionais que ele pode gerar. Para tal tarefa, foi utilizado o ISSL (Inventário de Sintomas de Stress de Lipp).

Esse teste nos fornece a presença ou ausência de *stress* e em que fase a pessoa se encontra. O teste foi constituído a partir dos conceitos teóricos desenvolvidos por SELYE (1984), um dos maiores estudiosos acerca do assunto.

O diagnóstico é realizado a partir de três quadros que são apresentados às pacientes, com o objetivo de revelarem se elas apresentam a sintomatologia. Os sintomas listados são típicos de cada fase.

Pesquisas que utilizaram o ISSL

Desde sua validação, este teste vem sendo utilizado como um instrumento eficaz na avaliação do *stress*. O ISSL foi utilizado em vários estudos, abarcando populações diferentes, desde acompanhantes de pacientes que realizaram transplante de medula óssea (AZEVEDO et al. 2002) a estudantes de psicologia (BAPTISTA; CAMPOS, 2000).

Quanto à aplicação do ISSL em gestantes, TORREZAN (1994 e 2001) afirma que o teste é um importante instrumento de avaliação para essa população. Através do ISSL, pode-se fazer uma análise da incidência de *stress*, das fases que comumente acometem essa população, de suas fontes e estratégias de enfrentamento.

Portanto, o instrumento utilizado nesse estudo apresenta referenciais teóricos que sustentam sua aplicabilidade nessa população.

Além do mais, no último ano, o Conselho Federal de Psicologia vem aplicando medidas de avaliação para identificar os testes psicológicos que podem ser utilizados no Brasil. Na edição de fevereiro de 2004, o Jornal do Conselho Federal de Psicologia redigiu um suplemento especial sobre o Sistema de Avaliação de Testes Psicológicos, em que o teste ISSL teve parecer favorável, ou seja, foi considerado adequado para a realização de pesquisas e psicodiagnósticos.

3. OBJETIVOS

3.1 *Objetivo Geral*

Descrever as repercussões emocionais iniciais referidas pelas gestantes após o diagnóstico de malformação fetal não letal e a existência de *stress*.

3.2 *Objetivos Específicos*

- a) Investigar as repercussões emocionais iniciais referidas pelas gestantes a partir da confirmação do diagnóstico de malformação fetal não letal.
- b) Investigar se existe relação entre as reações emocionais evidenciadas e o tipo de malformação fetal não letal.
- c) Verificar a presença - ou não - de *stress* e verificar em que fase de *stress* as gestantes se encontram nesta situação.

4. MÉTODO

Este capítulo descreve a metodologia utilizada neste trabalho. Caracteriza a amostra e apresenta os instrumentos utilizados para a coleta de dados. Explicita cada passo desenvolvido na pesquisa e descreve as técnicas utilizadas na análise dos dados obtidos.

4.1 *Sujeitos*

A amostra desta pesquisa foi constituída por 40 gestantes⁸ que receberam o diagnóstico de malformação fetal não letal e que estavam em acompanhamento no Setor de Medicina Fetal do HCFMUSP.

Critérios de inclusão

As gestantes foram selecionadas considerando-se o tempo de confirmação de diagnóstico: foram convidadas as que haviam recebido o diagnóstico no prazo de, no mínimo, 7 dias e, no máximo, 60 dias antes da

⁸ No anexo B, encontra-se a análise estatística que determinou a amostra dos sujeitos.

realização da entrevista. Este período foi estipulado, considerando-se a época do retorno médico, pois a população estudada apresenta dificuldades financeiras para retornar à instituição, bem como a relativa recenticidade do diagnóstico fetal.

Puderam participar deste estudo as pacientes que estivessem realizando acompanhamento psicológico ou não, sendo que tal fato foi pesquisado durante a entrevista. Este estudo não excluiu, em momento algum, um acompanhamento psicológico posterior à entrevista: o acompanhamento poderia ser feito, caso as pacientes desejassem, sendo realizado no Ambulatório de Obstetrícia do HCFMUSP, pela pesquisadora ou pela equipe de psicólogos que trabalham no local.

Crítérios de exclusão

Foram excluídas do estudo as pacientes com diagnóstico de malformação fetal letal, por entender que tal diagnóstico pode desencadear reações diferenciadas. Além do mais, essas gestantes podem ter um seguimento no pré-natal, diferente das que apresentavam malformação fetal não letal. Pacientes com distúrbios psiquiátricos prévios, com o diagnóstico de câncer (em geral), AIDS, cardiopatia, hipertensão e diabetes também foram excluídas, pois o *stress* poderia estar presente em decorrência das patologias pré-existentes, o que poderia comprometer os resultados, pois trata-se de doenças crônicas que exigem intenso acompanhamento médico, além de mudanças de hábitos, o que por si só pode provocar *stress*.

4.2 Instrumentos

Os instrumentos utilizados para alcançar os objetivos propostos foram:

- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (anexo C).
- Entrevista com questões semidirigidas (anexo D).
- Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp (ISSL) (anexo E).

Entrevista

O roteiro da entrevista foi aplicado inicialmente em um estudo piloto, o que garantiu a maior compreensão, por parte das gestantes, do conteúdo abordado. Após a análise da entrevista piloto, foi elaborado o roteiro definitivo de questões para a entrevista.

A escolha dessa abordagem vincula-se à consideração de que “a entrevista é um instrumento fundamental do método clínico e é, portanto, uma técnica de investigação científica em psicologia” (BLEGER, 1995, p.9).

Segundo OCAMPO; ARZENO (1995, p. 23)

uma entrevista é semidirigida quando o paciente tem liberdade para expor seus problemas começando por onde preferir e incluindo o que desejar. Isto é, quando permite que o campo psicológico configurado pelo entrevistador e o paciente se estruture em função de vetores assinalados pelo último.

Em pesquisa, a entrevista semidirigida é utilizada para obter dados do paciente, e a partir disso, levantar hipóteses e a frequência com que tais fatos ocorrem, tendo-se sempre como referência os objetivos propostos.

No presente estudo, as questões da entrevista se constituíram por dados de identificação, perguntas referentes à compreensão do diagnóstico fetal, às repercussões emocionais presentes frente a esse diagnóstico, os sentimentos e reações existentes e o modo como a paciente auto-avalia sua própria ansiedade e *stress* antes e após o diagnóstico. Essas perguntas foram realizadas para a melhor compreensão da situação vivenciada.

Quanto à auto-avaliação da ansiedade e do *stress*, as pacientes foram orientadas a atribuírem uma nota de 0 a 10 para o período anterior e posterior ao diagnóstico. Essas notas foram avaliadas da seguinte maneira: de 0 a 3 foi considerado ausência de ansiedade e *stress*, de 4 a 7 presença moderada e de 8 a 10 presença significativa de ansiedade e *stress*.

Para um melhor entendimento desse evento, foi elaborada uma lista das malformações fetais não letais (anexo F), entre as anomalias mais comumente atendidas no setor de Medicina Fetal, e a gravidade delas (severa, grave, leve e avaliar individualmente) para, dentro do possível, verificar a relação existente entre as reações emocionais e o tipo de malformação fetal, como também, verificar eventual relação entre a gravidade do *stress* e o órgão afetado.

As malformações foram subdivididas por áreas funcionais. Para exemplificar: a hidrocefalia e a espinha bífida encontram-se no Sistema Nervoso Central e a atresia do duodeno encontra-se no Trato Intestinal. Para que esta avaliação garantisse uma maior fidedignidade, foram escolhidos três médicos do Setor de Medicina Fetal da Clínica Obstétrica do HCFMUSP, que avaliaram os casos por todo o período do estudo.

Para uma análise mais completa dos objetivos mencionados no parágrafo anterior, foi solicitado às pacientes, durante a entrevista, que avaliassem, sob seu ponto de vista, a gravidade da malformação fetal em: muito leve, leve, moderada, grave e muito grave. Essa avaliação tornou-se necessária, pois a percepção pessoal de cada indivíduo sobre o mesmo assunto pode ser diferente. Assim, pôde-se avaliar se a gravidade da malformação fetal desperta sentimentos e reações específicas.

Inventário de Sintomas de Stress de Lipp

Para a avaliação do *stress* foi utilizada o Inventário de Sintomas de Stress de Lipp (ISSL), de Marilda Novaes Lipp.

O ISSL foi validado em 1994 por Lipp e Guevara, sendo que a amostra foi constituída por 1843 adultos. Os participantes da avaliação foram recrutados em quiosques montados em shoppings, colégios e universidades, pois eram pessoas que estavam “funcionando” regularmente em sua comunidade. A amostra incluiu 1.299 respondentes em São Paulo, 352 na Paraíba e 198 no Rio de Janeiro.

O ISSL tem o objetivo⁹ de identificar a sintomatologia que o paciente apresenta, avaliando a presença ou não dos sintomas de *stress*, o tipo de sintoma existente (somático ou psicológico) e a fase em que se encontra, o que viabiliza uma atenção preventiva em momentos de maior tensão.

Este teste apresenta um modelo quadrifásico do *stress*, baseado inicialmente no modelo trifásico de SELYE (1984) com relação aos efeitos do *stress* poderem manifestar-se tanto na área somática como na área cognitiva e aparecerem em seqüência e gradação de seriedade à medida que as fases do *stress* se agravam.

O ISSL é composto de três quadros que se referem às quatro fases do *stress* e os sintomas listados são típicos de cada fase. O primeiro quadro é composto de doze sintomas físicos e três psicológicos e se referem aos sintomas experienciados nas últimas 24 horas antes da aplicação do teste. O segundo quadro é formado de dez sintomas físicos e cinco psicológicos e se referem aos sintomas vivenciados na última semana. O terceiro quadro é composto de doze sintomas físicos e onze psicológicos e correspondem aos sintomas experimentados no último mês. No total, o ISSL inclui trinta e sete itens de natureza somática e dezenove de natureza psicológica, sendo os sintomas repetidos, diferindo-se somente em sua intensidade e seriedade.

O ISSL fornece uma medida objetiva da sintomatologia do *stress* em jovens acima de 15 anos e adultos. Não é necessário ser alfabetizado, pois os itens podem ser lidos para o paciente.

⁹ Neste estudo não foram utilizados os resultados referentes aos tipos de sintomas (psicológicos ou físicos), devido aos objetivos propostos.

Após a aplicação do ISSL, foi solicitado às pacientes que informassem se havia algum sintoma/mal-estar que as estava acometendo e que não constava no ISSL. Isso foi realizado com o objetivo de verificar se os sintomas presentes faziam parte da gestação, pois dor nas costas, enjôos, falta de ar, etc., são intrínsecos à gestação. Contudo, nenhuma paciente incluiu qualquer sintoma.

4.3 Procedimentos

Recrutamento das pacientes

As pacientes foram encaminhadas através dos médicos do Setor de Medicina Fetal à Psicologia logo após a consulta médica, ocasião em que a pesquisadora procedeu à triagem delas de acordo com os critérios de inclusão anteriormente descritos.

As pacientes foram informadas sobre os objetivos da pesquisa e optaram por participar ou não; todas as pacientes que concordaram assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A entrevista levou em média de 20 a 30 minutos.

Três gestantes não aceitaram fazer parte deste trabalho, alegando que não tinham condições emocionais de conversar sobre o que estava acontecendo. Para essas pacientes foi disponibilizado o acompanhamento psicológico quando se sentissem mais à vontade, entretanto, nenhuma procurou o tratamento.

Ressalta-se ainda que todas as pacientes que participaram deste estudo demonstraram interesse e disponibilidade para realizar o acompanhamento psicológico que foi oferecido após as entrevistas, contudo nenhuma paciente compareceu aos agendamentos realizados.

Coleta dos dados

Primeiramente, as pacientes foram informadas sobre os objetivos do estudo e as que aceitaram participar assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

A entrevista foi realizada em uma sala onde só se encontravam a paciente e a pesquisadora, e em seguida, foi aplicado o Inventário de Sintomas de Stress de Lipp (ISSL).

Com a permissão das pacientes, as entrevistas foram gravadas para garantir fidedignidade na elaboração da categorização dos conteúdos obtidos.

As pacientes foram orientadas a ler e a responder o Inventário, e caso não entendessem alguma palavra ou termo, deveriam pedir explicação à pesquisadora. Somente uma paciente não conseguiu realizar esta tarefa sozinha, pois era analfabeta e, neste caso, a pesquisadora leu e assinalou suas respostas. Em quase todos os testes, havia alguns termos que lhes eram incompreensíveis, tais como: mandíbula, sudorese, hipertensão arterial e libido. Nessas ocasiões, a pesquisadora esclarecia as dúvidas a partir de conceitos utilizados pelo Novo Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa, que

havia sido consultado anteriormente, pois já havia previsto que surgiriam algumas dificuldades de compreensão.

Após essas duas etapas, os médicos avaliaram a gravidade das malformações fetais.

Análise dos dados

A análise do ISSL foi realizada a partir das normas de avaliação que constam do Manual do Inventário de Sintomas de Stress de Lipp. Os resultados obtidos foram associados aos dados das entrevistas, o que proporcionou a compreensão dos fatores que podem influenciar a presença de *stress*.

Em relação às entrevistas, após a transcrição literal¹⁰ de todas as fitas, foi realizada pela pesquisadora a categorização dos conteúdos das respostas. A categorização realizada seguiu critérios utilizados na Psicologia Clínica, que toma como ponto de partida o discurso do paciente, e é intitulado de “análise de conteúdo”.

Essa análise tem como objetivo descrever, interpretar e compreender os dados obtidos. Tal técnica é utilizada como um instrumento que interpreta a comunicação de forma objetiva, sistemática e quantitativa do conteúdo manifesto das entrevistas (BARDIN, 1979).

¹⁰ A transcrição literal de todas as entrevistas não se encontra em anexo em função do grande volume do material, mas encontra-se em posse da pesquisadora.

O foco dessa técnica não é descrever os conteúdos, mas sim verificar o que eles podem revelar. Os dados brutos do texto são transformados em categorias, através de uma análise transversal. Dessa maneira, as entrevistas foram recortadas ao redor de cada tema-eixo que compunha a comunicação de cada paciente, e, a partir disso, os conteúdos foram categorizados.

Após essa etapa, os dados foram quantificados, trabalhados e comparados.

Ressalta-se ainda que, devido aos objetivos propostos inicialmente, nem todas as questões qualitativas levantadas durante as entrevistas foram categorizadas, pois somente as relevantes foram utilizadas.

Devido à quantidade de categorias, a análise estatística das associações entre as variáveis não pôde ser realizada¹¹. No entanto, os dados foram interpretados e analisados qualitativamente, como está descrito no próximo capítulo.

¹¹ No anexo G encontra-se o relatório de um profissional justificando a não realização da análise estatística .

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados aqui descritos foram obtidos pelas respostas espontâneas dadas pelas 40 pacientes às questões da entrevista e do teste ISSL. As afirmações feitas por elas foram organizadas por categorias, com agrupamentos de acordo com as semelhanças de colocações, segundo as proposições gerais de BARDIN (1979), descritas no capítulo anterior. A partir dos números absolutos foram calculadas as porcentagens.

Há algumas restrições quanto ao uso de porcentagem, quando calculada em bases pequenas e desiguais, pois torna-se arriscado considerá-la. Apesar de estar ciente dessas limitações, esta foi a maneira escolhida para apresentar os dados para melhor visualização e para que o leitor possa ter melhor compreensão sobre os resultados deste trabalho.

É fundamental ressaltar que durante as entrevistas foram observadas oscilações de sentimentos e defesas egóicas nas gestantes. No início das entrevistas, elas se apresentavam resistentes e mais distantes, talvez por ser uma situação desconhecida e de difícil expressão. No decorrer das entrevistas, algumas questões desencadearam sentimentos mais defensivos

(negação, revolta) e outros de maior mobilização (choros, angústias, tristezas). Nesse momento, houve expressão de sentimentos muito intensos em curto período de tempo. Desta maneira, esse processo necessita ser considerado como extremamente dinâmico.

Quanto à exposição dos dados obtidos, estes são apresentados e discutidos na seguinte ordem:

Primeiramente, é feita a caracterização da população que fez parte deste estudo através dos dados sócio-demográficos e os aspectos obstétricos e familiares.

Num segundo momento, são apresentadas e discutidas as reações emocionais das pacientes frente à gestação e ao diagnóstico de malformação fetal não letal. Ainda neste item, são analisadas as relações entre o tipo de malformação fetal e as reações dessas pacientes.

Após essas apresentações, são descritos os resultados obtidos através do teste utilizado, o ISSL, e os fatores potencialmente associados à presença de *stress* nesta população.

Para que o leitor tenha informações, de maneira individualizada, sobre as pacientes, no anexo H foi inserido um quadro-resumo dos principais dados colhidos.

5.1 Caracterização das gestantes

5.1.1 Dados sócio-demográficos

Faixa Etária

As pacientes que fizeram parte deste estudo apresentavam média de idade de 24,7 anos (variando entre 18 e 43 anos), com desvio-padrão de 6,1 anos.

A maioria das gestantes (32) tinha menos de 30 anos de idade. Esses dados revelam que as gestantes estavam no auge da idade reprodutiva, portanto não pertenciam a um grupo de risco para malformações fetais devido à idade avançada, como descrito por ARMBRUSTER-MORAES (1997). Neste estudo, a incidência de malformações fetais em gestantes jovens pode estar relacionadas a dois fatores: Um deles devido ao fato da Clínica Obstétrica do HCFMUSP ser um centro de referência em Obstetrícia. Deste modo, são encaminhados para este serviço os casos atípicos, como a incidência de malformações fetais neste período de idade das gestantes. Ou ainda, estes dados podem estar associados ao fato que a maioria das gestações – e, conseqüentemente, a maior parte das intercorrências materno-fetais – ocorrem nesta faixa etária, conforme os dados estatísticos do Ministério da Saúde. Não é de surpreender, portanto, que a maioria das gestantes desse estudo tenham menos de 30 anos de idade.

Escolaridade

Quanto ao nível de escolaridade, a maioria das pacientes (32,5%) concluiu o ensino fundamental; 25% das pacientes não o completaram; 17,5% concluíram o ensino médio e 17,5% não o completou. Em relação às outras pacientes, 2,5% não possuía nenhum nível de instrução e 5% tinha curso superior.

Estes dados são semelhantes aos encontrados no estudo de BENUTE (2002). A autora afirma que a maior parte da população que utiliza os serviços da Divisão de Clínica Obstétrica da FMUSP é composta por mulheres que apresentam o ensino fundamental completo ou ainda, incompleto, e a minoria de mulheres com nível de escolaridade superior.

Estado civil

Em relação ao estado civil, houve nítida predominância de gestantes solteiras (52,5%). As casadas constituíram 32,5% da amostra e as amasiadas, 15%. Esses dados apontam que a maioria das pacientes não havia constituído um relacionamento formal com o pai da criança. Essa incidência pode estar associada ao grande número de pacientes que afirmaram que não haviam planejado as gestações (72,5%).

Profissão e renda

Quanto ao exercício de atividades remuneradas, apenas 35% referiu uma atividade econômica. Dessas pacientes, 65% referiu atividades domésticas, como diarista e copeira, 14% atividades associadas ao

comércio, como vendas e atendimento a clientes, enquanto que 14% exercia trabalhos manuais, como costura e artesanato e 7% (uma paciente) referiu a profissão de *personal trainner*.

Quanto ao nível sócio-econômico, pode-se dizer que a maioria das pacientes apresentava baixa renda, fato que parece ser semelhante aos encontrados na população que é atendida por toda a Divisão de Clínica Obstétrica do HCFMUSP.

Das gestantes que participaram do estudo, 7,5% delas afirmaram que naquele momento não tinham renda e estavam sobrevivendo de doações; 35% declarou uma renda de até dois salários mínimos; 27,5% entre três e quatro salários mínimos; 15% das gestantes mais de 5 salários; e 15% não soube informar a renda familiar¹².

A renda declarada pelas gestantes e seus familiares apresenta os seguintes números: 37,5% das pacientes moravam sozinhas ou dividiam a renda com apenas uma pessoa; 47,5% dividia a renda entre três e quatro pessoas, 12,5% entre 5 e 6 pessoas e 2,5% entre 7 e 8 pessoas.

Notou-se que 37,5% das gestantes que moravam sozinhas ou dividiam a renda com apenas uma pessoa eram solteiras e não tinham filhos.

¹² Na época deste estudo, os cálculos foram realizados sobre o valor do salário mínimo de R\$ 240,00.

Religião

Em relação à religião, 57,5% era católica, 40% protestante, 2,5% Kardecista e 15% referiu que não possuía nenhuma religião. Das pacientes que disseram ter religião, 44% afirmou ser praticante, 41% não era praticante e 15% relatou ser “mais ou menos” praticante.

A religião evidencia, em parte, a maneira como as pessoas compreendem e vivenciam muitas situações em suas vidas. Desta maneira, ela foi pesquisada neste estudo com o objetivo de fornecer dados para uma maior compreensão de como essas mulheres estavam lidando com a malformação fetal e suas repercussões.

5.1.2 Dados Obstétricos e Familiares

Antecedentes gestacionais

A maioria das gestantes (52,5%) eram primigestas, ou seja, estavam em sua primeira gestação.

De acordo com a literatura consultada (ARMBRUSTER-MORAES, 1997), primigestas sem outros antecedentes não fazem parte do grupo de alto risco para ocorrência de malformação fetal.

No presente estudo, pode-se sugerir que as mulheres, por serem primigestas, jovens e por não terem planejado a gestação, vivenciaram-na de forma estressante. O *stress* pode estimular no organismo reações físicas de proteção, pois, quando a pessoa se sente ameaçada, o organismo tende a se defender, liberando substâncias e eliciando reações físicas de

autoproteção. Segundo HANSEN et al. (2000) e CARMICHAEL; SHAW (2000) esse processo físico possibilita um aumento da frequência de anomalias fetais, o que pode justificar a incidência de malformações fetais nestas mulheres primigestas.

Quanto às outras gestantes, 32,5% referiu que havia engravidado entre duas e três vezes, 10% relatou que havia engravidado entre quatro e cinco vezes e 5% afirmou seis ou mais gestações.

Entre essas mulheres, 2,5% teve partos com crianças natimortas e 5% neomorto (faleceu após o nascimento). Para 12,5% das gestantes não houve perdas gestacionais anteriores.

Em relação às outras pacientes, 15% relatou que havia provocado a interrupção da gestação e 12,5% das gestantes afirmaram que sofreram abortos espontâneos. ARMBRUSTER-MORAES (1997) afirma que a malformação fetal pode estar associada a abortos espontâneos anteriores. Em alguns casos, quando o feto apresenta uma malformação muito grave ou incompatível com a vida, há possibilidade de um aborto espontâneo. Nos casos estudados, isso pode ter ocorrido com algumas gestantes.

De acordo com as entrevistas realizadas, os sentimentos presentes nas interrupções gestacionais, tanto as provocadas quanto as espontâneas, são diferentes, mas em ambas as situações as gestantes acreditam que não são capazes de produzir/procriar um bebê devido a perdas anteriores.

As mulheres que sofreram abortos espontâneos anteriores apresentavam sentimentos de medo e angústia mais acentuados por se sentirem impotentes para ter uma gestação bem sucedida. As gestantes relataram: *“Eu sinto medo... medo de não conseguir de novo... você entende, de ter um filho”* (sic).

Nos relatos de pacientes que praticaram abortos, foram identificados sentimentos de culpa e, no momento do diagnóstico de malformação fetal, referiam sentir-se punidas pelo aborto que haviam praticado: assim, tinham a fantasia de que não poderiam gerar filhos perfeitos. Nessas situações houve predominância de sentimentos de culpa e punição. As pacientes verbalizaram: *“Eu sei que não era certo, mas eu fiz aquele aborto... e agora, agora tá assim... eu acho que não mereço...”* (sic).

Os sentimentos despertados nessas duas situações (impotência, culpa e punição) associados à vivência do diagnóstico de malformação fetal não letal fazem com que as gestantes se sintam extremamente incapazes de produzir algo bom. Essa vivência é descrita por QUAYLE et al. (1996) como fantasias de incapacidade em produzir um bebê saudável, o que gera um sofrimento muito intenso. Esses autores utilizam uma expressão, emprestada da fala de uma paciente, e que caracteriza seu sofrimento: “A boa árvore dá bons frutos”. Percebe-se que é desta maneira que as pacientes se sentiam, pois a progenitura fora avaliada durante o DPN e, ao ser descoberta a malformação fetal, é como se a “falha” nessa progenitura fosse posta às claras, sendo o bebê transformado em uma medida da

capacidade geradora e criativa de seus pais. E no momento, a medida (o bebê) não se apresentava perfeita.

Neste estudo, verificou-se que muitas mulheres engravidaram várias vezes em busca de um bebê saudável. Essa informação será detalhada após a descrição da tabela 2.

Na tabela 2, observou-se que as gestantes que engravidaram entre duas e três vezes, 10% delas não possuíam nenhum filho vivo, 15% possuía um filho vivo e 7,5% possuía dois. Quanto às pacientes que engravidaram entre quatro e cinco vezes, 7,5% tinha dois filhos vivos e 2,5% possuía quatro. As pacientes que engravidaram seis ou mais vezes, também referiram perdas gestacionais anteriores, pois 2,5% tinha dois filhos vivos e 2,5% apresentava três.

Tabela 2 - Distribuição das pacientes em relação ao número de gestações e ao número de filhos vivos

Número de gestações	Filhos vivos						Total
	nenhum filho	1 filho	2 filhos	3 filhos	4 ou mais	primigesta	
Primeira gestação						52,5%	52,5%
Segunda ou terceira gestação	10%	15%	7,5%				32,5%
Quarta ou quinta gestação			7,5%		2,5%		10%
6 ou mais vezes			2,5%	2,5%			5%
TOTAL	10%	15%	17,5%	2,5%	2,5%	52,5%	100%

Para algumas mulheres/casais, quanto maior o número de perdas gestacionais, maior o número de tentativas de ter uma gestação bem sucedida. Essa perseverança em ter um bebê pode estar associada à dificuldade em renunciar à vontade de ter um filho, pois culturalmente gerar filhos envolve sentimentos de onipotência, virilidade e auto-afirmação, inclusive social. Para a sociedade, ser mãe ou pai evidencia a feminilidade e a masculinidade dos seres humanos, em que procriar é intrínseco à espécie. Em alguns casos, a gestante/casal tenta corresponder às expectativas e pressões sociais em vivenciar a maternidade e a paternidade para talvez, se “livrar” dessas cobranças, demonstrando concretamente que é um ser humano capaz. Num segundo momento, quando o casal apresenta-se “grávido” há outras cobranças sociais que dizem respeito à capacidade geradora, sendo que esta se evidencia através da relação “feto bom”/“bons pais” descrita por QUAYLE et al. (1996). Entretanto, quando há malformação fetal, a gestante/casal pode se sentir novamente pressionada a “provar”, a evidenciar a sua capacidade reprodutora, pois essa capacidade rotula os pais como bons ou maus progenitores. Assim, as cobranças sociais parecem reger e determinar, de certa forma, os comportamentos maternos e paternos, sendo que estes também estão relacionados à aceitação social.

Portanto, o psicólogo, ao deparar com o processo de repetição de gestações, deve verificar as fantasias presentes e como se caracteriza o desejo de ser mãe relacionando-o às expectativas e cobranças sociais e, se houver a confirmação de uma malformação fetal, trabalhar questões que

dizem respeito à relação “bons pais”/“bom feto” que QUAYLE et al. (1996) relataram em seus estudos, pois isso pode permear e intensificar a dinâmica emocional que envolve uma gestação.

Antecedentes familiares

Foram pesquisados problemas de saúde em toda família da gestante, sendo solicitado às pacientes que possuíam outros filhos que descrevessem se eles apresentavam algum problema de saúde. Apenas uma criança (2,5%) apresentava epilepsia. As demais gestantes (45%) não referiram quaisquer problemas.

Quanto à saúde de familiares, 22,5% (9) das gestantes referiram a presença de algum tipo de doença, sendo 45% (4) delas problemas mentais, 11% doenças neoplásicas, 11% Síndrome de Down com anencefalia, 11% Diabete Melittus e problemas de coração, 11% Síndrome de Down e 11% Microcefalia.

Quanto ao pai da criança da gestação atual, 5% deles apresentavam problemas de saúde (sendo que um deles apresentava Epilepsia e um Lúpus). Ainda em relação à saúde do pai, 2,5% realizou acompanhamento neurológico por apresentar epilepsia, e 2,5% afirmou que fez acompanhamento psiquiátrico, por apresentar Síndrome do Pânico.

Neste estudo, a maioria das gestantes não apresentava familiares portadores de doenças congênitas, assim como a grande maioria dos

genitores não apresentava problema de saúde que pudesse contribuir para ocorrência da malformação fetal.

Nota-se na prática clínica que as informações sobre a saúde dos familiares, do genitor e da genitora, são utilizadas pela família para determinar a responsabilidade sobre a malformação fetal. Neste estudo, não foi investigada essa questão, pois os objetivos propostos eram outros. Contudo na prática, ressalta-se a frequência em determinar a responsabilidade para alguém da família, objetivando tirar a culpa e a angústia desse encargo de uma pessoa, mas por outro lado, produzindo a culpa de outra. Assim, há um mecanismo de defesa utilizado por todos, para identificar e projetar a culpa, considerada insuportável, em alguém.

O psicólogo deve estar atento a essa dinâmica familiar, pois alguns sentimentos de impotência em gerar um bebê saudável podem ser intensificados pelos antecedentes familiares. Em alguns casos, a gestante pode acreditar que essa “falha” pertence a ela e à sua família, gerando sentimentos de menos valia e baixa auto-estima. Essas reações emocionais podem influenciar o relacionamento do casal e futuras gestações.

Antecedentes pessoais

As gestantes foram solicitadas a responder se apresentavam algum problema de saúde, incluindo hábitos (como o de beber e de fumar), tratamentos neurológicos e psicológicos anteriores e intercorrências durante a gestação.

Constatou-se que, quanto aos hábitos, 20% das gestantes consumiam algum tipo de substância química, sendo que 62,5% destas pacientes referiram o uso de bebida alcoólica e 37,5% o uso de cigarro. Quanto à frequência de uso, 75% referiu consumo diário, 12,5% consumo semanal e 12,5% uso esporádico.

Quanto ao tratamento neurológico, 2,5% (1) referiu que já o realizou, pois fumava muito e apresentava sinusite, mas não soube dizer por quanto tempo foi necessário o tratamento.

Das gestantes entrevistadas, apenas 2,5% (1) afirmou que já havia realizado acompanhamento psicológico, há sete anos, pois sofria de depressão.

Durante a gestação, 10% das pacientes ressaltaram que tiveram alguns problemas de saúde e necessitaram de algum tipo de medicação. Esses problemas foram descritos como: 2,5% sangramento e dores; 2,5% gastrite e nervosismo; e 5% dores de cabeça.

A maioria da população desta pesquisa não apresentou problemas de saúde e 20% das pacientes referiram hábitos. Desta maneira, notou-se que as gestantes apresentavam consciência da importância de manter hábitos saudáveis durante a gravidez.

Diagnóstico médico

Apresenta-se a seguir, na tabela 3, o diagnóstico médico dos fetos, realizado durante o DPN, quanto à sua frequência.

Tabela 3 - Distribuição das gestantes em relação ao diagnóstico médico fetal

Diagnóstico médico	N	%
Mf do Sistema Nervoso	19	47,5%
Mf óssea	2	5%
Mf do trato intestinal	1	2,5%
Mf cardíaca	3	7,5%
Parede abdominal	9	22,5%
Nefrourológica	5	12,5%
Mf múltiplas	1	2,5%
TOTAL	40	100%

Os diagnósticos foram¹³:

- Sistema nervoso: hidrocefalia e espinha bífida.
- Malformações ósseas: displasia muscular esquelética.
- Nefrourológicas: rins policísticos, dilatação renal, alteração nas vias urinárias, hidrofese renal.
- Parede abdominal: atresia de estômago, gastroquise e onfalocele.

¹³ Foi colocado no anexo H a definição das patologias diagnosticadas para possibilitar uma compreensão global de cada uma das patologias sem interromper a fluidez do texto.

- Trato intestinal: atresia do duodeno.
- Cardíacas: bloqueio átrio ventricular.
- Malformações múltiplas: hidrocefalia em conjunto com mão direita com acavalamento de quiodactilos e ausência de pododáctilos em ambos os pés.

Todos os diagnósticos foram realizados através de ultra-sonografia, apresentada durante a consulta médica.

Segundo CARVALHO et al. (2002), as malformações do Sistema Nervoso Central são mais freqüentes, sendo as mais comuns a hidrocefalia e a espinha bífida. Neste estudo, também foi encontrado o mesmo dado, pois 47,5% representa malformações do Sistema Nervoso. As outras malformações constatadas foram: 22,5% constituiu-se na Parede Abdominal, 12,5% Nefrourológicas, 7,5% Cardíaca, 5% Óssea, 2,5% localizadas no Trato Intestinal e 2,5% malformações múltiplas.

Encaminhamentos

Quanto ao encaminhamento ao Serviço de Medicina Fetal do HCFMUSP, 57,5% das gestantes foram encaminhadas por clínicas particulares de ultra-sonografias, 12,5% chegou ao serviço através de outros hospitais, 17,5% através de postos de saúde e 12,5% foi encaminhada por outros ambulatórios da Divisão de Obstetrícia do HCFMUSP, ou seja, o diagnóstico foi realizado no próprio hospital.

O fato de as gestantes terem sido encaminhadas de várias localidades reforça o reconhecimento da importância de um centro especializado em Medicina Fetal que apresente recursos tecnológicos e profissionais capacitados para lidarem com as possíveis intercorrências e tratamentos que possam ser realizados durante o pré-natal das gestantes.

Além disso, os encaminhamentos de várias localidades ao serviço de Medicina Fetal do HCFMUSP correspondem às informações dadas por BUNDUKI (1997), quando ele traça o perfil de encaminhamentos realizados para a Clínica Obstétrica.

Além do encaminhamento, neste estudo também foi considerado o tempo de diagnóstico de malformação fetal, sendo que estes dados se encontram na tabela 4.

Tabela 4 - Distribuição das gestantes em relação ao período de tempo que haviam sido informadas sobre o diagnóstico de malformação fetal

Tempo de diagnóstico	N	%
de 7 a 14 dias	19	47,5%
de 15 a 30 dias	13	32,5%
mais de 30 dias	8	20%
TOTAL	40	100%

Pode-se constatar que a maior parte das gestantes (47,5%) estava inserida em acompanhamento especializado ainda nas duas primeiras semanas após o diagnóstico de malformação fetal não letal, pois no

momento da entrevista, as pacientes estavam iniciando o acompanhamento pela equipe de Medicina Fetal do HCFMUSP.

Entretanto, observa-se que para as gestantes, o fato de estarem inseridas em um programa de diagnóstico e tratamento trouxe-lhes conforto, pois todas – independentemente do período de tempo de diagnóstico – referiram que estavam se sentindo apoiadas pela equipe. Esses dados são semelhantes aos que SINASON (1993) destaca em seus estudos, em que consultas prévias e excelentes serviços de apoio fazem a diferença, nesses momentos.

5.2 Reações relatadas pelas gestantes em relação à gestação e ao diagnóstico de malformação fetal não letal.

5.2.1 Sentimentos presentes na gestação atual

Para melhor compreensão dos sentimentos presentes nesta população, foi solicitado às gestantes que descrevessem como se sentiram frente a algumas situações, as quais são descritas neste item.

Período gestacional e implicações emocionais frente à malformação fetal não letal

Neste estudo, para fins descritivos, o desenvolvimento gestacional foi subdividido em três trimestres, sendo que 7,5% das gestantes se encontravam

no primeiro trimestre de gestação; 47,5% no segundo e 45% no terceiro trimestre. Contudo, as malformações fetais foram diagnosticadas quando 72,5% delas estavam no segundo trimestre, 22,5% estava no primeiro e apenas 5% no terceiro trimestre gestacional.

FONSECA et al. (2000) afirmam que as alterações morfológicas geralmente são diagnosticadas no segundo trimestre, o que se assemelha à distribuição verificada neste trabalho.

Ressalta-se que a informação sobre a idade gestacional não foi aqui considerada apenas como um marco do desenvolvimento do bebê, mas sim um período que pode determinar algumas repercussões emocionais na mulher durante a gestação.

Autores como (MALDONADO, 1997; SZEJER; STEWART, 1997; DEBRAY, 1988) referem que em cada trimestre de gestação há comportamentos e sentimentos específicos que estão relacionados às mudanças de identidade, à personalidade da mulher e ao desenvolvimento gestacional, como foi detalhado no item 1, subitem 1.2 denominado de “Fantasias e expectativas na gestação normal”.

Essa associação é importante, pois dependendo do período gestacional e dos sentimentos despertados, supõem-se maiores níveis de ansiedade, depressão, ambivalência afetiva, instabilidade de humor, entre outros. Pode-se imaginar então, o que ocorre quando é diagnosticada uma malformação fetal, mesmo que não letal.

É importante que o profissional de saúde mental considere em que período gestacional a mulher recebe essa informação, pois isso vai auxiliá-lo na compreensão da intensidade de determinados sentimentos em uma gestação e as reações que elas apresentam. A partir disso, o profissional de saúde vai ajudar na condução do acompanhamento psicológico em direção à elaboração do luto, tendo em foco esses sentimentos intensificados. Além disso, a maneira como a gestante lida com a situação, adequada ou inadequadamente, determina em parte, o encaminhamento para uma avaliação psiquiátrica, que objetiva auxiliar na adequação da ansiedade e depressão, por exemplo.

Há necessidade de que a elaboração do luto seja iniciada logo após o recebimento do diagnóstico, pois a mulher necessita se preparar para a chegada do bebê. Na opinião de QUAYLE et al. (1996), receber o diagnóstico ainda no período gestacional possibilita que a gestante utilize algumas defesas para se adaptar à situação, e para que isso aconteça, a gestante necessita reelaborar a imagem que apresenta de seu filho.

Pensamentos quanto à gestação

Nem sempre uma gravidez é desejada ou planejada. Neste estudo, 72,5% das pacientes referiram não ter planejado a gravidez; contudo 77,5% referiu tê-la desejado e 95% a aceitou.

Como se pode perceber, a maioria das pacientes relatou que havia aceitado a gravidez. Entretanto, pode-se supor que essas mulheres se

sentiam pressionadas a realizar tal afirmação, pois eram reticentes em suas colocações. Para exemplificar transcreveu-se esta citação de uma das gestantes: “... é aceitei.... né?”. Provavelmente, as mulheres imaginavam que a pesquisadora também esperava ouvir que essa era uma gestação planejada, feliz e livre de qualquer problema, como faziam perante a sociedade, quando eram questionadas sobre a aceitação. Portanto, constatou-se que, diante de uma gestação, é esperado que essas mulheres demonstrem um instinto materno, um amor incondicional. Porém, algumas vezes, isso não acontece, como refere BADINTER (1985) em seus estudos. A autora afirma que a sociedade percebe a maternidade como algo inerente à mulher, entretanto, isso não pode ser considerado como verdade absoluta, pois pode-se e deve-se pensar na mulher independentemente da maternidade.

No Brasil, a importância da afirmação social tem um foco cultural, pois um filho sempre deve ser considerado como “bem-vindo”. Segundo TORREZAN (1994), a não aceitação da gestação torna-se uma fonte de sofrimento, inclusive pode ser considerada como fonte de *stress*. O sofrimento gerado pode evidenciar duas polaridades, em que a mulher tenta corresponder tanto às cobranças sociais quanto aos seus desejos, entretanto, nota-se que as cobranças sociais parecem ser mais significativas que seus próprios sentimentos. Pode-se supor que essas mesmas mulheres não consigam se desvincular à imagem de mãe.

Por outro lado, deve-se ressaltar que a oscilação entre maiores níveis de aceitação e não aceitação faz parte do período gestacional, contudo se deve levar em consideração a crença de amor incondicional, presente no imaginário das pessoas.

Quanto aos pensamentos diante da gestação, tem-se que:

Tabela 5 - Distribuição das gestantes em relação aos pensamentos relatados frente à gestação

Pensamentos	N	%
Pensamentos positivos	16	40%
Pensamento negativo	5	12,5%
Pensamentos ambivalentes	12	30%
Preocupação	4	10%
Não sabe explicar	3	7,5%
TOTAL	40	100%

Na tabela 5, verificou-se que 40% das pacientes referiram pensamentos positivos frente à confirmação da gravidez, sendo que as gestantes ressaltaram: *“Eu fiquei feliz quando soube que estava grávida”*. (sic); *“Ah...eu achei bom, porque eu tava querendo outro filho”*. (sic). E 30% descreveu sentimentos ambivalentes, como preocupação e alegria simultaneamente, como se pode inferir a partir da fala dessas gestantes *“... nas mudanças, né, porque sempre ocorre bastante mudanças. E eu sempre pensei que quando acontecesse isso seria pra melhor....mas...”*.

(sic); *“ah, eu fiquei chorando de alegria e de tristeza ao mesmo tempo, porque a pessoa com quem eu tô vivendo tava desempregado, a situação tava difícil...”* (sic); 12,5% verbalizou sentimentos negativos, como: *“...eu não podia ter, ainda não era a hora.”* (sic) e *“Fiquei triste, porque não era o momento certo.”* (sic).

Através das afirmações relatadas acima pelas pacientes, notou-se que os pensamentos estavam associados a diversos fatores, como: físicos, sociais, econômicos, emocionais e culturais, pois a gravidez não ocorre isoladamente. Portanto, torna-se difícil pensar sobre um amor ou uma aceitação incondicional. De acordo com CURY (1997), entre outros, deve-se levar em consideração o contexto social em que a gestação se desenvolve e dessa maneira, compreender em que momento de vida essas pacientes estavam contextualizadas, pois esses seriam alguns dados que poderiam indicar as influências quanto à aceitação da gravidez.

Além disso, como a literatura refere (SZEJER; STEWART, 1997), a ambivalência afetiva está presente em todo o período gestacional, sendo que os pensamentos de aceitação ou rejeição inicial podem ser modificados durante o período gestacional, pois o estado gravídico é composto de oscilações entre esses sentimentos (MALDONADO, 1997; QUAYLE, 1997; SZEJER; STEWART, 1997). Um dos fatores que podem estar associados, e que podem intensificar esses períodos de aceitação e rejeição da gestação e do bebê, é a malformação fetal.

Sentimentos frente à gestação

As pacientes foram solicitadas a responder algumas questões acerca dos sentimentos despertados frente à gravidez, sendo que eles estão descritos na tabela a seguir.

Tabela 6 - Distribuição das gestantes em relação aos sentimentos apresentados frente à gestação

Sentimentos	N	%
Sentimentos positivos	9	22,5%
Sentimentos negativos	13	32,5%
Sentimentos ambivalentes	8	20%
Sintomas físicos e psicológicos negativos	6	15%
Preocupação com o bebê	3	7,5%
Não sabe referir	1	2,5%
TOTAL	40	100%

Na tabela 6, 32,5% das gestantes apresentaram sentimentos negativos, como tristeza e decepção, referindo-se ao estado de saúde do bebê. Isso pode ser observado em seus relatos: “... depois que eu fiquei sabendo do problema, muito mal... muito difícil pra mim” (sic); “Bastante mal, depois da notícia do bebê, eu nem consigo dormir.” (sic). A partir dessas colocações, pode-se ter a real noção do impacto da confirmação do problema fetal, pois, nesta questão, a pesquisadora estava se referindo a um momento anterior ao diagnóstico e essas gestantes estavam extremamente envolvidas nesta problemática que não conseguiam separar estes dois momentos.

As gestantes que referiram sentimentos ambivalentes (20%), afirmavam que ao mesmo tempo em que estavam se sentindo tristes pelos problemas do bebê, ressaltavam que estavam alegres e reafirmavam sua afetividade por ele, citando: *“Mesmo assim o amo, porque é meu filho” (sic)*. O diagnóstico de malformação fetal propicia sentimentos de ambigüidade, pois segundo KLAUS; KENNEL (1993), ao mesmo tempo em que a mulher está gerando um filho, desenvolve sentimentos negativos por ele frustrar suas expectativas. Diante de tal situação, a gestante pode se sentir pressionada pelas cobranças sociais, descritas anteriormente, enfatizando a aceitação do bebê. A gestante pode sentir que nesse momento, as cobranças sociais se intensificam. Em consequência disso, a mulher expressa suas angústias com cautela, reafirmando a todo momento sentimentos positivos pelo bebê. Talvez, seja muito difícil para a mulher lidar com as duas situações simultaneamente: o sofrimento do diagnóstico do bebê em conjunto com as cobranças sociais.

No que se refere aos sentimentos positivos, 22,5% das gestantes verbalizaram que estavam se sentindo bem e felizes. Contudo, seus relatos foram monossilábicos, sem maiores detalhes. Provavelmente, nessa questão as pacientes estavam se defendendo da angústia de falar sobre os problemas do bebê, pois não mencionaram como estavam se sentindo frente à gestação. A solicitação de falar sobre o assunto possibilita maior contato com a realidade, mas elas talvez não se sentiam preparadas, ou simplesmente não desejavam, naquele momento, realizar aquela tarefa, até para que não se questionassem sobre a “alegria” que estavam sentindo.

A partir dos relatos de todas as gestantes, notou-se que os sentimentos despertados frente à malformação fetal podem tornar o processo de aceitação ainda mais difícil e complexo. Evidencia-se portanto, a importância do acompanhamento psicológico que, nesses momentos, teria a função de promover o contato com a realidade, para que a elaboração do luto pelo bebê idealizado e a preparação da gestante para enfrentar o pós-parto fossem iniciadas. Esse processo ocorre lentamente e é extremamente doloroso, entretanto necessita ser iniciado ainda na gestação.

Todavia, essa não é uma tarefa fácil para as gestantes, pois a utilização de algumas defesas, tal como a negação, objetivam impedir o contato com a realidade, o que gera um sofrimento ainda maior. Pode-se, ainda, reforçar essas afirmações com a ausência de todas as gestantes aos retornos agendados para a realização do acompanhamento psicológico, os quais foram oferecidos pela pesquisadora e aceitos inicialmente por todas elas.

Durante a realização do pré-natal, a equipe que assiste a gestante pode auxiliar no encaminhamento ao tratamento psicológico. Através das consultas pode-se fortalecer o vínculo da mulher/casal com a equipe e, a partir disso, evidenciar a importância da saúde mental nesses momentos. Torna-se importante que a atenção também seja direcionada à gestante e não somente ao bebê.

Para 15% das pacientes, este período gestacional refletia tensão e medo devido a sintomas físicos, como dores e sangramentos, conjuntamente com a tristeza que estavam sentindo frente ao diagnóstico do

bebê, pois relatavam: *“Tenho muita dor, tenho medo de perder o bebê.”* (sic). Esse relato pode traduzir o medo real quanto à probabilidade de perderem o bebê, pois quando ele apresenta uma malformação fetal a possibilidade de um abortamento é maior (ARMBRUSTER-MORAES, 2002). Portanto, não se deve imaginar que esse medo é fantasioso ou que a mulher “inconscientemente prefere perder o bebê” do que lidar com a dor e angústia.

Essas pacientes conseguiram expressar sua fragilidade tanto física como emocionalmente, o que é esperado nessas situações, pois esse é o primeiro passo para a elaboração do luto. Tal tarefa consiste em reelaborar a imagem do bebê que fora idealizada e se sentir minimamente preparada para enfrentar as dificuldades advindas do tratamento do bebê, após seu nascimento.

As gestantes que manifestaram a preocupação com os bebês (7,5%) referiram que não estavam bem informadas sobre o que estava acontecendo. Ressaltavam: *“Eu ainda não sei o que tá acontecendo, mas tô muito preocupada”* (sic). No entanto, as preocupações aumentavam por não poderem vê-lo, pois afirmavam que somente desse modo se sentiriam mais tranquilas. Possivelmente, elas acreditavam que só se sentiriam mais confortáveis após o nascimento do bebê e pudessem ter a real dimensão da malformação e dos conseqüentes problemas de saúde associados. Essas crenças são confirmadas pelos estudos de IRVIN et al. (1993), que referem uma maior tranquilidade quando a gestante vê a criança.

Como já foi mencionado, é necessário que a gestante se prepare emocionalmente para a chegada do filho. Sentimentos de falta de compreensão e ansiedade podem prejudicar a elaboração da imagem do bebê real. Segundo IRVIN et al. (1993), a elaboração da imagem real do bebê significa comparar a diferença entre a imagem idealizada à verdadeira aparência dele. Esta discrepância é muito maior em situações em que o bebê apresenta problemas, entretanto, o processo de adaptação da gestante à situação é extremamente necessário.

Para todas as pacientes, a gestação significa mudanças, que podem ser vistas como positivas ou não. Frente à confirmação do diagnóstico pré-natal de malformação fetal, esses sentimentos se intensificam sendo que, nestes casos, a tendência natural é a utilização de mecanismos de defesas que as auxiliam a lidar de uma maneira menos angustiante com a situação, como QUAYLE (1996) cita em seus estudos. Neste processo dinâmico de adaptação, a negação foi um dos mecanismos mais utilizados pelas gestantes, pois elas necessitavam, em alguns momentos, “se desligar” da problemática do bebê e se voltarem para outros interesses e atividades de seu cotidiano.

A partir desses dados, pode-se concluir que as entrevistas eram compostas de algumas reações emocionais que DROTAR et al. (1975) descreveram. As gestantes freqüentemente recorriam ao mecanismo de negação, pois em vários momentos elas demonstraram vários comportamentos e falas que evidenciavam essa fase, como são descritos durante o trabalho.

5.2.2 Sentimentos frente à malformação fetal não letal

Face à confirmação do diagnóstico, 95% das pacientes apresentaram sentimentos negativos, como tristeza, e relatavam: *“Foi a pior sensação que já tive”* (sic), ou então *“Achei que iria morrer de tanta tristeza”* (sic); 2,5% das pacientes referiram que ficaram desorientadas, mencionando: *“Fiquei paralisada, não sabia o que fazer”* (sic); 2,5% delas não souberam responder.

Em relação aos primeiros pensamentos após o diagnóstico, 42,5% relatou que somente pensava no bebê, demonstrando preocupação com sua saúde: *“Pensei como ele estava se sentindo; será que ele sente dor?”* (sic); 17,5% apresentou pensamentos relacionados ao sentimento de revolta: *“Por que eu?”* (sic), *“O que fiz para merecer isto?”* (sic); 17,5% afirmou que não acreditava no que estava acontecendo; 12,5% relatou que não se lembrava do que havia pensado; 7,5% pensou em interromper a gestação e 2,5% relatou que só pensava em seus familiares e de como iria informá-los.

Pode-se supor que as preocupações com a saúde do bebê se associaram a sentimentos de impotência frente à malformação fetal, pois algumas das gestantes lidavam com a sensação e o medo da possibilidade da morte dentro de si. Essas fantasias são extremamente angustiantes para as gestantes, pois onde normalmente deveria ser carregada a “vida” há possibilidade de morte. Essas fantasias de vida e de morte podem suscitar sentimentos de proteção ao bebê, sendo que as gestantes tentam fazer de tudo para que ele continue vivo e tenha possibilidades de vida. Ao mesmo

tempo, também trazem sentimentos contrários, como o medo da morte do bebê ainda na gestação, o que pode gerar fantasias de ser contaminada por ele. QUAYLE (1997) afirma que essas fantasias são comuns nessas situações e que podem dar início a um processo de menor investimento afetivo no bebê, pois trazem consigo a possibilidade de vida e de morte; de poder e de não poder.

Pode-se pensar que a diminuição desse investimento afetivo pode funcionar como uma autoproteção para a gestante, pois, para algumas mulheres, quanto menor for o apego ao bebê, menor será o seu sofrimento com a morte dele.

Mesmo tendo recebido o diagnóstico de uma malformação fetal não letal, os sentimentos de vida e de morte são suscitados em vários momentos, pois para essas mulheres qualquer problema de saúde com o bebê é visto como algo de incrível poder destrutivo quanto à progenitura, causando uma ferida narcísica, segundo QUAYLE (1996) e IRVIN et al. (1993). Além disso, deve-se ressaltar que o risco de morte do bebê é real, portanto ressalta-se a importância dessas fantasias serem expressas e trabalhadas tanto do ponto de vista emocional quanto do físico (por exemplo, orientando a gestante durante as consultas médicas sobre os sintomas físicos e algumas possibilidades quanto ao prognóstico do caso).

A ferida narcísica também pôde ser evidenciada nos relatos das gestantes quando elas descreveram como se sentiam quando pessoas conhecidas ou desconhecidas perguntavam sobre a sua gestação: 37,5%

delas afirmaram que se sentiam mal com aquela situação, referindo: *“Me sinto péssima quando alguém pergunta” (sic)*; 30% enfatizou que não falava sobre o assunto, afirmando: *“Quando me perguntam, eu mudo de assunto ou faço de conta que não ouvi” (sic)*.

Quanto à ferida narcísica que QUAYLE (1996) e IRVIN et al. (1993) referem em seus estudos, bem como suas repercussões, foi observado que ela pode se instalar desde o momento do diagnóstico, ou seja, surgir durante a fase de choque. E certamente, a maneira como cada mulher lida com essa vivência está diretamente relacionada a suas características de personalidade (MALDONADO, 1997), bem como com o prognóstico do bebê e a maneira como a gestante o imagina.

Em contrapartida, 30% sentia-se bem e achava que o interesse das pessoas em saber sobre a gestação era normal, afirmando: *“Pra mim tudo bem, não ligo” (sic)*, ou ainda: *“Acho normal as pessoas perguntarem” (sic)*; 2,5% não soube responder. Esses dados evidenciam que as reações apresentadas nessas situações mostram de que maneira as gestantes estavam lidando com o bebê que estavam gerando. Muitas delas ainda não conseguiam entrar em contato com a realidade e, segundo DROTAR et al. (1975), poderiam estar na fase de negação, a qual tem como objetivo evitar a admissão do diagnóstico. Esta dificuldade em admitir o diagnóstico pode estar ligada às cobranças sociais que dizem respeito à aceitação incondicional do bebê, ou seja, se essas mulheres não estivessem negando o problema, elas obrigatoriamente se sentiriam pressionadas a aceitar o

bebê com suas dificuldades e problemas. Desta maneira, pode-se supor que o mecanismo de defesa de negação apresenta uma dupla função, a de proteger a gestante contra o impacto do diagnóstico como também de protegê-la das cobranças sociais e, conseqüentemente, da aceitação incondicional do bebê.

Esse mecanismo de defesa necessita ser avaliado individualmente, pois torna-se arriscado considerá-lo como padrão de comportamento. Esse mecanismo pode variar de acordo com a cultura em que a gestante está inserida. Deve-se partir do princípio de que é parte integrante do processo de adaptação ao diagnóstico de malformação fetal, em que as oscilações de sentimentos ocorrem de uma maneira extremamente dinâmica e em curto período de tempo, o que demonstra uma tentativa de reestruturação e de adaptação frente à situação.

Como DROTAR et al. (1975) descreveram, o processo de adaptação é dinâmico. Por isso, ressalta-se a importância dessas verbalizações e o cuidado que se deve ter para não rotular este momento, considerando-o estanque, imaginando que a gestante está simplesmente aceitando ou rejeitando o bebê.

Outro ponto relevante neste estudo está relacionado às afirmações de DEBRAY (1988) quanto ao vínculo da gestante com o bebê. A autora afirma que normalmente o vínculo materno-infantil está relacionado a aspectos positivos quanto à saúde do bebê, às expectativas quanto a um futuro promissor e a todas as qualidades imaginadas por uma mãe.

Contudo, neste estudo, evidenciou-se que diante da confirmação do diagnóstico de malformação fetal não letal, a gestante/casal necessita adequar suas fantasias à realidade vivida. Esse processo dever ter início, ainda na gestação. Portanto, pode-se afirmar que o vínculo materno-infantil não está relacionado somente a bebês saudáveis, pois as gestantes desenvolveram um vínculo afetivo com a criança com problemas. Para exemplificar essa afirmação, SUKOP et al. (1999) afirmam que as gestantes estabelecem um vínculo afetivo com bebês saudáveis ou com algum tipo de problema.

A partir desses dados, foi detectado que o vínculo é modificado pela vivência do diagnóstico, pois a gestante terá que se adaptar às necessidades do bebê.

5.2.3 Expectativas quanto ao bebê

As expectativas apresentadas com relação aos bebês foram subdivididas neste trabalho em duas partes: antes e depois do diagnóstico, para que ficasse evidenciada a dinâmica emocional nesses dois períodos. A tabela 7 apresenta os dados relativos às expectativas anteriores ao diagnóstico.

Antes do diagnóstico**Tabela 7** - Distribuição das gestantes quanto às expectativas referidas em relação ao bebê antes do diagnóstico

Expectativas apresentadas	N	%
Saúde física/ perfeita/ normal	20	50%
Sexo e saúde física	3	7,5%
Planos e sentimentos positivos	11	27,5%
Não tinha boas expectativas/não desejava	2	5%
Não sabe	4	10%
TOTAL	40	100%

A tabela 7 evidencia que as expectativas apresentadas eram predominantes em relação à saúde do bebê, sendo que 50% das gestantes relataram-nas, mesmo antes de qualquer indício de anormalidade: *“Uma criança saudável, né?...”* (sic), *“...que ele fosse normal, que tivesse saúde...”* (sic).

Para 27,5% das pacientes, alguns planos e sentimentos positivos quanto ao futuro do bebê, como estudar, brincar, entre outros, como relatados por esta gestante apresentavam-se como prioridade naquele momento, como exemplifica esta afirmação: *“Que fosse como as outras crianças, que pudesse estudar...”* (sic). As gestantes também demonstraram uma preocupação em relação ao desenvolvimento normal do seu filho, questionando se os planos imaginados seriam alcançados pelo bebê.

Algumas gestantes (7,5%) primeiramente apresentavam expectativas quanto ao sexo do bebê e somente após o diagnóstico se preocuparam com a sua saúde física, pois relatavam: “... eu queria saber o sexo, se seria parecida comigo ... mas aí, comecei a me preocupar com a saúde dele...” (sic). Quanto às outras pacientes, 5% não apresentava expectativa positiva, pois não desejava a gestação e 10% não soube relatar suas expectativas.

Como refere a literatura, face a uma gestação saudável, ou seja, sem problemas, neste estudo também foi observado que as fantasias ou receios de ter um bebê com problemas não são desencadeadas pelo diagnóstico pré-natal, pois 77,5 % das gestantes afirmaram que mesmo antes deste processo pensavam naquelas possibilidades. Portanto, o DPN intensifica as tensões e apreensões já existentes, pois avalia indiretamente a parentalidade dos genitores como QUAYLE et al. (1996) afirmam.

A intensificação desses sentimentos, em conjunto com o aumento do *stress* e da ansiedade, pode trazer grande instabilidade emocional para a gestante. Assim, os profissionais envolvidos no processo do pré-natal precisam ser cautelosos no momento do diagnóstico, para não reforçarem impressões e fantasias que já estão presentes. Tal descuido pode desencadear níveis de angústia e de ansiedade exacerbados e desnecessários, comprometendo a saúde mental da gestante/casal.

Depois do diagnóstico

Foi solicitado às pacientes que relatassem as suas expectativas em relação ao bebê após o diagnóstico; 10% delas não conseguiram

responder. Essa questão teve o objetivo de avaliar como as gestantes estavam lidando com a situação e, naquele momento, foram observados intensos sentimentos de resistências às mudanças que a malformação gerava.

Para 42,5% das pacientes, as expectativas mudaram após a confirmação do diagnóstico. Na tabela 8 foi descrito o enfoque dado pelas gestantes quanto às mudanças relatadas.

Tabela 8 - Distribuição das mudanças de expectativas em relação ao bebê após o diagnóstico de malformação fetal

Mudanças	N	%
Tudo (sentimentos, ações)	4	23,5%
Saúde da criança	9	53%
Não consegue definir	4	23,5%
TOTAL	17	100%

Entre elas, 53% referiu que a mudança estava relacionada à saúde do bebê: *“Eu vou ter que correr com a criança”* (sic) *“O trabalho de cuidar, a pessoa tem que se preocupar mais, cuidar mais dele, né?”* (sic); 23,5% não conseguiu definir quais seriam as mudanças e 23,5% descreveu que tudo havia mudado, ou seja, seus sentimentos, pensamentos e atitudes com relação à criança tinham se modificado, como podemos perceber neste relato: *“Tudo... eu não sou mais feliz.... o que vai acontecer com o neném.... eu não sei”* (sic);

Essa questão possibilitou as gestantes verbalizarem o que esperavam do bebê e que situações, comportamentos e pensamentos mudariam, pois o seu bebê afastava-se da imagem do filho idealizado e, conseqüentemente, não preenchia o papel que lhe era destinado no imaginário da família (QUAYLE; BUNDUKI, 1997).

Como foi mencionado anteriormente, as fantasias presentes no imaginário dos pais em relação ao bebê se constitui de impressões e desejos, derivados da experiência deles próprios (IRVIN et al., 1993). Desta maneira, pode-se pensar que para as gestantes que não conseguiram nomear as mudanças, o momento do diagnóstico de anomalia fetal foi percebido como algo extremamente destrutivo, visto que elas sentiram que as suas expectativas e planos quanto ao bebê foram tirados, “roubados”. Até então, elas ainda não haviam conseguido se reorganizar emocionalmente e reconstruir planos e expectativas mais adequados à situação. Neste período pode-se identificar resistência e negação à realidade, ou seja, elas estavam se utilizando destes mecanismos para se defender da angústia. Pensar em mudanças dos planos faz parte do processo de adaptação, contudo, nessa questão, pode-se afirmar que essas gestantes estavam num momento de recuo.

5.2.4 Fantasias sobre o bebê

Foi solicitado às gestantes que descrevessem como imaginavam seus bebês fisicamente, o que está descrito na tabela 9.

Tabela 9 - Distribuição das gestantes quanto à imagem do bebê

Fantasias sobre os aspectos físicos do bebê	N	%
Refere semelhanças com pai e mãe	6	15%
Não consegue imaginar	16	40%
Relata MF, mas diz que é perfeito	3	7,5%
Perfeito	13	32,5%
Relata MF e limitações que terá	2	5%
TOTAL	40	100%

Apenas 5% das gestantes referiram a malformação como caracterização pertencente ao seu imaginário. Para 40% essa questão foi delicada, pois referiram que não conseguiam imaginá-lo, mostrando-se angustiadas com tais pensamentos.

Para 15% esse assunto suscitou um momento agradável, pois referiram semelhanças parentais: *“Acho que ele vai ser branquinho como o pai dele” (sic)*. Para algumas, a perfeição física fazia parte de seu imaginário, pois 7,5% relatou a malformação, entretanto imaginavam os bebês perfeitos: *“Ele tem esse probleminha, mas eu vejo ele perfeito” (sic)* e 32,5% das pacientes referiram que imaginavam os bebês perfeitos e afirmaram monossilabicamente: *“Perfeito” (sic)*.

Em todas as pacientes, ficou evidente a dificuldade em imaginar fisicamente o bebê com a malformação fetal, sendo que elas procuravam se proteger de uma maneira ou de outra, negando a realidade completamente ou parcialmente.

Isso nos leva a pensar no conceito de “bebê fantasioso” que DEBRAY (1988) descreve e que faz parte do desenvolvimento do vínculo materno-infantil. Para a autora, o relacionamento entre um bebê e sua mãe se inicia antes da gravidez, quando a mulher apresenta fantasias referentes ao desejo de ter filhos. Nessas fantasias, o bebê é imaginado como onipotente e dotado de poderes.

Neste estudo percebeu-se que estes relatos representavam o vínculo afetivo, sendo que essas fantasias de perfeição precisam estar em evidência para essas gestantes, pois o conceito de bebê fantasioso pode funcionar como um mecanismo de defesa para auxiliar na aceitação do bebê.

Outro fato que provavelmente contribui para fantasias de perfeição (que tem a função de proteger as gestantes das angústias) são as dificuldades sociais e econômicas da família que tem uma criança portadora de necessidades especiais no Brasil. SINASON (1993) refere em seu livro inúmeros relatos de mães que vivenciaram situações durante o desenvolvimento da vida de crianças que apresentavam algum problema ou deficiência. A autora descreve as dificuldades quanto ao acesso aos tratamentos, escolas, brinquedos, atividades apropriadas, a maneira de lidar com as crianças e com outros filhos, entre outros. As mesmas dificuldades podem ser observadas no Brasil, principalmente em famílias que apresentam poucos recursos financeiros, como cita CLEMENTE et al. (2001).

Está claro que as gestantes precisam se preparar para a chegada do bebê, mas também é óbvio que, na maior parte das vezes, os recursos

financeiros e sociais disponíveis para a população brasileira de modo geral são insuficientes, o que pode gerar altos níveis de angústia, ansiedade e *stress* nas mulheres/casais. A situação social e econômica brasileira também pode favorecer uma dificuldade de adaptação, pois SINASON (1993) assinala que consultas prévias, auxílio financeiro e excelentes serviços de apoio fazem a diferença nesses momentos.

Neste estudo, as gestantes dispunham de um acompanhamento pré e pós-natal de excelência, pois estavam inseridas em um dos serviços públicos que oferecem uma assistência eficaz e privilegiada, o que a maior parte da população brasileira, infelizmente, não dispõe.

Para complementar os dados relatados sobre as fantasias de perfeição do bebê, foi verificado se as gestantes haviam compreendido o diagnóstico, pois isso poderia influenciar em suas percepções.

Na tabela 10, observou-se que a dificuldade em imaginar o bebê portador de alguma malformação independe da compreensão do diagnóstico, pois somente 9,5% das pacientes que o compreenderam ressaltaram a malformação como características pertencentes ao seu imaginário. Todas as outras gestantes não imaginaram a malformação ou a rejeitaram explicitamente.

Isso evidencia que a gestante tenta se proteger ao máximo da situação estressante, o que pode justificar que a maioria delas se apresentam na fase de resistência, como está descrito no item 5.3.2 Fases de *stress*.

Tabela 10 - Distribuição das gestantes considerando a imagem que apresentavam do bebê em relação à compreensão do diagnóstico

Imagem	Sim		Não		Parcial		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Refere semelhanças com pai e mãe	5	23,8	1	11,1	0	0,0	6	15,0
Não quer pensar ou ainda não pensou	0	0,0	1	11,1	1	10,0	2	5,0
Não consegue imaginar	2	9,5	2	22,2	1	10,0	5	12,5
Relata MF, mas diz que é perfeito.	1	4,8	0	0,0	2	20,0	3	7,5
Perfeito	6	28,6	3	33,3	4	40,0	13	32,5
Relata MF e limitações que terá	2	9,5	0	0,0	0	0,0	2	5,0
Não sabe	5	23,8	2	22,2	2	20,0	9	22,5
TOTAL	21	100,0	9	100,0	10	100,0	40	100,0

5.2.5 Mudanças de rotina

As pacientes foram estimuladas a descrever se haviam ocorrido mudanças na sua rotina de vida após o diagnóstico de malformação fetal e como elas imaginavam essa rotina após o nascimento do bebê, como está descrito nesta seção.

Mudanças após o diagnóstico

Quanto às mudanças que ocorreram em suas vidas após receberem o diagnóstico, 42,5% relatou que não houve mudanças, 55% afirmou que sofreu mudanças e 2,5% não soube responder.

Das pacientes que relataram que nada havia mudado em suas vidas, 17,5% descreveu que estava “encarando” a situação como se nada estivesse acontecendo, 10% relatou que não mudou em nada, pois se sentiam preparadas para enfrentar a nova situação; 7,5% referiu que nada havia mudado, pois acreditavam que Deus iria mudar a situação referindo-se à cura do bebê: “... se eu acreditasse mesmo... ele ... Deus mudaria a minha filha....” (sic); e 7,5% não soube justificar a resposta.

Baseado nos relatos das gestantes, pode-se afirmar que elas estavam negando as transformações que estavam ocorrendo em sua vida. E, novamente, ficou claro que essas gestantes se apresentavam no estágio inicial do processo de adaptação descrito por DROTAR et al. (1975), o qual tem como objetivo evitar a admissão do diagnóstico e é repleto de angústia e de dor.

Quanto às gestantes que acreditavam que seus bebês seriam curados, pode-se pensar nas observações que DUALIBI et al. (2003) realizaram após a confirmação do diagnóstico. Os autores afirmam que esse momento não é de aceitação, mas sim um período de questionamentos e de buscas de novos diagnósticos. Provavelmente, essas gestantes, por apresentarem um sofrimento intenso, utilizaram-se da sua religiosidade e da crença em Deus para amenizar o sofrimento, ou seja, para encontrar o mínimo de conforto emocional nessas circunstâncias.

Num primeiro momento, essas defesas trazem conforto, pois auxiliaram-nas na diminuição da angústia, entretanto não se deve esquecer

de que, quando o bebê nascer, a mulher terá que deparar com o bebê real, o qual ainda apresenta malformações. Isso pode elevar o nível de ansiedade e *stress* após o parto, podendo originar sentimentos de frustração. Em consequência disso, a mulher passaria a acreditar, por exemplo, que não teve a fé necessária para mudar a situação. Essa intensidade de sentimentos e frustrações pode contribuir para que uma desorganização emocional mais acentuada se instale, podendo até levar a depressão pós-parto.

Para as pacientes que relataram que estavam encarando a situação “como se nada estivesse acontecendo” e para aquelas que afirmaram que “nada havia mudado após o diagnóstico do bebê”, notou-se um período de passividade e/ou negação, o que também caracteriza defesas egóicas, as quais, naquele momento, traziam conforto. Nessas situações, também se supõe que após o nascimento do bebê a gestante depara com sentimentos de angústia e frustração, que constituem o processo de elaboração do luto pelo bebê idealizado, visto que a mulher não se preparou para receber um bebê que necessitará de cuidados diferenciados. Assim, fica claro que essas gestantes tentam adiar o momento do sofrimento; entretanto ele é inevitável.

Além dessas reações emocionais, foram percebidos sentimentos de onipotência durante as gestações, os quais podem ser reforçados pelo conceito do “bebê fantasioso”, que DEBRAY (1988) propôs, pois se a criança é dotada apenas de qualidades, a gestante não precisará sofrer ou se preocupar com problemas de saúde.

Quanto às gestantes que referiram que suas vidas mudaram (55%), 30% descreveu mudanças em seu cotidiano, como os exames e procedimentos que estavam realizando.

Para 12,5%, as mudanças estavam relacionadas a pensamentos e sentimentos: *“Nunca mais serei a mesma pessoa”* (sic), *“Estou muito triste”* (sic); e 12,5% delas afirmaram que tudo em sua vida havia mudado, mas não conseguiram nomear o que seria esse “tudo”.

Para essas gestantes, esse período era caracterizado por questionamentos pessoais, como DUALIBI et al. (2003) citaram; estavam reavaliando suas emoções, expectativas, planos futuros, entre outros.

Assim, ressalta-se que o período após o recebimento de diagnóstico de malformação fetal sempre é muito difícil. As gestantes sempre apresentam dor, angústia e sofrimento (BENUTE; GOLLOP, 2002). No entanto, adverte-se que esses sentimentos são expressos de maneiras diferentes: algumas mulheres enfrentam mais rapidamente a situação e outras se defendem de maneira mais intensa.

Fantasia quanto às mudanças após o nascimento do bebê

As pacientes descreveram o que imaginavam que iria mudar em sua rotina de vida após o nascimento do bebê; Na tabela 11 pode-se observar suas respostas.

Tabela 11- Distribuição das pacientes quanto às mudanças imaginadas no cotidiano após o nascimento do bebê

A rotina após o nascimento	N	%
Foco na criança, nos cuidados	21	52,5%
Não sabe	11	27,5%
Ambivalência	1	2,5%
Não mudará nada	7	17,5%
TOTAL	40	100%

Face às respostas, 52,5% das gestantes referiram que após o nascimento do bebê sua rotina de vida mudaria quanto ao enfoque dado aos cuidados com a criança, pois relatavam: “*Depois dela nascer, vamos ter que ir a muitos médicos e hospitais*” (sic), ou “*Vou procurar o melhor tratamento*” (sic). A partir desses dados, foi evidenciado que a maior parte das gestantes conseguiram visualizar de maneira adequada as mudanças que ocorreriam em sua rotina após o nascimento do bebê, pois em todos os casos necessitaria intervenções e tratamentos especializados que dependem atenção, tempo e disponibilidade da mãe em proporcionar esse tipo de tratamento ao bebê.

O futuro, por mais incerto que pareça, em alguns casos pode ser previsível. Nessas situações, consegue-se imaginar que os bebês necessitarão de acompanhamento médico especializado e prolongado, enquanto que as mães ou o casal necessitarão de tolerância e equilíbrio emocional para lidar com as dificuldades advindas dos procedimentos e internações.

MARTINI (2000) descreveu seu trabalho, realizado em uma enfermaria de cardiologia pediátrica com recém-nascidos portadores de malformações congênitas no coração. O autor ressaltou que aquele momento era extremamente angustiante para as mães e afirmou que elas necessitavam de proteção, pois se sentiam desamparadas e sós, pois deixavam para trás outros filhos, trabalho, casa e companheiro. A partir dessa vivência, são despertadas angústias primitivas, fantasias, expectativas, sentimentos de culpa, impotência, onipotência, amor e ódio.

Talvez essas gestantes ainda não tivessem a noção de todo aquele universo, mas sentiam que necessitariam estar preparadas para oferecer um bom suporte para seus filhos.

Quanto às outras gestantes, 27,5% não soube referir e/ou imaginar como seria sua rotina de vida; e 17,5% relatou que não haveria mudanças, afirmando que “*Não vai mudar nada*” (*sic*); e 2,5% descreveu pensamentos ambivalentes, dizendo que em alguns aspectos mudariam e em outros não.

Essas gestantes provavelmente não tinham a real noção das necessidades de tratamento que o bebê precisaria após seu nascimento. Provavelmente, algumas intervenções médicas importantes seriam necessárias para assegurar a sobrevivência dos bebês, e eles poderiam ficar sob cuidados intensivos por várias semanas.

Relacionando os relatos quanto às mudanças de rotina após o diagnóstico com as mudanças imaginadas após o nascimento do bebê,

percebeu-se que no momento da entrevista - após o diagnóstico - 42,5% acreditavam que nada havia mudado, enquanto que após o nascimento do bebê, 17,5% das pacientes esperavam que nada iria mudar em suas vidas. Para essas mulheres, a percepção da situação dependia em parte em ver o bebê, pois provavelmente as que afirmaram que nada havia mudado em suas vidas ou aquelas que estavam fazendo de conta que nada estava acontecendo se sentiam preparadas para enfrentar a situação.

Desta maneira, para essas mulheres, a compreensão da situação fica mais forte e evidente quando a situação é mais concreta, ou seja, quando a mulher pode ver o bebê e perceber suas reais necessidades.

Para elas seria extremamente importante que durante as consultas médicas fossem retomadas questões acerca do diagnóstico e da gravidade dos casos, além de um suporte emocional para auxiliá-las a receber e dar continência a seus bebês, pois como SINASON (1993) assinala, o contato do bebê que apresenta alguma deficiência com o mundo externo pode ser complexo e desconfortável, pois, a doença, a dor e o desconforto podem trazer dificuldades de alimentação e de sono, sendo que esses momentos mais íntimos entre a mãe e o bebê podem se tornar os mais insuportáveis.

Os primeiros contatos sempre são difíceis e angustiantes. Contudo, podem se tornar insuportáveis devido ao não preparo emocional da gestante para lidar com os desconfortos físicos da criança, além de serem ansiógenos pelo fato de a mulher não ter dado início ao processo de elaboração do luto pelo bebê idealizado, ainda na gestação.

Assim, acredita-se que o método da observação de relação mãe-bebê (ORMB) descrito por KOMPINSKY (2000) poderia auxiliar essas mulheres após o nascimento do bebê. Tanto em visitas à casa da família quanto em períodos de internação, poderiam ser realizadas observações, orientações e intervenções que as auxiliassem no relacionamento mãe-bebê.

5.2.6 Reação da família e repercussões na gestação

Neste item são apresentadas as reações da família frente ao diagnóstico de malformação fetal e suas repercussões na gestante.

A família

As pacientes descreveram que 62,5% das famílias reagiram com sentimentos negativos frente ao diagnóstico de malformação fetal, relatando que se sentiram muito tristes com a situação. Uma gestante ressaltou: *“Olha, todo mundo ficou chorando... ninguém entende. Lógico que eu tô passando na pele e é mais difícil, mas a minha sogra, as pessoas da parte dele ainda estão meio anestesiados. A minha família já está mais abalada”*. (sic).

Quanto às outras famílias, 30% delas afirmaram que no momento do diagnóstico se mostraram continentais, demonstrando apoio, mas nenhuma paciente conseguiu descrever como a família demonstrou esse apoio, como podemos observar neste relato: *“Eu tive muito apoio ... as minhas cunhadas, a mãe dele me tratou muito bem, me apoiou muito ... me senti o Cristo por ela vir com este problema, mas eles estão me apoiando muito, me ajudando muito.... e me apóiam muito.”* (sic). A partir dessas respostas notou-se

que a família também sofre o impacto do diagnóstico, e que este pode ser expresso de várias maneiras. Quanto às outras pacientes, 7,5% referiu que não informou a família, porque não mantinha um bom relacionamento com ela ou porque as famílias residiam em outros estados.

Além da família, as pacientes descreveram como os pais dos bebês se sentiram quando foram informados (tabela 12) e relataram que 85% deles demonstraram sentimentos negativos, como tristeza e desespero, sendo que a gestante relatou: *“Ah, no primeiro momento ele ficou nervoso, não sabia o que fazer, ficou abalado com o que tava acontecendo...”* (sic). Outra paciente descreveu: *“Arrasado.... ficou arrasado com a notícia”*. (sic); 5% das respostas foram classificadas como evasivas; 2,5% ressaltou que o genitor não se mostrou preocupado com a situação e 7,5% não informou o genitor.

Tabela 12 - Distribuição dos genitores quanto a sua reação frente ao diagnóstico

Como o genitor reagiu frente ao diagnóstico	N	%
Sentimentos negativos	34	85%
Evasiva	2	5%
Não foi informado	3	7,5%
Não está preocupado	1	2,5%
TOTAL	40	100%

O impacto do diagnóstico de malformação fetal acomete toda a família, pois a angústia é vivenciada por todos. Independentemente da

maneira como a família e o genitor manifestam seus sentimentos, eles também necessitam elaborar o luto pelo bebê idealizado, pois o nascimento de um bebê faz parte da constituição e da dinâmica familiar.

CURY (1997), entre outros, nos lembra que a gestação é um evento social, portanto suas repercussões também podem ser consideradas como tal.

Face a esses eventos, deve-se ressaltar que as repercussões gestacionais – a malformação fetal – são inseridas na família através de uma criança, a qual influencia alguns acontecimentos familiares, com algumas internações, cirurgias, tratamentos e outros. Esta dinâmica pode também influenciar na educação de outras crianças, as quais podem se sentir rejeitadas ou preteridas (SINASON, 1993). Nesses casos, a família precisa ser orientada a receber de maneira adequada este novo membro e que continue a se desenvolver saudavelmente, não associando a esta criança problemas familiares como frustrações e decepções.

Além dos pais, os irmãos de crianças com incapacidades também sofrem, pois de acordo com SINASON (1993) raramente eles recebem a atenção e o apoio de que necessitam. Outros acham a pressão “boa” e compensam o desapontamento dos pais exagerando no bom comportamento. Desta maneira, também deve-se estar atentos para a maneira como a família se organiza frente a essas situações.

O casal e seu relacionamento

Quanto ao impacto que o diagnóstico de malformação fetal não letal provocou no relacionamento do casal, pode-se descrever que 27,5% dos relacionamentos mudaram e 67,5% não mudou.

Das pacientes que referiram que o relacionamento sofreu mudanças, 97,5% delas descreveram: *“Agora ele está mais atencioso... não me deixa mais sozinha”* (sic), *“Sinto que ele também está preocupado comigo...”* (sic); 2,5% referiu que o relacionamento piorou, justificando que o genitor não aceitava o que estava acontecendo e estava muito distante.

Foi solicitado às pacientes que descrevessem o seu relacionamento com o pai da criança e 72,5% afirmou que o relacionamento era bom: *“Conversamos sempre...”*(sic), *“Ele me dá todo apoio que preciso...”*(sic); 17,5% considerou o relacionamento razoável: *“O meu relacionamento é razoável, né?... ele bebe e é agitado, mas isso aí... é assim mesmo fazer o quê?”* (sic); 5% não conseguiu definir e 5% não se relacionava com o genitor.

A maioria dos relacionamentos eram considerados como bons, contudo após o diagnóstico de malformação fetal, 25% das mulheres referiram que estavam recebendo mais atenção e apoio. Neste momento, pode-se verificar que o casal se uniu para enfrentar a situação, sendo que o genitor se tornou mais participativo no processo de gestação. Assim, o casal estava conseguindo compartilhar o sofrimento e a angústia que estavam sendo gerados pelo problema fetal. No discurso dessas pacientes, observou-se que havia um prazer na mudança do relacionamento, o que nos faz pensar em um ganho secundário, ou seja, a aproximação afetiva do parceiro que teria a finalidade de minimizar o sofrimento e a frustração frente à gestação.

Na literatura, não se encontrou descrição da união do casal nesse momento, pelo contrário, MALDONADO (1997) refere que nessas situações discórdias e desunião são comuns, já que o casal acredita ser necessário descobrir quem é o culpado pela “imperfeição”.

É evidente que a vida do casal passará por mudanças significativas após o nascimento de um bebê que apresenta algum tipo de problema. Entretanto, o desenvolvimento desse relacionamento depende também da maneira pela qual o casal recebeu o diagnóstico e como enfrentou a vivência ainda durante a gestação.

5.2.7 Auto-avaliação das pacientes quanto à ansiedade e ao stress

Foi solicitado às pacientes que dessem uma nota de 0 a 10 para a sua ansiedade e seu *stress* anteriormente e frente à confirmação do diagnóstico de malformação fetal. Esses dados estão nos gráficos 1 e 2.

Gráfico 1 - Distribuição das pacientes quanto à auto-avaliação de ansiedade antes e depois do diagnóstico

Quanto à ansiedade presente, tanto antes quanto depois de receberem o diagnóstico de malformação fetal, observou-se que 47% das pacientes referiram presença significativa de ansiedade antes do diagnóstico enquanto que, após o diagnóstico, 72,5% afirmaram presença significativa de ansiedade.

Na tabela 13, apresenta-se a associação entre a nota referida para a ansiedade antes e depois do diagnóstico.

Tabela 13 - Distribuição das gestantes quanto à associação entre a nota de ansiedade antes e depois do diagnóstico de malformação fetal não letal

	Nota depois							
	ausência de ansiedade		ansiedade moderada		presença significativa		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Nota antes								
ausência de ansiedade	2	5,0	0	0,0	6	15,0	8	20,0
ansiedade moderada	2	5,0	2	5,0	8	20,0	12	30,0
presença significativa	0	0,0	5	12,5	14	35,0	19	47,5
não sabe	0	0,0	0	0,0	1	2,5	1	2,5
TOTAL	4	10,0	7	17,5	29	72,5	40	100,0

Na tabela 13, nota-se que 45% das pacientes mantiveram o nível de ansiedade antes e depois do diagnóstico, sendo que destas, 78% já referiam a presença de ansiedade significativa. Quanto as outras pacientes, 35% referiu aumento e 17,5% afirmou diminuição da intensidade da ansiedade.

A literatura descreve que a ansiedade está presente em vários períodos da gestação (MALDONADO, 1997; SOIFER 1980) e durante a realização do DPN (KORNMAN et al., 1997). A partir dos dados relatados neste trabalho, pode-se ressaltar que após a confirmação de um diagnóstico de malformação fetal, a ansiedade normalmente presente se intensifica, pois a descoberta de uma patologia ou malformação fetal marca a relação que os pais estabelecem com seu filho, como relatam QUAYLE; BUNDUKI (1997).

Para AITE et al. (2003), a ansiedade independe da gravidade da malformação fetal, sendo que ela está presente após a realização do DPN e no nascimento do bebê. É um sentimento pertinente nesta vivência, sendo que aspectos tão decisivos estão sendo investigados; todavia, o alto nível de ansiedade auto-referido nesse grupo sugere a importância de que seja disponibilizado para essas gestantes acompanhamento psicológico, visando que ela não interfira negativamente na elaboração do luto.

Quanto ao *stress* auto-referido, tem-se que:

Gráfico 2 - Distribuição das pacientes que apresentavam *stress* antes e depois do diagnóstico de malformação fetal

A análise desse gráfico indica que antes de receberem o diagnóstico de malformação fetal, 27,5% das pacientes já apresentavam *stress* de modo significativo e após o diagnóstico, ele aumentou consideravelmente (67,5%).

Já quanto à presença moderada de *stress* houve uma diminuição de cerca de 10% após o diagnóstico. Quanto a sua ausência, também houve uma diminuição de 45% para 20%. Nota-se que o diagnóstico aumentou consideravelmente o nível de *stress*.

Na tabela 14, observa-se os resultados quanto a associação destes dados.

Tabela 14 - Distribuição das gestantes quanto à associação entre a nota referida antes e depois do diagnóstico de malformação fetal não letal

	Nota depois							
	Ausência de <i>stress</i>		<i>Stress</i> moderado		Presença significativa		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Nota antes								
Ausência	6	15,0	3	7,5	9	22,5	18	45,0
Presença moderada	1	2,5	1	2,5	9	22,5	11	27,5
Presença significativa	1	2,5	1	2,5	9	22,5	11	27,5
TOTAL	8	20,0	5	12,5	27	67,5	40	100,0

Na tabela 14, pode-se perceber que 52,5% das pacientes referiram que o *stress* aumentou após o diagnóstico, 7,5% afirmou diminuição e 40% referiu que ele se manteve.

As reações emocionais frente à confirmação de uma gravidez podem ser diversas. No entanto, infere-se que algumas gestantes lidaram emocionalmente melhor que outras ao saberem da gravidez.

A maneira como a gestação e suas repercussões foram percebidas, provavelmente contribuíram para que sentimentos como angústia, ansiedade e *stress* fossem intensificados. Quanto ao *stress*, sabe-se que ele estimula algumas reações físicas durante a gestação como a diminuição da quantidade de sangue na região uterina, o que pode desencadear uma hipóxia fetal possibilitando o aumento da incidência das anomalias fetais. Segundo HANSEN et al. (2000) e CARMICHAEL; SHAW (2000), alguns eventos estressores podem desencadear comportamentos e reações físicas que, vivenciados no início de uma gestação, possibilitam um aumento da frequência de malformações fetais. Contudo, percebe-se que essa situação não se instala automaticamente e não pode ser considerada como uma regra, pois a intensidade das reações emocionais e físicas difere de organismo para organismo. Além disso, deve-se considerar a maneira como a mulher lida com a situação.

As fontes de *stress*, segundo essas mulheres estavam associadas principalmente aos problemas do bebê (42,5%). Outros problemas, como financeiro e familiar (15%) também foram mencionados; 25% das gestantes não souberam referir uma fonte específica de *stress*, enquanto que 17,5% afirmou que não apresentava *stress*.

Para estas pacientes, *stress* significava nervosismo e agitação (40%), cansaço (15%), preocupação (10%) ou ansiedade (2,5%); 30% não soube definir adequadamente, enquanto que 2,5% minimizaram sua importância.

TEDGARD et al. (1999) afirmam que o diagnóstico pré-natal realizado em qualquer período da gestação provoca aumento considerável do *stress*. Neste estudo, há relação com os achados teóricos desse autor, pois foi constatado que, quando se detecta uma anormalidade fetal, o *stress* (auto-referido) se intensifica.

A definição que as gestantes fazem acerca do *stress* (cansaço, preocupação e ansiedade) corresponde ao conceito de SEBASTIANI (1997, p. 22) “Tudo aquilo que possa manter o indivíduo em tensão e inquietude, mal-estar e sofrimento”.

Além disso, a avaliação de uma situação como mais estressante ou menos estressante variou de acordo com a percepção que cada mulher apresentava daquela situação, como afirma MELLO FILHO (1978).

Pode-se dizer que os sentimentos despertados (ansiedade e *stress*) face à confirmação do diagnóstico de malformação fetal foram muito intensos, o que certamente favoreceu a expressão da dolorosa experiência no corpo dessas mulheres, uma vez que a maioria das pacientes apresentava sintomas físicos.

A partir desses dados, ressalta-se que a gestante também precisa de cuidados após a confirmação de um diagnóstico de malformação fetal, e a equipe que lhe assiste também deve estar atenta para isso. A assistência deve ser voltada às repercussões emocionais e físicas, pois TEDGARD et al. (1999) afirmam que o *stress* presente durante o DPN deve ser diagnosticado e tratado para que, a longo prazo, seus efeitos sejam minimizados.

O médico deve estar atento a esse processo e suas implicações físicas e emocionais para que possa auxiliar adequadamente na rotina do pré-natal, pois CAR et al. (1988) afirmam que a postura da equipe está intimamente ligada à adesão ao tratamento.

5.2.8 Relação entre as reações emocionais relatadas e o tipo de malformação fetal.

Inicialmente, no preparo deste projeto, foi hipotetizado a existência da relação entre as reações emocionais e o tipo e gravidade da malformação fetal. A seguir são apresentados os resultados.

Opinião das gestantes quanto à gravidade

As gestantes mencionaram a gravidade da malformação fetal segundo sua compreensão do diagnóstico, os quais estão descritos na tabela 15.

Tabela 15 - Distribuição das pacientes quanto à opinião referente à gravidade da malformação fetal

Gravidade do problema	N	%
Muito leve/leve	5	12,5%
Moderado	4	10%
Grave / muito grave	29	72,5%
Não sabe	2	5%
TOTAL	40	100%

A maioria das gestantes (72,5%) estava consciente da gravidade da malformação fetal. No entanto, suas justificativas foram diversas, sendo que 40% afirmou que sua resposta se sustentava em suas impressões e fantasias como neste relato: *“Ah... porque é raro, eu acho que é raro ter uma criança assim. Eu descobri pela primeira vez.”* (sic); 27,5% justificou que foi informada pelo médico: *“Eles não sabem o que causou isso, eles disseram que não foi a vacina que eu tomei....”* (sic); 22,5% referiu que a gravidade estava relacionada ao órgão afetado: *“O probleminha é na cabeça, então é muito grave porque compromete todo o resto do corpo”* (sic); 5% respondeu de maneira evasiva, dizendo que Deus iria curá-la; e 7,5% não soube justificar o motivo pelo qual considerava aquele nível de gravidade.

Conforme descrito no método, a partir da avaliação médica, foi constatado que 95% dos casos eram considerados graves ou muito graves; 5% (2 casos) foi considerado leve, pois após a cirurgia que realizariam teriam bom prognóstico.

Das duas pacientes que consideraram a gravidade da malformação como leve, apenas uma apresentava uma opinião similar ao diagnóstico médico. A outra paciente acreditava ser leve, mas o diagnóstico era de uma hidrocefalia grave.

Estes dados sugerem que, para as gestantes, qualquer intercorrência ou problema com o bebê é considerada uma situação grave, pois os problemas podem desencadear um processo de desorganização emocional mais acentuado. Essa desorganização se associa a ferida narcísica (QUAYLE, BUNDUKI, 1997).

De acordo com esse estudo, nota-se que 15% das gestantes não conseguiram verbalizar a real gravidade do diagnóstico. Ressalta-se que a presença de *stress* (HANSEN et al., 2000, CARMICHAEL; SHAW 2000, TEDGARD et al., 1999), ansiedade (CARMICHAEL; SHAW, 2000, SJÖGREN, 1996, KORNMAN et al., 1997) e depressão (SJÖGREN, 1996), provavelmente influenciaram na percepção dessas mulheres, distorcendo a realidade, pois possivelmente elas tentavam se proteger não conseguindo perceber a real gravidade do estado do bebê.

O modo como a gestante imagina a gravidade da malformação pode influenciar a maneira como ela lida com a situação. Porém, a situação pode se modificar após o nascimento. Segundo IRVIN et al. (1993), os pais relatam que as malformações parecem menos alarmantes do que haviam imaginado e essa experiência alivia parte da ansiedade.

Desta maneira, torna-se importante a equipe estar atenta para as fantasias que a gestante apresenta, pois isso pode resultar sérios problemas emocionais, que podem também interferir na evolução do pré-natal.

Sentimentos despertados frente ao tipo de malformação fetal.

As pacientes descreveram os sentimentos despertados face ao diagnóstico e pode-se observá-los na tabela 16.

Tabela 16 - Distribuição das pacientes quanto aos sentimentos relatados frente à malformação fetal e o diagnóstico médico

Diagnóstico médico	Sentimentos relatados							
	Sentimentos negativos		Não sabia o que fazer		não soube responder			
	N	%	N	%	N	%	N	%
sistema nervoso	19	50,0	0	0	0	0	19	47,5
mf óssea	2	5,2	0	0	0	0	2	5,0
mf do trato intestinal	1	2,6	0	0	0	0	1	2,5
mf cardíaca	3	7,8	0	0	0	0	3	7,5
parede abdominal	8	21,0	1	100	0	0	9	22,5
nefrourológica	5	13,1	0	0	0	0	5	12,5
mf múltiplas	0	0	0	0	1	100	1	2,5
Total	38	100	1	100	1	100	40	100

Na tabela 16, as reações relatadas pelas gestantes não estavam relacionadas ao aparelho afetado do bebê. Pode-se supor que essas reações estejam associadas ao investimento afetivo existente na gestação e ao impacto diante do diagnóstico, pois todas elas manifestaram o choque emocional, o qual é expresso pela dor, angústia e sofrimento, sendo esses sentimentos descritos por BENUTE; GOLLOP (2002). Portanto, qualquer problema que acometa o bebê é visto como uma grande ameaça para os genitores e causam uma instabilidade emocional que requer a elaboração do luto.

Assim, neste trabalho como também na literatura especializada (MALDONADO, 1997; QUAYLE, 1996; IRVIN et al., 1993) constata-se que a malformação de um recém nascido é um golpe intenso para o narcisismo dos pais, pois o bebê é a culminação dos melhores esforços deles.

Neste estudo não foram encontradas diferenças estatísticas significativas entre os achados psicológicos relacionados à idade ou ao número de filhos vivos das gestantes, os quais também são referidos pela literatura (BENUTE; GOLLOP, 2002; SJÖGREN, 1996).

5.3 Stress

5.3.1 Inventário de Sintomas de Stress para Adultos

Presença de stress

O ISSL avaliou que 85% das pacientes apresentavam *stress* e 15% não apresentava.

Como a literatura demonstra (MALDONADO 1997; SZEJER; STEWART 1997; QUAYLE, 1997; QUAYLE, 1996; DEBRAY 1988, entre outros), a gestação é marcada por algumas oscilações emocionais e o *stress* se faz presente.

Os estudos de TORREZAN (1994 e 2001) complementam essas afirmações, pois cerca de 85% das gestantes estudadas em ambos os estudos apresentam *stress*, sendo que este sempre está associado a alguns eventos.

No presente estudo, nota-se que o diagnóstico de malformação fetal, aparentemente intensifica o *stress* presente na gestação e no processo de investigação fetal, sendo que este modifica a vivência, os sentimentos e o

vínculo entre a gestante e o bebê. Portanto, para a maior parte das pacientes que vivenciaram esta situação, o diagnóstico de malformação fetal e suas repercussões passam a ser fontes estressoras.

Quando se conhece as fontes estressoras, pode-se realizar um planejamento de estratégias de enfrentamento do *stress*. Para as pacientes, seria fundamental a realização de um acompanhamento psicológico que abordasse tanto essas fontes quanto as auxiliasse na elaboração do luto e na preparação para o nascimento do bebê.

Para entender melhor as influências do *stress*, neste estudo é investigada a existência ou não de associações entre alguns fatores, os quais são descritos a seguir.

Fatores associados à presença de *stress*

Neste item foram avaliadas diversas correlações, como descrito a seguir buscando verificar se a presença ou intensidade de *stress* da paciente se associava ao tipo de diagnóstico fetal ou sua gravidade. Entretanto, foi constatado que algumas associações estavam ligadas à interpretação individual de cada gestante, ou seja, estavam relacionadas à peculiaridades e individualidades de personalidade dessas mulheres. Além disso, deve-se considerar que a avaliação de uma situação como mais estressante ou menos estressante pode variar de acordo com a magnitude, intensidade, frequência, duração e previsibilidade da situação estressante (MELLO FILHO, 1978).

Portanto, durante a realização do acompanhamento psicológico, deve-se considerar a presença de *stress*, o significado deste e de que maneira a gestante lida com essas repercussões.

Para melhor compreensão e visualização, as tabelas abaixo demonstram as associações realizadas:

Tabela 17 - Associação entre a presença de *stress* e a gravidade do problema, segundo a opinião da gestante

Opinião	Presença de <i>stress</i>					
	Sim		Não		Total	
	N	%	N	%	N	%
Muito leve /leve	5	14,7	0	0,0	5	12,5
Moderado	4	11,7	0	0,0	4	10
Grave/ muito grave	25	73,6	4	66,6	29	72,5
Não sabe	0	0,0	2	33,4	2	5
TOTAL	34	100,0	6	100,0	40	100,0

A maioria das gestantes que consideravam a malformação como grave ou muito grave (73,6%) apresentavam *stress*. Por outro lado, 66,6% das gestantes que consideravam o problema como grave ou muito grave não o apresentavam. Esses dados demonstram que a interpretação individual de cada gestante pode influenciar a presença ou não de *stress*.

Quanto à associação entre a presença de *stress* e o diagnóstico médico, pode-se observar na tabela 18 os seguintes dados:

Tabela 18 - Distribuição das pacientes de acordo com a associação entre a presença do *stress* e o diagnóstico médico

Diagnóstico	Presença de <i>stress</i>					
	Sim		Não		Total	
	N	%	N	%	N	%
Sistema nervoso	17	50,0	2	33,3	19	47,5
Mf óssea	2	5,9	0	0,0	2	5,0
Mf do trato intestinal	1	2,9	0	0,0	1	2,5
Mf cardíaca	3	8,8	0	0,0	3	7,5
Parede abdominal	6	17,6	3	50,0	9	22,5
Nefrourológica	4	11,8	1	16,7	5	12,5
Mf múltiplas	1	2,9	0	0,0	1	2,5
TOTAL	34	100,0	6	100,0	40	100,0

Notou-se que a localização da malformação fetal, nesta amostra, não está associada à presença ou ausência de *stress*. A maioria das pacientes (85%) o apresentavam, entretanto a localização e o tipo das malformações fetais foram diferenciadas.

Entre as pacientes que não apresentavam *stress*, 50% delas apresentavam diagnóstico fetal de anomalia na parede abdominal. Pode-se supor que, para essas pacientes, a área abdominal não foi fonte de maiores preocupações, por julgarem, talvez, com pouca importância, pois, para elas, comparativamente essa é considerada uma malformação fetal mais fácil de lidar.

Na literatura não foram encontrados artigos que abordassem a associação entre o diagnóstico médico fetal e a presença de *stress*.

Outro dado observado a partir de algumas associações diz respeito à religião e sua prática. Durante a realização deste trabalho foi hipotetizado que a religião e a sua prática poderiam influenciar na maneira como a gestante lidaria com a situação e com a presença de *stress*. Constatou-se que isso não aconteceu, pois, das pacientes que não apresentavam *stress* cinco delas eram católicas e uma era evangélica, mas apenas duas eram praticantes. Todas as outras pacientes, independentemente de sua escolha religiosa ou se eram praticantes ou não, estavam estressadas. Portanto, pode-se pensar que a religião para algumas mulheres traz conforto emocional, mas não impede que o *stress* ou que o sofrimento esteja presente.

Quanto às associações investigadas, tem-se que:

Tabela 19 - Distribuição das gestantes quanto à imagem que apresentavam de seu filho e a presença de *stress*

	Presença de <i>stress</i>					
	Sim		Não		Total	
Imagem física do bebê	N	%	N	%	N	%
Refere semelhanças com pai, mãe	5	14,7	1	16,7	6	15,0
Não quer pensar ou ainda não pensou	1	2,9	1	16,7	2	5,0
Não consegue imaginar	5	14,7	0	0,0	5	12,5
Relata MF, mas diz que é perfeito	3	8,8	0	0,0	3	7,5
Perfeito	10	29,4	3	50,0	13	32,5
Relata MF e limitações que terá	2	5,9	0	0,0	2	5,0
Não sabe	8	23,5	1	16,7	9	22,5
TOTAL	34	100,0	6	100,0	40	100,0

Na tabela 19 observa-se que as pacientes que não apresentavam *stress* (6) não conseguiram relatar que o bebê possuía algum tipo de problema. Desta maneira, pode-se pensar que imaginar um bebê sem problemas associa-se menos *stress*, embora faça com que a gestante se afaste da realidade e não consiga se preparar adequadamente para a chegada do bebê.

Paralelamente, esses dados podem sugerir que para a maioria das mulheres dessa amostra, a malformação fetal é percebida ou como aspecto secundário da imagem do bebê ou então, escoimada e negada.

Novamente, as fases descritas por DROTAR et al. (1975) nos auxiliam na compreensão deste processo, em que o mecanismo de defesa de negação está evidente a maior parte do tempo.

Em relação às gestantes que apresentavam *stress*, apenas 5,9% delas conseguiram descrever a malformação fetal. Todas as outras, de uma maneira ou de outra, não relataram os problemas do bebê. Portanto, nota-se que naquele momento, devido à mobilização que aquela questão causou nas gestantes, elas intensificaram suas defesas egóicas, negando a situação real e fantasiando uma situação que era considerada ideal. Em alguns momentos, é extremamente importante que as pacientes utilizem mecanismos de defesas que as protejam da angústia desta realidade.

Considerando que a elaboração do luto é um processo dinâmico, ressalta-se que essas reações são perfeitamente compreensíveis, pois pode

ser uma vivência extremamente angustiante uma pessoa imaginar um bebê malformado, principalmente sendo este seu filho.

Além disso, há que se acrescentar que a população de baixa renda, que fez parte deste estudo, não dispõe de suporte financeiro suficiente para oferecer um tratamento adequado e rápido para seu bebê, o que pode trazer desconforto, angústia e sofrimento para as famílias e para a criança (SINASON, 1993; CLEMENTE et al., 2001).

5.3.2 Fases de stress

O ISSL avalia em que fase de *stress* a pessoa se encontra. Este dado é importante, pois auxilia o psicólogo a identificar os sintomas físicos e psicológicos presentes, além de contribuir para o plano de tratamento.

Das pacientes que apresentavam *stress* 3% apresentava-se na fase de alerta, 79,4% na fase de resistência e 17,6% na fase de quase-exaustão.

A fase de resistência é caracterizada pela presença contínua de *stress*; O organismo tenta adaptar-se a situação estressora com o objetivo de se equilibrar. A característica predominante nesta fase é o desgaste e o cansaço (LIPP, 1998).

Os resultados encontrados neste trabalho são semelhantes aos estudos de TORREZAN (1994 e 2001), no qual a autora relata que a fase de resistência acomete a maior parte das gestantes.

A maioria das gestantes se encontrava nesta fase, o que pode indicar que essas mulheres estavam em plena tentativa de se adaptar à situação, ora com defesas egóicas mais rígidas, ora com pensamentos e sentimentos de maior aceitação, porém por ser uma situação de difícil adaptação, entende-se por que as gestantes evidenciaram a todo momento a negação, ou seja, na maior parte das vezes, ainda tentavam resistir à realidade e suas repercussões.

Torna-se necessário compreender que as repercussões emocionais presentes neste contexto devem ser cuidadosamente analisadas e interpretadas, pois as pacientes vivenciam e percebem que ora aceitam e ora não aceitam a problemática e isto lhes causa angústia, ou seja, mais um sentimento para conflitar a situação.

A fase de quase-exaustão se caracteriza pela continuidade do *stress*, sendo que nestas situações a pessoa não possui estratégias para lidar com ele e então as doenças começam a surgir (LIPP, 1998).

Neste estudo foi constatado que 17,6% das gestantes se encontravam nesta fase, ou seja, elas ainda não conseguiram se adaptar a situação estressora, e o *stress* se agravou.

Os dados encontrados neste trabalho, quanto à fase de quase-exaustão, diferenciam-se dos achados de TORREZAN (1994 e 2001). Tal fato pode ser justificado pela vivência do diagnóstico de malformação fetal, pois como foi relatado nos trabalhos dessa autora, a preocupação com a

saúde da criança era considerada como uma fonte de *stress*. Neste estudo, a partir do momento que isto se confirmou algumas gestantes não possuíam recursos emocionais para lidarem com a situação e o *stress* evolui.

Nesta fase, as pacientes necessitam de um suporte emocional e físico, pois a partir disso outras doenças podem se instalar e contribuir para possíveis intercorrências gestacionais como, por exemplo, a antecipação do parto. Esses fatos necessitam ser abordados ou considerados por toda a equipe, inclusive pelos médicos, pois de acordo com SANCHEZ (2000), nas situações de malformação fetal, o obstetra deve realizar todos os esforços para manter a gestação até o feto adquirir peso e maturidade suficientes para suportar o tratamento pós-natal.

Devido à probabilidade de complicações gestacionais, é importante que a equipe esteja atenta para os fatores que possam influenciar estas fases de *stress*, para que, dentro do possível, elas sejam identificadas e que, a partir disso, haja um planejamento de uma intervenção psicológica e/ou física que auxilie a gestante a conduzir o processo de uma maneira que lhe traga menos complicações.

5.3.3 Fatores associados às fases de *stress*

Nesta seção de resultados também foram investigadas algumas associações quanto aos fatores associados às fases de *stress*, os quais são descritos a partir da tabela 20.

Tabela 20 - Distribuição das pacientes quanto às fases de *stress* e a gravidade do problema segundo a opinião da gestante.

Gravidade	Fases de <i>stress</i>									
	Alerta		Resistência		Quase exaustão		Não apresenta <i>stress</i>		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Muito leve / leve	1	100,0	4	14,8	0	0,0	0	0,0	5	12,5
Moderado	0	0,0	4	14,8	0	0,0	0	0,0	4	10
Grave / muito grave	0	0,0	19	70,4	6	100,0	4	66,6	29	72,5
Não sabe	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	33,4	2	5
TOTAL	1	100,0	27	100,0	6	100,0	6	100,0	40	100,0

Na tabela 20, pode-se observar que a maneira como a gestante imagina a gravidade do diagnóstico de malformação fetal influencia no processo de evolução do *stress*, ou seja, na fase em que ela se encontra, pois, das pacientes que apresentavam *stress* 79,5% (27/34) encontrava-se na fase de resistência, sendo que 70,3% delas julgavam o diagnóstico como grave ou muito grave, 14,8% acreditava que era moderado e 14,8% julgava a gravidade como leve ou muito leve. Das pacientes que se apresentavam na fase de quase-exaustão, 100% considerou a gravidade do caso como grave ou muito grave.

As pacientes que não souberam avaliar a gravidade da malformação fetal não possuíam *stress*. Avaliar o que estava acontecendo com o bebê ajuda as pacientes a entrar em contato com a realidade. A partir do momento que isso não ocorre elas não apresentam *stress*.

Pensar na gravidade do diagnóstico e suas repercussões podem auxiliar as gestantes a entrar em contato com a realidade, entretanto necessita-se de cautela para que esse contato com a realidade não se torne insuportável e altamente estressante, pois assim impossibilitaria a gestante de lidar de maneira adequada com a elaboração do luto.

Outra associação que precisa ser levada em consideração seria a relação entre a fase de *stress* e o diagnóstico médico, os quais são descritos a partir dos dados da tabela 21.

Tabela 21 - Distribuição das gestantes em relação às fases de *stress* e o diagnóstico médico.

Diagnóstico médico	Fases de stress									
	Alerta		Resistência		Quase exaustão		Não apresenta stress		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Sistema nervoso	1	100,0	13	48,1	3	50,0	2	33,3	19	47,5
Mf óssea	0	0,0	2	7,4	0	0,0	0	0,0	2	5,0
Mf do trato intestinal	0	0,0	1	3,7	0	0,0	0	0,0	1	2,5
Mf cardíaca	0	0,0	3	11,1	0	0,0	0	0,0	3	7,5
Parede abdominal	0	0,0	3	11,1	3	50,0	3	50,0	9	22,5
Nefrourológica	0	0,0	4	14,8	0	0,0	1	16,7	5	12,5
Mf múltiplas	0	0,0	1	3,7	0	0,0	0	0,0	1	2,5
TOTAL	1	100,0	27	100,0	6	100,0	6	100,0	40	100,0

A tabela 21 evidencia que a malformação no sistema nervoso foi vista com mais sensibilidade entre as gestantes, sendo assim parece ser mais preocupante, pois das vinte e sete pacientes que se encontravam na fase de

resistência treze delas apresentavam o diagnóstico na área do sistema nervoso. Da mesma maneira, seis pacientes que estavam na fase de quase-exaustão, metade delas apresentavam a mesma malformação.

O sistema nervoso representou mais preocupações por ser considerado pelas gestantes como o órgão vital de desenvolvimento da criança, porém como foi demonstrado durante todo o trabalho, todas as malformações foram fontes de preocupação e não houve diferenças entre as repercussões emocionais relatadas.

Por outro lado, as malformações da parede abdominal tiveram o maior índice de ausência de *stress*, o que se pode supor que as gestantes acreditavam que essa malformação era mais fácil de lidar do que as outras.

Quanto às fases de *stress* e a data do diagnóstico observou-se que:

Tabela 22 - Distribuição das gestantes quanto às fases de *stress* e a data do diagnóstico.

Tempo de diagnóstico	Fases de <i>stress</i>									
	Alerta		Resistência		Quase exaustão		Não apresenta <i>stress</i>		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
de 7 a 14 dias	0	0,0	13	48,1	4	66,7	2	33,3	19	47,5
de 15 a 30 dias	1	100,0	8	29,6	1	16,7	3	50,0	13	32,5
mais de 30 dias	0	0,0	6	22,2	1	16,7	1	16,7	8	20,0
TOTAL	1	100,0	27	100,0	6	100,0	6	100,0	40	100,0

O período inicial de confirmação do diagnóstico (de 7 a 14 dias) parece ser o mais difícil para as gestantes, pois 48% delas se apresentavam na fase de resistência e 66,7% das pacientes que estavam na fase de quase-exaustão encontravam-se neste período. Pode-se afirmar que a fase inicial é caracterizada pelo choque sentido pela paciente. Portanto, nesse período elas se apresentaram mais desorganizadas do que nos períodos posteriores (de 15 a 30 dias e mais de 30 dias). Os períodos posteriores podem proporcionar recursos mais adaptativos para esta situação e podem favorecer a elaboração do luto e a adaptação.

Contudo, observa-se neste trabalho que a confirmação do diagnóstico é vivenciada com muita dor e sofrimento, os quais certamente são prolongados após o parto e durante o desenvolvimento da criança.

5.3.4 Comparação entre a opinião da gestante e os resultados do ISSL

A partir das correlações e das observações deste trabalho percebeu-se que havia algumas diferenças entre os resultados do ISSL e o que foi relatado pelas gestantes, por isso foi considerado de extrema importância a comparação entre os dois aspectos que podem ser representados pela tabela 23.

Tabela 23 - Distribuição das gestantes quanto a nota de *stress* que elas julgavam ter após o diagnóstico e a presença de *stress* segundo o ISSL.

Stress auto-referido	Presença de <i>stress</i> (ISSL)					
	Sim		Não		Total	
	N	%	N	%	N	%
Ausência	5	14,7	3	50,0	8	20,0
<i>Stress</i> moderado	5	14,7	0	0,0	5	12,5
Presença significativa	24	70,6	3	50,0	27	67,5
TOTAL	34	100,0	6	100,0	40	100,0

Na tabela 23 observa-se que 50% (3/6) das pacientes que não apresentavam *stress* se julgavam portadoras dos sintomas. Em contrapartida, 14,7% das pacientes que apresentavam *stress* não se julgavam portadoras dos sintomas.

Assim, pode-se supor que as pacientes que clinicamente não apresentavam *stress*, mas se julgavam portadoras se sentiam menos preparadas para enfrentar a situação; em contrapartida, as gestantes que apresentavam, mas não se julgavam estressadas se sentiam mais preparadas.

Esta vivência fez com que as pacientes se sentissem confusas e não conseguissem identificar ao certo o que estavam sentindo. Isto pode ocorrer devido ao processo de luto e de adaptação que é extremamente dinâmico. Além disso, elas estavam extremamente preocupadas com o bebê e não consigo própria, o que fez esta confusão emocional ser ainda mais intensa.

Isto demonstra que as pacientes necessitavam de um suporte psicológico para organizarem de uma maneira mais adequada seus sentimentos para que fossem capazes de enfrentar a situação.

5.4 Considerações finais

Devido aos extensos resultados encontrados neste trabalho, optou-se por elaborar uma seção que apresentasse os pontos mais significativos para a compreensão acerca dos aspectos emocionais vivenciados pelas gestantes face à malformação fetal não letal.

Em relação à caracterização da população, observou-se, neste estudo, que a maior parte das gestantes eram jovens, primigestas e solteiras. Possivelmente, há uma relação entre essas características e a incidência de *stress*, entretanto, com estes dados, não se pode afirmar isso.

No que diz respeito ao nível de instrução, houve maior incidência de mulheres que possuíam pouco tempo de estudo formal: algumas concluíram o ensino fundamental; outras não o concluíram. A maioria delas não trabalhava e apresentava baixa renda. Quanto à religião houve predominância de gestantes católicas, seguida de protestantes.

Este estudo teve a intenção de colaborar com os poucos estudos realizados nesta área, pois na literatura há vários trabalhos que relatam a difícil escolha entre manter ou não uma gestação quando há um diagnóstico

de malformação fetal letal. Entretanto, são raros os estudos que se propõem a descrever e analisar as dificuldades e as repercussões quando a gestante necessita levar a gestação a termo, e ainda, lidar com os problemas de saúde e as intercorrências médicas advindas da anomalia fetal.

A legalidade da interrupção da gestação difere entre culturas e países, como descrito na revisão da literatura. No entanto, no Brasil a gestante, além de lidar com as repercussões emocionais durante a gestação, necessitará de apoio emocional e de acesso a locais públicos para o tratamento do bebê, que não são acessíveis a todos, devido a grande demanda e aos escassos recursos.

Os dados do presente estudo apontam que para entender o processo vivenciado por essas gestantes, primeiramente necessita-se verificar alguns pontos importantes, como: o significado da gestação, as expectativas associadas ao bebê, a personalidade da mulher, a contextualização social, cultural e financeira dessa gestação, o julgamento que a gestante faz do diagnóstico, suas crenças e valores.

Dentre os aspectos mencionados acima, o contexto social e cultural parece ser um importante fator nesse processo, principalmente quando se trata da aceitação da gestação e, posteriormente, da aceitação do bebê com problemas. Algumas mulheres, mesmo antes do diagnóstico, podem se sentir pressionadas a aceitar o bebê por injunções sociais, uma vez que a maternidade sempre é vista como um presente, pois evidencia a onipotência e virilidade tanto materna quanto paterna. O bebê, perfeito e

saudável, é a medida dessa capacidade. Porém, quando ele apresenta algum problema, as cobranças sociais podem se intensificar, considerando que, em nossa sociedade não se imagina uma mulher que não ame ou que não aceite um filho.

A imagem da mulher está vinculada à maternidade e, deste modo, se fortalece a idéia do amor incondicional, em que não há espaços para os desejos e sentimentos dela, que podem ser contrários aos que são esperados pela sociedade. Portanto, as mulheres imaginam que necessitam esconder os sentimentos que denotem uma não aceitação inicial ou até mesmo uma rejeição do bebê frente a uma anomalia fetal. Neste contexto, para essas gestantes, as expectativas quanto à maternidade e quanto ao bebê necessitam modificar-se, pois provavelmente seus sentimentos e pensamentos também se modificaram. O vínculo afetivo entre ambos se altera e a mulher precisa reconhecer e aceitar este processo natural de transformação.

As reações emocionais iniciais que podem marcar significativamente o vínculo entre a mãe e o bebê, são: choque, negação, presença de ansiedade, ambivalência afetiva e instabilidade emocional.

Nesta amostra, o mecanismo de defesa de negação predominou. Essa defesa teve a função de proteger a gestante do sofrimento, impedindo o contato com a realidade. Entretanto, a negação, em muitas situações, impossibilitou o desenvolvimento da elaboração do luto do bebê idealizado, que nessas circunstâncias, necessitaria ser iniciado ainda na gestação. Essa elaboração significa a transformação do vínculo afetivo entre a mãe e o bebê.

Não obstante, como foi descrito, esse processo é extremamente difícil e delicado e consiste de oscilações de sentimentos muito intensos, em que ora a gestante aceita a problemática do bebê, ora a rejeita explicitamente. Estas oscilações devem ser compreendidas como uma tentativa de adaptação e elaboração do luto. Deve-se considerar que este processo de aceitação é extremamente difícil e complexo por evidenciar a avaliação da progenitura. Nesses momentos, para as gestantes, o contraste de vida e de morte, de onipotência e impotência fica evidente.

As características da desorganização emocional, associada à ferida narcísica, devem ser explicitadas para a equipe, para que os profissionais estejam atentos às suas repercussões e de que maneira isso influencia no desenvolvimento do pré-natal. Esta atitude pode evitar que a equipe tenha uma relação contratransferencial negativa com a paciente, pois dependendo do nível de desequilíbrio dela, os especialistas podem reagir de maneira ofensiva, o que pode intensificar fantasias destrutivas quanto à gestação e ao bebê. Conhecendo um pouco melhor esse processo, ela tem elementos para auxiliar a gestante, ouvindo-a e compartilhando suas dúvidas e medos através de informações e orientações a respeito do bebê.

Quanto à avaliação do *stress*, pode-se dizer que o ISSL contribuiu para a conclusão desta pesquisa. É fundamental associar os resultados deste teste aos relatos das gestantes e às observações clínicas, pois ressalta-se que a própria gestação já apresenta sintomas que podem ser considerados como estressantes.

A partir dos resultados do ISSL, poder-se-ia inferir que não há diferenças quanto à frequência da presença de *stress* em gestantes que receberam um diagnóstico de malformação fetal não letal comparado a gestantes que não apresentavam problemas fetais. Os estudos de TORREZAN (1994 e 2001) afirmam que gestantes sem intercorrências materno-fetais apresentam altos índices de *stress*.

Isso sugere que a gestação por si só já é estressante, sendo que as fontes de *stress* podem variar de acordo com o contexto social, econômico e emocional.

Levando-se em consideração as entrevistas realizadas neste estudo, não se pode considerar a afirmação acima como absolutamente verdadeira, pois o sofrimento suscitado com o conhecimento do diagnóstico de anomalia fetal demonstrou o quão complexo e delicada é esta vivência, o que gerou uma desorganização emocional acentuada nas gestantes, sendo que em alguns momentos, utilizavam-se de negação e, em outros momentos, evidenciavam a força deste sofrimento.

O ISSL não proporciona acesso a aspectos inconscientes, e sim aos sintomas. Nesse sentido, os dados das entrevistas possibilitam uma melhor aproximação acerca do sofrimento consciente e inconsciente das gestantes, enquanto que o ISSL favorece o diagnóstico da sintomatologia e sua intensidade.

De forma geral, este estudo forneceu alguns dados quanto a este período em especial. Entretanto, torna-se necessária a realização de estudos que pesquisem o relacionamento que se estabelece após o nascimento do bebê.

O psicólogo tem um papel extremamente importante dentro de uma equipe de Medicina Fetal. A ele cabe auxiliar a gestante/casal, a equipe e, em alguns casos, a família, a lidar de maneira adequada com este sofrimento. Quanto ao casal e à família, o apoio diz respeito à elaboração do luto pelo bebê ideal. Para que isto ocorra satisfatoriamente, é importante que o psicólogo tenha um preparo teórico e prático para lidar com estas situações, pois, ao mesmo tempo que precisa respeitar o ritmo da gestante/casal para lidar com a elaboração do luto, necessita ajudá-los a se preparar para a chegada do bebê. A atuação do psicólogo na equipe, consiste em auxiliar na compreensão emocional de cada caso favorecendo a dinâmica multiprofissional. Além disso, ele auxilia os profissionais a se organizarem, na tentativa de evitar que sentimentos contratransferenciais sejam direcionados à gestante e que repercuta de maneira negativa.

6. CONCLUSÕES

Nesta seção são apresentadas as conclusões, tendo por orientação os objetivos descritos neste trabalho, no capítulo III.

Os dados sócio-demográficos das pacientes estudadas são semelhantes às da população atendida na Divisão de Clínica Obstétrica do HCFMUSP.

Nessa população, observou-se que as repercussões emocionais iniciais frente à confirmação do diagnóstico de malformação fetal não letal oscilaram entre as fases de choque e negação, com presença mais freqüente da negação. Contudo, a ambivalência afetiva, a ansiedade e o *stress* também estavam presentes de forma significativa. As mulheres tentavam se adaptar à situação, que por favorecer uma instabilidade emocional acentuada, trazia a ambivalência afetiva e fantasias pertinentes à vivência.

Não se observou associação estatística significativa entre as reações emocionais evidenciadas e o tipo de malformação fetal, quer por sua gravidade ou localização. Essa vivência é sempre percebida de maneira destrutiva e ameaçadora, o que certamente contribui para a instalação da ferida narcísica.

O *stress* faz parte do processo gestacional e do Diagnóstico Pré-Natal. Neste estudo, foi verificado que ele se intensifica diante do diagnóstico de malformação fetal e que a anomalia fetal passa a ser uma fonte estressora. Ressalta-se, ainda, que outros fatores podem estar associados ao *stress*.

A fase de resistência foi predominante nesta população (79,4%), o que parece estar associado ao tempo inicial de diagnóstico que caracteriza o primeiro impacto da confirmação da anomalia fetal. Esta fase provavelmente, também se associou à gravidade do diagnóstico do bebê, imaginada pela gestante. Foi constatado que 17,6% encontrava-se na fase de quase-exaustão e 3% na fase de alerta.

Ao finalizar este trabalho, ressalta-se a importância do acompanhamento psicológico para essas pacientes, cuja finalidade é auxiliá-las a elaborar o luto pela perda, não só do bebê idealizado, mas também dos planos e expectativas que apresentavam para o futuro de ambos e da constituição familiar imaginada. Certamente, esta vivência marca o desenvolvimento psíquico feminino e, conseqüentemente, deixa feridas profundas e de difícil cicatrização.

Há que se enfatizar, ainda, que o trabalho do psicólogo, nesse contexto, terá melhores resultados se inserido na equipe interdisciplinar que favoreça o atendimento integrado da paciente.

7. ANEXOS

ANEXO A

Glossário¹⁴

Malformações fetais não letais

Agenesia renal unilateral: a quantidade de líquido amniótico é normal e a bexiga é visibilizada; a glândula adrenal volumosa ocupa a loja renal afetada. O resultado é que a produção de urina fica comprometida.

Atresia do duodeno: é o tipo mais comum de obstrução do intestino delgado e, na maioria dos casos, é devida à falta de recanalização de sua luz na décima semana de gestação.

Defeito do tubo neural: são malformações do sistema nervoso central causadas por um desenvolvimento alterado em etapas precoces da embriogênese. Inclui-se aqui, a espinha bífida.

Displasia esquelética: são geralmente doenças autossômicas recessivas que podem cursar com anormalidades nas vértebras torácicas e costelas, e ainda com múltiplas fusões das vértebras e hemivértebras, acometendo a coluna torácica, cervical e lombar.

¹⁴ Fonte: Zugaib, M. Medicina Fetal. São Paulo, Atheneu, 1997.

Doença renal policística: caracteriza-se pelo aumento dos rins que apresentam cistos de um a dois milímetros, originários de túbulos coletores.

Espinha Bífida: consiste em um hiato no qual não há fusão dos arcos vertebrais posteriores com conseqüente protusão do saco meníngeo, geralmente na altura da coluna lombossacra. Caso esse saco contenha medula espinhal, chamamos de meningomielocele.

Gastroquise: é um defeito paraumbilical, geralmente à direita. A etiologia é atribuída à interrupção precoce da artéria onfalomesentérica.

Hérnia diafragmática: é a protusão de órgãos abdominais para a cavidade torácica através de um defeito diafragmático.

Hidrocefalia: representa um aumento anormal no volume de líquido nos ventrículos cerebrais. Esse aumento de líquido cefalorraquidiano é acompanhado de dilatação dos ventrículos e até aumento da circunferência cefálica.

Onfalocele: consiste na herniação de vísceras abdominais através do defeito na base do cordão umbilical. Embriologicamente, ela resulta de uma falha das pregas laterais em fundir na região do anel umbilical, em torno da décima semana de gestação.

Exames invasivos

Amniocentese: realizada entre a 15ª e a 20ª semana de gestação. É retirada uma certa quantia de líquido amniótico, pois nesse líquido há células de descamação da pele fetal que são cultivadas e têm os cromossomos analisados.

Biópsia do Vilocorial: realizada entre a 11ª e a 14ª semana de gestação. Neste procedimento, o médico retira fragmentos da placenta, que são analisados.

Cordocentese: é feita a punção do sangue do feto pelo cordão umbilical que permite a análise cromossômica. Deve ser realizada a partir da 20ª semana.

ANEXO B

Justificativa da Amostra

Conforme entrevista com a pesquisadora, e em consequência das informações que por elas serão trabalhadas no projeto de malformação fetal, procuramos dimensionar o tamanho da amostra a ser estudada. Com base ainda em experiência em dados envolvendo mesma natureza de informação, dimensionei a amostra com tamanho ideal de 120 casos.

Em função da dificuldade de trabalho e da conseqüente obtenção de casos e do tempo de avaliação de cada caso, a pesquisadora salientou a dificuldade de se chegar a esse tamanho de amostra. Estabeleci então como parâmetro mínimo para o estudo uma amostra de 40 casos.

Em termos de resultados, tanto em uma amostra de 120 como em uma amostra de 40, a significância da análise depende do grau de relação existente entre as informações do estudo. Se a relação for forte poderemos captar essas relações, se não forem tão fortes poderemos relatar indícios ou tendências.

Como testes estatísticos basicamente aplicaremos o teste de Qui-quadrado, com nível de significância de 5%.

O teste de qui-quadrado é indicado para verificar diferença na distribuição de uma característica categorizada (2 ou mais categorias) em função de outra também categorizada, mede o grau de relacionamento entre as duas características, em amostras independentes. Em alguns casos o teste de qui-quadrado não pode ser aplicado em função da baixa freqüência observada em algumas classificações.

Condições de aplicação do teste Qui-quadrado:

O teste de Qui-quadrado deve ser utilizado quando o número de células (cruzamentos) com freqüência inferior a 5 não exceder a 20% do total de células.

No caso específico de tabelas 2 x 2, temos que considerar o seguinte:

Quando o total de casos for maior que 40 utilizar o teste Qui-quadrado com correção de continuidade de Yates.

Quando o número de casos for entre 20 e 40 e nenhuma das freqüências esperadas for menor que 5 utilizar o **teste de Qui-quadrado com correção de Yates**. Se a menor freqüência esperada for menor que 5, utilizar o teste de Fisher.

Quando o número de casos for menor que 20 então utilizar o teste de Fisher.

O teste de **Fisher** é indicado para verificar diferenças nas distribuições de uma característica categorizada (2 categorias) em função de outra também categorizada (2 categorias), através de tabelas 2x2, mede o grau de relacionamento entre as duas características. É especialmente indicado em testes com poucos casos.

Estatístico Responsável - Marcos Toyotoshi Maeda
Registro CONRE No. 1377 - 3ª região - Sede SP
São Paulo, 6 de novembro de 2000.

ANEXO C

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidada a participar de uma pesquisa, que tem como objetivo identificar os sentimentos das gestantes que receberam o diagnóstico de malformação fetal não letal e como isto influencia sua vida, além de verificar qual a sua compreensão do diagnóstico e o seu nível de stress. Com este estudo pretendemos ampliar a assistência à gestante.

Sua participação nesta pesquisa é absolutamente voluntária. Você tem o direito de recusar ou desistir em qualquer ponto deste estudo. Sua decisão em participar ou não desta pesquisa não terá influências em seu tratamento e o seu atendimento em nada será prejudicado.

Não há nenhum efeito prejudicial em participar desta pesquisa. Algumas questões são pessoais e delicadas. Se alguma destas questões deixar você chateada ou desconfortável, você é livre para se recusar a responder a qualquer uma delas.

Se você concordar em participar deste estudo, ocorrerá o seguinte:

Você será entrevistada (apenas uma vez) por uma psicóloga sobre algumas questões acerca da gestação, além de seus conhecimentos sobre o diagnóstico, seus sentimentos e reações frente a malformação fetal. Após a entrevista será solicitado que você responda uma escala de stress. Se você consentir, a entrevista será gravada para uma melhor análise dos dados e a gravação será ouvida apenas pela entrevistadora. Todas as informações obtidas serão mantidas em sigilo profissional, pois somente os pesquisadores terão acesso a elas. Em nenhum momento seu nome será divulgado.

Caso queira qualquer informação sobre o trabalho você poderá ter acesso aos responsáveis pela pesquisa nos telefones relacionados abaixo, ou pessoalmente neste momento.

Os coordenadores da pesquisa deste serviço comprometem-se a conduzir as atividades desta pesquisa de acordo com os termos deste consentimento informado.

Coordenadores: Valéria Wojciechowski tel. 3069-6459/ 3069-6380

Julieta Quayle tel. 3069-6459/ 3069-6380

Declaro que, após convenientemente esclarecido pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, consinto em participar do presente Protocolo de Pesquisa

São Paulo, de de 200

assinatura do sujeito da pesquisa
ou responsável legal

assinatura do pesquisador
(carimbo ou nome Legível)

IV - ANTECEDENTES NEUROLÓGICOS

- 14- Realiza(ou) algum acompanhamento neurológico? () sim () não
- 15- Há quanto tempo?
- 16- Onde?
- 17- Por que?
- 18- O pai da criança realiza algum acompanhamento neurológico ou psiquiátrico?
() sim () não
- 19- Qual?
- 20- Há quanto tempo?
- 21- Onde?
- 22 - Por que?

V - HÁBITOS

- 23-Utiliza alguma substância química como álcool, cigarro, drogas, etc?
() sim () não
- 24-Qual?
- 25-Há quanto tempo?
- 26-Qual a frequência de uso?
- 27- Durante esta gestação utilizou alguma destas substâncias?
() sim () não
- 28- Qual
- 29- Utiliza regularmente algum medicamento? () sim () não
- 30- Qual?
- 31- Há quanto tempo?
- 32- Durante esta gestação você utilizou este medicamento?
() sim () não

VI - SENTIMENTOS E ASPECTOS OBSTÉTRICOS

- 33- Idade gestacional (em semanas)
- 34- Esta gravidez foi: planejada ()sim () não
 desejada ()sim () não
 aceita ()sim () não
- 35- Qual foi a primeira coisa que pensou quando soube da gravidez?
- 36- Como você tem se sentido nesta gestação?
- 37- Você pensou, alguma vez, em interromper esta gestação? () sim () não

- 38- Por que?
- 39- De que maneira?
- 40- Quais eram suas expectativas em relação à criança?
- 41- Essas expectativas mudaram quando você soube dos problemas do bebê?
- () sim () não () não sabe avaliar
- 42- O que mudou?
- 43-Quais são as suas expectativas em relação à equipe médica que lhe atende aqui no hospital?

VII - DIAGNÓSTICO FETAL

- 44- Data do diagnóstico
- 45- Local
- 46- Exames realizados para este diagnóstico.
- 46a- de acordo com a paciente
- 46b- de acordo com o prontuário
- 47- diagnóstico médico
- 48- Você entendeu o que está acontecendo com o bebê?
- () sim () não
- 49- Explique (conte com suas palavras qual o problema do bebê)
- 50- Na sua opinião, este problema é:
- () muito leve () leve () moderado () grave () muito grave
- 51- Explique
- 52- Você atribui esta malformação fetal a alguma causa ou motivo?
- () sim () não
- 53- Ao que atribui?
- 54- Por que atribui/ não atribui?
- 55- O que você sentiu ao saber da malformação fetal?
- 56- Foi informada sobre a existência de algum procedimento que permita a mudança deste quadro clínico? ()sim () não
- 57- Caso tenha sido informada, explique qual procedimento.
- 58- O que você pensa sobre isso?
- 59- (Se não foi informada) Você acredita que existe algum procedimento que permita a mudança deste quadro clínico?
- () não () sim Qual..... () não sabe avaliar
- () outras respostas

60- Por que?

61- Neste momento, você acredita que alguma coisa possa lhe ajudar a enfrentar esta situação?

() sim () não

62- O que?

63- Por que?

VIII - INTERRUPÇÃO DA GESTAÇÃO

64- Qual foi a primeira coisa que pensou quando soube do diagnóstico de malformação fetal?

65- Por que?

66- Pensou em interromper a gravidez (abortar) após o diagnóstico de malformação fetal?

() sim () não

67- Por que?

IX - REPERCUSSÕES EMOCIONAIS

68- Como se sente quando lhe perguntam sobre esta gravidez?

69- Como você imagina que seu filho será fisicamente?

70- Como você acha que será sua rotina de vida após o nascimento de seu filho?

71- Com esta situação (malformação fetal) muda alguma coisa em sua vida?

() sim 71 a) O que?

71b) Como se sente em relação a essas possíveis mudanças?

() não

71c) Por que?

72- Alguém está te acompanhando nas consultas e exames obstétricos?

() sim () não

73- Quem?

74- Como você se sente com a companhia desta (s) pessoa (s)?

75- Caso não esteja sendo acompanhada, como se sente?

76- Como o pai da criança reagiu frente ao diagnóstico de malformação fetal?

() ele não foi informado

77- Este relacionamento mudou após o diagnóstico?

() sim () não

78- Caso afirmativo, explique o que mudou.

79- Como você define o seu relacionamento com o pai da criança.

80- Como as outras pessoas da família reagiram frente ao diagnóstico de malformação fetal?

81- Como você se sente com esta situação?

X - Compare e dê uma nota de zero a dez para:

- a sua ansiedade:

82a antes do diagnóstico:

82b-depois do diagnóstico:

82c- Explique

82d- O que você entende por ansiedade.

a sua preocupação:

82e- antes do diagnóstico:

82f-depois do diagnóstico:

82g-Explique

82h- O que você entende por preocupação.

o seu stress:

82i- antes do diagnóstico:

82j-depois do diagnóstico:

82k- Explique

82l- O que você entende por stress

* Após a aplicação do Inventário de Sintomas de Stress de Lipp:

Existe algum sintoma/ mal-estar que você está sentindo e que não consta no questionário que você preencheu (Inventário de Sintomas de Stress de Lipp):

() sim () não

Físicos:

Psicológicos:

ANEXO E

Inventário de Sintomas de Stress de Lipp: Caderno de aplicação.

Quadro a) Marque com um F1 os sintomas que tem experimentado nas últimas 24 horas:

- () mãos e pés frios
- () boca seca
- () nó no estômago
- () aumento de sudorese
- () tensão muscular
- () aperto da mandíbula/ ranger os dentes
- () diarreia passageira
- () insônia
- () taquicardia
- () hiperventilação
- () hipertensão arterial súbita passageira
- () mudança de apetite

Quadro b) Marque com um P1 os sintomas que tem experimentado nas últimas 24 horas.

- () aumento súbito de motivação
- () entusiasmo súbito
- () vontade súbita de iniciar novos projetos

Quadro 2 a) Marque com um F2 os sintomas que tem experimentado na última semana.

- () problemas com a memória
- () mal-estar generalizado, sem causa específica
- () formigamentos das extremidades
- () sensação de desgaste físico constante
- () mudança de apetite
- () aparecimento de problemas dermatológicos
- () hipertensão arterial
- () cansaço constante
- () aparecimento de úlcera
- () tontura/ sensação de estar flutuando

Quadro 2b) Marque com um P2 os sintomas que tem experimentado na última semana.

- ☐ () sensibilidade emotiva excessiva
- ☐ () dúvida quanto a si próprio
- ☐ () pensar constantemente em um só assunto
- ☐ () irritabilidade excessiva
- ☐ () diminuição da libido

Quadro 3 a) Marque com um F3 os sintomas que tem experimentado no último mês.

- ☐ () diarreia freqüente
- ☐ () dificuldades sexuais
- ☐ () insônia
- ☐ () náusea
- ☐ () tiques
- ☐ () hipertensão arterial continuada
- ☐ () problemas dermatológicos prolongados
- ☐ () mudança extrema de apetite
- ☐ () excesso de gases
- ☐ () tontura freqüente
- ☐ () úlcera
- ☐ () enfarte

Quadro 3 b) Marque com um P3 os sintomas que tem experimentado no último mês.

- ☐ () impossibilidade de trabalhar
- ☐ () pesadelos
- ☐ () sensação de incompetência em todas as áreas
- ☐ () vontade de fugir de tudo
- ☐ () apatia, depressão ou raiva prolongada
- ☐ () cansaço excessivo
- ☐ () pensar/falar constantemente em um só assunto
- ☐ () irritabilidade sem causa aparente
- ☐ () angústia/ ansiedade diária
- ☐ () hipersensibilidade emotiva
- ☐ () perda do senso de humor

ANEXO F

Lista de Malformações Fetais

Sistema Nervoso Central				
malformações não letais	severo	grave	leve	analisar individualmente
hidrocefalia				
meningomielocele				
holoprosencefalia				
malformação de Dandy-Walker				
encefalocele				
agenesia do corpo caloso				
cisto aracnóide				
porencefalia				
microcefalia				
malformações arteriovenosas				
lissencefalia				
Kleeblattschädel				
neoplasias				
hemorragia intracraniana				
hidranencefalia				
esquizencefalia				

Tubo Neural				
malformações não letais	severo	grave	leve	analisar individualmente
spina bífida				

Malformação Facial				
malformações não letais	severo	grave	leve	analisar individualmente
lábio liporino				
fenda palatina				
fenda isolada				
fenda em conjunto				
displasia fronto nasal				
holoprosencefalias				
síndrome orodigitofaciais				

Malformações Cardíacas				
malformações não letais	severo	grave	leve	analisar individualmente
comunicação interventricular				
isomerismo atrial esquerdo				
isomerismo atrial direito				
dúpla via de saída de ventrículo direito				
síndrome de hipoplasia VE				

Lista de Malformações Fetais

(continuação)

defeito de septo atrioventricular				
cardiomiopatia hipertrófica				
tetralogia de Fallot				
estenose pulmonar				
atresia pulmonar com septo íntegro				
ventrículo único				
estenose aórtica				
displasia tricúspide/ Ebstein				
atresia tricúspide				
transposição das grandes artérias				
transposição corrigida das grandes artérias				
síndrome de hipoplasia de VD				
truncus arteriosus				
coarctação de aorta				
síndrome de Marfan				

Malformações Torácicas				
malformações não letais	severo	grave	leve	analisar individualmente
adenomatóide dos pulmões				
hérnia diafragmática				
sequestração pulmonar				
derrame pleural				
cistos brônquicos				

Malformações de Parede Abdominal				
malformações não letais	severo	grave	leve	analisar individualmente
onfalocele				
gastrosquise				
extrofia da cloaca e bexiga				

Malformação do Trato Gastrointestinal				
malformações não letais	severo	grave	leve	analisar individualmente
atresia esofágica				
atresia ou estenose duodenal				
obstrução do intestino delgado				
obstrução do cólon				
peritonite meconial				
intestino hiperecogênico				
ascite				
cistos abdominais				

Malformações Nefrourológicas				
malformações não letais	severo	grave	leve	analisar individualmente
agenesia renal				

Lista de Malformações Fetais

(continuação)

duplicação renal				
rins multicísticos unilateral				
displasia renal				
rins policísticos do tipo infantil				
rim em ferradura				
ectopia renal				
tumores renais				
síndrome de Meckel-Gruber				
síndrome de Zellweger				
síndrome de Lawrence-Moon				
esclerose tuberosa Bourneville				
síndrome nefrótica congênita				

Malformações Genitais				
	severo	grave	leve	analisar individualmente
malformações não letais				
ectopia testicular				
hipospádia				
megauretra				
cisto de vesícula seminal				
hidrocele				
cisto de ovário fetal				
hipertrofia de clitóris				
genitália feminina ambígua				
hidrometrocolpos				
extrofia vesical				
anomalias do seio urogenital				
hiperplasia congênita de supra-renais				

Mlaformação de Partes Moles				
	severo	grave	leve	analisar individualmente
malformações não letais				
teratoma sacrococcígeo				

ANEXO G

À Sra. Valéria Wojciechowski

Análise dos dados:

Título: Reações iniciais e níveis de stress da gestante frente ao diagnóstico de malformação fetal não letal.

As características sócio-demográficas e clínicas das gestantes foram apresentadas em tabelas e gráficos. Dada a utilização de uma entrevista semidirigida (que dificulta a categorização das respostas em poucos grupos), o número relativamente pequeno de mães incluídas (dada à baixa frequência de malformações) e a multiplicidade de reações maternas encontradas após a receber a notícia de que seu filho teria alguma malformação, optou-se por limitar a análise quantitativa dos dados à sua descrição e procedeu-se uma análise qualitativa cuidadosa do conteúdo das entrevistas, tentando-se compreender as respostas encontradas à luz das teorias psicodinâmicas, com especial ênfase nas estratégias de *coping* e mecanismos de defesa utilizados.

Assinatura de F. Nascimento

ANDRÉIA DE FÁTIMA NASCIMENTO
EPIDEMIOLOGISTA / PSQUIATRA
CRM 79374

Anexo H

Quadro-resumo

pacientes	idade	escolaridade	est. Civil	trabalha	atividade	renda	religião
1	18	fund. comp.	amasiada	não	-	R\$300.00	católica
2	29	médio comp.	casada	sim	telefonista	R\$1000.00	não
3	42		solteira	não	-	nenhuma	católica
4	28	médio comp.	casada	não	-	R\$40.00	não
5	24	não estudou	amasiada	não	-	R\$400.00	não
6	27	fund. comp.	amasiada	não	-	R\$300.00	católica
7	22	fund. comp.	casada	sim	costureira	R\$600.00	tes.jeová
8	22	fund. comp.	solteira	sim	tecidos	R\$1500.00	católica
9	18	fund. comp.	casada	não	-	R\$800.00	católica
10	23	fund. comp.	solteira	não	-	nenhuma	crente
11	21	médio comp.	solteira	não	-	R\$600.00	espirita
12	25	médio comp.	casada	sim	cont.vetor.	R\$1600.00	metodista
13	43	fund. comp.	casada	não	-	R\$800.00	católica
14	33	superior. comp.	solteira	sim	ass.com.	R\$4000.00	católica
15	26	médio comp.	amasiada	sim	op.cobran.	R\$350.00	crente
16	22	fund. comp.	solteira	não	-	R\$300.00	universal
17	20	médio comp.	solteira	não	-	R\$180.00	católica
18	33	fund. comp.	solteira	não	-	nenhuma	não
19	27	médio incom.	solteira	sim	aj.cozinha	R\$800.00	católica
20	19	fund. incom.	amasiada	não	-	não sabe	católica
21	31	fund. incom.	casada	não	-	R\$800.00	católica
22	24	fund. incom.	solteira	não	-	R\$30.00	católica
23	22	fund. incom.	solteira	não	-	não sabe	não
24	26	fund. Incom.	casada	não	-	nenhuma	cong.crista
25	23	médio comp.	casada	não	-	R\$600.00	evangelica
26	20	médio incom.	solteira	não	-	R\$400.00	evangelica
27	18	não estudou	solteira	não	-	R\$100.00	católica
28	23	não estudou	solteira	não	-	R\$500.00	católica
29	26	médio incom.	solteira	não	-	não sabe	evangelica
30	19	médio comp.	casada	sim	gerente	R\$2500.00	evangelica
31	21	fund.comp.	casada	não	-	não sabe	católica
32	22	fund. incom.	casada	sim	secretaria	R\$400.00	católica
33	19	médio incom.	solteira	sim	farmácia	R\$400.00	católica
34	29	médio comp.	amasiada	sim	corr.seguro	R\$3000.00	não
35	36	fund. comp.	solteira	sim	doméstica	R\$1000.00	católica
36	19	fund. incom.	solteira	não	-	não sabe	católica
37	28	médio comp.	solteira	não	-	R\$378.00	católica
38		superior. comp.	solteira	sim	personal	R\$800.00	evangelica
39	20	fund. incom.	casada	não	-	nenhuma	evangelica
40	19	médio comp.	solteira	sim	secretaria	R\$700.00	católica

praticante	filhos com problemas	quais problemas	saúde do pai	ac. Psicológico	ac. Neurológico
não	não	-	sem problemas	não	não
não	não	-	sem problemas	não	não
não	não	-	sem problemas	não	não
-	não	-	sem problemas	não	não
-	não	-	sem problemas	não	não
não	não	-	sem problemas	não	não
sim	sim	câncer	sem problemas	sim	não
não	não	-	sem problemas	não	não
sim	não	-	sem problemas	não	não
+ ou --	não	-	sem problemas	não	não
sim	não	-	sem problemas	não	não
sim	não	-	sem problemas	não	não
não	sim	epilep./ neurol.	sem problemas	não	sim
sim	não	-	sem problemas	não	não
sim	não	-	sem problemas	não	não
não	não	-	sem problemas	não	não
sim	não	-	sem problemas	não	não
-	não	--	sem problemas	não	não
sim	não	-	sem problemas	não	não
não	não	-	sem problemas	não	não
sim	não	-	sem problemas	não	não
sim	não	-	sem problemas	não	não
	não	-	sem problemas	não	não
sim	não	-	sim	não	não
sim	não	-	sem problemas	não	não
sim	não	-	sem problemas	não	não
sim	não	-	sem problemas	não	não
sim	não	-	sem problemas	não	não
não	não	-	sem problemas	não	não
não	não	-	sem problemas	não	não
sim	não	-	sem problemas	não	não
não	não	-	sem problemas	não	não
sim	não	-	sim	não	não
sim	não	-	sem problemas	não	não
-	não	-	sem problemas	não	não
não	não	-	sem problemas	não	não
não	não	-	sem problemas	não	não
não	não	-	sem problemas	não	não
sim	não	-	sem problemas	não	não
sim	não	-	sem problemas	não	não
sim	não	-	sem problemas	não	não
não	não	-	sem problemas	não	não
não	não	-	sem problemas	não	não
sim	não	-	sem problemas	não	não
sim	não	-	sem problemas	não	não
não	não	-	sem problemas	não	não

ac. Psiquiátrico	hábitos	intercorrências gestacionais	gest. planejada	gest. desejada
não	não	2	sim	Sim
não	não	não	sim	Sim
não	alcool	2 abortos espont. 2 provocados.	não	Sim
não	não	1 aborto espontâneo	não	Não
não	fumo	5 abortos provocados	sim	Sim
não	não	1 neomorto	sim	Sim
não	não	não	não	Sim
não	alcool	não	não	Sim
não	não	não	sim	Sim
não	não	não	não	Sim
não	não	não	não	Sim
sim	não	não	não	Sim
não	fumo	não	sim	Sim
não	fumo	não	não	Sim
não	não	não	não	Sim
não	não	não	não	Sim
não	fumo	não	não	Não
não	fumo	3 abortos provocados	não	Não
não	não	1 natimorto	sim	Sim
não	não	não	não	Sim
não	não	não	não	Sim
não	fumo	não	não	Não
não	não	não	sim	Sim
não	não	não	não	Sim
não	não	não	não	Sim
não	não	não	não	Sim
não	não	não	não	Sim
não	não	não	não	Sim
não	não	não	não	Não
não	não	não	não	Sim
não	não	não	sim	Sim
não	não	não	sim	Sim
não	não	não	não	Sim
não	não	não	não	Não
não	fumo	não	sim	Sim
não	não	não	não	Não
não	não	não	não	Não
não	não	não	não	Sim
não	não	não	não	Não
não	fumo	não	não	sim

gest. aceita	gravidade da MF/ gestante	gravidade/ médico	ansiedade antes
sim	grave	grave	significativa
sim	moderado	grave	moderado
sim	grave	grave	significativa
sim	grave	grave	não sabe
sim	grave	grave	significativa
sim	leve	grave	significativa
sim	muito grave	grave	significativa
sim	grave	grave	significativa
sim	grave	grave	significativa
sim	grave	grave	ausência
sim	muito leve	grave	ausência
sim	leve	grave	ausência
sim	grave	grave	ausência
sim	muito grave	grave	significativa
sim	muito grave	leve	moderado
sim	grave	grave	moderado
não	muito grave	grave	moderado
não	grave	grave	significativa
sim	não sabe	leve	moderado
sim	grave	grave	significativa
sim	não sabe	grave	ausência
sim	grave	grave	significativa
sim	muito grave	grave	significativa
sim	moderado	grave	significativa
sim	moderado	grave	ausência
sim	grave	grave	significativa
sim	grave	grave	moderado
sim	grave	grave	significativa
sim	grave	grave	moderado
sim	grave	grave	significativa
sim	moderado	grave	ausência
sim	grave	grave	significativa
sim	grave	grave	significativa
sim	muito grave	grave	moderado
sim	leve	grave	ausência
sim	grave	grave	moderado
sim	grave	grave	moderado
sim	muito grave	grave	moderado
sim	leve	grave	significativa
sim	muito grave	grave	moderado

ansiedade depois	stress antes	stress depois	presença de stress/ ISSL	fase de stress
significativa	ausência	ausência	não	-
moderado	significativo	significativo	sim	resistência
significativa	moderado	significativo	sim	resistência
significativa	ausência	significativo	sim	resistência
significativa	ausência	significativo	sim	quase-exaustão
significativa	moderado	moderado	sim	resistência
ausência	significativo	significativo	sim	quase-exaustão
significativa	ausência	ausência	sim	resistência
significativa	significativo	moderado	não	-
ausência	moderado	significativo	sim	resistência
significativa	ausência	moderado	sim	alerta
significativa	ausência	significativo	sim	resistência
significativa	moderado	significativo	sim	resistência
moderado	ausência	significativo	sim	resistência
significativa	significativo	significativo	sim	quase-exaustão
ausência	moderado	ausência	não	-
significativa	significativo	significativo	sim	resistência
significativa	moderado	moderado	sim	quase-exaustão
ausência	significativo	significativo	não	-
moderado	moderado	significativo	sim	resistência
significativa	ausência	significativo	não	-
significativa	moderado	significativo	sim	resistência
significativa	ausência	moderado	sim	resistência
significativa	significativo	ausência	sim	resistência
significativa	ausência	ausência	sim	resistência
significativa	significativo	significativo	sim	resistência
significativa	ausência	significativo	sim	resistência
moderado	ausência	ausência	sim	quase-exaustão
significativa	moderado	moderado	sim	resistência
moderado	ausência	significativo	sim	resistência
significativa	ausência	moderado	sim	resistência
significativa	significativo	significativo	sim	quase-exaustão
significativa	significativo	significativo	sim	resistência
significativa	moderado	significativo	sim	resistência
significativa	ausência	significativo	sim	resistência
significativa	ausência	ausência	sim	resistência
significativa	ausência	ausência	não	-
moderado	ausência	significativo	sim	resistência
significativa	significativo	significativo	sim	resistência
significativa	ausência	significativo	sim	resistência

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS¹⁵

AITE, L.; TRUCCHI, A.; NAHOM, A.; ZACCARA, A.; LA SALA, E.; BAGOLAN, P.; Antenatal diagnosis of surgically correctable anomalies: Effects of repeated consultations on parental anxiety. **Journal of Perinatology** v. 23, p. 652-654, 2003.

ARMBRUSTER-MORAES, E. Aconselhamento genético. In: ZUGAIB, M. BRITTAR, R. E. **Protocolos Assistenciais, Clínica Obstétrica da FMUSP**. São Paulo, Atheneu, 1997.

_____ Etiologia das malformações fetais. In: OKUMURA, M.; ZUGAIB, M.; **Ultra-Sonografia em Obstetrícia**. São Paulo, Ed. Sarvier, 2002.

AZEVEDO, R. N.; OLIVEIRA, E. A.; MASTROPIETRO, A. P. **Impacto psicológico do transplante de medula óssea no familiar-**

¹⁵ As normas referentes à formatação desse trabalho se basearam no modelo de estrutura e apresentação de dissertações e teses da FMUSP (CUNHA, 1996).

acompanhante do paciente. Disponível em: www.usp.br/siicusp.

Acesso em 13 de janeiro de 2004.

BADINTER, E. **Um amor conquistado: o mito do amor materno.** Rio de Janeiro, Nova Fronteira, 1985.

BAPTISTA, N. M.; CAMPOS, L. F. L.; Avaliação longitudinal de sintomas de depressão e estresse em estudantes de psicologia. **Boletim de Psicologia** v. 50, nº 113, p. 37-58, 2000.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo.** Lisboa, Edições 70, 1979.

BENUTE, G. R. G. **Abortamento como um processo psicossocial: uma interpretação junguiana; perda e culpa, depressão e ansiedade.** São Paulo, 2002. Tese (Mestrado) Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

BENUTE, G. R. G.; GOLLOP, T. R.; O que acontece com os casais após o diagnóstico de malformação fetal? **Femina** v. 30, nº. 9, p. 661-663, 2002.

BERTHOUD, C. M. E.; Formando e rompendo vínculos: a grande aventura da vida. In: BERTHOUD, C. M. E.; BROMBER, G. M. H. F.; COELHO, M. R. M. **Ensaio sobre formação e rompimento de vínculos afetivos.** São Paulo, Cabral Editora Universitária, 1998.

BLEGER, J. **Temas de Psicologia: entrevistas e grupos**. São Paulo, Martins Fontes, 1995.

BORTOLETTI, F. F.; Assistência Psicológica. In: MORON, A F.; CHA S. C. ISFER, E. V.; **Abordagem multidisciplinar em Medicina Fetal**. Sociedade Brasileira de Medicina Fetal, Hospital Santa Joana, São Paulo, 1996.

BRADY, T.; LIDUMS, S.; YARON, Y.; EVANS, M.; JOHNSON, M.; KRAMER, R. Pastoral care utilization among women electing pregnancy termination for fetal anomalies. **Fetal diagnosis** v.13, p. 123-26, 1998.

BRASIL. **Ministério da Saúde/DataSus**. Banco de dados. Disponível em <http://www.datasus.gov.br> acesso em 14 de jan. 2002.

BUNDUKI, V. Organização de Centro de Medicina Fetal. In: ZUGAIB, PEDREIRA, D. A. L.; BRIZOT, M. L.; BUNDUKI, V.; M. **Medicina Fetal**. São Paulo, Atheneu, 1997.

CAR, H. R.; PIEREN, A. M. G.; MION Jr., D.; GEORGI D. M.; Crenças de saúde do paciente com hipertensão arterial. **Revista Paulista de Enfermagem** v.8, nº.2, 1988.

CARMICHAEL, S. L.; SHAW, G. M.; Maternal life event stress and congenital anomalies. **Rev. Epidemiology** v.11, nº.1, p. 30-5, 2000.

CARON, N. A.; MALTZ, R. S.; Intervenção em grávidas com anomalias fetais. **Revista de Psiquiatria** v.16, nº.3, p. 202-207, 1994.

CARVALHO, M. H. B.; BUNDUKI, V. ZUGAIB. M.; Sistema Nervoso Central. In: OKUMURA, M. ZUGAIB, M. **Ultra-Sonografia em Obstetrícia**. São Paulo, Ed. Sarvier, 2002.

CLEMENTE et al. **Vencendo barreiras: histórias de superação e inclusão da pessoa portadora de deficiência**. 2001.

CUNHA, A. C. **Estrutura e apresentação de dissertações e teses**. São Paulo, 1996. São Paulo, Serviço de Biblioteca e Documentação da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 1996. (Apostila)

CURY, A. F. Psicodinâmica da gravidez. In: TEDESCO, J. J. A.; ZUGAIB, M.; QUAYLE J.; **Obstetrícia Psicossomática**. São Paulo, Atheneu, 1997.

DALLAIRE, L.; LORTIE, G.; DES ROCHERS, M.; CLERMONT, R.; VACHON, C. Parental reaction and adaptability to the prenatal diagnosis of fetal defect or genetic disease leading to pregnancy interruption. **Prenatal Diagnosis**, v.15 p.249-59, 1995.

DEBRAY, R. **Bebês/mães em revolta**. Porto Alegre, Artes Médicas, 1988.

DROTAR, D.; BASKIEWICS, A.; IRVIN, N.; KENNEL, J. H.; KLAUS, M. H.;

The adaptation of parents to the birth of an infant with a congenital malformation: a hypothetical model. **Pediatrics** v.56, p. 710-717, 1975.

DUALIBI, R.; CABRAL A. C. V.; VITRAL Z. N. R.; LEITE H. V.; DOMONT R.

J.; Acompanhamento psicológico de mães de fetos malformados no Centro de Medicina Fetal da Universidade Federal de Minas Gerais. **Femina** v.31, nº.1, p.27-30, 2003.

FERREIRA, A. B. H.; Novo Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa. Ed.

Nova Fronteira, 42ª Impressão.

FOLKMAN, S.; SCHAEFER, C.; LAZARUS, R. S.; Cognitive processes as mediators of stress and coping. In: HAMILTON, V. e WABURTON (eds).

Human stress and cognition: an information processing approach. Nova York. John Wiley e Sons, 1979.

FONSECA, M. M.; MAGALHÃES, J. A.; PAPICH, H.; DIAS, R.S.P.;

SCHMIDT, A. Ultra-sonografia em obstetrícia: explorando um mundo novo. In: CARON, N. M.; **A relação pais-bebê, da observação à clínica.** São Paulo, Casa do Psicólogo, 2000.

GOLLOP, T. R.; Ética, Direito e Aborto por anomalias fetais. **Revista da**

Sociedade Brasileira de Medicina Fetal. v.1, nº.2, 17-21, 1996.

HANSEN, D.; LOU, H. C.; OLSEN, J.; Serious life events and congenital malformations: a national study with complete follow-up. **The Lancet** v. 356, p.875-80, 2000.

HENSHAW, S. K.; SINGH, S.; HAAS, T. La incidencia del aborto inducido a nivel mundial. **Fam. Plann. Perspect.** Número especial, p. 16-24, 1999.

IRVIN, N.;KENNELL, J. H.; KLAUS, M. H.; Atendimento aos pais de um bebê com malformação congênita. IN: KLAUS, M. H.; KENNELL, J. H.; **Pais/bebê: a formação do apego.** Porto Alegre, Artes Médicas, 1993.

JORNAL DO CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Testes psicológicos: CFP atende a demanda da sociedade por controle da qualidade dos serviços.** Ano XVIII, nº 77. Brasil, 2004.

KLAUS, M. H.; KENNELL, J. H.; Parto, nascimento e formação do apego. In: KLAUS, M. H.; KENNELL, J. H.; **Pais/bebê: a formação do apego.** Porto Alegre, Artes Médicas, 1993.

KOMPINSKY, E. Observação de bebês: método e sentimentos do observador. In: CARON, N. M.; **A relação pais-bebê, da observação à clínica.** São Paulo, Casa do Psicólogo, 2000.

KORNMAN, L. H.; WORTELBOER, M. J. M.; BEEKHUIS, J. R.; MORSSINK L. P.; MANTINGH, A. Women's opinions and the implications of first – versus second- trimester screening for fetal Down's Syndrome. **Prenatal Diagnosis**, v.17, nº. 11, p. 1011-1018, 1997.

KRHAE, C.; FRANTZ, N.; O obstetra e a mulher grávida. In: MARTINS, C. **Relação médico-paciente**. Porto Alegre, Artes Médicas, 1981.

KROEFF, C. Q.; MAIA, C. R.; LIMA, C. P.; O luto do filho malformado. **Revista FEMINA**, v.28, nº. 7, p. 395-396, 2000.

LAPLANCHE, J.; PONTALIS, J. B. **Vocabulário da Psicanálise**. São Paulo, Martins Fontes, 1991.

LIPP, M. N. **Manual do Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp (ISSL)**. São Paulo, Casa do Psicólogo, 1998.

_____ O que eu tenho é stress? De onde ele vem? IN: LIPP, M. N.; **O stress está dentro de você**. São Paulo, Contexto, 2003.

MALDONADO, M. T. **Psicologia da gravidez: parto e puerpério**. São Paulo, Saraiva, 1997.

MARTINI, I. I.; Em uma enfermaria de cardiologia pediátrica. Uma aplicação do método da ORMB. In: CARON, N. M.; **A relação pais-bebê, da observação à clínica**. São Paulo, Casa do Psicólogo, 2000.

MARTINS, L. A. N. **Residência Médica: um estudo prospectivo sobre dificuldades na tarefa assistencial e fontes de estresse**. São Paulo, 1994. Tese (doutorado) – Universidade Federal de São Paulo.

MELLO FILHO, J. **Concepção psicossomática: visão atual**. Rio de Janeiro, Ed. Tempo Brasileiro, 1978.

MOURA, M. D.; Nascimento do conceito malformado – aspectos psicológicos. **Femina**. p. 606-612, 1986.

OCAMPO; M. L. S.; ARZENO, M. E. G.; A entrevista inicial. In: OCAMPO; M. L. S.; ARZENO, M. E. G.; PICCOLO, E. G. e colaboradores. **O processo psicodiagnóstico e as técnicas projetivas**. São Paulo, Martins Fontes, 1995.

OKUMURA, M.; ZUGAIB, M. Ultra-Sonografia Morfológica Fetal Detecção de Malformações. In: OKUMURA, M.; ZUGAIB, M. **Ultra-Sonografia em Obstetrícia**. São Paulo, Ed. Sarvier, 2002.

QUAYLE, J. Atuação do Psicólogo. In: MORON, A F.; CHA S. C. ISFER, E.

V.; **Abordagem multidisciplinar em Medicina Fetal.** Sociedade Brasileira de Medicina Fetal, Hospital Santa Joana, 1996.

_____ Repercussões Psicológicas: Parentalidade e Medicina Fetal.

IN: ZUGAIB, PEDREIRA, D. A. L.; BRIZOT, M. L.; BUNDUKI, V.; M. **Medicina Fetal.** São Paulo, Ed. Atheneu, 1997.

QUAYLE. J; BUNDUKI, V.; Estados comportamentais do feto e psiquismo pré e perinatal. IN: ZUGAIB, M. PEDREIRA, D. A. L.; BRIZOT, M. L.; BUNDUKI, V.; **Medicina Fetal.** São Paulo, Ed. Atheneu, 1997.

QUAYLE, J.; ISFER, E.; ZUGAIB, M.; Considerações acerca das representações associadas ao diagnóstico pré-natal. **Revista de Ginecologia e Obstetrícia** v. 2, nº.1, p. 34-8, 1991.

QUAYLE, J.; NEDER, M.; MIHAYDAIRA, S.; ZUGAIB, M. Repercussões na família do diagnóstico de malformações fetais: algumas reflexões. **Revista de Ginecologia e Obstetrícia.** v. 7, nº 1, p. 33-39, 1996.

QUAYLE, J. ZUGAIB, M. Aspectos psicológicos envolvidos na Ultra-sonografia Obstétrica. In: OKUMURA, M. ZUGAIB, M. **Ultra-sonografia em Obstetrícia.** São Paulo, Sarvier, 2002.

REDE SAÚDE, **Saúde da mulher e direitos reprodutivos**: dossiês. São Paulo, Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos, 2001.

SANCHES, R. C. Malformações fetais viáveis. In: **Tratado de Obstetrícia – FEBRASG**. São Paulo, Revinter, 2000.

SEBASTIANI, R. W. Mecanismos de defesa do ego. A eleição do órgão de choque. In: TEDESCO, J. J. A.; ZUGAIB, M.; QUAYLE J.; **Obstetrícia Psicossomática**. São Paulo, Atheneu, 1997.

SELYE, H. History and present status of the stress concept. In: GOLDBERG & M. BREZNIT. **Handbook of Stress: Theoretical and Clinical Aspects**. Londres, 1984.

SETUBAL, M. S. V.; BARINI, R.; ZACCARIA, R.; SILVA, J. L. P.; Reações psicológicas diante da gravidez complicada por uma malformação fetal. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Fetal**. v.7, p.35-36, 2001.

SILVA, M. S. C. Psicoprofilaxia em gestações de fetos inviáveis: atuação psicológica. In: MORON, A F.; CHA S. C. ISFER, E. V. ; **Abordagem multidisciplinar em Medicina Fetal**. Sociedade Brasileira de Medicina Fetal, Hospital Santa Joana. São Paulo, 1996.

SIMPSON, J. L.; Fetal surgery for myelomeningocele: promise, progress and problems. **Journal of the American Medical Association**. v. 282, p. 1873-1874, 1999.

SINASON, V. **Compreendendo seu filho deficiente**. Rio de Janeiro, Imago, 1993.

SJOGREN, B. Psychological indications for prenatal diagnosis. **Prenatal Diagnosis**, v. 16, p. 449-54, 1996.

SOIFER, R. *Psicologia da gravidez, parto e puerpério*. Porto Alegre, Artes Médicas, 1980.

STATHAM, H.; SOLOMOU, W.; CHITTY, L.; Prenatal diagnosis of fetal abnormality: psychological effects on women in low-risk pregnancies. **Baillières Clinical Obstetrics and Gynaecology**. v.14, nº.4, p.731-47, 2000.

SUKOP, P. H.; TONIOLO, D. P.; LERMANN, V. L.; LAYDNER, J. A.; OSÓRIO, C. M. S.; ANTUNES, C. H.; MAGALHÃES, J. A. A. Influência do diagnóstico pré-natal de malformação fetal no vínculo mãe-feto. **Revista de Psiquiatria Rio Grande do Sul**. v.21, nº.1, p. 10-15, 1999.

SZEJER, M.; STEWART, R. **Nove meses na vida da mulher: uma abordagem psicanalítica da gravidez e do nascimento.** São Paulo, Casa do Psicólogo, 1997.

TEDGARD, V.; LJUNG, R.; McNEIL, T. F.; Long-term Psychological effects of carrier testing and prenatal diagnosis of haemophilia: comparison with a control group. **Prenatal Diagnosis.** v.19, nº.5, p.411-417, 1999.

TORREZAN, E. A. S. **Stress e gravidez: fontes, sintomas e estratégias.** Campinas - São Paulo, 1994. Tese (Mestrado) Pontífica Universidade Católica – Campinas, São Paulo.

TORREZAN, E. A. S. **O stress e suas complicações para o desenvolvimento da criança.** Campinas - São Paulo, 2001. Tese (Pós-Doutorado) Pontífica Universidade Católica – Campinas, São Paulo.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. Hospital das Clínicas. Setor de Medicina Fetal da Clínica Obstétrica. **Rastreamento e Diagnóstico de malformações fetais e anomalias cromossômicas na 11ª a 13ª semana de gestação.** Folheto Informativo. São Paulo, 1998.

WERTZ, D.; FLETCHER, J.; Feminist Criticism of Prenatal Diagnosis. **Response Clinic Obstetric Gyneacology.** v.36, nº.3, p. 541, 1993.

WILHEIM, J. **O que é Psicologia Pré-Natal**. São Paulo, Casa do Psicólogo, 1997.

ZUGAIB, M. **Medicina Fetal**. São Paulo, Atheneu, 1997.

ZUGAIB, M.; QUAYLE, J.; BUNDUKI, V.; Ética em Medicina Fetal. In:
ZUGAIB, M. PEDREIRA D. A.; BRIZOT, M. L.; **Medicina Fetal**. São Paulo, Atheneu, 1997.

ZUGAIB, M.; OKUMURA, M.;. Conduta nas gestações com malformação fetal. In: OKUMURA, M.; ZUGAIB, M. **Ultra-Sonografia em Obstetrícia**. São Paulo, Sarvier, 2002.