



**ELIANE VERGINIA ROVIGATTI**

**GRAVIDEZ DE FETOS MALFORMADOS  
UM ESTUDO PSICOLÓGICO COM CASAIS**

**Pontifícia Universidade Católica de Campinas**

**1999**

**ELIANE VERGINIA ROVIGATTI**

**GRAVIDEZ DE FETOS MALFORMADOS  
UM ESTUDO PSICOLÓGICO COM CASAIS**

Dissertação de Mestrado  
apresentada ao Departamento de  
Pós-Graduação em Psicologia da  
Pontifícia Universidade Católica de  
Campinas, PUCCAMP, como parte  
dos requisitos para obtenção do  
título de Mestre em Psicologia  
Clínica.

Orientador: Prof. Dr. Antonios Térzis

**CAMPINAS  
1999**

*“O filho será a vida melhorada de seus pais, ele não será submetido às necessidades por que eles passaram. Doença, morte, renúncia ao prazer, restrições à sua própria vontade não valerão para o filho. As leis da natureza, assim como as da sociedade, pararão a sua frente. Ele será de novo o centro e o coração da criação- “sua majestade o bebê”, como nos imaginávamos outrora. Ele realizará os sonhos de desejos que os pais não conquistaram- ele será um grande homem, um herói, no lugar do pai; e a filha desposará um príncipe, como numa reparação tardia para a mãe. O ponto mais espinhoso do sistema narcísico, essa imortalidade do Ego que a realidade abre uma brecha, reencontrou a segurança se refugiando na criança. O amor dos pais, tão tocante é no fundo tão infantil, e não é nada mais que seu narcisismo que renasce e que, apesar de sua metamorfose em amor objetal, manifesta sem dúvida, sua antiga natureza.”*

*S.Freud*

---

---

*DEDICATÓRIA*

---

---

*Aos meus pais, Vanderlei e Regina,*

pele exemplo de vida baseado no respeito, na dignidade, e no valor das trocas afetivas entre pais e filhos. Pelo apoio e incentivo constante. Por ter oferecido espaço para minha liberdade e para minhas escolhas.

*Ao Dr. Thomaz Gollop,*

por ter me recebido com tanto carinho; pela confiança em mim depositada. Por sempre valorizar e incentivar meu desenvolvimento profissional, pelo seu exemplo de profissionalismo e respeito às vivências emocionais de seus pacientes.



## AGRADECIMENTOS

---

---

Ao *prof. Térzis*, por acompanhar meu desenvolvimento profissional.

Ao *Cnpq*, pela concessão da bolsa.

Ao *Dr. Marcos*, pela disposição nas discussões sobre os casos.

Ao *Dr. Sebastião*, por sua solicitude e paciência na explicação dos exames ultrasonográficos.

À *Dr<sup>a</sup> Nadyr*, pelos conselhos e atenção.

Ao *Ivan*, por suas atenciosas leituras, correções ortográficas e pelo interesse nas discussões do conteúdo do trabalho.

As minhas amigas *Rosália e Milena*, pela presença constante e encorajadora em todos os momentos.

Às *meninas*: Dani, Bia, Ísida, Josefina, Luz, Marlice, Mônica, Oziene, pelas conversas descontraídas.

Aos *funcionários* do Instituto pela atenção.

À *prof<sup>a</sup> Nurymar*, que com sua doçura e sólida formação profissional, sempre esteve disponível para ajudar desde o momento em que iniciei este trabalho.

Ao *Dr. José Otávio Fagundes*, pelas supervisões e discussões clínicas.

À querida *Irene de La Puente*, por ter me acompanhado durante esses anos no trabalho interno de compreender as minhas limitações.

Ao meu irmão e minha cunhada, *Júnior e Paula*, por compreender e respeitar minhas ausências no convívio familiar.



Ao *Gustavo*, por seu amor, carinho e apoio nos momentos mais difíceis e estressantes do trabalho.

## **RESUMO**

---

---

ROVIGATTI, E.V. (1999) Gravidez de Fetos Malformados: Um estudo psicológico com casais. Departamento de Pós-Graduação em Psicologia Clínica da Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas-SP. (Dissertação de Mestrado).

Este estudo relata a vivência emocional de quatro casais após a descoberta de anomalias severas no feto em gestação. Objetivou-se: investigar as reações emocionais, ou seja, fantasias, angústias e defesas neles desencadeadas após receberem o diagnóstico pré-natal desfavorável; analisar os vínculos estabelecidos com o feto, a equipe médica, a psicóloga e o cônjuge; compreender os desejos dos pais com relação ao futuro e à evolução da gravidez, bem como descrever as vivências da psicóloga com relação aos casos pesquisados. A análise foi realizada através do método clínico, utilizando a técnica da entrevista livre, não-diretiva. Para interpretar os conteúdos analisados adotou-se a teoria das relações objetais desenvolvida por Melanie Klein, complementada por subsídios de outros estudos psicológicos sobre gravidez de fetos malformados. O enquadre foi adaptado às condições da instituição onde os casais realizaram o estudo pré-natal. Os resultados revelaram o quão difícil é a compreensão das informações médicas transmitidas por ocasião do diagnóstico. Nesse momento, a angústia e a culpa foram típicas da posição esquizo-paranóide. O narcisismo parental, especialmente o da mulher, foi fortemente abalado. A negação, a projeção e a cisão foram as defesas mais utilizadas. As vivências depressivas, marcantes na posição depressiva,

sinalizaram uma maior integração egóica e uma diminuição dos mecanismos defensivos. Os maridos apresentaram reações emocionais, expectativas e sentimentos diferentes das vivências femininas. O vínculo estabelecido com o feto foi bruscamente interrompido e fortes sentimentos de ambivalência foram encontrados. Os casais assumiram uma posição de dependência em relação a todos os profissionais da equipe. Uma atitude de respeito às crenças e aos valores dos pacientes favoreceu-os no processo reflexivo e na expressão dos sentimentos. A decisão dos casais em relação à interrupção da gravidez desencadeou um conflito moral respeitado pela equipe. As crenças e os valores de cada casal, bem como a avaliação pessoal da gravidade do problema foram mais determinantes para a decisão acerca do futuro da gravidez do que o tempo gestacional e o vínculo até então estabelecido com o feto. Sugestões foram oferecidas aos profissionais envolvidos no atendimento em Medicina fetal.



## *SUMMARY*

---

---

ROVIGATTI, E.V. (1999) Gestation of Malformed Fetuses: A Psychological Study on Couples. Department of Postgraduate Clinical Psychology of the Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas-SP. (Mastership Dissertation)

The present study reports the emotional experiences of 4 couples after being informed of severe anomalies impairing their unborn fetuses. This study aimed at: 1) investigating the emotional reactions, that is, fantasies, anguishes, and defenses triggered in these couples after the disclosure of the unfavorable diagnosis; 2) analyze the bonds established with the fetuses, medical team and psychologist, as well as the bonds between both partners of each couple; 3) understand the parents' desires related to the future and development of their pregnancies, and also describe the psychologist's perceptions of the analyzed cases. The analysis was accomplished through the clinical method, by using a technique of free, non-directive interviews. The Theory of Objective Relationships developed by Melanie Klein was adopted to interpret the contents, which was complemented with information provided by other psychological studies on gestations of malformed fetuses. The framework was adjusted to the institutional conditions where prenatal diagnosis was performed. Results reveal how difficult it is for couples to understand the medical information provided to them at the time when diagnosis is concluded.

In this moment, anguish and blame were typical of the schyzo-paranoid position. The parents' and especially the women's narcissism was deeply affected. Denial, projection, and splitting were common defenses. Characteristic experiences of the depressive position signalized for a greater integration of the ego and for a decrease in defensive mechanisms. Emotional reactions, expectations, and feelings presented by the husbands were different than those presented by the wives. The bonds established with the fetuses were suddenly broken and strong, ambivalent feeling were found. The couples adopted a dependency-oriented position in relation to all professionals in the team. An attitude of respect to the couple's feelings and values favored them in the process of consideration and expression of feelings. Their decisions regarding abortion triggered a moral dilemma that was respected by the medical team. Beliefs and values of each couple, as well as their own personal evaluation of the malformation's severity were more determinant for the decision on the gestational future than gestational ages and bonds established with the fetuses. Suggestions were made to professionals enrolled in the assistance of Fetal Medicine.

## ÍNDICE

<b>APRESENTAÇÃO.....</b>	<b>1</b>
<b>1. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>4</b>
1.1 Definições e conceitos gerais sobre casal e gravidez.....	5
1.1.1 Casal e gravidez de fetos malformados.....	7
1.2 Algumas considerações teóricas sobre conceitos psicanalíticos.....	11
1.3 Medicina fetal : questões éticas e psicológicas.....	15
<b>2. OBJETIVOS.....</b>	<b>25</b>
<b>3. MÉTODO.....</b>	<b>27</b>
3.1 Campo de Pesquisa.....	28
3.2 Sujeitos.....	34
3.3 Instrumentos.....	37
3.3.1 Entrevista Psicológica.....	37
3.3.2 Gravador, fitas cassete e transcrições.....	38
3.4 Procedimento.....	38
3.5 Análise do Material.....	39
3.5.1 As 4 Categorias da Análise.....	41
<b>4. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</b>	<b>44</b>
<b>Análise Vertical</b>	
4.1 Casal 1: relato na íntegra da entrevista.....	45
4.1.1 Categoria A: Análise das falas do casal sobre a notícia do diagnóstico.....	52
4.1.2 Categoria B: Análise do vínculo conjugal, bem como do vínculo que o casal estabelece com o feto, a equipe médica e a psicóloga.....	57
4.1.3 Categoria C: Análise das falas do casal sobre o prognóstico.....	59
4.1.4 Categoria D: As vivências da psicóloga.....	61

4.2 Casal 2: relato na íntegra da entrevista.....	62
4.2.1 Categoria A: Análise das falas do casal sobre a notícia do diagnóstico.....	73
4.2.2 Categoria B: Análise do vínculo conjugal, bem como do vínculo que o casal estabelece com o feto, a equipe médica e a psicóloga.....	79
4.2.3 Categoria C: Análise das falas do casal sobre o prognóstico.....	81
4.2.4 Categoria D: As vivências da psicóloga.....	82
4.3 Casal 3: relato na íntegra da entrevista.....	84
4.3.1 Categoria A: Análise das falas do casal sobre a notícia do diagnóstico.....	90
4.3.2 Categoria B: Análise do vínculo conjugal, bem com do vínculo que o casal estabelece com o feto, a equipe médica e a psicóloga.....	95
4.3.3 Categoria C: Análise das falas do casal sobre o prognóstico.....	96
4.3.4 Categoria D: As vivências da psicóloga.....	99
4.4 Casal 4: relato na íntegra da entrevista.....	99
4.4.1 Categoria A: Análise das falas do casal sobre a notícia do diagnóstico.....	107
4.4.2 Categoria B: Análise do vínculo conjugal, bem como do vínculo que o casal estabelece com o feto, a equipe médica e a psicóloga.....	111
4.4.3 Categoria C: Análise das falas do casal sobre o prognóstico.....	113
4.4.4 Categoria D: As vivências da psicóloga.....	115
<b>Análise Horizontal</b>	
4.5 Categoria A: Categoria A: Análise das falas do casal sobre a notícia do diagnóstico.....	116
4.6 Categoria B: Análise do vínculo conjugal, bem como do vínculo que o casal estabelece com o feto, a equipe médica e a psicóloga.....	117
4.7 Categoria C: Análise das falas do casal sobre o prognóstico.....	118
4.8 Categoria D: As vivências da psicóloga.....	119



<b>5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>121</b>
<b>6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>124</b>
<b>7. ANEXOS.....</b>	<b>138</b>

*“O problema não é inventar. É ser inventado hora  
após hora e nunca ficar pronta nossa edição  
convicente”*

*Carlos Drummond de Andrade*

---

---

## APRESENTAÇÃO

---

---

A experiência como estagiária e posteriormente como aprimoranda do Curso de Pós-Graduação em Saúde reprodutiva da Mulher, da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas - F.C.M. - UNICAMP, motivou a elaboração deste Projeto. No início, o estágio direcionava-se apenas ao atendimento em ambulatórios de “pré-natal”. Foi somente durante o aprimoramento profissional nessa mesma instituição que comecei a deparar com diversos distúrbios que poderiam fazer parte da gravidez.

O atendimento em todos os ambulatórios acabou por oferecer uma experiência extraordinária. No entanto, acompanhar mulheres cujo feto apresentava malformações ou atendê-las enquanto o filho estava na UTI neonatal despertou um interesse por compreender quais fenômenos psíquicos seriam vivenciados no momento em que uma notícia abalasse todos os planos e perspectivas para o futuro reprodutivo do casal. A festa e a alegria da gravidez não mais existiam, sobrava apenas o medo, a morte e a frustração.

Atualmente acompanhando a mesma população-alvo da época da F.C.M., porém no Instituto de Medicina Fetal e Genética Humana de São Paulo (SP), foi possível estudar os mesmos conflitos porém com uma grande diferença: a possibilidade de ouvir o casal. Homens e mulheres, pais e mães sofrem e vivenciam intensa angústia ao se deparar com o colapso do projeto comum de ter um filho perfeito e sadio.

O número reduzido de trabalhos nacionais de psicologia acerca da temática “aborto por malformações”, assim como a criação recente de programas de Medicina Fetal levou a um aumento da necessidade de ampliar e propagar novos conhecimentos aos especialistas de Psicologia envolvidos nessa área. Hoje em dia, caso se deseje obter informações a respeito do quadro emocional das pacientes passando por gestações complicadas, haverá a necessidade de buscá-las na literatura estrangeira, cujos principais autores provêm do universo médico. As publicações estrangeiras geralmente são

produzidas em países onde os programas de Medicina Fetal, assim como o aborto de gestações críticas, já estão consolidados na rede pública de saúde. Uma vez que o quadro afetivo é *lato sensu* influenciado pelo contexto social, econômico e cultural, diversas questões são levantadas quando direcionamos o olhar a uma realidade tão distinta como a do nosso país.

Este projeto de Dissertação de Mestrado tem como principal objetivo realizar um estudo a respeito das experiências emocionais – fantasias, angústias e defesas em casais que vivenciam, durante a gravidez, a descoberta de malformações no bebê esperado. Isto é relevante nessa circunstância; sabe-se como o nível de ansiedade encontrado nos pacientes é elevado, tanto pelo impacto do diagnóstico das anomalias fetais, como pela necessidade de se decidir à manter ou não a gravidez.

Além disso, pretende-se oferecer uma diretiva terapêutica e informações úteis aos profissionais da equipe multidisciplinar de assistência aos sujeitos pesquisados.

Assim, o presente Projeto decorre da prática clínica e é por ela orientado. Como todo trabalho psicológico pode ser em geral encarado como uma experiência ou ensaio no campo da pesquisa, esta dissertação constitui a oportunidade de conciliar a prática clínica e a experiência da pesquisa, consistindo em um co-produto do processo clínico espontâneo.

Optou-se por um método de pesquisa qualitativo, assim como por suas formas específicas de coleta e análise do material. Os resultados obtidos serão compreendidos de acordo com um enfoque clínico psicodinâmico.

Demasiada atenção tem sido dispensada aos estudos biológicos da reprodução. Com frequência, os fatos da vida estão mudando mais rapidamente do que o poder de nossa capacidade inconsciente de acompanhá-los. Caberá aqui uma tentativa de contribuir para equilibrar o processo.



# 1. INTRODUÇÃO

---

---

## 1.1 Definições e conceitos gerais sobre casal e gravidez

*“O próprio sentido de cada um não é poder reencontrar-se numa possibilidade de criação, com os seus dissabores, lutas e desilusões? E, em toda criação, mesmo a mais bem sucedida, em toda superação, mesmo a mais afortunada, não existe sempre uma parte de si mesmo que se sente contida num espelho, eternamente em busca de uma felicidade sempre fugidia? E o que são, exatamente, a felicidade, o amor e a maternidade? O ser humano constitui-se através dessas questões e do seu suporte de esperanças e desesperos.”*

*Maud Mannoni, 1983*

Especial atenção vem sendo direcionada às mudanças físicas e, principalmente, emocionais advindas com o ciclo gravídico-puerperal. Sabe-se com detalhes sobre diversas alterações vividas em cada trimestre da gravidez e o quanto à adaptação a chegada de um filho proporciona alterações na estrutura conjugal, familiar, social e profissional dos pais.

A gravidez pode ser considerada uma das três crises normativas do ciclo de vida da mulher, as quais possuem determinação biológica. Esses “períodos críticos” caracterizam-se pela existência de um ligeiro desequilíbrio. Crise, do latim crise, deriva do grego Krisis e significa ponto de desvio, de transformação. Por sua vez derivada da raiz Krinein, pode significar: separar, decidir - The American Heritage Illustrated Dictionary of the English Language.

A gravidez, como fase de transição, oferece tanto a possibilidade de “atingir novos níveis de integração, amadurecimento e expansão da personalidade” como a de “atuar uma solução patológica que predominará na relação com a criança” (Maldonado, 1997).

As mudanças históricas no contexto social, econômico e cultural parecem fornecer uma explicação plausível para a participação cada vez maior dos homens na gravidez da mulher. O pai, acompanhando as mudanças físicas e emocionais de sua esposa, poderá tranquilizá-la emocionalmente ao aceitar e tolerar seus temores regressivos. O estímulo mútuo na relação do casal fortalece o vínculo conjugal e com isso reforça a ligação com o feto e reduz as manifestações somáticas e possíveis complicações no parto (Coslovsky e Geller, 1996).

No entanto, existe uma estrutura conjugal já estabelecida quando da idéia e do projeto da gravidez. Pela definição, o termo “casal” designa uma estrutura vincular entre duas pessoas de sexos diferentes isto é, uma relação intersubjetiva estável dois egos, que vincula o mundo intra-subjetivo de cada um.

A definição sugere a idéia de uma relação estável associada à idéia do termo “vínculo”. Na língua portuguesa a palavra vínculo significa: tudo que ata, liga ou aperta (Aurélio Buarque de Hollanda, 1988). Toda relação matrimonial parece estar associada à fantasia de ser estável no tempo e no espaço (Puget e Berenstein, 1993).

O casal, e o tipo de vínculo estabelecido, apresenta alguns parâmetros que permitem defini-los com alto grau de especificidade. Do ponto de vista sócio-biológico e tradicional o casal é considerado a origem da família; porém, no âmbito da Psicanálise, o casal se desprende da origem familiar e considera seus próprios desejos de perpetuar-se no tempo.

Quatro parâmetros designam tanto o enquadramento do “casal” como algumas especificações dessa relação diádica (Puget e Berenstein, 1993). São eles:

1. Cotidianidade: refere-se ao caráter estável baseado em uma unidade com delimitação temporal e espacial, caracterizada por intercâmbios diários. Propõe aos egos lugares mentais de certa forma fixos. A cotidianidade é uma organizadora dos ritmos de encontros e não encontros do casal, suscetíveis de se transformarem em desencontros.

2. Projeto Vital Compartilhado: é a ação de unir, e no casal, de reunir representações de realização e conquista situadas em dimensão de tempo futuro. O modelo paradigmático de futuro para um casal, passa pela criação de filhos, reais ou simbólicos. O casal requer enquadramento e certa estabilidade para poder suportar a concretização do projeto, a crise e a renovação, ou uma eventual reformulação. Esse processo permite delimitar um certo tipo de crise específica do casal, no momento em que cumpriram e perderam aquele projeto, e não podem formular outro.

3. Relações Sexuais: os casais se inter-relacionam através dos órgãos genitais. Nessa inter-relação, cria-se um vínculo manifestado por diferentes graus de contato corporal, evidenciado pelos carinhos e afagos. O limite do corpo parece capaz de ser ampliado ou prolongado. Fica assim estabelecido um “corpo vincular”. Ao se refletir sobre a interferência da gravidez no vínculo do casal, é importante mencionar a incorporação desse estado em apenas um dos corpos da díade. Portanto, cada cônjuge apresentará uma representação mental e vincular diferente no período da gestação.

4. Tendência Monogâmica: determina a ligação matrimonial com um só cônjuge. Esta peculiaridade deve ser entendida como definidora de uma marca simbólica ou preferencial. Em uma compreensão psicanalítica, a tendência monogâmica tem por base metapsicológica a ilusão egóica da existência do objeto único, exigindo deste objeto privilegiado um lugar permanente de doador.

Apesar de apresentar parâmetros definidores, todo casal sistematiza um conjunto de regras com as quais estrutura uma linguagem própria na maneira toda especial de conhecimento e compreensão mútuos desde o momento da escolha.

A aliança matrimonial é uma das situações em que há a presença real e concreta do outro como modelo, objeto, auxiliar ou oponente. O par heterossexual é constituído por duas pessoas adultas que vivem de modo mais ou menos permanente e tentam compartilhar a maior parte da vida um do



outro. As fantasias inconscientes de ambos se interpõem, criando um modo de relação específico de cada casal (Losso, 1987).

### **1.1.1 Casal e gravidez de fetos malformados**

O projeto compartilhado de ter um filho compreende diversas alterações conscientes e inconscientes na díade. A presença de um filho sela definitivamente a idéia de “casal” e torna-a inquestionável. A representação “casal” possui uma relação consolidada ante ao produto-filho.

A concepção é o início de uma história fantástica. Assim que a mulher descobre a gravidez, não só o seu espaço uterino passa a ser habitado por um novo ser, como também o seu espaço psíquico passa a ser invadido por imagens inconscientes. Existem dois corpos: um dentro do outro. Duas pessoas vivem sob uma mesma pele—uma estranha união. Mesmo antes da concepção, a criança é delineada na realidade psíquica da futura mãe envolvida em ilusão (Raphael-Leff, 1997).

A realização de estudos pré-natais desencadeou uma situação nova e muito específica, inserida em um período de grandes mudanças. Pesquisas tem revelado uma alteração significativa no comportamento das mães quando estas possuem alto risco gestacional.

Freqüentemente elas não manifestam toda a angústia em um primeiro contato. Pelo contrário, ocultam-na valendo-se de mecanismos defensivos e dirigem as preocupações para aspectos externos: consultas, exames, ultra-som, etc. Inicialmente prioriza-se a autopreocupação; posteriormente, o foco das atenções femininas recai sobre o filho por nascer. Este permanece em uma visão idealizada, sem haver manifestação da hostilidade materna (Defey, 1994).

A notícia de um problema grave na gestação, principalmente com o tão esperado produto-filho, é fonte de angústias específicas que surgem no casal. As frustrações de todos os desejos, devaneios e fantasias e, sobretudo, a impossibilidade de aplicar a capacidade maternal, produzem uma dor

intolerável. A situação pode ser descrita como a de uma profunda ferida narcísica, de difícil e lenta recuperação (Soifer, 1980).

Quando ocorre o abortamento espontâneo ou provocado, fica expresso um conflito matrimonial, com a interioridade feminina danificada e, de certo modo, equiparada a um lugar onde não podem morar os bebês, um corpo impossível de compartilhar a vida. Nesse momento, é difícil para o casal distinguir a qual dos cônjuges—senão a ambos—recairia mais severamente o encargo do filho projeto perdido. Geralmente, a mulher sofre mais pela perda. Ao homem, coube delegar a capacidade de procriação à esposa (Puget e Berenstein, 1993).

Alguns casais conseguem apelar para um sentimento de resignação e aceitação da realidade. Outros, porém, muito mais angustiados, apelam para mecanismos dissociativos a fim de enfrentar a dor. Entre esses mecanismos, pode surgir a projeção no outro pela culpa pela malformação. Quando intensa, a projeção interfere no vínculo do casal podendo gerar conflitos em sua própria dinâmica (Soifer, 1980).

Nesses casos, a dor e o sofrimento, então parte da nova realidade, despojam o casal da esperança e da ilusão de um filho bom, ideal e reparador. No que diz respeito à representação corporal dos cônjuges, o problema da dor é definido como resultado de uma sobrecarga de estímulos que partem do corpo para a mente ou são gerados na própria mente. No caso da gravidez, a intensidade da dor depende estritamente da corporalidade de um daqueles que forma o vínculo e, nesses termos, o outro apenas poderia acompanhá-lo provendo amparo ou sustentação. “Um ego sem dor acompanha a dor do outro” (Puget e Berenstein, 1993).

O diagnóstico que comprova problemas com o feto geralmente surge de forma inesperada e desencadeia uma miríade de reações emocionais. O fato de conviver com o risco permanente de vida do feto muda totalmente as expectativas do casal. Quando a morte ou a destruição interrompe uma trajetória de gravidez estabelecida do ponto de vista emocional, o trauma

sofrido pela psique pode ser tão severo quanto o sofrido pelo físico. A psique também necessitará de uma adaptação importante (Raphael-Leff, 1997).

O impacto desse diagnóstico produz uma situação de intensa ansiedade e angústia que pode promover a mobilização de recursos internos e externos para um melhor desfecho. Por outro lado, pode provocar um nível tão elevado de tensão que levará a uma ruptura e desorganização da personalidade. Assim, todos os profissionais envolvidos no atendimento de pacientes nessa situação poderão favorecê-los proporcionando maior segurança (Coslovsky e Geller, 1996).

Do ponto de vista psicológico, a questão central apresentada a essas gestantes é a perda da gravidez perfeita, do “bebê fantasioso”, maravilhoso, dotado de todos os poderes e de todas as qualidades. Essa gravidez perfeita e esse bebê maravilhoso não mais existem e isso pode produzir um forte impacto na relação afetiva entre a mãe e o “bebê” (Debray, 1988).

As imperfeições da criança anômala abalam o narcisismo dos pais ao sentirem que falharam, apesar dos esforços para gerar uma criança com boas qualidades. A rejeição subsequente produz quase sempre um sentimento de culpa nos casais, gerando conflito decorrente da dificuldade para continuar se relacionando com o feto e posteriormente com a criança (Blumberg, 1984).

Defey (1994) define algumas fases da elaboração psíquica do diagnóstico do filho, caracterizada por diversas reações emocionais. Acredita-se que essa elaboração seja extremamente necessária para o casal conseguir compreender a doença do filho, avaliar riscos e decidir da maneira mais consciente possível. A perda da gravidez perfeita e do bebê sonhado, caracteriza um *micro-duelo*.

A primeira etapa desse *micro-duelo* é marcada pela conscientização do diagnóstico, após o choque. Neste momento o contato com a realidade é extremamente difícil.

A negação é característica marcante da segunda fase. Enfrentar a realidade é tão difícil a ponto de o ego fazer uso de defesas por não tolerar a perda do ideal. É comum os casais apresentarem hostilidade contra os profissionais da equipe.

A terceira etapa está relacionada com a presença de um quadro com traços depressivos, e pode ser considerada o início do processo de aceitação. Desse momento em diante, a reorganização passa a ser uma hipótese plausível.

Quando o feto é afetado por malformações ou síndromes genéticas debilitantes fica suscetível a um risco de vida muito alto. São nessas situações que a gestante passa pelas três fases do *micro-duelo*. A ansiedade e o temor são passíveis de se intensificarem. Isso, somado ao futuro incerto, traz à tona o ceticismo. Assim, o processo de elaboração do diagnóstico é, às vezes, prejudicado pela criação de um *duelo antecipado*. Frequentemente, a mãe desiste de seguir o tratamento por achar que tudo está perdido, comportamento definido por Defey (1994) como um “abandono prematuro do filho”.

No entanto, quais seriam as reações emocionais, as necessidades e os desejos mais comuns desencadeados com a notícia do diagnóstico de malformação nos pacientes inseridos no contexto sócio-cultural do nosso país? E especificamente, como se dão as configurações vinculares nesta situação? Para mais bem estudar essas questões, pensamos em delinear as bases teóricas da análise por ser realizada.

## **1.2 Algumas considerações teóricas sobre conceitos psicanalíticos**

*“A criança maravilhosa é uma representação inconsciente primordial, na qual se entrelaçam, mais densos do que em qualquer outra, os anseios, nostalgias e esperanças de cada um.*

*Existe para cada um, sempre, uma criança a matar, um luto a cumprir e a refazer continuamente, de uma representação de plenitude, de gozo imóvel, uma luz que se ofusca para que ela possa brilhar e extinguir-se sobre o fundo da noite.”*

*Serge Leclair, 1977.*

São muitos os conceitos que norteiam a teoria proposta por Melanie Klein. Entretanto, destacamos aqueles julgados essenciais na discussão e compreensão deste estudo.

A teoria kleiniana integra a “escola das relações objetais”, isto é, considera essencialmente uma versão internalizada de um objeto externo a quem o ego (self) se adaptou. Os “objetos” de Freud eram ao mesmo tempo alvos e facilitadores da descarga instintivos do mundo do bebê, como que “espelhando” os objetos externos (Weininger, 1996).

Pichon-Rivière (1995) estabeleceu uma diferenciação importante entre vínculo e relações de objeto. O primeiro refere-se a uma estrutura mais concreta, enquanto o segundo é a estrutura interna do vínculo. Um vínculo é, então, um tipo particular de relação de objeto; a relação de objeto é constituída por uma estrutura que funciona de uma determinada maneira. É uma estrutura dinâmica em contínuo movimento, que funciona ativada ou movida por fatores instintivos, ou seja, por motivações psicológicas. O vínculo inclui a conduta. É uma relação particular com o objeto e apresenta um padrão mais ou menos fixo com o mesmo. Temos dois campos psicológicos no vínculo: um interno e outro externo. O mais interessante do ponto de vista psicosocial é o vínculo externo, enquanto do ponto de vista da psicanálise o que mais interessa é o vínculo interno, isto é, a forma de se relacionar com a imagem de um objeto colocado dentro do sujeito.

A teoria das relações objetais trata de relacionamentos, principalmente os internalizados. Esses relacionamentos são esquemas psíquicos da correlação entre as representações mentais de si e dos outros. Eles derivam das experiências iniciais pré-verbais e constituem o alicerce para experiências futuras, pois modelam a qualidade e o teor dos intercâmbios sociais posteriormente (Kibel, 1996).

Na década de 20, as observações realizadas no atendimento a crianças permitiram adicionar novas descobertas ao conhecimento científico. Através da técnica lúdica (play technique) Melanie Klein notou que as crianças representavam simbolicamente seus conflitos e ansiedades. A autora elaborou

hipóteses relacionadas a observações de bebês e crianças, dando importância fundamental à agressividade desde os estágios mais iniciais do desenvolvimento (Weininger, 1996).

A teoria vê o conflito psíquico em função das vicissitudes do amor e do ódio. A introjeção e a projeção são processos primários que determinam o curso do crescimento do ego e as operações defensivas (Kibel, 1996).

O desenvolvimento do ego e a relação com a realidade dependem da capacidade deste tolerar a pressão das situações de angústias em um período muito precoce (Barranger, 1981).

Os conceitos Kleinianos versam a respeito de elementos muito primitivos da mente humana. Em grande parte, a teoria kleiniana é teoria clínica, ou seja, as teorias que os pacientes têm a respeito de suas próprias mentes constituem a base das análises kleinianas da mente (Hinshelwood, 1992).

As contribuições de Melanie Klein para a teoria e a técnica psicanalítica podem ser claramente dividida em 3 fases distintas, conforme Segal (1975) sugeriu.

A primeira fase tem início com seu artigo "Sobre o Desenvolvimento da Criança" e culmina com a publicação de "Psicanálise da Criança", em 1932. Nesta fase delinearam-se os fundamentos da análise de crianças e delineou-se o conceito de complexo de Édipo e superego.

A segunda fase conduziu à formulação do conceito da posição depressiva e dos mecanismos de defesa maníaca, descritos principalmente nos artigos "Uma Contribuição à Psicogênese dos Estados Maníaco-Depressivos" (1934) e "O Luto e a sua Relação com os Estados Maníaco-Depressivos" (1940).

A terceira fase tratou dos estudos relacionados aos estados mais primitivos, conceituados por ela como posição esquizo-paranóide e formulados em "Notas sobre alguns mecanismos esquizóides" (1946) e "Inveja e Gratidão" (1957).

A obra de Klein se desenvolveu a partir da teoria clássica freudiana, mas começou a diferenciar-se dela em alguns pontos até concretizar posteriormente suas próprias formulações.

Procuramos definir neste tópico alguns conceitos fundamentais para compreensão das contribuições da teoria de Klein, importante referencial para o nosso estudo.

Para a autora, as fantasias inconscientes são inerentes a todo processo e atividade mental, constituindo uma função do ego. Uma fantasia representa o conteúdo particular dos impulsos ou sentimentos (desejos, medos, ansiedades, amor ou mágoa) que dominam a mente no momento. As fantasias não tem origem no conhecimentos articulado do mundo externo; sua fonte é interna, nos impulsos instintivos (Isaacs, 1942).

A concepção da fantasia como expressão mental dos instintos por meio do ego pressupõe um grau de organização mental muito maior do que aquele geralmente postulado por Freud. O início da vida pós-natal marca as relações objetais primitivas. O bebê vivencia ansiedades provenientes de fontes externas e internas; nesse sentido, o nascimento representa a primeira fonte externa de ansiedade (Segal, 1975).

De acordo com Freud, essa experiência fornece o padrão para todas as situações de ansiedades posteriores e está fadada a influenciar as primeiras relações do bebê com o mundo externo. As experiências recorrentes de gratificação e frustração são poderosos estímulos para os impulsos libidinais e destrutivos, para o amor e o ódio (Klein, 1952). As experiências da realidade influenciam imediatamente a fantasia inconsciente e são por esta influenciadas. A fantasia não é simplesmente uma fuga da realidade, mas um constante e inevitável acompanhamento de experiências reais, com as quais está em constante interação. A fantasia ajuda a definir a realidade externa (Segal, 1975).

O conceito de posições oferece um caráter dinâmico que a expressão "estágio" pode omitir. São fases que refletem as maneiras fundamentais de ver o mundo. Desde o nascimento existe um ego capaz de experimentar ansiedade, usar mecanismos de defesa e formar relações de objeto primitivas na fantasia e na realidade.

A guerra entre amor e ódio começa ao nascimento, acompanhada pela experiência da dor, do medo e da raiva. A mãe participa desse processo com a

formação de uma aliança com o bebê. Essa aliança mantém a ilusão de uma mãe boa, capaz de eliminar todos os desprazeres. Porém, essa situação ideal não existe. À medida que começam a dar-se conta da separação da cuidadora, padecem de privação e sentimentos desagradáveis motivados pelas suas próprias tendências destrutivas.

O mecanismo de cisão é a defesa mais utilizada nesse momento. As representações objetais internalizadas são separadas em objetos amados e odiados. Esse processo produz ansiedades paranóides, isto é, temores de ataque externo. Neste momento as relações objetais são parciais. Essa divisão produz idealização e onipotência por um lado, e desvalorização e sentimentos de perseguição por outro (Segal, 1986).

Outro mecanismo defensivo dessa fase é a negação. A existência de um objeto mau e da situação de dor é negada, aniquilando o impulso destrutivo (Klein, 1957).

As projeções e introjeções são mecanismos fundamentais da vida mental. Referem-se a fatos tais como idéias, impressões e influências que penetram e se tornam partes integrantes do eu. Podem se referir ainda aos aspectos ou elementos do eu que não são freqüentemente reconhecidos como próprios e acabam sendo atribuídos a alguma pessoa ou grupo de pessoas do mundo externo (Isaacs, 1942).

Quando os aspectos odiados e amados da mãe não são tão separados, o resultado é uma intensificação do medo da perda e dos estados de luto, bem como um forte sentimento de culpa. Os impulsos agressivos são dirigidos contra o objeto amado. Isso corresponde a uma resposta mais realista aos sentimentos de perda e culpa. A posição depressiva já é característica dos bebês durante a segunda metade do primeiro ano (Klein, 1946).

O sentimento de culpa é uma complicação resultante do sentimento de ambivalência pelo fato de se odiar um objeto amado, o que provoca a dor e o medo a respeito das próprias fantasias destrutivas (Pichon-Rivière, 1995).

Se o desenvolvimento durante a posição esquizo-paranóide não progredir normalmente, o bebê não pode fazer face ao impacto das ansiedades



depressivas por motivos internos ou externos, criando-se assim um círculo vicioso. Pois, se o medo persecutório e os correspondentes mecanismos esquizóides são muito fortes, o ego não é capaz de elaborar a posição depressiva.

Nessa posição, há uma consciência crescente da ambivalência, uma diminuição da intensidade da projeção e uma crescente diferenciação entre o eu e o objeto. O pensamento onipotente, característico da fase anterior, gradualmente é substituído por um pensamento mais realista. A passagem da posição esquizo-paranóide para a depressiva e o processo de luto constituem fases universais no desenvolvimento humano. Para a teoria kleiniana, a reparação e o luto é o que a fase edipiana foi para a teoria freudiana. As vivências características dessas fases afetam todo o comportamento interpessoal (Segal, 1986).

Uma vez que objeto (feto) idealizado não existe mais após a descoberta das malformações fetais, quais seriam as fantasias e as angústias dos casais ao receberem a notícia da malformação e como se efetuariam os mecanismos defensivos de acordo com o vínculo estabelecido?

### **1.3 Medicina fetal: questões éticas e psicológicas**

A Medicina Fetal é a aplicação do conhecimento médico-científico à vida pré-natal em interação com o ambiente intra-uterino, proporcionado pela mãe. Escorada por sólidos conhecimentos das mais diferentes áreas, a Medicina Fetal é precisa na oferta de propedêuticas e eficaz na conclusão de diagnósticos. Para tanto, utiliza-se de tecnologia intensiva, profissionais rigidamente treinados e organização técnica e administrativa arrojadas (Cha e Zugaib, 1997). Essa especialidade objetiva conhecer, detectar e tratar todas as patologias de expressão intra-uterina. Para isso, utilizam-se três pilares: a Genética, a Ultrasonografia e a Anatomia.

A Medicina fetal esboçou-se nos anos 60, quando os primeiros diagnósticos pré-natais para doenças cromossômicas foram realizados. A partir de então, com o aperfeiçoamento das técnicas de visualização ultra-sonográficas e concomitantes avanços no conhecimento acerca da biologia da gestação e do desenvolvimento intra-uterino, a Medicina Fetal passou a despontar como especialidade individualizada no universo da Medicina. Assim sendo, um de seus pilares, a Genética, fornece as ferramentas necessárias para conhecer a prevalência de síndromes cromossômicas, o risco de recorrência de enfermidades hereditárias (ou de ocorrência, no caso de o histórico clínico conter antecedentes familiares, mas nenhum filho afetado), o status genético do feto sob risco de herança para um gene defectivo, a existência dos mais variados erros envolvendo a segregação dos cromossomos, bem como a morfologia destes e vários outros distúrbios capazes de comprometer a saúde fetal. Além disso, é o exame clínico do geneticista, quando nasce um feto malformado, o meio para se atingir o diagnóstico definitivo na maior parte dos casos (Gollop, 1996). Outro pilar da Medicina Fetal, a ultra-sonografia, permite a visualização do feto graças às propriedades eletromagnéticas do som. O ultra-som proporciona não só a visualização da anatomia fetal, mas também da morfologia. Com precisão satisfatória, é possível estimar o volume de órgãos fetais, inferir a fisiologia destes, calcular medidas antropométricas e verificar o fluxo sanguíneo pelos principais vasos (Okuno, 1982). Nos últimos anos, esforços tem sido despendidos para aumentar o poder do ultra-som na detecção cada vez mais precoce de variados distúrbios fetais (Hyett *et al.*, 1999). A Anatomia, o terceiro pilar citado, é o único meio de diagnosticar a causa de perdas fetais (abortos tardios) ou de perdas neonatais, bem como de confirmar os achados proporcionados pela ultra-sonografia. Nos abortos precoces, a integridade anátomo-morfológica do feto pode não ser mantida intacta após a expulsão. Na cultura médica brasileira, é comum proceder-se rapidamente aos serviços funerários após a perda de um feto ou recém-nascido, denunciando um resquício arcaico do princípio de inviolabilidade do corpo. Sem o estudo

fornecido pela Anatomia, não é possível conhecer a etiologia da perda e freqüentemente, o problema se repete em gestações posteriores (Gollop, 1996).

O aconselhamento genético é um serviço de assessoria inerente à prática da Medicina Fetal. Mulheres com idade superior a 35 anos, casais com histórico familiar de doenças genéticas ou de filhos anteriores com algum tipo de anomalia atribuída aos genes, casais com repetidas perdas gestacionais, por exemplo, podem recorrer a uma consulta de aconselhamento genético, na qual se levantarão ou se excluirão os riscos genéticos associados à concepção. Esse tipo de assessoria compõe o planejamento para a gestação de indivíduos de risco, embora não haja como prevenir a ocorrência de um produto conceptual anômalo na maioria dos casos. Para prevenir a concepção de um filho com certas doenças genéticas, é possível recorrer aos sofisticados—e custosos—métodos de fertilização in vitro, criopreservação (preservação sob baixíssimas temperaturas) embrionária e diagnóstico pré-implantacional (diagnóstico do embrião originário da fertilização in vitro, antes de transferi-lo para o útero). Para a maioria das doenças genéticas e para as doenças cromossômicas, não há prevenção possível antes da concepção. A alternativa é a análise do feto. Quando se busca o aconselhamento genético após a concepção, não mais se trata de um planejamento para a gestação, mas sim para o futuro reprodutivo, pois se saberá a probabilidade de um fenômeno ter ocorrido. Muitas vezes, optar-se-á por recorrer aos métodos de diagnóstico do concepto e, em casos de suspeitas confirmadas, à interrupção do curso gestacional. Por outro lado, o aconselhamento genético e a avaliação diagnóstica podem ser apenas um produto comum da ansiedade materna em querer saber o quanto antes sobre o estado de saúde fetal. Uma parcela dos casais que opta pelo diagnóstico pré-natal não procura com seus atos intervir na gestação.

Muitos pacientes atendidos em Medicina Fetal não apresentam nenhum risco genético conhecido. Esses indivíduos são encaminhados para a assistência especializada por ter o ultra-som de rotina detectado alguma anomalia fetal. Nas dependências da instituição de referência, a anatomia e a morfologia fetal são esmiuçadas por meio da ultra-sonografia para a obtenção de um

diagnóstico detalhado. Levantam-se as possíveis causas da doença e oferecem-se os exames apropriados, sejam eles conduzidos junto ao feto, ou à mãe.

As vivências emocionais do casal em relação aos procedimentos são muitas. Para o homem, o exame pode fortalecer a percepção real do feto, na medida que fornece dados objetivos ao tocar o feto e recolher material deste, saindo do imaginário. Para mulher, os exames podem contrariamente representar uma intrusão que abala sua tentativa maior de proteger o bebê. Todo seu corpo e psiquismo estão voltados para a proteção do feto, e ela vive esse gesto quase como uma agressão, mesmo tendo consentido com sua realização e compreendendo os motivos para tal (Szejer e Stewart, 1997).

A realização de testes invasivos e da própria ultra-sonografia sugere uma interferência no vínculo materno-fetal (Caccia *et al.*, 1991; Mikhail *et al.*, 1991; Heidrich & Cranley, 1989; Fletcher & Evans, 1983). Ao exibir uma imagem “real” do feto, a ultra-sonografia parece interferir no tipo e na qualidade do vínculo que a grávida e seu companheiro estabelecem com seu bebê (Mikhail *et al.*, 1991).

Reações de ansiedade e medo constituem um fator estressante que pode estar associado tanto à realização dos exames, como à obtenção dos próprios resultados (Wilson-Barnett, 1992). Quem estará sendo alvo das investigações é o feto, porém indiretamente a mãe poderá estar realizando a sua avaliação enquanto progenitora. É também o “eu parental” que se transforma em objeto de estudo (Quayle, 1989). Assim, o processo do DPN tende a ser angustiante para a maioria dos casais, conduzindo ao confronto precoce de receios e fantasias terroríficas (Quayle, 1991; Silvester & Fresco, 1980).

O momento em que é realizado o DPN também deve ser atentamente observado pelos profissionais que trabalham com essa população, como sugerem os resultados de alguns estudos (Kornman *et al.*, 1997). No entanto, a obtenção de um DPN isolado não significa muito, já que a primeira questão do casal é: “Que doença tem nossa criança”? E imediatamente depois: “Tem cura?” No caso da descoberta de uma anomalia fetal, entra em discussão o prognóstico fetal e, a partir deste momento, outros profissionais de áreas distintas são

geralmente consultados para se estabelecer uma conduta terapêutica (Bunduki, 1997).

Ao desviar o foco de atenção da gestante para o feto, diagnosticá-lo em um estágio pré-natal, e concluir sobre características impalpáveis, a Medicina Fetal não deve deixar de incluir a participação do casal, do médico obstétrico e, às vezes, quando necessário até da família nas possíveis discussões e decisões quanto a resultados finais de seus estudos.

Ao mesmo tempo que possibilita o diagnóstico de diversas anomalias fetais (hereditárias ou adquiridas), essa vertente altamente especializada da medicina provoca uma situação inusitada às mulheres que engravidam e lança inúmeras questões de âmbito filosófico, social, ético e moral.

A atuação do psicólogo no processo de DPN tem se mostrado extremamente benéfica uma vez que pesquisas já comprovaram uma distorção nas expectativas da mulher, do casal e do profissional. Enquanto os pais estão preocupados em se certificar que tudo está bem com seu bebê, os profissionais se empenham na detecção mais precisa das anomalias (Green, 1990). Na maioria dos casos submetidos ao DPN, as mulheres apresentam dificuldades para compreender os resultados dos testes e o diagnóstico propriamente dito (Heikkilä *et al.*, 1997).

No Brasil, as principais universidades que trabalham com Medicina fetal já possuem o psicólogo inserido na equipe de atendimento, porém cada instituição segue um modelo de assistência de acordo com a rotina e as características da instituição.

Estudos publicados confirmam que a resistência em receber um acompanhamento psicológico é grande, havendo uma diferença significativa na demanda dos pacientes por esse tipo de atendimento (Guerra, 1997). Em recente pesquisa com pacientes que receberam um DPN de malformação fetal incompatível com a vida em um período avançado da gravidez concluiu-se haver diferentes necessidades de assistência médica e psicológica por parte dos sujeitos. A busca por informações médicas a respeito do diagnóstico e prognóstico é muito maior logo após a notícia e depois do parto (Hunfeld *et al.*,

1997). Na amostra estudada por Hunfeld *et al.* (1997) apenas 11% das pacientes requisitaram acompanhamento psicológico após o DPN. Esse número se elevou para 24% até o 3º mês após o parto e para 34% no período de 3 meses a 4 anos após o parto. O alto número de desistência e recusa ocorreu por existir muito medo em experimentar emoções relacionadas ao sofrimento pela perda do filho ideal e das expectativas com relação a gravidez. Não queriam conversar sobre o assunto para evitar o sofrimento e esquecer logo o que aconteceu. Mesmo após o período de 4 anos não encontraram uma diminuição significativa na dificuldade das mulheres em lidar com a perda e na sensação de impotência e derrota nas mães.

Questões éticas são suscitadas por nos deparamos com uma realidade até pouco tempo inexistente: o diagnóstico e prognóstico fetal. Ao refletir neste momento sobre o tema pensamos estar adotando uma atitude ética, isto é, abrindo um campo para se pensar e encontrar soluções para os problemas e conflitos colocados pelos novos tempos, pelas recentes descobertas científicas e pelas novas possibilidades de atuação, tanto do ponto de vista médico como psicológico.

Primeiramente, é de fundamental importância estabelecer a diferença entre ética e moral. A lei moral, ou seus códigos, caracteriza-se por uma ou mais normas que usualmente têm a finalidade de ordenar um conjunto de direitos ou deveres do indivíduo e da sociedade. Para que sejam exeqüíveis, porém, torna-se necessário que uma autoridade (Deus, Juiz, Superego) as imponha, sendo que, em caso de desobediência, esta autoridade terá o direito de castigar o infrator (Cohen, 1994). A moral pressupõe três características: 1) seus valores não são questionados; 2) eles são impostos; 3) a desobediência às regras pressupõe um castigo (Cohen e Segre, 1994).

Na opinião de Cohen e Segre ainda há que se distinguir a eticidade da ética. O conceito de eticidade está na percepção dos conflitos da vida psíquica (emoção versus razão) e na condição que podemos adquirir para nos posicionarmos de forma coerente face a esses conflitos. Considera-se, portanto, que a ética está fundamentada em três pré-requisitos: 1) percepção dos conflitos

(consciência); 2) autonomia (condição de posicionar-se entre a emoção e a razão, sendo que essa escolha de posição é ativa e autônoma); e 3) coerência.

Uma vez que a preocupação em proteger e promover os interesses do paciente constitui um dos fundamentos da ética médica, espera-se que os 3 princípios básicos da mesma sejam respeitados: o da autonomia do paciente, o da não maleficência e o da beneficência para com o paciente. Promover mais benefícios do que malefícios à saúde do paciente: do ponto de vista clínico, psicológico e moral (Cha e Zugaib, 1997).

No entanto, em Medicina fetal o princípio da autonomia do paciente apresenta uma característica peculiar: o paciente encontra-se dentro do corpo de uma outra paciente, que tem seus direitos e que também devem ser respeitados. A partir desta constatação diversas discussões, tanto no âmbito da medicina, como na literatura teológica e filosófica foram traçadas. Apesar dos esforços, até hoje não existe um consenso sobre esta questão. Encontramos diversas leis e condutas à esse respeito nos mais diferentes países.

Uma vez que o diagnóstico pré-natal permitiu a identificação e cura de problemas fetais através de um tratamento intra-útero ou mesmo pós-natal, também possibilitou a descoberta de fetos portadores de aberrações cromossômicas, introduzindo um novo problema ético. Este não é um problema exclusivo do nosso país, uma vez que é a ultra-sonografia que efetua a maioria dos diagnósticos de anomalias anatômicas fetais, sendo que muito freqüentemente essas alterações são diagnosticadas em casais sem antecedentes de malformações congênitas, representando casais até então de baixo risco genético (Gollop, 1994). Isto significa que a capacidade de diagnosticar o problema nesta área de conhecimento é maior do que a possibilidade de intervir no fenômeno estudado.

Essa realidade coloca os pais em uma situação particularmente difícil e delicada: o que fazer (que decisão tomar) diante de um diagnóstico preciso, sem qualquer forma de tratamento disponível? Alguns casais que recebem o diagnóstico de malformações fetais consideram a interrupção da gravidez uma opção viável.

Do ponto de vista emocional diversos estudos internacionais e alguns nacionais foram publicados com relação às reações desencadeadas diante desta escolha. A decisão pelo abortamento por anomalia fetal traz inevitavelmente repercussões emocionais tanto no casal como na família, carregando muitos sentimentos de ambivalência e sofrimento (Blumberg, 1994; Dallaire, 1995, Rovigatti (c), 1998, Gollop, 1998).

É inegável que o abortamento caracteriza-se como o primeiro estágio no processo de separação e distanciamento de uma criança que frustrou o desejo de procriação. Se a tônica do processo não for a fuga da realidade e o confronto com outros problemas não for evitado, a interrupção da gravidez, sob supervisão de profissionais pode constituir-se em uma opção saudável, não devendo ser julgada dentro de valores éticos e morais de uma determinada cultura (Quayle, 1997).

A equipe de Medicina fetal deve procurar respeitar a postura e a decisão do casal. Propiciar ao casal um espaço para reflexão é sempre saudável do ponto de vista emocional. Cabe lembrar que não existe opção fácil para os pais e cada um deve ter a liberdade de optar por um caminho que pareça o menos doloroso, de acordo com seus valores (Silva, 1994; Quayle, 1997, Rovigatti (b), 1998).

No Brasil, a introdução das técnicas de diagnóstico pré-natal só ocorreu em 1979, e conseqüentemente, todo o debate em relação ao aborto por anomalia fetal. No entanto o código penal vigente com relação a esta questão data de 1940, defasagem de cinco décadas, quando estas questões não estavam em destaque.

O código atual não apresenta respostas às demandas já criadas com a evolução dos conhecimentos científicos. "A ética não está atrasada em relação à ciência e também não se opõe à lei; ela deve ser praticada dentro de um contexto no qual ela estabelece uma ponte entre a velocidade do desenvolvimento científico e a dificuldade em adequar as leis vigentes" (Gollop, 1994).



Uma atitude pioneira ocorreu na tentativa de levar ao judiciário problemas da prática diária. O primeiro alvará judicial para interrupção de uma gestação por anomalia fetal (anencefalia) ocorreu em 29 de abril de 1991, concedido pelo juiz de direito Dr. Jurandir Rodrigues Brito, de Rio Verde (MT). Entre agosto de 1996 a fevereiro de 1998 foram levantados 248 pedidos de alvarás nos estados brasileiros. Esses dados demonstram que o Judiciário de diversos estados do país apresenta sensibilidade à essas solicitações levando em consideração a decisão e a angústia dos consulentes. A partir da obtenção de um alvará o casal poderá realizar a interrupção da gestação dentro de suas condições sócio-econômicas, utilizando inclusive os serviços públicos de saúde, uma vez que tal procedimento passa a ser legalizado (Frigério e Gollop, 1998).

A requisição de alvarás tem sido realizada pelos grandes centros de atendimento médico do país nos últimos 10 anos. A possibilidade de realizar o abortamento por vias legais não evita o sofrimento emocional dos pais que vivem essa situação extremamente dramática, mas certamente proporciona alívio saber que direitos de cidadania serão assegurados e respeitados perante uma decisão baseada em seus próprios princípios morais e religiosos.

De uma maneira geral, os juizes avaliam no Fórum cada caso em particular e concedem os alvarás em média vinte dias após o pedido, desde que a patologia fetal seja incompatível com a vida. Mesmo tendo obtido o alvará judicial o paciente pode desistir do aborto a qualquer momento.

Quando realizada com base em critérios éticos, a interrupção pode ter o efeito benéfico de não comprometer o desejo e a evolução da vida procriativa do casal, poupando toda a família de um sofrimento desnecessário, sem sentido e sem perspectivas (Cha e Zugaib, 1997). Mas, e quanto aos casos de DPN de malformações graves em que a lei não oferece alternativa? Resta ainda muito o que discutir.

Em uma realidade onde há mais perguntas do que respostas, ainda é comum em nosso país que os médicos, principalmente ginecologistas e obstetras, não informem as suas pacientes sobre as possibilidades de DPN, pensando estar excluindo-se do confronto com essa problemática. Ainda assim,

10 a 20% das pacientes atendidas procuram o DPN por apresentar elevada ansiedade, sem se enquadrar em nenhuma indicação médica formal (Sjögren, 1996).

Enfim, concretiza-se um período extremamente delicado e complexo do ponto de vista psíquico que será a base fundamental deste estudo. Queremos não só descrever os desejos dos sujeitos pesquisados com relação ao futuro da gravidez comprometida, como compreender esta opção diante da realidade social e cultural do nosso país.

Existe um vasto número de publicações estrangeiras, principalmente de países europeus, com diversos temas relacionados a gestações de fetos malformados. A maioria desses estudos utiliza uma metodologia de pesquisa que determina preferencialmente a entrevista como instrumento principal. O tipo mais utilizado é a entrevista estruturada com a aplicação de escalas padronizadas de medida. Na sua maioria as sessões são realizadas somente com as mães. Os grupos de pesquisa nacionais e latino-americanos utilizam com maior freqüência o método clínico de análise dos dados.

Para o desenvolvimentos deste estudo, selecionamos uma técnica que permitisse compreender os conflitos emocionais e éticos por que passam os sujeitos dessa pesquisa, não nos preocupando com dados estatísticos. Acreditamos que a partir dos resultados, um campo possa ser aberto para o estudo de outras questões das áreas que também se preocupam com o bem-estar e a qualidade de vida do ser humano, buscando uma integração entre a Ciência e as demandas emocionais dos pacientes.



## 2. OBJETIVOS

---

---

A- Investigar as reações emocionais, ou seja, fantasias, angústias e defesas, desencadeadas nos casais após receberem o diagnóstico de malformação do feto.

B- Analisar o vínculo conjugal, bem como o vínculo que os casais estabelecem com o feto, a equipe médica e a psicóloga.

C- Compreender os desejos dos casais com relação ao futuro e à evolução da gravidez.

D- Descrever os sentimentos e as impressões da psicóloga com relação aos casais estudados.



### 3. MÉTODO

---

---

Neste estudo, consideramos o casal como um “grupo especial”. Procuramos estudar as reações emocionais produzidas neste pequeno grupo humano e compreender como, através das diversas modalidades, atitudes e efeitos da relação entre os dois sujeitos que o compõem, o inconsciente se manifestou durante a entrevista.

Escolhemos o método clínico por ser um dos que possibilita de forma mais abrangente a observação, descrição e compreensão mais aproximada dos fenômenos humanos, especialmente no tocante à subjetividade destes (Martins e Bicudo, 1989).

Esse método serve não apenas à observação dos fatos, mas também à mobilização de conteúdos, já que implica uma interação entre investigador e sujeito (s). Desta forma permite observar em profundidade (Térzis, 1997).

Este trabalho, mais próximo de um modelo voltado às Ciências Humanas, procura oferecer uma leitura qualitativa dos resultados obtidos através da compreensão da dinâmica inconsciente baseada em um referencial teórico psicanalítico.

O método utilizado está baseado nos conceitos que direcionam a pesquisa qualitativa. Tal pesquisa procura introduzir um rigor, que não o da precisão numérica, aos fenômenos possíveis de serem estudados qualitativamente, tais como: angústias, medo, ansiedade, alegria, cólera, amor, tristeza, solidão, etc. Esses fenômenos apresentam dimensões pessoais e podem ser mais apropriadamente pesquisados na abordagem qualitativa (Martins e Bicudo, 1989).

#### 3.1 Campo de Pesquisa

Esta pesquisa é fruto de um trabalho de assistência psicológica desenvolvido junto a pacientes atendidos em uma instituição de aconselhamento genético e diagnóstico pré-natal. A equipe médica é formada por um geneticista, especializado em Medicina Fetal, um médico assistente, uma pediatra, especializada em genética clínica e um ultra-sonografista. O laboratório de Citogenética Humana conta com uma equipe de biólogas e biomédicas especializadas no assunto.

A Instituição segue um ritmo de trabalho próprio. A primeira etapa do atendimento em diagnóstico pré-natal consiste na consulta médica, cujo principal objetivo é o estudo do histórico clínico do casal e das possíveis indicações para o estudo do feto. Nessa consulta, discutem-se todas as informações necessárias sobre a técnica de escolha para a avaliação fetal—benefícios, riscos, eficácia, precisão e quaisquer outras dúvidas levantadas pelos consulentes. Um consentimento esclarecido deve ser firmado para a realização de qualquer exame.

É possível identificar 4 categorias de pacientes atendidos no âmbito do diagnóstico pré-natal. A primeira envolve casais encaminhados à consulta de aconselhamento genético devido a indicações para o estudo cromossômico do conceito. A segunda diz respeito àqueles pacientes com risco de transmitir genes defectivos para a descendência. A Citogenética é capaz de detectar numerosos problemas envolvendo os cromossomos, como por exemplo as anomalias numéricas e estruturais. Entretanto, muitas doenças hereditárias recessivas não estão associadas a alterações puramente citogenéticas, mas podem ser diagnosticadas por métodos sofisticados de Biologia Molecular. Portanto, essa categoria de casais busca conhecer se o feto poderá ser acometido por genes problemáticos, quando se sabe do risco para tanto. Os estudos moleculares são realizados em outras instituições, mas o tecido necessário é coletado nas instalações do Instituto de Medicina Fetal e Genética Humana. A terceira categoria abrange casais encaminhados à assistência pré-natal para a confirmação da suspeita de malformações ou outras enfermidades do feto ao ultra-som. Trata-se de uma instituição de referência para o estudo do feto

através da ultra-sonografia morfológica e da dopplerfluxometria. A quarta e última categoria envolve casais em que a gestante foi acometida por doença infecciosa causadora de seqüelas no feto. No presente estudo, os casais pertencem à terceira e quarta categorias.

Os casais que optam por realizar os exames invasivos para o estudo do mapa cromossômico fetal ou para análises moleculares podem ser submetidos a um dos seguintes procedimentos: amostragem de líquido amniótico (conhecida como “amniocentese”) ou obtenção de células placentárias (amostra de vilos corial ou vilosidades coriônicas). A punção do cordão umbilical para coleta de sangue (cordocentese) é geralmente utilizada após a vigésima semana gestacional visando a estudos mais detalhados, como a detecção de infecções congênitas (embora dependendo do caso a amniocentese sirva aos mesmos propósitos) e a avaliação da oxigenação e acidez do sangue fetal. Esses exames são apenas realizados quando o cálculo de risco para qualquer um dos distúrbios que podem acometer o feto supera o risco de perda associado ao procedimento – geralmente ao redor de 0,5 a 1% no Instituto de Medicina Fetal e Genética Humana.

A ultra-sonografia permite detectar diversas anomalias fetais com precisão, sem oferecer riscos à gravidez. Trata-se da principal ferramenta de observação real do feto no acompanhamento pré-natal. A aplicação da técnica varia desde a estimativa da idade gestacional até a avaliação da integridade das câmaras cardíacas do feto. A ultra-sonografia participa da rotina de exames oferecidos à população de gestantes atendida no Instituto e os resultados consistem em relevantes subsídios para a conclusão do diagnóstico. No caso de malformações anatômicas e/ou morfológicas, o diagnóstico é baseado em fatos concretos e não em probabilidades. Para os casos limítrofes, utiliza-se a ultra-sonografia morfológica em conjunto com a dopplerfluxometria, método conhecido como perfil biofísico fetal, o qual é considerado a melhor maneira de avaliação da vitalidade do conceito.

A atuação dos profissionais a lidar com os aspectos pré-natais da existência demanda atitudes éticas pertinentes. A avaliação do feto, uma



entidade desprovida de autonomia, adicionou novas implicações ao raciocínio ético necessário na assistência médica. Os princípios da autonomia, do respeito e da beneficência incidem sobre uma forma toda especial de relação. Qualquer estudo visando a conhecer o estado de saúde do feto é resultado de um desejo dos pais, no exercício da autonomia. Por outro lado, o feto acaba por se tornar também um paciente em decorrência da autonomia materna e paterna. O ponto crítico nessa abordagem da Medicina fetal diz respeito à detecção de anormalidade. Como não é possível ao feto apresentar autonomia, o processo de tomada de decisão pela conduta a ser seguida deverá ser uma função de questionamentos médicos “racionais” em conjunto com os valores materno-paternos. Como se sabe, é difícil para o médico manter uma posição de imparcialidade perante a demanda por uma decisão do casal. No caso de fetos viáveis que apresentem algum problema, justifica-se uma conduta mais diretiva por parte do profissional. Nesse caso, o auxílio médico dirige-se não só a pais passando por um momento característico da vida, mas também a um ser humano com a potencialidade de se tornar uma criança. Mesmo assim, a viabilidade é um conceito passível de múltiplas definições (e conseqüentes interpretações) e dá margens a diversas posturas. No âmbito deste trabalho entretanto, essas questões são secundárias. Objetivam-se aqui as gestações dos fetos anormais e/ou inviáveis. Em tais situações, a preocupação médica recai sobre o bem-estar do casal. Não há nada a ser feito pelo feto enquanto paciente. O fato de a jurisprudência ter concedido a chance de interrupção de gestações afetadas por anomalias fetais graves, incuráveis e incompatíveis com a sobrevivência extra-uterina do conceito criou uma situação inédita para os prenatalistas. Os casais cujo feto apresenta perspectivas nulas de vida passaram a contar com a opção da escolha.

O Instituto de Medicina Fetal e Genética Humana foi um dos pioneiros na requisição de alvarás de abortamentos. Por ocasião da descoberta de um problema que reconhecidamente se associa ao óbito do feto, fornece-se ao casal a alternativa de interromper a gravidez com base em um documento legal. A experiência no assunto demonstrou ser o processo de tomada de decisão algo

muito atribulado para esses casais. Por dizer respeito a fetos inviáveis, os profissionais médicos possuem a obrigação ética de fornecer e exigir do casal completa independência e liberdade para decidir. Assim, garante-se a decisão com base na dotação de valores morais do casal. Logo no início da implementação dessa conduta, notou-se como os casais ficavam desorientados após saber a respeito da ausência de chances de vida para o feto em gestação. Esperava-se dos médicos uma pronta decisão, o que implicaria uma sobreposição grave de papéis, caso tais expectativas fossem atendidas.

Além disso, os médicos observavam que os casais, diante da notícia de um problema com o feto ficavam extremamente angustiados. A maioria apresentava muita dificuldade para compreender o diagnóstico e analisar possíveis riscos genéticos para gravidezes futuras. A equipe médica, sensível às angústias e ansiedades dos pacientes atendidos em Medicina fetal e ciosa por se ater aos princípios éticos, ou seja, não influenciar os casais com valores exógenos, recorreu ao auxílio psicológico.

Desde o início do meu trabalho, focalizou-se dois aspectos: o contato direto com os pacientes durante entrevistas e a participação nas reuniões para discussão dos casos e definição das diretrizes para conduzi-los. Toda a equipe demonstrou uma atitude de muito respeito e consideração às informações advindas do atendimento psicológico. Esse fato auxiliou sobremaneira a troca de informações e possibilitou um trabalho realmente multidisciplinar.

A equipe médica e laboratorial ofereceu total liberdade para a técnica e a leitura teórica de minha escolha. Isso facilitou uma análise mais detalhada das características da população atendida de gestantes e do tipo de pesquisa que poderia ser realizada.

Observei que a grande maioria das gestantes compareciam às consultas de diagnóstico pré-natal acompanhadas do marido; estes participavam com muita assiduidade do processo. Desse modo, esta poderia ser uma oportunidade especial para conhecer os fenômenos psíquicos que ocorriam neste pequeno grupo, pois os homens também estavam vivenciando uma experiência adversa de paternidade.

Com a prática clínica, percebi que a entrevista era muitas vezes a única oportunidade de os pacientes falarem sobre o problema fora do ambiente de consultas, exames e testes do processo de diagnóstico. Ao oferecer esse espaço aos casais, seria possível identificar as necessidades e conhecer melhor as demandas de cada caso.

Houve casos de recusa à participação nas entrevistas psicológicas, ora por parte do marido, ora da esposa. A justificativa mais comum era: *“Nós não precisamos de psicóloga. Nós estamos muito bem!”*, ou *“Ficar falando é pior, deixa a gente mais nervosa.”* Apesar de o atendimento psicológico integrar-se à rotina da instituição, recusá-lo não interferiu com a qualidade do atendimento médico.

Em dois casos, o casal não concordou com a gravação da entrevista. Em um deles o marido chegou a comentar: *“Eu estou passando pela psicóloga que é para ela ficar me falando coisas para eu me acalmar, e não para eu ficar contando coisas para ela. Você é que tem que falar aqui. Eu não tenho nada para falar”*. Vale ressaltar que, uma vez desligado o gravador, o marido falou durante quase toda a entrevista.

A equipe médica leva em média de uma semana a quinze dias para concluir o diagnóstico. Após a primeira entrevista é sempre oferecida aos casais a possibilidade de continuarem os encontros. Conforme já recomendava Ferenczi, *“em situações em que o ego é invadido pela ansiedade depois do trauma, falar é o principal instrumento para superá-lo”* (apud Caron e Maltz, 1994). Mesmo freqüentando a instituição por um tempo curto enquanto realizavam exames e consultas, foi possível observar, de uma maneira geral, uma forte resistência dos pacientes em continuar um acompanhamento mais longo, sendo a escassez de tempo a principal justificativa. A resistência ao acompanhamento psicológico é um fator comum em outros serviços de referência em diagnóstico pré-natal (Guerra, 1997). Esta recusa, embora estivesse intimamente ligada à resistência em mobilizar certas angústias, não impedia que sentimentos de impotência e de perda fizessem parte das minhas próprias vivências.

O meu desejo em acompanhar os casais no seu processo de rompimento do vínculo e evolução do luto também foi frustrado diversas vezes. Assim como havia a perda do filho idealizado pelo casal, tive de me adaptar ao fato de perder o seguimento das mudanças psíquicas e acostumar-me com casos tão breves, por vezes se resumindo a um único contato. Com o tempo, observei que a vivência e o material psíquico propiciados por esses breves encontros poderiam ser estudados de modo a render contribuições não só para os pacientes, mas também para toda a equipe.

Para mais bem compreender estes e outros fenômenos, acrescentou-se aos objetivos do estudo, e conseqüentemente à análise do material, um espaço para reflexão acerca das minhas reações emocionais, uma vez que também estava comprometida com o processo.

Quando algum casal decidia pela interrupção da gestação, era encaminhado para assessoria jurídica especializada.

### **3.2 Sujeitos**

Participaram deste estudo quatro casais atendidos na instituição e que receberam um diagnóstico pré-natal desfavorável, revelando alguma síndrome genética ou congênita do feto.

Os casais foram selecionados no período reservado para coleta de dados, conforme o cronograma do projeto (Março à Junho de 1998). De acordo com a rotina da Instituição o atendimento em diagnóstico pré-natal é realizado uma vez por semana.

Como se trata de uma Instituição de referência no estudo das doenças genéticas e malformações fetais, os pacientes residiam em diferentes estados e cidades do Brasil e apresentavam variados níveis sócio-econômicos, faixa-etária, religião e antecedentes obstétricos.

Em se tratando de síndromes genéticas e malformações fetais raras, os casos relatados apresentaram diferentes diagnósticos.

Descrevemos cada caso estudado em particular, especificando as diferentes variáveis. Para identificação dos integrantes utilizamos números, que se referem à ordem real dos atendimentos durante a coleta de dados. As grávidas estão identificadas com a letra G (gestante) e seus companheiros com a letra M (marido).

### **Casal 1: 13/03/98**

Por ocasião da entrevista, a estatística G1 tinha trinta e oito anos e passava pela segunda gestação. A primeira tentativa de engravidar resultou em um aborto espontâneo de primeiro trimestre. O marido é fotógrafo e tinha trinta e oito anos. Estavam casados por seis anos e a gravidez, então com vinte e três semanas havia sido planejada. Foram encaminhados pelo obstetra de G1, por suspeita do problema.

Exames específicos revelaram um feto cromossomicamente normal e de sexo feminino. Porém, ao exame ultra-sonográfico foram identificadas algumas malformações, sugestivas da síndrome de Arnold-Chiari tipo II. Caracteriza-se por uma malformação congênita do sistema nervoso central (combinação de defeitos do tronco cerebral e cerebelo) originada por defeitos do tubo neural embrionário. Trata-se da malformação mais comum do sistema nervoso, com incidência de 1 a 2 indivíduos a cada 1.000 nascimentos. A causa é desconhecida (Schultz, 1997). O prognóstico para esse feto ao nascimento previa um quadro de retardo mental e paralisia dos membros.

A partir dessa experiência, o casal tomou conhecimento do risco de 10% de recorrência do problema em gestações futuras. Ambos diziam não ter religião.

### **Casal 2: 24/03/98**

G2, vinte e seis anos, promotora de eventos, estava grávida pela primeira vez. Chegou à instituição grávida de quinze semanas, sob suspeita de estar acometida por uma infecção prejudicial ao feto. Residia com o marido em Fortaleza (CE) e foi encaminhada pelo obstetra. Estava casada havia dois anos e a gravidez tinha sido planejada. M2, vinte e quatro anos, é advogado e assim como sua mulher praticante da religião católica. Alguns exames realizados em Fortaleza sugeriam uma infecção por citomegalovírus, cuja incidência é de aproximadamente 1% dos nascidos vivos norte-americanos (Stagno, 1990, apud Gradia, 1999).

O desenvolvimento de seqüelas no feto pode acontecer em qualquer período da gravidez. Entretanto, o risco parece ser maior quando a infecção materna ocorre durante as primeiras vinte semanas de gestação. Entre as gestantes que apresentavam primoinfecção, 30 a 40% dos fetos serão contaminados, dos quais 10 a 15% serão sintomáticos ao nascimento (Hohfeld *et al.*, 1991, apud Gradia, 1999).

O homem é aparentemente o único hospedeiro. A transmissão ocorre através de contato direto com uma pessoa infectada. O vírus pode ser encontrado na orofaringe, secreções cervicais e vaginais, urina, sêmen, sangue, leite e lágrima, de pessoas infectadas. O prognóstico envolve surdez e retardo mental grave, não sendo possível nenhuma medida da extensão dessas lesões intra-útero.

As formas mais comuns de transmissão durante a gravidez, são através do ato sexual e do contato com crianças infectadas (Pedreira e Zugaib, 1997).

O estudo genético revelou um feto cromossomicamente normal.

### **Casal 3:10/06/98**

G3, vinte e seis anos, primeiro grau incompleto, é dona de casa. M3 é motorista de ônibus e tem vinte e sete anos. G3 foi encaminhada com uma idade gestacional avançada- vinte e sete semanas. Tratava-se da segunda gravidez do casal: a primeira resultou em uma menina, então com quatro anos.

Residiam em uma pequena cidade do interior do estado de São Paulo e foram encaminhados pelo médico do Posto de Saúde local que acompanhava G3 e sabia do trabalho realizado no Instituto. Por ocasião do encaminhamento, já sabiam da presença de malformações no feto. O exame dos cromossomos revelou um feto normal, do sexo masculino. Entretanto, o exame de ultra-som morfológico detectou múltiplas malformações: onfalocele (defeito da parede abdominal resultante de falha do intestino em retornar para a cavidade abdominal), encefalocele -defeito do crânio que envolve a herniação do tecido cerebral e das meninges- (Pedreira e Zugaib, 1997). Pés e mãos tortos. Essas malformações são incompatíveis com a vida extra-uterina do feto.

São católicos praticantes e apresentam um baixo nível sócio-econômico.

#### **Casal 4: 30/06/98**

G4, vinte e cinco anos, recepcionista, estava casada havia cinco anos. M4, vinte e seis anos, trabalhava como vigilante. Quando chegaram ao Instituto já sabiam que o feto apresentava um problema muito grave, cujo diagnóstico não havia sido concluído. No momento da entrevista a gravidez contava com vinte e quatro semanas e já havia conhecimento do diagnóstico. O feto, do sexo feminino, era normal do ponto de vista citogenético, porém as alterações encontradas na ultra-sonografia morfológica eram compatíveis com a anencefalia (ausência de calota craniana, couro cabeludo e encéfalo, substituído por massa fibrovascular com tecido necrótico remanescente - Shultz, 1997).

Essa malformação não permite a vida extra-uterina. O casal foi encaminhado pelo Instituto de Biociências da Universidade de São Paulo, onde G4, assim como sua família vinha sendo acompanhada. G4 recusou-se a realizar um exame que poderia identificar um gene para uma outra determinada síndrome genética naquela instituição. No entanto, a presença deste gene não estaria correlacionada com o problema desta gestação. O casal já possuía uma filha de um ano e dez meses, oriunda de uma gravidez sem intercorrências.

Estão casados há quatro anos e são praticantes da religião católica e o nível sócio-econômico é médio.

### **3.3 Instrumentos**

#### **3.3.1 Entrevista Psicológica**

Uma vez que a psicanálise postula ser o comportamento humano ditado basicamente pelos processos psíquicos inconscientes, procuramos selecionar um instrumento capaz de oferecer um material acerca das motivações inconscientes, do funcionamento psíquico do casal, e do modo deste perceber a realidade.

A técnica escolhida para a coleta de dados foi a entrevista psicológica. Encaramos a entrevista inicial como a primeira possibilidade de uma aplicação flexível do método psicanalítico às circunstâncias particulares de cada paciente (Thomä e Kächele, 1992). Na entrevista livre o entrevistador está interessado no discurso espontâneo do entrevistado e segue o fluxo natural de suas idéias (Nunes, 1992).

Esta pesquisa utiliza a concepção da entrevista como instrumento eficaz de investigação científica, do mesmo modo que foi sintetizado por Bleger (1985): “toda conduta se dá sempre num contexto de vínculos e relações humanas, e a entrevista não é uma distorção das pretendidas condições naturais e sim o contrário; a entrevista é a situação ‘natural’ em que se dá o fenômeno que, precisamente, nos interessa estudar: o fenômeno psicológico”.

Em se tratando de uma primeira entrevista, um cuidado foi tomado com a técnica utilizada durante sua realização. Neste primeiro encontro, a interpretação foi colocada em segundo plano. Optamos por uma linguagem simples, sem artificialismos e que possibilitasse apenas a escuta. Preferimos uma comunicação, um gesto ou um olhar, que permitisse ao sujeito sentir-se encorajado a prosseguir com a fala.



### **3.3.2 Gravador, fitas cassete e transcrições**

O material das entrevistas foi gravado em fitas cassete para que houvesse fidedignidade do estudo. Martins e Bicudo (1989) consideram a gravação eficiente, por permitir, o registro das falas de forma integral. O registro contou também com algumas observações realizadas durante a entrevista e registradas logo após o seu término. Silêncio, troca de olhares entre os casais, olhares para a psicóloga e momentos de choro foram transcritos no exato momento em que ocorreram. Adotamos sempre o mesmo modelo de transcrição.

### **3.4 Procedimento**

Ao agendarem as consultas médicas os casais eram informados sobre a entrevista psicológica, bem como que sua recusa em participar não mudaria o tratamento durante a assistência médica.

A entrevista seguiu um enquadre com tempo e lugar definidos previamente. Cada uma delas teve duração de uma hora e foi realizada na sala de atendimento da Psicóloga, na própria Instituição.

Todos os casais foram informados a respeito da pesquisa no início da entrevista, assinando uma autorização que permitia à pesquisadora gravá-las em áudio, sabendo que o anonimato seria sempre mantido (Anexos).

A entrevista, neste momento, foi livre e não diretiva, pois pretendia que os sujeitos falassem livremente sobre o que estavam pensando e sentindo com relação àquela experiência de receber um diagnóstico revelando uma doença fetal. Utilizamos para isso uma frase inicial disparadora: "Estou à disposição de vocês para ouvi-los".

A psicóloga desempenhou um papel de "observador-participante" durante o processo, pois a entrevista funcionava como "uma situação onde se

observa parte da vida do paciente, que se desenvolve em relação a nós e frente a nós” (Bleger, 1985).

A atitude da psicóloga foi de disponibilidade, observação e atenção, dessa forma, supõe-se estimular a fala, o pensamento e a expressão dos sentimentos. Procuramos enfatizar a investigação dos processos psicológicos mais do que a necessidade de concluir um diagnóstico.

A conduta de observar, escutar e aceitar, não poderia ser considerada passiva. A atitude de escuta e respeito do pesquisador, em uma atmosfera de liberdade para o paciente falar sobre as dificuldades, principalmente em situações traumáticas - como gerar um filho com defeito- resulta muitas vezes em sessões densas, com intensa mobilização afetiva, de modo que os pacientes apresentam um trabalho interno efetivo (Caron e Maltz, 1994).

Todos os casais atendidos pela psicóloga já haviam passado pela consulta. Após a primeira consulta médica os casais foram encaminhados para a entrevista psicológica.

### **3.5 Análise do Material**

A análise do conteúdo constitui uma importante escolha para o pesquisador que desenvolve pesquisa qualitativa, pois o inesperado volume de comunicações que os casais trazem para as entrevistas justifica a escolha. De certo modo, iniciar a análise de um material volumoso é como situar -se frente à entrada de um labirinto: muito caminhos distintos aparecem desde o princípio e, à medida que o investigador avança, novas alternativas vão surgindo continuamente, e este desconhece se um determinado caminho será eficiente e produtivo (Miranda, 1998).

A análise foi realizada com o objetivo de investigar as reações emocionais, os vínculos e os desejos que os pais manifestaram após a descoberta que o feto apresentava malformações. Não houve pretensão de esgotarmos os temas e fenômenos mentais que ocorreram nas entrevistas,

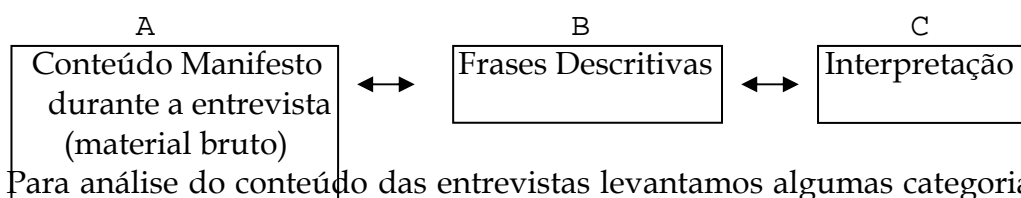
porém foram estabelecidas algumas diretrizes que nos possibilitaram caminhos a serem aprofundados.

Para esta pesquisa foram selecionadas apenas as primeiras entrevistas com cada caso. O corte foi feito para que o material obtido pudesse ser detalhadamente estudado.

Em se tratando do primeiro contato com a psicóloga, e as vezes único, os encontros propiciaram um material peculiar. Sabemos que “a primeira entrevista quase sempre não passa de uma preparação, de uma ordenação de peças de um jogo de xadrez. Tudo fica para se fazer mais tarde, mas as personagens puderam ser postas em campo” (Mannoni, 1983).

Os critérios de seleção das falas para análise do material estabeleceu-se a partir da emergência de conteúdos e conflitos manifestos no discurso dos casais. Como emergente compreendemos aqueles conteúdos que os casais se mostraram mais preocupados, e que provocavam impasse, ou seja, dificuldades de pensamento. Estas falas representativas foram analisados e estão descritas no decorrer da análise com a respectiva numeração que permite ao leitor localizá-la no relato integral da entrevista.

O método de análise do material baseia-se no modelo proposto por Kaës (1979) e Krueger (1988), com uma linha contínua de profundidade da análise. Esta vai desde a análise superficial, com a apresentação direta das falas dos casais, até um estudo mais profundo onde realizamos a interpretação dos conteúdos manifestos e latentes. O referido modelo pode ser representado graficamente da seguinte forma:



Para análise do conteúdo das entrevistas levantamos algumas categorias temáticas que permitiram agrupar os conteúdos manifestados e oferecer um compreensão geral do material. Essas categorias foram definidas a partir dos objetivos do estudo e analisadas de duas formas: vertical e horizontal.

Este modelo de análise das categorias foi proposto originalmente por Bach (1958), tendo sido adaptado e utilizado em outros trabalhos nos últimos anos (Fiorini, 1995; Bettini, 1997; Henriques, 1998).

A análise vertical é a análise das categorias temáticas de um único casal enquanto que a análise horizontal implica em uma tentativa de sintetizar os conteúdos que emergiam em todos os casos, com o objetivo de abarcar o processo da entrevista como um todo, agrupando os temas em uma análise final.

A compreensão dos conteúdos psíquicos sofreu interferência da subjetividade da pesquisadora, contando ainda com a contribuição de um supervisor clínico e do orientador desta dissertação. Todos apoiados em um referencial psicanalítico aplicado ao "grupo casal".

Para a interpretação dos conteúdos emergentes utilizamos a teoria das relações objetais, proposta por Melanie Klein e seguidores, assim como os estudos psicológicos sobre gravidez de fetos malformados.

Adotamos o mesmo modelo de transcrição. As entrevistas gravadas foram transcritas na íntegra. As falas estão sem aspas e identificadas na seqüência real. Entre parênteses estão as observações da psicóloga. Cada casal foi representado por um número e seus integrantes pela letra G, correspondendo à gestante e M, ao marido. A psicóloga tem como inicial a letra P. Por exemplo: M3, f5: casal número 3, fala nº 5 do marido.

### **3.5.1 As 4 categorias da Análise:**

#### **Categoria A: Análise das falas do casal sobre a notícia do diagnóstico**

Este tema abrange todos os sentimentos e atitudes manifestados explicitamente pelos casais com relação à notícia da malformação fetal. Inclui as fantasias, isto é, as concepções individuais e subjetivas dos casais ao comentar sobre ocorrência do problema na gravidez - idéias e pensamentos que para eles

justificariam a ocorrência da malformação com o feto, independentemente das razões biológicas.

Também serão estudadas as fantasias dos pais com relação a causa do problema. Na teoria psicanalítica as fantasias são consideradas como “a representação mental daqueles eventos somáticos no corpo que abrangem as pulsões” (Hinshelwood, 1992).

Os mecanismos de defesa do ego também integraram este item, isto é; “o conjunto de operações mentais cuja finalidade é reduzir, suprimir qualquer modificação suscetível de pôr em perigo a integridade e a constância do indivíduo biopsicológico. A Defesa incide sobre a excitação interna (pulsão) e, preferencialmente, sobre uma das representações a que está ligada, sobre uma situação capaz de desencadear essa excitação na medida em que é incompatível com este equilíbrio e, por isso, desagradável para o ego. Os afetos desagradáveis, motivos ou sinais da defesa, também podem ser objeto dela. O processo defensivo especifica-se em mecanismos de defesa mais ou menos integrados ao ego” (Laplanche e Pontalis, 1991).

### **Categoria B: Análise do vínculo conjugal, bem como do vínculo que o casal estabelece com o feto, a equipe médica e a psicóloga.**

Este tema abrange a análise do vínculo conjugal bem como as formas de relacionamento que os pais estabeleceram com a equipe médica, a psicóloga, com o feto em si e com o cônjuge. “Designa o modo de relação do sujeito com seu mundo, relação que é o resultado complexo e total de uma determinada organização da personalidade, de uma apreensão mais ou menos fantasística dos objetos e de certos tipos privilegiados de defesa (Laplanche e Pontalis, 1991).

A configuração vincular com o cônjuge refere-se a forma de relacionamento estabelecida pelos parceiros. Considera a percepção que o casal tem de si, a partilha de decisões, responsabilidades, com coerência, até as

negociações e desentendimentos quanto à atitudes adotadas em relação ao problema.

### **Categoria C: Análise das falas do casal sobre o prognóstico**

Esta análise pretende compreender os desejos do casal com relação ao futuro e à evolução da gravidez. A análise inclui as fantasias e angústias suscitadas com as idéias do casal para estruturar os planos de vida após a doença do feto. Nosso interesse particular em conhecer os desejos e os planos do casal com relação ao futuro esteve orientado no sentido de estabelecer medidas preventivas e diretrizes terapêuticas que pudessem auxiliar as demandas específicas dos pacientes. O material resultante tem como objetivo auxiliar toda a equipe multidisciplinar em Medicina Fetal.

### **Categoria D: As vivências da psicóloga**

Evidencia-se nesta categoria o “Clima emocional” da entrevista: o conjunto de emoções e sentimentos que funcionam como sustentação de certas interações difíceis de se traduzir em palavras. Refere-se a um contexto no qual as mensagens lingüísticas e gestuais adquirem significação. As palavras utilizadas para caracterizar o clima emocional procuram dar conta de algo em parte impalpável (Puget e Berenstein, 1993).

A análise da participação da psicóloga procurou compreender e interrogar a posição assumida durante a entrevista. “A precisão da análise não pode preceder de uma conduta não comprometida com o processo e deve fazer parte da análise” (Käes e Anzieu, 1979).

O conceito de contra-transferência fica claro quando se pensa que, a partir do mundo interno do casal, a psicóloga também apresenta um conjunto de reações inconscientes e sensações motivadas pelo casal. "O entrevistador não só responde a todos os fenômenos de forma absolutamente lógica, como também de forma irracional e inconsistente" (Etchegoyen, 1987).

Nos casos estudados nesta pesquisa pensamos em analisar a contra-transferência em dois níveis:

1. sentimentos da psicóloga em relação a cada um dos cônjuges
2. sentimentos em relação ao “grupo casal”

## 4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

---

---

Primeiramente, apresentaremos os resultados obtidos a partir da análise vertical, bem como os comentários pertinentes, norteados por conceitos psicanalíticos. Em seguida, serão descritos e comentados os resultados obtidos através da análise horizontal, oferecendo uma compreensão geral do material analisado.

Os resultados foram discutidos com dois outros estudiosos dessa temática; a análise orbitou em torno das observações clínicas, mas sem a pretensão de abarcar a totalidade dos fenômenos e das variáveis detectados.

### **Análise Vertical**

**G**= Gestante

**M**= Marido

**P**= Psicóloga

**F (n)** = fala em seqüência numérica

#### **4.1 Casal 1: Relato na íntegra da entrevista**

**P, f1:** Eu gostaria de saber se vocês autorizam a gravação dessa entrevista para fins de pesquisa. O nome de vocês não será divulgado.

**M1, f1:** Você está fazendo algum tipo de trabalho, um estudo, alguma coisa assim?



**P, f2:** Sim, é um estudo.

**P, f3:** Eu estou a disposição de vocês para ouvi-los.

*Silêncio breve*

**M1, f2:** Pensei que você fosse perguntar coisas para gente.

*Silêncio breve. O casal não troca olhares. M1 olha para o chão e G1 em direção à P.*

**G1, f1:** Bom, o que eu posso te dizer é o seguinte. É difícil porque tem toda uma história. Eu tinha dificuldade para engravidar, e essa foi uma gravidez planejada, nós queríamos muito. E esses últimos meses...*G1 começou a chorar...* tem sido muito felizes. E de repente teve essa notícia. E, no meu ponto de vista não sobra muita alternativa. Eu acho que eu não tenho direito de ter esse filho... colocar um filho no mundo sabendo que com certeza vai ter muitas dificuldades. *G1 fez uma pausa e começou a chorar novamente.* É muito difícil. Eu acho que é desonesto. É cruel. Esse é um argumento que pesa. Eu tenho pena, mas... E dessa história toda, um fator bastante positivo é o fato que a gente está tendo uma escolha. Eu fico triste, mas. Se a gente não tivesse feito o exame poderia ter passado despercebido, dependendo também da perícia de quem faz o exame. Mas foi. Eu tenho uma escolha e tenho o direito de exercê-la. Se fosse inevitável, com certeza eu não tiraria. Mas não é. É triste. Está adiantado, tem toda uma intimidade com o bebê. Eu não quero pensar muito, mas essa história de ir para o hospital tem me assustado bastante. Vou esperar para ver.

**M1, f3:** Mas o que te assusta no hospital? É a parte burocrática? O que é?

**G1, f2:** É o processo, ficar lá esperando pelo parto.

**M1, f4:** É a angústia.

**G1, f3:** Saber que não vai sair nada vivo. É bem difícil.

**M1, f5:** Eu acho que essa história toda é uma fase. Uma fase que não acabou ainda. Ontem fez uma semana que a gente soube do problema. Foi uma semana muito intensa. Primeiro foi o choque. Como a G1 disse, nós estávamos muito felizes, a gravidez estava indo super bem. A gravidez fez um bem enorme para gente. Estava rolando uma certa ansiedade para engravidar, para ter um filho, em função de uma série de coisas. Lógico que a principal delas era a idade. Estava indo tudo legal, até que veio essa novidade que a gente não esperava. Eu

não tenho dúvida de que foi uma experiência de vida pela qual eu nunca tinha passado antes. Nos obrigou a fazer coisas que eu nunca pensei que fosse precisar. No fim das contas era buscar informações para a gente poder decidir. E nesse ponto foi bastante interessante, porque a gente de fato se informou bem. A decisão por interromper, acho que não foi difícil, pela lógica. Extremamente racional. Mas ainda hoje, parece que quanto mais informações e argumentos a gente encontra, mas a gente fica tranqüilo... Também achei interessante ter essa convivência com médicos. Você vê que o que eles tem em comum é o fato de serem médicos e usarem roupa branca. E pára por aí. Eles tem posturas diferentes, filosofias e, no final das contas, o paciente tem que ter a iniciativa. Ele tem que ter a iniciativa, considerando as posturas médicas, mas buscando informações. Nós fomos na biblioteca de Medicina da Paulista fazer uma pesquisa, procuramos na Internet, procuramos outras pessoas para discutir. A minha terapeuta, a minha dentista, que é mãe de um deficiente. Ela (*referindo-se à G1*) falou com uma amiga Psicóloga, e com um amigo Psiquiatra. Todos apontaram para o mesmo sentido: se vocês tiverem, a criança vai sofrer muito, vocês vão sofrer muito. Em termos médicos nós conversamos com um Neurocirurgião. Ele falou da parte social do desenvolvimento. Nós vimos muito como os médicos pensam. Falaram muito do quadro clínico e menos da família, do social: como ela vai conviver com os amiguinhos do prédio? Isso não é visto pelos médicos. A gente já chorou muito. Profissionalmente sou autônomo e coloquei para mim que agora eu ia dedicar meu tempo para a G1. Semana que vem tem mais uma sessão, mais exames.. Eu não tenho dúvida de que são importantes os exames, tem que resolver essa questão. Mas eu penso também que vou ter que achar algum mecanismo que me ajude a tocar o trabalho, mesmo porque eu tenho que achar gás para pagar as coisas.

*(Silêncio breve - 20 seg.)*

**P, f4:** É uma situação difícil mesmo.

**M1, f6:** Difícil eu não diria. Está sendo dura. Como eu falei, a decisão não foi difícil. A decisão de interromper não foi difícil, foi doída, lógico. Eu fiquei, e a G1 também ficou, preocupado com a família. Principalmente com os meus pais.

Eu gosto muito deles, eles gostam muito da gente. Eles tem uma idade bem avançada. Eu tenho a impressão que devido a idade avançada deles, já não tem muito o que esperar da vida, eles estavam esperando muito por esse momento. Quando eles souberam que iam ter um neto, a vida deles, principalmente do meu pai, mudou muito. O humor dele melhorou muito, a vivacidade mudou muito. Ele tem perto de 70 anos. Na semana passada eu telefonei para ele e disse: não tenho boas notícias para dar. Eles moram no interior. Eu queria ir para lá, conversar, ter um pouco de colo deles. Apesar de ser muito religiosos eles entenderam a nossa decisão, estão do nosso lado. E eu agora estou preocupado: preocupado com a retomada da vida, uma vez que a gente vai para o hospital semana que vem. Eu não sei se de fato se estou bem, tenho dúvida: até que ponto eu estou bem, ou eu estou me ocupando para não pensar. Como a história não acabou ainda, como eu não vi a G1. sem barriga, eu não sei como vai ser ainda. Acabou, tecnicamente foi vencido, mas... Eu até estou pensando em buscar um terapia, para ajudar.

*O casal permaneceu em silêncio olhando fixamente para P.*

**P, f5:** Acho que realmente foram muitas mudanças em pouco tempo e essa situação que vocês estão vivendo é muito dolorosa.

**M1, f7:** Mas ao mesmo tempo a gente não tem dúvida de que essa está sendo a melhor decisão.

**G1, f4:** Nesses últimos dias eu estou pensando em como passar um pouco melhor. Não sei o que seria melhor para mim (*G1 voltou a chorar*). Nesse últimos dias eu não sei como agir: ignorar a barriga, curtir mais um pouco, me aproximar, ou tomar atitude de afastamento. Pensando no que seria melhor emocionalmente, pensando no futuro. Pensar no futuro está me fazendo sofrer muito agora. (*G1 chorou muito nesse momento*) Até se você pudesse falar alguma coisa nesse sentido, baseado na sua experiência, talvez pudesse ser bom. Como que as pessoas passam por isso?

**M1, f8:** É um momento muito complicado. A gente estava curtindo muito essa barriga. Ai você fica sabendo que o bebê tem um defeito. E, em função desse defeito, no final da conta você vai matar esse bebê. Talvez qualquer animal,

pelas leis da natureza fizesse isso. Eu ainda não conversei com um amigo que é biólogo, mas vou perguntar. Eu quero saber se tem alguma espécie de animal que adota esse comportamento: quando descobre que o filhote tem um defeito vai e mata. Enfim, a gente estava curtindo muito essa barriga e agora de uma hora para outra a gente vai ter que matar. Mas enquanto isso não acontece o que a gente faz com essa barriga: faz carinho, rejeita, como é que a gente lida com essa barriga?

**P, f6:** Não é fácil. Deve estar sendo muito angustiante. Como é que vocês acham que dá para lidar com isso? O que vocês andaram pensando?

**G1, f5:** Eu andei pensando o seguinte: deve ter tido mais episódios tristes na minha vida do que aqueles que eu consigo lidar, mas eu também vivi momentos bons com o M. nessa história, que foram realmente bons até antes de saber que essa gravidez vai ser interrompida. Eu me lembro dos momento bons. Talvez fosse importante preservar isso, porque...*(G1 voltou a chorar)* talvez essa experiência *(G1 referia-se a ficar grávida novamente)* não será repetida e tem momentos que foram preciosos. Se eu puder preservá-los vai ser muito bom. Por que não? Não precisa ficar guardando esse lado mórbido. É até perigoso falar desse lado porque as pessoas tem uma dificuldade para entender uma coisa assim, também não me importo com isso não. Eu estava me lembrando de um caso: uma mulher americana que foi condenada a morte por ter matado os filhos. Um dos fatos que pesou no julgamento dela foi a festinha de aniversário que ela fez no cemitério uma semana depois da morte do filho. É uma coisa muito louca! Mas eu não acho errado: se ela não foi culpada pela morte dos meninos foi uma forma que ela encontrou. As pessoas que viram não entenderam. Chocou muito, né! Eu não acho um absurdo! Não sei se ela é culpada ou não. No meu ponto de vista, isso não deveria pesar tanto. Foi uma maneira que ela encontrou de extrapolar a dor. Eu vi esse episódio na tv e bateu! Como procurar numa situação muito adversa algo bom, tirar algum prazer. Tirar um proveito! Como comigo: foi pouco tempo mas foi bom. *G1 chorou novamente.*

**M1, f9:** Eu penso que nesse tempo que o bebê ficou com a gente ele foi muito

bem tratado. A G1 diminui o trabalho dela, teve uma vida bastante sossegada, longe de confusões. A gente sempre teve oportunidades de viajar: muito banho de rio, de cachoeira, que nos faz muito bem. Mas está chegando o momento da gente se separar do bebê. As vezes eu penso que isso é um gesto de carinho com ele. Nós vamos estar privando-o de uma vida muito complicada. Por isso que eu acho que vai ser bom para ele.

**G1, f6:** É uma linha de pensamento bem racional. Por que a gente está tentando buscar nisso um alívio. Eu, baseado no meu histórico de vida, nunca passei por uma situação tão adversa. Minha mãe sempre falou que a pior coisa do mundo é ver uma pessoa numa cadeira de rodas. Realmente eu não tenho preparo para isso. Nosso estilo de vida também, nossa situação financeira, nossa disponibilidade de tempo. Tudo caminha para você não encontrar outra saída: não dá. Não dá, não tem como. Prolongar essa situação infernal de muita angústia, de sofrimento, é insano. Essa coisa de madre Teresa é insano. Acho bom que tenham pessoas que conseguiram enfrentar, mas nós somos diferente. Eu poderia aprender se a situação desse escolhas. Mas, assim de cara, tô fora. A dor tem uma medida. Espero realmente me consolar sabendo que tomamos a decisão correta, e guardar os momentos bons. Meu objetivo é esse. Não quero guardar seqüelas. (*silêncio breve*) Não quero carregar seqüelas. Eu tenho planos, de talvez tentar uma outra história, ou adotar uma criança. Eu sempre achei essa idéia interessante. Vamos ver no futuro qual vai ser a decisão. Vai ficar um vazio muito grande. Felizmente a gente não comprou o bercinho, estava querendo mais segurança. Não sei como vai ficar esse espaço. Depois a gente ainda vai ver esse fantasma. Mas eu sei que somos razoavelmente inteligentes e espertos e vamos encontrar uma solução, uma alternativa, para pensar em alguma coisa. Acho que é o caminho mais natural.

**P, f6:** Até porque como vocês falaram foram muitas alterações em pouco tempo. Como vocês imaginam que as coisa irão acontecer?

**M1, f10:** Eu não tenho a menor idéia de como vai ser quando voltarmos para casa. Eu me sinto como se eu estivesse num avião e desligassem o motor lá em cima. Não sei como vai ser a aterrissagem. Agora eu parei meu trabalho, estou

ficando só com a minha mulher. As pessoas quando perguntam eu falo que ela está passando por um problema de saúde muito sério. Mas isso também não pode perdurar muito tempo. Não sei como vai ser a volta. Mas eu sei que vai ter uma hora que eu vou ter que retomar minha vida. Tudo vai voltar ao que era antes da gente estar grávido. Vamos retomar a vida, trabalhar. Mas eu acho que a gente deve tentar mais uma vez. É muito estressante, mas talvez aconteça. Esse ano já foi difícil, porque a G1 tem dificuldade para engravidar. Só depois do resultado é que eu me senti grávido e me senti pai, me senti seguro para falar para as pessoas que a G1 estava esperando um bebê. Há uns 5 anos a G1 engravidou e depois de 2 meses ela teve um aborto. Desta vez eu sabia que ela estava grávida, mais evitei ficar falando para as pessoas. Eu queria, para mim mesmo, ter a coisa mais segura, mais concreta, que veio com o resultado. Aí pensei: agora vai! Não sei como vai ser daqui para frente. É legal que seja natural, mas parece que tem uma série de obstáculos. *(Silêncio breve - 10 seg.)* Tem uma coisa que eu penso nessa questão da adoção, de ter ou não ter: nós seríamos os únicos na nossa família, no nosso grupo de amigos, não tem nenhuma história nas duas famílias. Eu fico pensando como vai ser: ser o diferente.

**G1, f7:** Tem que elaborar melhor.

**P, f7:** Toda essa situação ainda é muito recente e vocês estão vivendo todos os momento com muita emoção, talvez tudo isso leve mesmo um tempo para ser “elaborado” melhor, para fazer mais sentindo.

**G1, f8:** Eu vejo a necessidade de uma elaboração sim. Mas até pela nossa cultura acho que a gente está sabendo lidar e vai aprimorar isso mais ainda. A vida é assim, feita de momentos difíceis e a gente tem de aprimorar nossa habilidade para lidar com eles. Acho que a gente tem um casamento muito bom, e tem coisas para gente fazer.

**M1, f11:** É verdade.

**P, f8:** Isso parece trazer um alívio e parece estar ajudando vocês a suportarem esses momento tão difíceis.

**G1, f9:** Nós somos pessoas saudáveis e a gente precisa confiar. Desde a primeira

vez foi muito difícil, nós queríamos casar, ter filhos, foi um baque, uma grande insegurança, era a primeira vez. Hoje nós lidamos com o problema de outra forma. A outra foi a primeira.

**P, f9:** Me parece que a outra gestação também teve sua história, e vocês conseguiram superar aquela perda. E essa história atual também está fazendo vocês sofrerem muito, são muitas emoções, angústias, incertezas, ao mesmo tempo. Por isso eu gostaria de dizer a vocês que estou à disposição para conversarmos mais sobre tudo isso que vocês estão vivendo.

**M1, f12:** Mas tudo tem que acabar.

**G1, f10:** Depois tudo volta ao normal. Eu não quero voltar atrás, foi uma decisão racional. Mas fica um sofrimento na alma.

**P, f10:** Acho que desde a semana passada vocês estão sendo invadidos por uma série de sentimentos que os fazem sofrer. Talvez realmente não exista uma solução tão prática para essas dores da alma, mas eu estou a disposição de vocês para conversarmos sobre essas coisas. Eu sei que é uma proposta difícil, falar sobre essa dor, mas podemos conversar, juntos.

**M1, f13:** Por mais que essa situação fique digerida, eu acho que nunca vou esquecer essa situação. Vai ficar presente para sempre na nossa história.

**G1, f11:** Mas a gente tem que elaborar, não deixar essa coisa ficar invadindo a sua vida o tempo todo. Sair dessa paranóia. Levar a vida, trabalhar, não tornar uma fixação. Não deixar que isso vire uma fixação. Não quero ficar lembrando disso o tempo todo. Acho que até espontaneamente vou procurar essa lembrança, mas não ficar atormentada por isso. Esquecer completamente é muito difícil.

**P, f11:** Esquecer é difícil, como vocês estão falando, mas conviver com esse fato de uma forma mais tranqüila, é possível.

**G1, f12:** Espero que a gente consiga.

**P, f12:** Eu estou à disposição de vocês para ajudá-los no que for possível.

#### **4.1.1 Categoria A: Análise das falas do casal sobre a notícia do diagnóstico**

Diversos sentimentos foram expressos em relação ao recebimento da notícia da malformação fetal. Identificamos a severa frustração dos pacientes perante o choque. Expectativas e planos há tanto tempo construídos para o filho vindouro foram abalados.

*"... É difícil porque tem toda uma história. Eu tinha dificuldade para engravidar e essa foi uma gravidez planejada. Nós queríamos muito.... Esses últimos meses tinham sido muito felizes. De repente, essa notícia" (G1, f1).*

*"Nós estávamos muito felizes. A gravidez estava fazendo um bem enorme para gente. Estava indo tudo legal, até que veio essa novidade que a gente não esperava" (M1, f5).*

Durante essa primeira fala, a esposa utilizou a palavra "história" e o casal repetiu-a outras vezes durante o transcorrer da entrevista. Como se pode perceber, o projeto deste casal em relação a gerar filhos era antigo; a "história" dessa gravidez já havia começado muito antes da concepção propriamente dita.

Esse fato vai ao encontro de algumas escolas que consideram a "idéia psíquica da concepção" o verdadeiro início da história da gravidez. O projeto desta envolve a conjunção de dois desejos: o masculino e o feminino. Tal projeto compõe a "pré-história" do filho. Quando se deseja um filho, ele é projetado imaginariamente no futuro. Em outras palavras, a criança imaginária já nasceu quando o embrião se implanta (Raphael-Leff, 1997, Szejer e Stewart, 1997); a criança é previamente delineada na realidade psíquica dos futuros pais. O seguinte estado de "intimidade" manifestado por G1 refere-se ao contexto imaginário mencionado acima:

*".... É triste. Está adiantado. Tem toda uma intimidade como o bebê" (G1, f1).*

A "história" da vida de um ser delineia-se antes do nascimento e da fecundação, quando todas as expectativas e angústias já estavam presentes na relação Pai-Mãe, do mesmo modo como já existiam tacitamente os genes causadores da doença no feto (Colucci, 1984). Sob tal raciocínio, percebemos também o desejo de M1 em ser pai e a repercussão da notícia com o "filho" na vida familiar, profissional e pessoal.



*“Agora eu parei meu trabalho, estou ficando com a minha mulher... Só depois do resultado é que eu me senti grávido e me senti pai...” (M1, f10).*

M1 abordou o desejo dos pais em serem avós e conseqüentemente, o desejo do casal em proporcionar esse prazer a eles.

*“Quando eles souberam que iam ter um neto, a vida deles, principalmente do meu pai, mudou muito. O humor dele melhorou muito, a vivacidade mudou muito. Ele tem perto de 70 anos” (M1, f6).*

O projeto de paternidade não se restringiu ao âmbito do casal. Percebemos um fenômeno comum na gravidez; intensifica-se a relação entre gerações. Muitos regalam-se à sensação de satisfazer o desejo dos próprios pais em serem avós, uma vez que a gravidez concerne de forma quase direta a toda a família do bebê, ou seja, às duas linhagens (Rafhael-Leff, 1997).

Os sujeitos concitaram uma questão central do ponto de vista psicológico: a perda de um ideal de gravidez perfeita, do bebê fantasioso, maravilhoso, dotado de poderes e qualidades.

*“A G1. diminuiu o trabalho dela, teve uma vida sossegada, longe de confusões. A gente sempre teve oportunidade de viajar, muito banho de rio, de cachoeira...” (M1, f9).*

*“...vivi momentos bons com o M1 nessa história, que foram bons até antes de saber que essa gravidez vai ser interrompida” (G1, f5).*

Embora superado o choque inicial, o casal ainda falava do quanto estava sendo intensa aquela semana. Além de toda alteração emocional, era preciso terminar os exames no feto.

*“Eu acho que essa história toda é uma fase. Uma fase que não acabou ainda. Ontem fez uma semana que a gente soube do problema. Foi uma semana muito intensa. Primeiro o choque...” (M1, f5).*

*“Semana que vem tem mais uma sessão, mais exames...” (G1, f5).*

O impacto da notícia, somado à nova rotina de exames para avaliações clínicas cada vez mais específicas, consistiu em uma situação de difícil manejo. M1 tentava isolar os pensamentos e negar a realidade.

*“Eu não sei até que ponto eu estou bem, ou estou me ocupando para não pensar” (M1, f6).*

Não pensar, e conseqüentemente, não sentir, acaba evitando um sofrimento maior. A negação constitui uma defesa primordial do ego, que se propõe a proteger o vínculo do eu com o objeto, pois a ruptura deste vínculo colocaria o ego em contato direto com as angústias de anulação e de perda (Missenard *et al.*, 1989).

*“Eu não quero pensar muito, mas essa história de ir para o hospital tem me assustado bastante” (G1, f1).*

O processo emocional vivido pelos pacientes condiz com a análise empreendida por Defey (1994) sobre as fases de elaboração psíquica do diagnóstico de malformação. A perda da gravidez perfeita e do bebê sonhado envolve um “micro-duelo”, isto é, um pequeno luto, com a manifestação de algumas características comuns. Para a autora, uma vez superado o choque inicial, a negação constitui-se da defesa mais utilizada nesse momento presenciado pelo casal, até que se atinja uma integração maior com a realidade.

A idéia do abortamento gerava culpa em ambos. Esse sentimento produz um estado mental angustiado e surge de um conflito ou de um ato considerado internamente repreensível pelo sujeito. A culpa é um sentimento freqüentemente encontrado em casais que optam pela interrupção da gravidez, mesmo quando estão seguros e conscientes da decisão (Elder, 1991).

*“A gente estava curtindo muito essa barriga. Aí você fica sabendo que o bebê tem um defeito. E, em função desse defeito, no final das contas você vai e mata esse bebê” (M1, f8).*

A culpa, de caráter persecutório, não possui só um senso moral, mas o conflito se baseia na sobrevivência do ego, que está sob ameaça de morte. Apresenta, dessa forma, um teor retaliatório (Klein, 1946). O trabalho da pulsão de morte, diante da rejeição explícita pelo feto após a notícia, suscitou a utilização de defesas egóicas mais ou menos arcaicas.

O processo de decisão do casal não é simples, na medida em que não existem boas opções. É comum, mesmo nos casais mais liberais com relação ao aborto, a reflexão sobre algumas questões: o medo de causar sofrimento para o filho se este viesse a viver com severas anomalias, o efeito da decisão de

assumir uma criança deficiente sob os outros filhos, recursos financeiros, influência familiar, o efeito da decisão no vínculo do casal e nas crenças religiosas e espirituais. Com toda essas variáveis o processo nunca é simples (Kuller *et al.*, 1996).

Diversas explicações que pareciam projetar o sofrimento do casal nas vivências do feto, da família e da sociedade foram fornecidas tanto por M1, como por G1. Os seguintes trechos exemplificam a projeção do sofrimento no feto:

*" As vezes eu penso que isso é um gesto de carinho com ele. Nós estamos privando-o de uma vida muito complicada. Por isso eu acho que vai ser bom para ele" (M1, f9).*

*"Eu acho que eu não tenho o direito de colocar um filho no mundo sabendo que com certeza vai ter muitas dificuldades...Eu acho que é desonesto com ele. É cruel" (G1, f1).*

A mesma defesa aplicada ao contexto social pode ser inferida desta fala.

*"... falaram muito do quadro clínico e menos da família, do social: como ela vai conviver com os amiguinhos do prédio. Isso não é visto pelos médicos" (M1, f6).*

Uma explicação que colocasse a razão e os modelos da natureza em pauta, parecia surgir como justificativa racional para aliviar a culpa.

*"... Talvez qualquer animal, pelas leis da natureza fizesse isso. Eu ainda não conversei com um amigo que é biólogo, mas vou perguntar. Eu quero saber se existe alguma espécie de animal que adota este comportamento. Quando descobre que o filhote tem um defeito vai e mata" (M1, f8).*

As projeções analisadas remetem a um conflito de ordem ética e moral. A decisão que estavam tentando tomar, ou seja, prosseguir com a gestação ou interrompê-la, envolvia questionamentos e confrontos com valores pessoais. A decisão de interromper a gravidez em geral instiga questionamentos do que é certo ou errado. É comum a tentativa de encontrar outros modelos religiosos, científicos, sociais, que auxiliem o raciocínio (White-Van Mourick, 1992).

Como se pode notar, o casal possuía a percepção de alguns dos fenômenos mentais existentes. Os sujeitos conseguiam assumir a interrupção da gestação como a melhor das alternativas consideradas para diminuir a

ansiedade.

*“É uma linha de pensamento bem racional. Porque a gente está tentando buscar nisso um alívio” (G1, f6).*

*“Eu não quero voltar atrás, foi uma decisão racional” (G1, f10).*

Para G1, a convivência com um o feto malformado seria apenas suportada por alguém com dons fora do comum. Na sua fantasia, a possibilidade de prosseguir com a gravidez até o fim e conviver com o feto malformado conduziria a um estado mental insuportável.

*“Realmente eu não tenho preparo para isso. Essa coisa de Madre Teresa é insano. Acho bom que existam pessoas que consigam enfrentar, mas nós somos diferentes. A dor tem uma medida” (G1, f6).*

*“Assim, de cara, tô fora... Tudo caminha para você não encontrar outra saída, não dá. Não dá, não tem como. Prolongar essa situação infernal, de muita angústia, de sofrimento é insano” (G1, f6).*

Pessoas nessa situação vivem um estado mental de muito perigo: o medo de desintegrar-se que, de acordo com a teoria Kleiniana, é caracterizado por uma situação arcaica de ansiedade. Para Klein (1946) a experiência central mais arcaica, está no medo de aniquilação pessoal, uma vez que a pulsão de morte está operando dentro do indivíduo. Há a angústia de ser aniquilado no processo.

*“Eu me sinto como se estivesse num avião e desligassem o motor lá em cima” (M1, f10).*

*“Mas a gente tem que elaborar, não deixar ‘essa coisa’ ficar invadindo sua vida o tempo todo. Sair dessa paranóia. Levar a vida, trabalhar, não deixar que isso vire uma fixação” (G1, f10).*

Como o vínculo com o feto estava configurado e aparentemente fortalecido antes da notícia, o fato de ter sido bruscamente abalado assinalou um sentimento de ambivalência. Entendemos tal sentimento como a presença simultânea, na relação com um mesmo objeto, de atitudes e de sentimentos opostos, fundamentalmente amor e ódio (Laplanche e Pontalis, 1991).

*“Nesses últimos dias eu não sei como agir: ignorar a barriga, curtir mais um pouco, me aproximar, ou tomar uma atitude de afastamento” (G1, f4).*

O fim do processo da gravidez, o sofrimento em interromper uma história tão feliz e idealizada parecia justificar a troca da palavra “filho” ou “bebê” por “essa barriga”, uma vez que o sentimento por “essa barriga”, era menos carregado de emoção do que por esse “filho”. Observamos a tentativa de lidar com a angústia da separação, da perda da gravidez que também trouxe tantos prazeres.

*“O que a gente faz com essa barriga: faz carinho, rejeita, como é que a gente lida com essa barriga?” (M1, f8) .*

*“Mas está chegando o momento da gente se separar desse bebê” (M1, f9).*

Em se adotando como referencial a Teoria das Relações de Objetos, o estado mental observado é característico da posição esquizo-paranóide, pois adicionalmente se vive a angústia diante de uma situação persecutória (Weininger, 1996). No entanto, o casal caminha para uma integração entre os aspectos bons e ruins da situação, uma vez que não era intensa a negação dessas vivências em relação ao objeto “feto”. Os pacientes admitiam ter desfrutado de outros sentimentos além da dor e do sofrimento associados ao feto e à gravidez; embora o abortamento gerasse culpa, foi reconhecido como a opção de escolha.

#### **4.1.2 Categoria B: Análise do vínculo conjugal, bem como do vínculo que o casal estabelece com o feto, a equipe médica e a psicóloga.**

A primeira fala do casal remete à existência de uma intensa expectativa quanto à atuação dos membros da equipe de assistência, inclusive da psicóloga.

Logo de início a psicóloga pede a autorização para a utilização do gravador e, mesmo tendo explicado o propósito, foi questionada por M1.

*“Você está fazendo algum tipo de trabalho, um estudo, alguma coisa assim?” (M1, f1).*

Além de ter confirmado o objetivo da gravação com a pergunta transcrita

acima, M1 revelou esperar, na fala seguinte, uma atitude mais diretiva por parte psicóloga, em que apenas iriam responder perguntas.

*“Pensei que fosse perguntar coisas para gente” (M1, f2).*

Em outro momento, G1 esperava encontrar uma solução para a dor mental pela qual estavam acometidos.

*“Pensar no futuro está me fazendo sofrer muito agora (choro compulsivo) Até se você pudesse falar alguma coisa nesse sentido, baseado na sua experiência, talvez pudesse ser bom. Como as pessoas passam por isso?” (G1, f4).*

Ao analisar as falas, percebemos como a atitude adotada pelo casal foi semelhante em relação aos outros profissionais da equipe. Os pacientes irritaram-se com as diferentes posturas para solucionar o problema, apresentadas pelos médicos com quem tiveram contato.

Pela nossa compreensão, o “grupo casal” assumiu primeiramente uma atitude mais passiva em todas as situações destacadas, esperando por uma pronta solução para os problemas físicos e emocionais enfrentados. Este modo de se relacionar é característico de um estado mental mais regressivo. Dentro dos pressupostos do funcionamento psíquico grupal, esse modo mais passivo de relacionamento caracteriza-se por uma posição de dependência em relação a uma figura fantasiosa (médico, psicóloga) capaz de solucionar todos os problemas. A dependência é uma regressão em que a ação sobre a realidade projeta-se em outra pessoa (Bion, 1975).

A recusa da dependência pode provocar uma reação de luta ou fuga. Neste caso, percebemos que a recusa do médico e da psicóloga em oferecer soluções prontas para o casal favoreceu o processo de reflexão. O casal demonstrou estar coeso e integrado no contexto da solução de escolha para o problema, comportando-se mais ativamente.

*“...você vê que o que eles (médicos) tem em comum é o fato de usarem roupa branca, e pára por aí. Eles tem posturas diferentes, filosofias,... e no final das contas quem tem que ter a iniciativa é o paciente” (M1, f5).*

O vínculo do casal com o feto foi claramente evidenciado na entrevista. Porém, a decisão por ser tomada parecia estar mais influenciada pelo tipo de

problema detectado e todas as implicações pertinentes do que pelo tempo de gestação ou intensidade do contato afetivo então estabelecido. Essa característica do processo de decisão dos casais parece se manter independentemente da malformação encontrada (Evans, 1996).

Percebemos este casal mais próximo das vivências específicas da posição depressiva, tentando integrar os aspetos odiados e amados. A existência de sentimentos depressivos, tem um efeito positivo na maior integração e compreensão da realidade psíquica, percebendo melhor as situações internas e externas.

Observamos contudo o quanto é difícil e sofrido o rompimento do vínculo estabelecido até então. A decisão pelo abortamento devido a uma anormalidade com o feto parece ser menos difícil no primeiro trimestre da gestação. A partir do segundo trimestre existem evidências muito maiores do desenvolvimento do feto, como o crescimento da barriga e a percepção dos movimentos fetais, o que torna a decisão mais difícil (Kornman *et al.*, 1997).

#### **4.1.3 Categoria C: Análise das falas do casal sobre o prognóstico**

Foi possível observar que a idéia de interromper a gestação não conduziu ao abortamento dos pensamentos e da angústia produzidos pela convivência com o produto-filho (malformado). Ao abordarem o futuro, a angústia ainda era evidente. Havia um profundo receio de não se conseguir conviver com o fato.

*“Não quero guardar seqüelas... Vai ficar um vazio muito grande... não sei como vai ficar esse espaço. Depois a gente ainda vai ver esse fantasma” (G1, f6).*

*“Eu não tenho a menor idéia de como vai ser quando voltarmos para casa.... não sei como vai ser a volta” (M1, f10).*

Podemos supor que a idéia de eliminar concretamente o objeto (feto) gerador da angústia não teve o efeito de anulá-la. É possível dimensionar a intensidade dos conteúdos internos a sustentá-la.

*“Tem uma coisa que penso nessa questão da adoção: ter ou não ter. Nós*

*seríamos os únicos na família, no nosso grupo de amigos. Não tem nenhuma história nas duas famílias. Eu fico pensando como vai ser: ser o diferente” (M1, f10).*

Sabe-se que a gravidez é uma época importante para a consolidação da identidade do homem. O marido sofre paralelamente, toda a ansiedade e o autoquestionamento que assaltam as mães (Brazelton e Carmer, 1992). O casal parece começar a mexer nessa identidade parental que estava sendo consolidado.

A ausência de filhos, a idade materna e a dificuldade para engravidar podem prolongar o processo de luto após a interrupção da gravidez por problemas genéticos (White-Van Mourik, 1992). Há um incremento da angústia com relação ao futuro e à capacidade reprodutiva, na medida em que não há nenhum “produto-filho” saudável produzido pelo casal. Em pesquisas com grupo controle, a ansiedade, o isolamento social e principalmente o vínculo mãe-bebê sofrem maior alteração nas mulheres que não possuíam filhos saudáveis (Hunfeld *et al.*, 1996).

Na fase da gravidez em questão, interrompê-la não ofereceria sérios riscos à saúde materna, porém o luto e as repercussões emocionais e sociais que o procedimento evoca podem perdurar por quase um ano e interferir no relacionamento conjugal (White-Van Mourik, 1992). Além disso, as mulheres com idade materna avançada (mais de 35 anos) e histórico de interrupção gestacional por motivos genéticos levam em média mais tempo para engravidar do que aquelas da mesma faixa etária, com histórico de perda espontânea (Brandenburg, 1992).

O casal analisado demonstrou possuir o discernimento de que essa situação levaria um certo tempo para ser elaborada por completo de modo a permitir-lhes tomar decisões acerca do futuro reprodutivo. Ambos os pacientes demonstraram confiança em sua capacidade interna para resolver e superar problemas, assim como foi o caso da primeira perda.

*“...eu sei que somos razoavelmente inteligentes e espertos e vamos encontrar uma solução, uma alternativa, pensar em alguma coisa” (G1, f6).*



*“Hoje nós lidamos com o problema de outra forma. A outra foi a primeira” (G1, f9).*

O relacionamento emocional deste casal, aparentemente bem estruturado, permitiu a expressão dos sentimentos suportados por ambos os cônjuges. Este é um fator bastante positivo na superação do luto (White-Van Mourick, 1992).

*“Acho que a gente tem um casamento bom, e tem coisas para gente fazer” (G1, f8).*

Quando os casais perdem filhos, mesmo se possuírem outros, é universalmente conhecido o processo de luto e depressão profunda encarado pelos pais. O impacto da perda de um feto, além de menos intenso, diminui substancialmente quando há o prazer de ter um filho saudável posteriormente (Seller, 1993). No entanto, em função da idade e dos riscos genéticos, o casal estudado pode não desfrutar dessa oportunidade e portanto, sofrer maiores danos.

Um apoio emocional fornecido pela equipe seria útil para capacitar o casal munido das informações médicas a decidir acerca do futuro reprodutivo após a elaboração dos acontecimentos (Rovigatti (c), 1998).

#### **4.1.4 Categoria D: As vivências da psicóloga**

Pensando nas vivências decorrentes do atendimento prestado ao casal, vem à mente a sensação de não ser capaz de conter a irritação dos cônjuges. Isso surgiu no momento quando M1 reconditadamente questionou se a posição adotada para ajudá-los não seria a mesma que a dos médicos.

Penso ter vivido situação semelhante à desses profissionais diante de pacientes acometidos por profundo sofrimento. Havia o desejo de ajudá-los. O silêncio após a declaração de M1 foi proposital. Os sentimentos foram contidos, pois não acreditava ser a idéia por eles preconcebida (“...ficar fazendo perguntas...”) adequada para propósitos assistenciais. Estava ciente das dificuldades inerentes ao caminho percorrido; uma vez que dirigir perguntas

evitaria em certa medida o contato mais espontâneo. Perceber que o casal possuía condições psíquicas para encontrar soluções apropriadas causou-me alívio, como se pode verificar pelos comentários feitos sobre as atitudes adotadas perante o comportamento dos médicos.

No decorrer da entrevista, essa atitude de escuta acabou por favorecer a expressão dos sentimentos ambivalentes associados àquela gravidez que havia proporcionado tantos prazeres ao casal.

O amor e ódio pelo filho em gestação foram expressos de maneira bastante emotiva, principalmente por G1. A impressão era de estarem realmente pensando na decisão pelo abortamento com certa consciência, sem com isso anular a “história” desse filho. Apesar de cada um manifestar a própria angústia, consentiam quanto à alternativa julgada a mais conveniente. Os momentos em que se abordaram esses aspectos foram os mais intensos, com prantos e falas por demais comoventes.

O conflito entre amor e ódio – entre libido e agressividade – evolui dentro do indivíduo, dentro do casal e dentro do grupo (Kernberg, 1989). Como o casal possui dinâmica própria enquanto pequeno grupo, é possível que naturalmente consiga administrar as projeções mútuas, fortalecendo o vínculo e oferecendo apoio entre seus membros.

Terminada a entrevista, restou um sentimento de que os havia frustrado por não ter respondido a nenhuma das perguntas por eles dirigidas. Contudo, sucesso foi alcançado tendo em mente os objetivos da entrevista. Tanto as manifestações de raiva e rejeição, como as de choro e dor foram ouvidas, as quais selaram o fim de uma “história” mal sucedida.

#### **4.2 Casal 2: Relato na íntegra da entrevista**

**P, f1:** Eu gostaria de saber se vocês autorizam a gravação dessa entrevista para fins de pesquisa. O nome de vocês não será divulgado.

**M2 e G2, f1:** Tudo bem.

**P, f2:** Eu estou à disposição de vocês para ouvi-los.

*Assim que entraram na sala de atendimento o casal se sentou e logo em seguida G2 pediu para ir ao banheiro. P. e M2 permaneceram em silêncio aguardando o retorno de G2.*

**G2, f2:** Antes da gente vir aqui eu queria falar que eu passei um período fazendo análise com um psiquiatra, um pouco antes do nosso casamento. Eu tinha o seguinte hábito: quando eu tinha algum problema eu guardava só para mim. Eu não conversava com ninguém, não contava nada para ninguém. E,...eu tive um problema sério por causa disso, eu fiquei sem andar. Eu fiquei com medo achando que podia ser um problema neurológico. Depois descobriram que não. Eu havia acumulado tantos problemas que foi por isso que reagi dessa maneira. Foi muito bom porque ele me ajudou a ver que eu estava com problemas. Ele é uma pessoa maravilhosa, me ajudou muito. Era um psiquiatra, não um psicólogo. Não precisei tomar nenhum remédio, porque ele disse que eu era uma pessoa muito decidida. Quando eu fiquei grávida, e depois fiquei sabendo do problema e da necessidade de fazer um exame mais decisivo, eu comecei a ficar com medo novamente. Fiquei muito nervosa.

**M2, f2:** Ressentida.

**G2, f3:** E pensei: eu não estou preparada para receber uma notícia ruim. Depois do exame ficamos 24 horas aguardando esse resultado. Tivemos 24 horas para nos preparar porque provavelmente eu iria receber uma notícia ruim. Aí, eu fui conversar com minha prima que é psicóloga. Ela me ajudou em algumas dúvidas que eu estava tendo com relação ao meu sogro, que é muito católico. Eu tinha medo das críticas que ele podia fazer. *(caso eles decidissem pelo aborto)* Eu não queria que ele me interpretasse mal. Porque você acaba se culpando. Aí, ela sugeriu para eu conversar com o meu psiquiatra. Como eu já conhecia o estilo dele (ele ia perguntar tudo como se não soubesse nada: o que você acha? É isso mesmo que você quer?) eu não quis ir. Eu tinha medo de ir conversar com ele e, em vez dele me ajudar, ele pudesse me deixar mais confusa. Aí, fui conversar primeiro com uma outra pessoa.

**M2, f3:** Ela não queria ficar mais confusa.

**G2, f4:** Mais confusa do que já estou. Aí, ele deu o parecer do que ele estava achando: ele disse para voltarmos ao meu analista e disse que ele não ia fazer o que estávamos achando que ele fosse fazer. Aí, nós fomos juntos e foi bom. Pudemos conversar sobre essas questões do meu sogro, que é contra o aborto. Foi bom porque a gente desabafou com uma pessoa que estava de fora. Para todos os efeitos lá em Fortaleza vão ficar sabendo que nós perdemos o bebê e só. Como se a placenta não estivesse segurando. Nós não queremos contar, porque eu sou muito conhecida lá e todo mundo vai ficar perguntando o que está acontecendo.

**M2, f4:** Queremos evitar comentários.

**G2, f5:** Queremos evitar qualquer tipo de comentário. Já vai ser difícil o que vou passar e não quero que ninguém fique sabendo. As pessoas são muito curiosas. Viemos para SP para esclarecer esse diagnóstico e decididos fazer o aborto longe de Fortaleza. Ficamos sabendo dessa conversa com a psicóloga. Achei bom porque iríamos ficar mais tranquilos.

**M2, f5:** Desde que apareceu o problema eu fiquei meio abestalhado. Só depois é que eu cai na real e fiquei pensando se realmente eu tinha coragem de fazer. Aí eu fiquei em conflito. O que está me deixando mais tranquilo é saber do alto índice de gravidade da coisa. Se realmente fosse uma dúvida eu ia ficar sem saber o que fazer. É arriscar muito. Mas como já foi atestado que é muito sério o caso, não temos muito o que fazer. Não é só a vida dela e a minha, tem a vida dele (*referindo-se ao filho*). Ele vem para o mundo de que forma? Isso conforta um pouco. Eu não vou dizer que estou tranquilo com isso, porque não estou. Eu sou muito católico, meus pais são muito religiosos. A minha mãe, graças a Deus, nunca pensou como papai. Ela realmente foi muito legal, ela nunca pensou como ele. Meu pai é contra, ele está reclamando. Ele prefere acreditar na religião do que na ciência. É um negócio meio complicado com ele. Mas já está atestado!

**G2, f6:** Para ele é como se tudo fosse Deus que quis. Tudo é: "Deus que quis!"

**M2, f6:** Tudo está nas mãos de Deus.

**G2, f7:** E argumentar é difícil. Nós já explicamos que o índice de estar afetado é de 90%. É muito alto! Aí ele fala: mas tudo pode minha filha. Para ele 90% e 1% não tem a menor diferença. A única coisa que eu acho que ele vê de outra maneira é o fato do meu médico; que está me acompanhando lá em Fortaleza; ser um médico da família, muito antigo e que todos confiam. Mas tem dois. Um deles foi quem me acompanhou na tentativa de acertar um anticoncepcional. Aconteceu uma catástrofe na minha lua de mel: 40 dias de hemorragia. Não sei o que aconteceu comigo. Mas, não me senti mais segura com ele porque ele dizia que era psicológico. Eu estava em Cancun, não conhecia ninguém e fiquei apavorada. Eu me senti muito insegura porque ele não quis me medicar. Ele dizia que era psicológico. Parei de tomar a pílula e continuava com hemorragia. Não podia ser psicológico. Depois ele achou que era uma baixa taxa hormonal. Depois ele me mandou para um clínico geral porque eu estava com anemia. Fiquei insegura com ele e fui procurar outro médico. Fiz um tratamento de hormônio para parar a hemorragia. Estava tudo errado. Fiquei cada vez mais insegura. Falavam que era psicológico, mas não era. Fui no médico de pressão alta, mas não era nada disso. Até que encontrei um que me orientou melhor. Só que parei de tomar anticoncepcional e falei que não queria engravidar. Fiquei preocupada porque depois eu não conseguia mais engravidar. Um dos médico me falou que eu tinha que esperar pelo menos 1 ano. Depois de 1 ano consegui engravidar. Quando eu engravidei não sabia que médico procurar. Cada um da minha família indicou um médico diferente. Ai, perguntei para minha madrinha quem que ela indicaria se fosse a filha dela, com quem ela iria se sentir segura. Ela disse que seria com o Dr. X. Mas ninguém na minha família tinha ouvido falar desse médico. Esse médico pediu um monte de exames e pediu esse que acusou o resultado. Se eu tivesse com meu médico antigo talvez eu nem teria descoberto esse resultado. Mas ai eu voltei para o meu médico antigo mesmo porque o Dr. X. era muito frio. Deu a notícia como se eu já tivesse perdido o bebê e como se eu tivesse feito alguma coisa. Não sei. Parecia que esse Dr. X. estava escondendo alguma coisa. Apesar dele ser muito competente e ter muita segurança no que ele estava falando. Ele queria que eu fosse fazer a

interrupção em Curitiba. Mas eu não sabia nada sobre o hospital, o médico, e ele também não quis falar muito. Ai, me senti muito insegura. Ai, ele me sugeriu para fazer na clínica dele. Então pensei: ou ele estava querendo que eu fizesse na clínica dele, ou ele estava escondendo alguma coisa e não queria me dizer o que era, ou ele não tinha mesmo um pingão de psicologia para dar a notícia: seu filho quebrou e vai ter que comprar outro. Esse dia foi o pior dia para mim, pior do que pegar o resultado definitivo. Foi um choque! É minha primeira gravidez, não estava esperando. Parecia que o mundo tinha acabado. Não transpareci nada. Quando sai comecei a chorar. Tive uma crise de choro. Ai fui procurar meu tio que é médico e contei para ele do vírus. Ele disse que nunca tinha ouvido falar desse vírus. Não era a área dele. Só tinha ouvido falar que poderia ocorrer um aborto nos primeiros meses. Ele disse para eu voltar para o médico antigo, Dr. Y. O Dr. Y. não tem o estudo que o Dr. X. tem, mas trata o paciente com carinho, se preocupa, liga e foi por isso que voltei para ele. Foi ele quem me encaminhou para SP para fazer um estudo mais especializado. Imagina que tudo isso aconteceu e eu fui parar num médico que descobriu a doença para eu voltar para o médico que eu estava. Será que eu não posso pensar que foi Deus que me encaminhou para ele. Eu tenho amigos que só souberam do problema depois que o bebê nasceu. Não deu para descobrir antes. Acho que foi Deus que permitiu isso. Imagina a confusão que eu não vivi, o que sofri, para voltar para o meu médico e me sentir mais segura. A última frase do meu sogro foi que eu poderia me sentir iluminada, vindo por esse lado. Ele disse que ia rezar pra gente e pronto.

**M2, f7:** Nós conversamos com o médico lá em Fortaleza e ele disse que nós devemos fazer o que deve ser feito. Eu realmente tenho procurado não pensar muito nisso. Tenho medo de como vou reagir depois. Eu tenho medo de ter um remorso depois que passar. Mas quando eu penso nisso eu me lembro que essa dor, a dor do remorso, vai ser menor do que a dor de ter essa criança e ter que encará-la todo dia. Não sei o que vai acontecer depois, mas acho que não dá para arriscar.

**G2, f8:** Porque quando a gente falou com o psiquiatra, como ele já me conhece, fui perguntar para ele como eu iria reagir. Ontem eu tive uma crise de choro. Ele me perguntou do que eu tinha medo e disse que não tinha a menor idéia do que era. Tenho medo mas não sei explicar o que é.

**M2, f8:** Um medo físico e psicológico. O psicológico a gente achou que tinha tratado. Achamos que podia ser o lado físico. Ela não soube nem dizer, só chorou a noite toda. *(G2 interrompeu M2. e continuou sua fala)*

**G2, f9:** Ele perguntou se eu queria ou não fazer. Fazer é claro que eu não queria. Eu queria que meu filho estivesse lindo, maravilhoso. Mas já que não tá, eu tenho que fazer, não tenho outra opção *(referindo-se ao aborto)*. Meu psiquiatra disse que eu sou uma pessoa muito decidida e que deveria fazer o que decidisse. Meu medo é do depois. Por mais que eu chore, e eu não sou muito de demonstrar minhas emoções, eu tenho medo de como vou reagir depois. Eu estava tão grosseira com todo mundo. Normalmente eu não sou assim. Estava “estourando” desnecessariamente. Eu não sou assim. Eu sou uma pessoa muito paciente. Depois eu fui pedir desculpas para as pessoas. Estou com medo de como vou reagir depois. Se eu estou assim agora! Pode ser que eu reaja maravilhosamente bem, pode ser que não. Ele disse que por eu ser mais objetiva do que emotiva eu vou superar bem. Já para o M2, eu acho que ele reagiu muito friamente. Se acontecer isso a gente faz e pronto. Parece que ele não reagiu com o coração. Aqui ele tem se emocionado muito mais. Acho que como eu ando muito abalada, não gosto de falar com ninguém.. As pessoas ainda me dão parabéns pela gravidez. Eu tenho medo que depois para ele vá ser um choque. Porque ele tem sido o forte. Eu acho que ele tem tirado as dúvidas físicas e não as psicológicas. Eu tenho medo do que o M2 anda pensando.

**M2, f9:** Se eu tivesse a percentagem menor eu ia ficar o resto da minha vida me culpando. Mas como não é, é quase 90%, é muito arriscado. Não quero nem pensar que pode ter uma chance grande! Vou achar que estou matando um inocente.

**G2, f10:** Acho que nós tivemos na família um caso bem próximo da gente. O meu sofrimento nem se compara com o dela. O dela é 100% pior. A mãe teve contato com rubéola e só veio saber 9 meses depois. Depois que o nenê nasceu. Todo dia as pessoas rezam para o bebê morrer. Todo mundo teve que fazer exame de rubéola e o bebê era um monstro. Todo deformado. Além disso ela perdeu o irmão também. Morreu meu primo, a mulher está no hospital e os dois filhos também sofreram. Ela não sabe que o marido morreu e os filhos vão ficar defeituosos. Se eu for comparar acho que tive um sofrimento muito menor. Tenho uma amiga que nunca vai poder ter filhos. É tudo bem pior. Eu sei que tenho que fazer, nunca tive um parto. Não sei como vai ser.

**M2, f10:** Só depois do processo é que a gente vai ver como vai ficar a seqüela na cabeça da gente. Independente disso, não sei qual vai ser a dor que vamos sentir, vai ser menor do que isso que sentimos agora.

**G2, f11:** De certa forma, o que a gente achou bom é que a percentagem do risco é bem alta. Por que se fosse 70% e 30%,ai...

**M2, f11:** Na verdade eu nem cheguei a perguntar para o médico qual era realmente a percentagem. Eu ouvi falar que era 90%, e acabou. 10% ia ser mais complicado na minha cabeça. Não dá para arriscar. É comprometer demais uma pessoa. Coitado dele. Depois a gente morre e como é que ele fica.

**G2, f12:** A minha irmã, a terceira, para mim era a mais bonita de casa: alta, magra, inteligente. Tem tudo para ser uma pessoa maravilhosa. É a mais problemática. É a que dá mais trabalho para minha mãe lá em casa. Toda hora fica falando que não pediu para nascer. É sério! Se tem uma pessoa normal que questiona o pai porque pois no mundo, já pensou se meu filho viesse questionar porque permitimos isso. Uma criança sem falar, sem andar. A gente vai por uma criança no mundo que nem sabemos se vai tirar proveito do mundo. Eu acho que vou me arrepender menos se tirar do que não tirar. Ele vai ser discriminado e os defeitos são graves. Vão comprometer a inteligência. Ele pode ter um microcérebro. Se eu tive a oportunidade de saber é para tomarmos uma decisão.



**G2, f13:** Já deve ter tido casos parecidos com o meu. Pela sua experiência como é que a pessoas agem depois?

*Havia passado meia hora de entrevista até que se dirigissem diretamente à P. O casal falou sem interrupção, com uma fala muito acelerada, até esse momento.*

**P, f3:** Esse processo de decisão está sendo muito difícil para vocês. Não existe um padrão para as reações das pessoas, não dá para saber como é que vai ser depois. O que é que vai acontecer, como é que vocês vão se sentir e conviver com o fato. É sempre muito difícil, independente do risco, da escolha e de tudo que poderá acontecer.

**G2, f14:** A única coisa que eu estou sentindo é muita raiva. Não é de mim. Não sei explicar porque estou sentindo isso. Não é do Dr. Y. também. Minha mãe falou que era de Deus, porque eu não quis ir na Igreja. Muito pelo contrário, acho que estou me sentindo muito tranqüila até com todos. Talvez, a minha raiva, a que eu estou sentindo, não seja raiva mas sim tristeza. Por que as pessoas não são informadas desses problemas. As pessoas quando engravidam não sabem nem que existem esses problemas. Como a pessoa pode se cuidar. Eu também poderia fazer o exame antes. Apesar que eu acho que peguei logo que engravidei. Eu achei que estivesse com apendicite e não era. Eu estava muito mole, com dor de cabeça. O Dr.Y. achou que era nesse momento. Quando eu fiz o exame não mostrava apendicite. Mostrava um óvulo. Mas quando encostava na minha barriga eu gritava. Talvez algum período de menstruação atrasado. Quando eu fiz o exame da gravidez era tão no começo que nem dava positivo. Mas só daria uma semana depois. Foi ai que peguei. As pessoas deveriam ser informadas. Eu conheço pessoas que estão grávidas, tem uma até na família, e já no segundo filho e eu não sei se posso passar esse vírus para ela. A única coisa que vou fazer é não usar o mesmo banheiro. Eu perguntei para ela se ela tinha feito todos os exames. Ela disse que só tinha feito um “check-up”: anemia, glicemia,... Foi exatamente o que eu fiz. Falei para ela que não adianta nada. Uma outra amiga minha descobriu que teve toxoplasmose no meio da gravidez. Passo nove meses deitada, com medo de perder o bebê. Mas graças a Deus foi tudo bem. Estou tentando falar para elas fazer esses exames

antes. O pré-natal é depois que você engravida e é importante fazer tudo antes de engravidar.

**M2, f12:** Mas , como no nosso caso: independente de fazer antes, não tinha jeito, pode surgir.

*M2 falou olhando em direção à G2.*

**G2, f15:** Mas a pessoa pelo menos fica sabendo. Por exemplo: no meu trabalho eu estou sempre com público, com multidão. O Dr. Y. disse que esse vírus a gente pode pegar do ar, do espirro. É claro que se eu estivesse sabendo antes eu teria evitado andar em multidão, colocaria outra pessoa no meu lugar. A pessoa podia pelo menos ser avisada. A rubéola todo mundo sabe, mas esse vírus ninguém sabe. Esse vírus você pode pegar em qualquer momento da gravidez e pode afetar em qualquer momento da gravidez. Ninguém sabia disso lá, nem que existe.

**M2, f13:** Mas essas coisas, por mais que a gente seja precavido, não tem como evitar..

**G2, f16:** Eu sei, mas tem maneiras de se precaver.

**M2, f14:** Eu sei que se a sua amiga tiver o filho com problema você vai se culpar para o resto da vida.

**G2, f17:** Vou mesmo.

**M2, f15:** Mas como é que você sabe que ela pegou isso de você? Com quantas pessoas ela não está tendo contato lá? Como é que a gente vai saber de quem ela pegou? Essas coisas podem acontecer com qualquer pessoa.

**G2, f18:** Eu sei, mas ela poderia ser comunicada. Olha: você pode pegar esse vírus, você tem que se cuidar, que tipo de profissão você tem? Por exemplo, as vezes eu trabalho em campanha política. Imagina se eu estivesse em plena campanha, no meio do interior do sertão? É óbvio que eu não iria para esse tipo de trabalho. Ninguém sabe de nada!!! Realmente se essa menina tiver a virose eu vou me culpar para o resto da vida. A única coisa que se fala é de rubéola. E rubéola todo mundo lê, vê, está tudo explicadinho. Esse vírus para mim é muito pior. Ninguém ouve falar. Nem os médicos sabem! Poucos médicos sabem. Meu primo é médico de coração, o outro era psiquiatra, meu tio que é de joelho,

ninguém sabia nada. Só sabiam que eu podia ter um aborto nos primeiros meses. É uma informação muito pequena. Eles nem sabia o que estavam dizendo. Isso que me dá tristeza! Não me revolta por eu ter tido isso não. Até porque eu teria feito o exame de qualquer maneira. Mas as pessoas não sabem. Devem ter pessoas doentes que nem ficaram sabendo o que era. Nesse caso que eu contei, a mãe nem sabe o que aconteceu, eu acho que ela teve o mesmo problema que o meu. Ela disse que não teve nada durante a gravidez, só tem filhos normais e o bebê nasceu com microcefalia e hoje não fala. Não pode ter sido isso? Ela nem sabe! Para quem eu puder avisar eu vou contar e tentar prevenir.

**P, f4:** É difícil fazer esse controle! A forma de contaminação desses tipos de doença deixa a doença ainda misteriosa e isso angustia muito.

**G2, f19:** E não tem vacina, né? Não tem nada. Mas, pelo que entendi eu não vou mais correr esse risco, porque não tem como pegar de novo.

**P, f5:** E até ter uma assistência médica especializada que cuide deste aspecto e dessa história prévia. Vocês poderão cuidar disso.

**M2, f16:** Nós já chegamos a conversar sobre isso. Agora vai ser um check-up total, de tudo. Eu pensei que nunca fosse fazer. Já estou até traumatizado com isso. Agora não quero que aconteça de novo comigo, mas como é que a gente vai saber? Deus é quem sabe. Deus me livre de acontecer isso de novo, mas como a gente vai saber? A gente pode tentar agora, vamos tomar todas as precauções, mas nem com a gente, a gente pode dizer que não vai acontecer. Se Deus quiser não, mas sei lá! Nem para gente dá para prevenir, quanto mais para os outros! Se acontecer com ela é o destino dela! O que você pode fazer é orientá-la para ela ir até o outro médico (Dr.X.).

**G2, f20:** Mas se não falar ela não vai fazer.

**M2, f17:** Abre o jogo com ela, conta o que você passou. Ela é sua amiga! Vai guardar segredo! Conta pelo que você passou! Se você achar que deve fazer, senão depois você vai se culpar. E não tem nada a ver!

*Nesse momento da entrevista as falas estavam mais pausadas e G2 não interrompia mais M2 como antes*

(Silêncio breve - 10 seg.)

**M2, f18:** Ela vai para o Fórum. Quantas pessoas tem naquele Fórum. Como é que você vai impedir. Se for o destino dela também!

**G2, f21:** Eu me conheço. Se ela tiver essa doença eu vou acabar me culpando!

(Silêncio breve - 15 seg.)

**P, f6:** Me parece que esse raciocínio que o M2. está fazendo aplica-se para vocês também. Não tinha como vocês impedirem uma contaminação que se dá até pelo ar! Seria impossível evitar de qualquer forma! Ou seja mesmo que vocês tivessem todas as informações não há um controle total.

**M2, f19:** Você mesma (*referindo-se à G2*) deu um exemplo aqui. A moça teve sem saber que teve rubéola. Imagina esse outro. É muito difícil. A gente tem que dar Graças a Deus que a gente soube e está tendo uma maneira de resolver o problema E quantos tiveram e não puderam fazer nada. As pessoas precisam ser orientadas, só isso. Paciência! Orienta: se ela quiser fazer ela faz

**M2, f20:** A gente não pode se culpar de algo que estava fora de nosso controle. Por exemplo; se eu pegar AIDS, através de uma relação sexual, ai, tudo bem. Estava sob meu controle. Mas assim como nós, não tem controle!

**G2, f22:** Eu já acompanhei duas amigas que resolveram fazer aborto. Por vontade própria, não tinha nenhum problema. Um eu cheguei a acompanhar de perto porque ela teve hemorragia e me ligou de emergência. Tomou citotec e deu problemas. Toda vez que eu penso em aborto eu lembro dela, daquela hemorragia. Eu nunca tinha visto aquilo, nunca tinha ouvido falar de citotec na minha vida. E foi tudo escondido, um horror! Eu tinha um amigo que era estudante de Medicina que não teve coragem de chamar o médico, nós é que ajudamos. Ela era tão louca que depois ela teve fez outro aborto! Só que dessa fez ela não fez com remédio em si, fez com sugador. Esse eu não acompanhei. Quem acompanhou foi uma outra amiga minha que estava grávida de 4 meses. Ela quase perdeu o bebê, de tão traumatizada que ficou. Ela teve hemorragia, infecção. Ela viu o feto destruído. Esse eu não assisti. Eu era contra o aborto e não quis ir. Da outra vez eu fui salvar ela, porque ela estava quase morrendo. Essa outra amiga acompanhou porque ficou com pena dela. Foi uma coisa tão

maluca que depois ela convidou a amiga que já não estava passando bem para comer um churrasco. Ela foi como se não tivesse acontecido nada. Resultado: ela pegou uma infecção grave que quase que ela não se recupera. Agora ela está normal. Ela fez tudo isso e não morreu. Toda vez que eu penso eu só consigo enxergar o caso dela. Ela ensangüentada. A maior confusão do mundo. Fala em aborto eu só lembro dela. Tenho medo de hemorragia. O que eu vi foi tão traumatizante para mim na época! Eu tinha só 17 anos. Eu não consigo imaginar o que eu vou passar quando fizer. Eu nunca tive um filho, não sei como é. Eu só lembro daquele sangue todo e do quadro gravíssimo dela. Não tenho idéia do que vou passar. Mas imagino que vá acontecer a mesma coisa que com ela. Isso me deixa insegura.

**P, f7:** Há sempre um risco a correr, mesmo que mínimo em qualquer decisão. Agora como cada um vai reagir a um procedimento desse também não dá para saber.

**G2, f23:** É. Eu não quero isso. Eu tenho muito medo de passar pelo que ela passou. *(G2 falava com mais calma. Começou a chorar e falar ao mesmo tempo)*. Eu não desejo para ninguém o que ela passou. Tanto que hoje à noite eu não conseguia dormir porque ficava lembrando de tudo que ela passou. Meu último sonho dessa noite foi que eu estava sozinha, fazendo o aborto, sem ninguém do meu lado, estava abandonada e, com muito medo! Ai eu pedia para ninguém sair do meu lado, nem ele (M2) nem minha mãe. Eu estou com medo porque eu me lembro da minha amiga, e sei que se nós não socorrêssemos ela morreria! *(G2 continuava chorando sem parar e falava ao mesmo tempo)* É como se eu estivesse entrando num caminho escuro e não soubesse o que vai acontecer comigo! Até a anestesia me dá medo. Eu sempre tive medo do parto! Imagina um parto sem ter o bebê vivo. Talvez tenha sido isso o motivo de ter chorado tanto ontem à noite.

*G2 continuava chorando.*

**P, f8:** Me parece que você está falando dos perigos do procedimento da interrupção da gestação, que parece ser o desejo de vocês, mas também tem o

medo do que vocês vão sentir durante e após o procedimento. Medo dos sentimentos que vão surgir.

**G2, f24:** É engraçado, no meu jeito de ser eu não sou de conversar muito e as pessoas ficaram bravas comigo. Ficaram com raiva porque eu não liguei para conversar. Mas é que eu preferia ficar quieta. Eu só pensava sozinha que desde que eu engravidei, mesmo tendo uma rotina super desequilibrada, sem horários para nada eu nunca deixei de me alimentar bem por causa da gravidez, deixei de comer coisas que eu gostava como cachorro quente para comer carne que é melhor. Nem tomei vinho que eu adoro, prometi para mim mesma no começo que só tomaria depois da gravidez,...(G2 *voltou a chorar por mais alguns segundos*) Parece que eu estou pedindo desculpas para ela por causa do aborto.

**P, f9:** Eu penso que ainda temos muito o que conversar e talvez fosse importante mais alguns encontros porque vocês falaram de muitas coisas aqui. Vocês estão muito confusos, angustiados com tudo o que está acontecendo e independente da decisão de vocês seria bom podermos conversar mais. Eu estou à disposição de vocês para isso.

#### **4.2.1 Categoria A: análise das falas do casal sobre a notícia do diagnóstico**

O choque inicial após receber a notícia confirmando a infecção e, conseqüentemente, a probabilidade de malformações fetais, foi evidente. Seu marido também expressou um estado de “confusão mental” após saber do problema.

*“...Foi um choque! É minha primeira gravidez, não estava esperando. Parecia que o mundo tinha acabado. Não transpareci nada. Quando sai comecei a chorar”(G2, f7).*

*“Desde que apareceu o problema eu fiquei meio abestalhado. Só depois é que eu cai na real...” (M2, f5).*

G2 relatou dois episódios—paralisação do movimento das pernas e grave hemorragia durante a lua de mel—, a origem dos quais parecia estar

diretamente relacionada com questões de fundo emocional, a saber, a dificuldade para expressar os sentimentos:

*“...quando eu tenho um problema eu guardo só para mim. Eu tive um problema sério por causa disso: eu fiquei sem andar. Eu fiquei com medo achando que podia ser um problema neurológico. Depois descobriram que não. Eu havia acumulado tantos problemas que foi por isso que reagi dessa maneira” (G2, f2).*

*“Aconteceu uma catástrofe na minha lua de mel: 40 dias de hemorragia. Não sei o que aconteceu comigo... Fiquei preocupada porque pensei que depois eu não conseguiria mais engravidar” (G2, f7).*

Essas revelações em particular sugerem a presença de alguns conflitos psíquicos inconscientes que estariam produzindo sintomas neuróticos e revelando traços patológicos de caráter. Esses traços estariam estruturados dinamicamente, ou seja, enraizados em uma organização intrapsíquica de relativa permanência, a qual consiste em relações objetais internalizadas contraditórias ou conflitantes (Kernberg, 1989).

G2 fez uso da negação e predominantemente da repressão como mecanismo de defesa. A repressão surge apenas quando ocorre uma cisão marcante entre as atividades mentais consciente e inconsciente. A essência da repressão consiste em afastar determinada idéia do consciente, mantendo-a à distância (Freud, 1915). Desapareceu do contexto a quota de afeto presente nas duas situações descritas.

Quando seu médico afirmou haver um fator psicológico desencadeando os sintomas, G2 decidiu trocar de obstetra

*“...Fiquei insegura com ele e fui procurar outro médico...” (G2, f7).*

A mesma atitude foi adotada em relação ao médico que descobriu a infecção viral com base nos exames solicitados. Compreendemos essa desconfiança e esse comportamento de fuga como uma tentativa de lidar com a angústia de caráter persecutório desencadeada após a notícia.

*“Deu a notícia como se eu já tivesse perdido o bebê, e como se eu tivesse feito alguma coisa. Não sei. Parecia que o Dr. Y. estava escondendo alguma coisa” (...) “...ou ele estava escondendo alguma coisa, ou ele não tinha mesmo um pingão de psicologia para dar a notícia: seu filho quebrou e vai ter*

*que comprar outro..." (G2,f7).*

Os episódios envolvendo as mudanças de médico, assim como a situação de gerar um filho, remetem a um conflito cuja dinâmica inconsciente parece possuir algo específico da vivência interna da mulher. Essas suposições estão baseadas na observação da intensidade e do conteúdo da angústia manifestada por G2 após a notícia.

Durante a gravidez e o parto, repete-se de modo especial a relação primitiva da mulher com a própria mãe (Langer, 1981). Os temores evidenciados pela paciente representam em uma forma fantasiosa desejos agressivos em relação à figura materna e, especialmente, sobre o conteúdo do corpo da mãe. Tais vivências são persecutórias estão relacionadas aos ataques fantasiados à própria mãe (Soifer 1980). Esses ataques podem ser interpretados como consequência de uma dupla identificação. A mulher grávida identifica-se com o feto, que representa no inconsciente a própria mãe e, especialmente, o superego materno Assim, a relação ambivalente com a mãe é revivida com o futuro filho (Langer, 1981).

Podemos supor que a descoberta da malformação do feto abalou imagem de G2 como mãe, e é nesse sentido que também caracterizamos sua angústia. Na idealização, normal na gravidez, existe a fantasia narcisista inconsciente de um vínculo perfeito com o outro ser idêntico à própria paciente (Soifer, 1980). Além da realidade de que a gestação e a criação de um filho com malformações produz, reativa-se a vivência de ser perseguida por um inimigo oculto e sinistro (a própria sombra), que por sua vez corresponderia a uma imagem estragada de si mesma. Pensamos estar a angústia, de caráter persecutório, em conexão com os aspectos narcísicos de G2.

A negação da realidade psíquica, fenômeno mais acentuado em G2, só se tornou possível através de fortes sentimentos de onipotência, uma característica essencial da mentalidade arcaica. Para o inconsciente, a negação onipotente equipara-se à aniquilação do impulso destrutivo. É uma relação de objeto que sofre esse destino (Klein, 1946).



A idéia do abortamento desencadeou um forte sentimento de culpa: o casal projetou um enorme sofrimento na imagem concebida para os sentimentos do feto.

*“Se tem uma pessoa normal que questiona o pai porque pois no mundo, já pensou se meu filho viesse questionar porque permitimos isso? Uma criança sem falar, sem andar” (G2, f12).*

Através do mecanismo da projeção, todas as sensações ou sentimentos penosos e desagradáveis existentes na mente são automaticamente banidos para fora de nós; admitindo que se localizam em outra parte que não em nós” (Klein e Riviére, 1975)

*“Não dá pra arriscar. É comprometer demais uma pessoa. Coitado dele. Depois a gente morre, e como é que ele fica?” (M2, f11).*

De maneira defensiva, esquivam-se da realidade para não entrar em contato com a culpa.

*“A gente não pode se culpar de algo que estava fora do nosso controle... Se eu pegar AIDS, através de uma relação sexual, ai tudo bem, estava sob meu controle” (M2, f20).*

*“Não quero nem pensar que pode ter uma chance grande! Vou achar que estou matando um inocente” (M2, f9).*

O medo do castigo por desejar o aborto era expressado pela recriminação atribuída ao pai de G2, radicalmente contra o aborto e além disso, católico praticante.

*“...Eu sou muito católico, meus pais são muito religiosos. ...Meu pai é contra, ele está reclamando. Ele prefere acreditar na religião do que na ciência...” (M2, f5).*

*“Tenho medo de como vou reagir depois. Eu tenho medo de ter um remorso” (M2, f7).*

Freud demonstrou que nosso inconsciente é regido pela cruel e inflexível lei de Tailão: “Olho por olho, dente por dente”. Em outras palavras, como castigo por nossas maldades, esperamos sempre uma resposta recíproca de outra pessoa para algo a ela feito em realidade ou fantasia. G2 manifesta o seu

medo de morrer durante um aborto:

*“Tenho medo da hemorragia...” (G2, f22).*

*“... se nós não socorrêssemos ela morreria. É como se eu estivesse entrando num caminho escuro e não soubesse o que vai acontecer comigo!” (G2, f23).*

O medo pela morte—a aniquilação do ego— e especialmente por um objeto situado interiormente, o medo mais arcaico de todos, deve-se ao funcionamento da pulsão de morte. Esse aniquilamento remete à idéia de fragmentação e desintegração do ego sobre si mesmo (Hinshelwood, 1991).

Os sujeitos exemplificam o conflito vivido entre o querer e o não querer: um intenso sentimento de ambivalência. Este sentimento persiste pois a angústia predomina em qualquer uma das situações imaginadas: ter ou não ter.

*“... Não sei qual vai ser a dor que vamos sentir, mas vai ser menor do que isso que sentimos agora” (M2, f11).*

*“... Parece que estou pedindo desculpas para ela por causa do aborto” (G2, f24).*

Parece surgir novamente um estado de confusão mental. Klein (1957) já o correlacionava com a discussão empreendida a seguir: “quando a divisão normal e fundamental entre o amor e o ódio e entre o objeto bom e mau não é bem sucedida, pode surgir a confusão, tal como a indecisão—isto é, dificuldades em chegar a conclusões e capacidade perturbada para um pensar lúcido.”

O forte sentimento de raiva vivenciado por G2 confundia-se com profunda tristeza e ironia: como podem as pessoas não serem informadas sobre todas as doenças da gravidez?

*“A única coisa que eu estou sentindo é muita raiva. Não é de mim. Não sei explicar porque estou sentindo isso. ...As pessoas quando engravidam não sabem desse problema. Como é que elas podem se cuidar” (G2, f14).*

Pode-se sugerir que por trás dessa raiva exista na verdade um outro sentimento inconsciente: a inveja direcionada às mulheres presenteadas com filhos saudáveis, mesmo não tendo se precavido como G2. Apesar de todos os

esforços, a entrevistada não foi capaz de evitar o problema causador das seqüelas fetais.

*“Mesmo tendo uma rotina super desequilibrada, sem horários para nada, durante a gravidez eu até deixei de comer coisas que eu adorava, cachorro-quente, vinho...” (G2, f25).*

Freud (1915), em “As pulsões e suas vicissitudes” fundamentou uma importante conexão entre o estado narcísico de prazer e a destruição de objetos externos, quando eles passam a atormentar o indivíduo. Nesse sentido, já traçava a relação entre narcisismo, retirada narcísica e pulsão de morte: “O ódio, enquanto relação de objeto, é mais velho do que o amor. Deriva do repúdio primordial do ego narcísico ao mundo externo, com seu fluxo de estímulos.” O trabalho de Melanie Klein, baseado nas interações de vida e morte tanto na esfera teórica, como na clínica, apresenta relevante contribuição para a referida hipótese (Rosenfeld, 1971).

Por ser a “inveja” um sentimento que conduz a diversas ansiedades paranóides através de círculos viciosos característicos, descritos por Klein (1957), eclode-se um estado de confusão mental—“Não sei explicar porque estou sentindo isso...” (G2 f14)—e o ego arma-se com defesas para a situação. Há uma desvalorização do objeto e negação do sentimento de inveja.

*“Nós tivemos na família um caso bem próximo da gente. O meu sofrimento nem se compara ao dela. O dela é 100% pior...Tenho uma amiga que nunca vai poder ter filhos. É tudo bem pior” (G2, f10).*

Uma das conseqüências da inveja excessiva é o desenvolvimento da culpa. Se a culpa for experimentada por um ego ainda prematuro ou fragilizado, é sentida como perseguição e o objeto a despertá-la se transforma em um perseguidor (Klein e Rivière, 1975).

*“Eu conheço pessoas que estão grávidas na família, já no segundo filho, e eu não sei se posso passar esse vírus para ela...” (G2, f14).*

*“se essa menina tiver a virose eu vou me culpar para o resto da vida” (G2, f18).*

Nesse momento, notamos uma organização narcísica que, enquanto não for desmantelada, impedirá o progresso para o limiar da posição depressiva

(Meltzer, 1967). Os passos para reduzir a ansiedade, a culpa persecutória e a angústia de aniquilação tornam-se menos árduos com o progressivo decréscimo nos mecanismos de negação onipotente da realidade. Com isso, surge a capacidade de integrar o ódio e o amor pelo mesmo objeto (Klein, 1946).

Baseados na análise, concluímos que o diagnóstico pré-natal foi de tal impacto que o casal não conseguiu absorver as informações transmitidas pelo médico logo de início. Receber o diagnóstico, compreender todas as informações médicas e por fim alcançar um consenso quanto ao futuro da gestação é extremamente difícil e, muitas vezes, traumático para os casais (Kuller *et al.*, 1996).

*“De certa forma, o que a gente achou bom é que a porcentagem do risco é bem alta. Por que se fosse 70% e 30%, ai...” (G2, f11).*

*“Na verdade eu nem cheguei a perguntar novamente para o médico qual era a porcentagem. Eu ouvi falar que era 90%, e acabou. 10% ia ser mais complicado na minha cabeça” (M2, f11).*

Os trechos acima expostos denunciam a incompreensão das informações recebidas na consulta médica. Como a compreensão do processo de diagnóstico é essencial para uma assistência ética, o médico foi imediatamente alertado. Outras pesquisas também observaram uma compreensão distorcida dos riscos e outras informações médicas fornecidas ao casal portador de feto anômalo. A distorção feita pelos pacientes diz respeito ao risco “percebido” e ao “real” (Marteau, 1991).

Neste caso, a negação da realidade e o aumento do percentual do risco está em consonância com os fenômenos psíquicos acima estudados, pois o sentimento de culpa seria menor se o risco de 90% do bebê estar comprometido fosse verdade. A consideração do assim chamado risco transcendia a ótica do subjetivamente imaginável (Evans, 1990).

#### **4.2.2 Categoria B: Análise do vínculo conjugal, bem como do vínculo que o casal estabelece com o feto, a equipe médica e a psicóloga.**

Desde o início da entrevista, as vivências do casal com relação à

psicóloga pareciam estar configuradas com o mesmo aspecto de desconfiança apresentado perante os outros profissionais envolvidos no atendimento.

*“Ele (psiquiatra) é uma pessoa maravilhosa, me ajudou muito. Era um psiquiatra, não um psicólogo” (G4, f2).*

Para os pacientes, o rumo da entrevista era desconhecido. Isso parecia lhes causar medo semelhante àquele denunciado quando se abordou o contato com o psiquiatra:

*“Eu tinha medo das críticas que ele podia fazer ...Eu tinha medo de conversar com ele e, em vez dele me ajudar, ele pudesse me deixar mais confusa” (G2,f3).*

O contato com o médico é de início evitado; buscavam-se respostas em vez de perguntas.

*“Como eu já sabia o estilo dele: ele ia ficar perguntando tudo como se não soubesse nada: o que você acha? É isso mesmo que você quer? Eu não quis. Eu tinha medo de ir conversar com ele e, em vez de me ajudar, ele pudesse me deixar mais confusa” (G2, f3).*

Não se buscavam apenas respostas entretanto; nas interações com médicos, parentes, amigos e com a própria psicóloga, visava-se a um contato que proporcionasse alívio:

*“Ficamos sabendo dessa conversa com a psicóloga. Achei bom porque iríamos ficar mais tranquilos” (M2, f5).*

A recusa da psicóloga em oferecer uma pronta solução para o caso desencadeou o sentimento de raiva de G2. Um desejo insatisfeito pode, se suficientemente intenso, provocar ou acentuar a sensação de perda e sofrimento, com isso despertando agressividade da mesma forma como um ataque o faria (Klein e Rivière, 1975).

O medo e a angústia após a notícia definitiva afetaram a intra e a intercomunicação do casal. Não se conversava muito sobre o assunto para não surgirem mais dúvidas, isto é, angústias adicionais. G2 temia os pensamentos do marido, além de desconfiar deles. Ela inclusive mencionou as dificuldades do companheiro para se expressar e mostrar os sentimentos.

*“... parece que ele não reagiu com o coração. Aqui ele tem se emocionado muito mais. Acho que como eu ando muito abalada... ele tem sido*

*o forte. Eu acho que ele tem tirado as dúvidas físicas e não as psicológicas. Eu tenho medo do que o M2 anda pensando” (G2, f9).*

É possível perceber como a existência do problema mobilizou não só angústias primitivas—referentes às vivências internalizadas da auto-imagem materna—, mas também as internalizações das imagens do feto e do marido. As relações de objeto são esquizóides, com a negação da realidade, da culpa e da natureza narcísica derivada da idealização do “eu” (Klein, 1946). Os sujeitos parecem viver um estado de regressão mental que ainda não permite integrar experiências positivas da gestação daquele filho.

M2 estava também passando por vivências de culpa, reveladas pelas declarações de religiosidade e postura anti-aborto; assim, não conseguia aplacar as angústias da mulher. Os resultados dessa configuração foram o afastamento emocional de ambos e a diminuição do intercâmbio na comunicação verbal e não-verbal. M2 ficou perplexo e hesitante diante do choro compulsivo de G2.

Constatamos assim que os impulsos agressivos, temores e sentimentos de culpa (em parte oriundos de razões internas) exerciam importante influência não só sobre uma significativa extensão da atitude mental apresentada (Klein e Rivière, 1975), como também sobre o vínculo do casal.

#### **4.2.3 Categoria C: Análise das falas do casal sobre o prognóstico**

Um casal com elevado nível de angústia pode apresentar medos e fantasias com relação aos futuros planos reprodutivos. Nesse sentido, o medo de se arrependar do possível abortamento foi manifestado.

*“Tenho medo de ter remorso depois que passar” (M2, f7).*

*“Meu medo é do depois...eu tenho medo que depois prá ele vá ser um choque” (G2, f9).*

A interrupção de uma gravidez em decorrência de anomalias fetais apresenta mais repercussões emocionais do que os abortamentos voluntários. Nas gestações planejadas e desejadas, os abortamentos motivados por anomalias fetais são precedidos por períodos de intensa ansiedade, marcados

pela dificuldade em realizar o luto e pela presença acentuada de traços depressivos (Donnai *et al*, 1981).

Mesmo sem ter chegado a nenhuma conclusão definitiva quanto à evolução da gravidez, parecia claro ao casal que a situação deixaria marcas difíceis de serem apagadas.

*“Só depois do processo é que a gente vai ver como vai ficar a seqüela na cabeça da gente. Independente disso, não sei qual vai ser a dor que vamos sentir, vai ser menor do que estamos sentindo agora” (M2, f10).*

Com essa fala, M2 sinaliza o impacto da experiência na vivência do homem e da mulher, bem como na história parental e reprodutiva de ambos.

Segundo G2, mecanismos internos conseguiriam deixá-la mais afastada do âmbito emocional, diminuindo a ameaça de não conseguir suportar o sofrimento.

*“Pode ser que eu reaja maravilhosamente bem, pode ser que não. Ele (o analista de G2) disse que por eu ser mais objetiva do que emotiva eu vou superar bem...” (G2, f9).*

Novamente, observamos uma correlação entre a ausência de um filho saudável na vida do casal e a angústia com relação ao futuro. Conforme análise anterior, esse é um dos motivos que mais intensifica a angústia.

Apesar de os cônjuges estarem vivendo uma situação difícil para o mundo interno de cada um, pareciam não estar projetando entre eles a culpa pelo problema. Trata-se de uma inobservância positiva, se pensarmos na futura qualidade do vínculo conjugal.

O casal, ao ativar reciprocamente o mundo das relações objetais internas, reativa também relações objetais primitivas. Se o casal não for capaz de lidar com esse fenômeno regressivo, haverá um sério sofrimento da relação, com dificuldade para experimentar um relacionamento emocional maduro (Fagundes, 1994).

Quando a estrutura emocional de um dos parceiros de um casal jovem e sem filhos é frágil, os profissionais de saúde e especialmente os obstetras devem dedicar atenção redobrada no atendimento pré-natal, especialmente no caso de um feto malformado (White-VanMorick, 1992).

O casal entrevistado, independentemente da decisão a ser seguida, necessitaria antes de um acompanhamento psicológico, pois as questões apresentadas por G2 suscitavam angústias. Na maior parte do tempo, o marido tomado pela culpa não ofereceu apoio à esposa.

#### **4.2.4 Categoria D: As vivências da psicóloga**

Essa entrevista propiciou uma série de sentimentos durante e depois de terminada. Em se tratando de um casal de movimento psíquico bastante regredido em comparação com o anterior, a sensação inicial foi de impotência diante da necessidade de contenção das intensas angústias demonstradas.

Logo no início, foi possível notar em G2 um complicado histórico de trabalho mental; aquele momento não parecia ser diferente. As falas longas e detalhistas pareciam significar mais uma “descarga emocional” do que uma elaboração de sentimentos. A propósito, em nenhum momento da entrevista o casal parecia estar sofrendo pela perda do filho. A preocupação parecia incidir sobre a auto-imagem e a imagem perante a sociedade, mas não sobre a perda e os sentimentos a ela associados.

Na presença de angústias paranóides, a análise permitiu compreender a vivência como persecutoriedade e a comunicação predominante como descarga bloqueadora da conexão entre a realidade interna e externa (Lemaire, 1971). Isso corresponde às sensações percebidas durante a entrevista.

Para Klein (1946), uma característica marcante nos traços das relações esquizóides de objeto é a falta de espontaneidade, ou seja, um interesse particularmente intenso por pessoas, coisas ou situações distantes e não por sentimentos internos e pertinentes à real conjuntura.

O clima da entrevista foi tenso. Os sujeitos pareciam tentar eximir-se de uma culpa pela patologia fetal e pela decisão a ser tomada. Ao perceber a presença dos primeiros fenômenos psíquicos evidenciados durante a entrevista, esforço consciente foi despendido para adotar uma postura de escuta, sem extravasar as angústias, nem incutir em julgamentos. Frustrações não-



elaboradas podem colocar o entrevistador no lugar de um juiz com atribuições para sentenciar. De todas as entrevistas, esta foi a mais difícil de se manter uma posição imparcial. Além disso, o casal em questão apresentou as maiores dificuldades para lidar com os sentimentos. As dificuldades de G2 em lidar com os atributos femininos proporcionaram os conteúdos pessoais de maior amplitude.

Após o término da entrevista, não houve como deixar de relatar ao médico a grave distorção do casal a respeito do diagnóstico. Apesar de encontrar-me ciente da importância desse esclarecimento para o atendimento do casal, fui tomada por apreensão, pois a culpa e a angústia poderiam ser intensificadas

O fato de o casal desejar um novo encontro trouxe-me alívio, pois de alguma forma aquela primeira entrevista havia proporcionado uma reflexão que os estava auxiliando naquele momento.

### 4.3 Casal 3: Relato na íntegra da entrevista

**P, f1:** Eu gostaria de saber se vocês autorizam a gravação dessa entrevista para uma pesquisa. O nome de vocês não será divulgado em nenhum momento.

**M3 e G3, f1:** Sim, não tem problema.

**P, f2:** Eu estou à disposição de vocês para ouvi-los.

**M3, f2:** O médico falou que eles vão começar a estudar para saber a causa do problema, né? Saber o porquê aconteceu isso com o feto. Acho que eles vão tentar descobrir o que aconteceu. E a autópsia também é para estudar o feto né? Saber o que aconteceu.

**P, f3:** Exato.

**M3, f3:** Ai eu acho que na próxima gestação a gente vai poder ficar sabendo se vai acontecer de novo. E mesmo tendo uma filha normal acho que isso pode acontecer de novo, né!

**P, f4:** Sim, como o médico explicou para vocês.

**M3, f4:** Nós já temos uma filha. Ela tem 6 anos.

**P, f5:** Essa é a segunda gestação de vocês.

**M3, f5:** Ela é normal. Inclusive a gente fez um pré-natal normal. Fomos em um posto de saúde do estado, sem tantos recursos... Nessa não. Como eu já estava na empresa nós tivemos mais recursos e mesmo assim não deu certo.

*Silêncio de 1 minuto. G3 olhou fixamente para o chão com a cabeça abaixada.*

**P, f6:** É muito difícil esta situação que vocês estão vivendo.

**M3, f6:** Será que na próxima gravidez ela vai precisar de um psicólogo antes de engravidar? Para ver se ela vai querer ter outro. Uns dias atrás quando ela soube de um outro diagnóstico ela já estava com medo, sem saber se iria querer ter outro filho. Acho que seria bom ter um psicólogo. Um tempo atrás foi difícil.

**P, f7:** Então vocês vieram para o Instituto já sabendo que tinha alguma problema com o bebê?

**M3, f7:** Já sabia sim.

**P, f8:** E o que passava pela cabeça de vocês. O que vocês imaginavam que estava acontecendo?

**G3, f2:** Para mim era um bebê normal. Tinha o corpinho formado, só não tinha cérebro e infelizmente viria à óbito depois do nascimento. Mas agora apareceu um monte de problemas. Eu ia levar para frente agora não sei se eu quero não.

**P, f9:** Vocês mudaram de idéia?

**M3, f8:** É, porque nas condições em que o feto se encontra tá muito difícil levar adiante. A gente nem sabe o estado que ele vai ficar no hospital. Tá faltando um pedaço do braço, a nuca não fechou, o cérebro saiu para fora. O abdômen não fechou e alguma coisa saiu para fora. É terrível! Pelo que eles falaram antes pra gente em Mogi, sem ter o diagnóstico final, era que o feto era completo só não tinha o cérebro. Mas o resto era normal. Então a gente já sabia que ia ter o óbito assim que ele nascesse. Então ficou a imagem de um bebê concreto, sem problemas, apenas sem o cérebro. A gente já sabia que ia ter o óbito depois de mais ou menos 6 horas. Mas era uma imagem excelente perto do que está agora. Por isso a gente pensou em levar adiante. Agora a gente não sabe como fazer, só pedindo um laudo judicial por que a lei não permite o aborto.

**P, f10:** A imagem que vocês tinham do bebê antes e hoje, depois desses exames mudou muito?

*G3 balançava a cabeça afirmativamente sem no entanto olhar para P.*

**M3, f9:** Mudou muito. Não era essa a imagem que a gente tinha dele na cabeça. Agora a gente ficou sabendo que a cabeça não se desenvolveu totalmente. Já é muito difícil pensar numa coisa que não existe e agora virar isso, essa imagem.

Não é que a gente quer negar o direito de viver, mas não tem expectativa nenhuma de viver. É nascer e morrer.

*(Silêncio - 30 segundos)*

**P, f11:** E como é que vocês estavam pensando até agora?

**M3, f10:** A gente pensou em levar a diante até nascer e morrer. Pensamos em deixar na mão de Deus e deixar que as coisas acontecessem. A gente fica preocupado porque naturalmente pode ser que ele morra, tem muito líquido amniótico. Pode se que adiante o parto. Formado já não está mesmo. É difícil. São tantas emoções ao mesmo tempo que fica difícil. Ao mesmo tempo nós queríamos muito um menino. Falaram primeiro que era uma menina, lá em Mogi. A gente já ouviu de tudo. Lá. Falaram que quem mora em região de indústria tinha problema com o feto. Era um causa que eles falaram para gente. Como quem mora na baixada santista, ou em Cubatão, disseram que à noite escapa muito produto químico e dá esse tipo de problema genético. Mas onde a gente mora é uma região alta e a única indústria perto não oferece risco. A gente pensou que só podia ser um problema genético da gente. Falaram que era menino. Ao mesmo tempo que alegre deixa a gente triste também. A gente queria muito um menino para ter um casazinho.

*(Silêncio breve - 20 seg.)*

**P, f12:** Por tudo isso é que deve estar sendo muito difícil para vocês essa situação.

**M3, f11:** A gravidez, a gente espera a vida toda. Mas essa a gente programou melhor. Tinha um pouco mais de poder aquisitivo, estava melhor de saúde. Diferente da menina. Quando eu tive a menina eu estava desempregado. A firma fechou as portas 1 mês antes dela nascer. Agora que no caso estava firme, que a gente se preparou...

*(Silêncio breve - 15 seg.)*

**P, f13:** Estava sendo uma gravidez muito planejada , muito desejada.

*G3 balança a cabeça novamente mas continua olhando para o chão*

**M3, F12:** Mas por ela né! A mãe deseja muito mais do que a gente. A gente quer mas não é igual a mulher.

**P, f14:** Vocês acham que é diferente?

**M3, f13:** Ah! Eu acho que é! Ela vive todo o momento com o bebê, os nove meses. Vai no médico! A gente espera, mas não é a mesma coisa. Às vezes a gente nem vê o tempo passar. A mulher sente quando está mexendo... A gente não, né! A gente se preocupa com o emprego, não pensa o tempo todo. A gente consegue fugir um pouco. Ela queria muito esse bebê também.

*Silêncio de um minuto.*

**M3, f14:** Esse exame deve dar a porcentagem de risco para a próxima gravidez?

**P, f15:** Pode ser que sim. Vocês disseram que ouviram muitas coisas sobre o problema. O que vocês imaginavam?

**M3, f15:** É que quando ela foi fazer um ultra-som, a médica ficou nervosa. A gente foi só para ver o sexo e percebemos que a médica ficou nervosa. Saímos tristes porque não deu para ver o sexo. Depois marcamos um outro retorno e só depois que a nossa médica nos atendeu. No retorno ao ultra-som ela ouviu a médica dizer que estava tudo bem com o corpo, mas não tinha cérebro. Aí ela estava sozinha.

**P, f16:** Deve ter sido muito difícil ouvir tudo isso sozinha, nesse momento!

*G3 balançou a cabeça e começou a chorar*

**M3, f16:** Ai ela ligou para firma, porque eu estava trabalhando de manhã. Eles me localizaram e pediram para eu ligar urgente para minha casa. Ela estava chorando muito. Eu já fiquei imaginando um horror! Ela só conseguiu dizer: "ele está morto". Ai, eu fiquei imaginando que ele estava morto dentro do útero. Ela disse: "Não, ele vai nascer e vai morrer. Vem embora". Fui embora e fiquei pensando mil coisas. Foi um choque.

*(Silêncio breve - 15 seg.)*

**P, f17:** E que coisas passaram pela cabeça de vocês?

**M3, f17:** Como é que ia ser dali para frente. O médico explicou que o problema era no cérebro, que era muito raro, todo aquele papo. Ai nós ficamos pensando: porque será que aconteceu isso se é tão raro assim e a gente mora num lugar alto, sem poluição! Como será que vai ser depois? Será que ela vai querer ter outros filhos, ou vai dar algum tipo de problema na cabeça dela? Eu estou

muito mais preocupado com ela. Pensando em mim mesmo eu quase não estou. Estou preocupado com ela, para saber como ela está. Se ela está bem, se ela já aceitou. Por que a gente sabe que ela não está bem. Até eu mesmo. Parece que o sol não tem mais aquele brilho. Parece que está faltando alguma coisa em casa, mesmo sabendo que está tudo direitinho. Se está difícil para mim, eu imagino para ela! Estou preocupado com ela. Quando eu fiquei sabendo que o bebê não tinha cérebro, eu pensei: têm males que vem para bem. Vai ver que não é para o bebê ficar com a gente. Tudo tem a mão de Deus, tem uma providência divina. Já pensou se nascesse e vivesse desse jeito, sem a cabeça normal? A gente iria ficar com ele a vida toda, não iria jogar fora como fazem por ai, a gente iria cuidar, porque é filhos da gente. Então, Deus resolveu fazer isso que era para gente não ficar sofrendo a vida toda. Para que essa criança não ficasse vegetando na cama, e a gente sofrendo também. Isso conforta um pouco. É errado e não é. Mas é melhor do que ter um filho que a gente não pode nem sair na rua, nem tocar que quebra um osso, que tem que ficar só na cama, e fica aquele sofrimento a vida toda. Para mim isso é pior ainda. É difícil, mas é menos complicado que se ele nascesse. Isso está me ajudando um pouco. Acho que não era para vir. Já pensou se nascesse e ficasse vivo? A criança iria crescer e ficar sofrendo, e já pensou a gente sem poder fazer nada para ajudar? A gente tinha uma imagem dele bonitinho, inteiro. Depois que a médica falou que estava faltando a tampa da cabeça, não tinha fechado a nuca, o cérebro estava menor e depois falou que estava com a cabeça aberta... Ficou uma imagem estranha. Na minha cabeça ele iria ficar na incubadora, esperando o coração parar de bater, ficar um pouco no hospital, nos aparelhos... se ficasse vivo a gente iria batizar,... Se morresse acho que seria melhor. O problema é que se interromper a gente está evitando o problema. Apesar que o médico disse que ele pode até morrer antes...Acho que se acontecesse tudo isso com o primeiro filho seria bem pior. Porque a gente tem uma filha normal em casa. Poderia até ser que o problema não fosse nosso e não teríamos risco. Mesmo se o risco fosse de 99,99% de dar tudo certo na próxima, mas por ser o primeiro acho que seria muito pior. Agora, como o nosso primeiro saiu normal, até muito inteligente,

mais do que o normal, na minha cabeça o nosso risco é de 50% de dar certo na próxima.

**P, f18:** Como assim 50%?

**M3, f18:** Por exemplo, é como se você tivesse uma cachorra e ela desse cria de 6 cachorrinhos: três vingaram e três não. Então, a gente fica em cima do muro. Três ficaram maravilhosamente bem e três não. Então, não é um problema rotineiro. Porque se todos morressem ai ficaria difícil não pensar que tivesse alguma coisa errada. Como tem cachorrinhos bem.... Acho que aconteceu porque tinha que acontecer; ou tinha um defeito no óvulo, (ou) não era normal. Isso alivia um pouco. É difícil explicar. É como explicar o inexplicável. Uma vez uma cachorra em casa deu cria de um monte de filhotes. Na segunda vez morreram todos. Eu até pensei: agora vai ficar difícil, acho que agora ela não vai conseguir segurar mais, não vai dar cria. Levamos no veterinário, porque mesmo sendo vira-lata a gente gostava dela. Ai, numa terceira vez ela deu cria e estava tudo bem. Acho que é coisa da natureza mesmo. Como aconteceu com a gente, aconteceu. Se tiver alguma coisa que a gente possa fazer tudo bem, como uma vacina. No nosso caso, a primeira deu certo, foi boa; a segunda não, deu problema, e agora como será que vai ser a terceira? Vamos fazer de tudo antes e depois para contornar o problema. Se a gente tiver jeito de ter outro normal, tudo bem. Tem gente que tem dez, oito filhos, doze, nunca visitou um posto de saúde, nem fez pré-natal, nunca dá problema! Lá mesmo no bairro onde a gente mora tem uma que teve 8 e nunca foi no médico e tem um monte de filhos. Não cuida, não toma remédio, porque aconteceu isso com a gente? A gente vai no médico, faz tudo direitinho... Teve uma que foi uma vez no médico e o bebê já estava até morto na barriga! Quem não vai no médico não acontece nada, quem vai acontece. Não dá para entender! Agora tem que esperar acontecer o natural! Aconteceu, não depende da gente. A gente gerou a criança. Como tudo vai desenvolver não depende dela. Claro, depende dela também, ela tem que tomar os cuidados. Mas não temos mais nada o que fazer, é só ficar esperando. Assim que ela soube que estava grávida a gente fez tudo o que pode. Os médicos falaram: "ah, não deu sorte! Como se fosse um raio que caiu em cima do carro".

Mas, como não deu sorte? Alguma coisa aconteceu: pode ser problema genético, pode ser outra coisa. Pode ser alguma coisa da natureza, pode ser um problema meu ou dela...Como não deu sorte? Isso é um termo muito pesado para falar. Ninguém está jogando no bingo para não ter sorte!!! É assim mesmo. Quem está de fora é diferente. A gente vê as vezes na televisão, ou com algum conhecido...

**G3, f3:** A gente nunca imagina que vai acontecer com a gente!

**M3, f19:** A gente assiste os programas, dá até opinião sobre as atitudes das pessoas. Opinião até contrária! É mais fácil! Mas quando a gente está vivendo!!!

**P, f19:** É muito difícil!

**M3, f20:** Até porque mesmo não tendo problema a gente já tem muito problemas. Tem que planejar. Eu quero dizer, tem problemas materiais... Agora, quando a gente tem um problema emocional junto! A gente até esquece de outros problemas! As vezes as pessoas conversam comigo e eu estou tão desligado que nem escuto direito! A cabeça está confusa, vai em outro sentido. Até dormindo a gente fica pensando! Tem que esperar, né? Não adianta fazer nada. Amanhã é um dia diferente! Nada como um dia após o outro.

**P, f20:** Eu compreendo que vocês estão passando por uma fase muito difícil, muito intensa também do ponto de vista emocional, como o M3 falou, e eu estou à disposição de vocês para podermos conversar mais vezes. Por que tudo isso que vocês estão vivendo é uma situação nova e inesperada que é difícil mesmo de compreender.

*Ao final da entrevista, após eu ter pedido para que assinassem o documento de autorização do uso das falas para pesquisa, M3 perguntou:*

**M3, f21:** Agora eu queria perguntar um curiosidade minha: para que gravar?

**P, f21:** Essas entrevistas são utilizadas para uma pesquisa e o gravador é importante porque é difícil memorizar as falas de todos os casais.

**M3, f22:** Então se um casal chega aqui com um outro problema, você mostra a fita para eles ouvirem e poder ajudar eles também. Para eles ouvirem que uma outra pessoa passou por esse mesmo problema, até mais difícil, e conseguiu resolver. Apesar, que você pode gravar e falar qualquer coisa!

**P, f22:** Eu entendi sua idéia, mas isso não acontece. Eu não divulgo o nome de



vocês, nem coloco a fita para outras pessoas ouvirem.

**M3, f23:** É um estudo do que acontece com a gente nesta situação!

**P, f23:** Sim, exatamente!

#### **4.3.1 Categoria A: Análise das falas do casal sobre a notícia do diagnóstico**

Ao analisar as reações emocionais após o diagnóstico de malformação, observamos que o choque, isto é, o impacto inicial da notícia, já havia passado. Havia algumas semanas, os pacientes sabiam do grave problema na gênese do cérebro do feto e das perspectivas ausentes de sobrevivência deste após o parto.

*“Fui embora e fiquei pensando mil coisas. Foi um choque” (M3, f17).*

O casal parecia estar convivendo de forma natural com o problema do feto e com o seguimento da gravidez até a descoberta de um diagnóstico ainda mais severo:

*“Para mim era um bebê normal. Tinha o corpinho formado, só não tinha cérebro e infelizmente viria à óbito depois do nascimento. Mas agora apareceu um monte de problemas...” (G3, f2).*

*“Então ficou a imagem de um bebê concreto, sem problemas, apenas sem o cérebro. A gente já sabia que ia ter o óbito depois de mais ou menos 6 horas...” (M3, f8).*

Foi demonstrada uma adaptação à realidade da gravidez até aquele momento, quando ainda atuava de forma menos intensa o mecanismo da negação.

Na etapa envolvendo os estudos conduzidos junto ao feto em São Paulo, o casal parecia reviver as frustrações surgidas quando a primeira malformação foi descoberta:

*“São tantas as emoções ao mesmo tempo que fica difícil... Ao mesmo tempo que alegre deixa a gente triste também. A gente queria muito um menino para ter um casazinho” (M3, f10).*

M3 assumiu nitidamente a expectativa e o desejo de ter um menino. Nas sociedades patriarcais, é sabida a maior valorização de filhos homens. São eles

quem darão continuidade à linhagem paterna, já que a filha mulher, por tradição, assume o sobrenome do marido (Maldonado, 1989). Do ponto de vista masculino, os filhos se tornam responsáveis pela realização de ambições paternas insatisfeitas mais do que as filhas (Brazelton e Cramer, 1992).

A frustração observada correlacionava-se especialmente com o maior planejamento para a segunda gravidez.

*“A gravidez, a gente espera a vida toda. Mas essa, a gente se programou melhor” (M3, f11).*

O projeto comum de ter um filho, a fuga dos fatos cotidianos, e a tentativa de compreender o problema revelam o envolvimento afetivo de M3.

*“Quando a gente tem um problema emocional junto, a gente até esquece de outros problemas! As vezes as pessoas conversam comigo e eu estou tão desligado que nem escuto direito! A cabeça está confusa, vai em outro sentido. Até dormindo a gente fica pensando! (M3, f20).*

De modo geral a representação de um filho para o homem difere daquela para a mulher. O homem encara o fato de ter possibilitado a concepção à mulher como uma gratificação, à medida que desejos sádicos para com a mãe seriam compensados e reparados. Alcança uma gratificação pelo fato de dar um bebê à mulher, na medida que isso significa compensar os seus desejos sádicos para com a mãe e promover a reparação dela. Tudo isso concorre para aumentar a satisfação real de gerar um bebê e realizar os desejos da esposa (Klein, 1937).

M3 reconhecia não só o seu sofrimento e desejo, assim como os de sua mulher:

*“A mãe deseja muito mais do que a gente. A gente quer mas não é igual a mulher” (M3, f12).*

Nas vivências da gravidez, M3 afirmava haver diferenças nos desejos e sentimentos do homem em relação aos da mulher. M3 parecia ser capaz de reconhecer a dor e o sofrimento da esposa. Os maridos superam e compreendem a perda e o processo de luto a ela associado mais rapidamente do que as esposas. Isso fica evidente se considerarmos o raciocínio de M3, que se

aplica com coerência ao maior envolvimento feminino com a gravidez, tanto em termos emocionais, como em corporais (White-Van Morick, 1992).

*“Ela vive todo momento com o bebê, os nove meses... A gente espera, mas não é a mesma coisa. A mulher sente que está mexendo. A gente não, né? A gente se preocupa com o emprego, não pensa o tempo todo. A gente consegue fugir um pouco. Ela queria muito esse bebê também” (M3, f13).*

G3 assumiu uma posição passiva durante toda a entrevista. Não conseguiu expressar verbalmente os sentimentos, mas demonstrava estar acompanhando toda a conversa com o olhar, o choro e as expressões faciais. A sua terceira e última fala deu margem a uma possível explicação para tanto silêncio:

*“A gente nunca imagina que vai acontecer com a gente” (G3, f3).*

Observou-se uma cisão entre as experiências boas e as más da vida. O mal, os problemas, só aconteceriam com os outros; não com eles. A cisão é um dos mais antigos mecanismos de defesa do ego contra a ansiedade (Klein, 1946).

A cisão do objeto é utilizada de forma diferencial por M3. O ego, em posição depressiva, distingue entre o objeto completo vivo e íntegro e o danificado e ameaçado (talvez morrendo ou morto). A cisão torna-se assim a principal defesa contra a ansiedade depressiva (Klein, 1952).

*“... a gente tinha uma imagem dele bonitinho, inteiro. Depois a médica falou que estava faltando a tampa da cabeça. Ficou uma imagem estranha...” (M3, f17).*

*“A gente já sabia que ia ter o óbito depois de mais ou menos 6 horas. Mas era uma imagem excelente perto do que esta agora...” (M3, f8).*

Dentre as reações emocionais encontradas após esse segundo diagnóstico observamos a raiva e a revolta de M3.

*“Os médicos falaram: ‘Ah! Não deu sorte,’ como se fosse um raio que caiu em cima do carro. Mas, como não deu sorte? Isso é um termo muito pesado pra falar. Ninguém esta jogando no bingo para não ter sorte!...” (M3, f18).*

Tais reações são normais e surgem diante da necessidade de encontrar um porquê para aliviar a culpa por eventuais responsabilidades na transmissão

da doença (Seller, 1993). No entanto, M3 consegue conter esse sentimento a ponto de não projetá-lo na equipe ou na esposa.

*"Acho que é coisa da natureza mesmo. Como aconteceu com a gente, aconteceu. Se tiver alguma coisa que a gente possa fazer, tudo bem..." (M3, f18).*

*"Tem gente que tem 10, 8 filhos, 12, nunca visitou um posto de saúde, não faz pré-natal, nunca dá problema...quem não vai ao médico não acontece nada, quem vai acontece. Não dá pra entender!" (M3, f18).*

Os pacientes conseguiram encontrar uma explicação reconfortante com relação às próprias crenças religiosas. Não se pretende iniciar aqui uma discussão à respeito do papel da religião na elaboração da perda, mas apenas salientar que o casal conteve os impulsos agressivos internamente, sem sentimento de culpa.

*"Tudo tem mão de Deus, tem uma providência divina... Deus resolveu fazer isso que era para a gente não ficar sofrendo a vida toda" (M3, f17).*

A morte do feto era encarada como uma dádiva em consequência da convicção de manter a gravidez antes de se conhecer o diagnóstico definitivo, uma vez que já mencionaram que não abortariam o feto em nenhuma circunstância.

*"A gente iria ficar com ele a vida toda, não iria jogar fora como fazem por aí, a gente iria cuidar, porque é filho da gente" (M3, f17).*

Entretanto, ao tomar conhecimento de quão graves eram os distúrbios do feto, o casal ficou relutante em suas convicções.

*"Para mim era um bebê normal. Tinha o corpinho formado, só não tinha cérebro e infelizmente viria à óbito depois do nascimento. Mas agora apareceu um monte de problemas. Eu ia levar para frente agora não sei se eu quero não" (G3, f2).*

No narcisismo transposto para aquela gestação, admitia-se ter gerado um ser inviável desde que a morte deste fosse encarada como algo sereno na percepção do problema. A anencefalia, de grave prognóstico, não influenciou os planos de se progredir com a gestação. Já as outras malformações, apesar de

nada terem adicionado ao prognóstico em termos clínicos, levaram o casal a questionar a postura inicial adotada para lidar com o problema. Enquanto souberam que o problema com o feto era a ausência de cérebro, mantiveram uma posição de pais misericordiosos, que assistem à morte do filho sem abandoná-lo. Entretanto, quando souberam das eviscerações e mutilações presentes no ser que conceberam, passaram a rejeitá-lo pois não tinham mais como se identificar com ele, não tinham mais como projetar nele sentimentos “nobres”.

Percebemos novamente nesta análise o quanto o diagnóstico e as suas peculiaridades provocam um conflito ético no casal. Neste caso, o conflito também parecia relacionar-se com as questões narcísicas do par; o quanto a imagem de si próprios ficou estranha diante da descoberta de que geravam um filho deformado.

A interrupção da gestação de um feto sem perspectivas de vida está correlacionada com os valores do casal, o que sugere a possível legalização do aborto em anomalias fetais não causaria nenhuma pressão na decisão daqueles que em função das suas crenças e valores não deseja realiza-lo.

Da mesma forma, o diagnóstico pré-natal para casais contra o aborto apresenta vantagens. Do ponto de vista psicológico, o impacto da notícia na sala do médico, com a oportunidade de receber um acolhimento das reações emocionais é muito menos doloroso do que o confronto com a malformação do filho ou a morte deste após horas e horas de trabalho de parto (Clark & DeVore, 1989).

A presença de sentimentos depressivos, segundo a teoria das relações objetais, indica uma vivência característica do processo de luto, e as defesas operantes, a tentativa por parte do ego de superar esse período.

*“Parece que o sol não tem mais aquele brilho. Parece que está faltando alguma coisa em casa, mesmo sabendo que está tudo direitinho. Se é difícil para mim, eu imagino para ela” (M3, f17).*

*"Agora tem que esperar acontecer o natural! Aconteceu, não depende da gente. A gente gerou a criança, mas como tudo vai desenvolver não depende da gente. Mas não temos mais nada o que fazer, é só ficar esperando" (M3,*

f18).

Pôde-se observar novamente uma distorção do risco real. Mesmo tendo sido informado sobre o pequeno risco de recorrência daquelas malformações, M3 conjecturava um risco fictício.

*“Na minha cabeça o risco é de 50% de dar certo...” (M3, f17).*

*“...a primeira deu certo, foi boa; a segunda não, deu problema, e agora, como vai ser a terceira?” (M3, f18).*

Em consulta subsequente, o médico responsável pelo caso foi informado dessa distorção e voltou a informar os pacientes sobre os riscos reais.

#### **4.3.2 Categoria B: Análise do vínculo conjugal, bem como do vínculo que o casal estabelece com o feto, a equipe médica e a psicóloga.**

As relações de objeto são fundamentalmente características da posição depressiva. A experiência mais próxima à realidade psíquica, aumenta a compreensão a respeito do mundo externo. Conseqüentemente, ódio e agressão relacionam-se de modo mais específico às frustrações reais, isto é, aos danos oriundos de fatores externos (Klein, 1952).

M3 caminhava para um comportamento mais realista e objetivo de lidar com a própria agressão. Isso desperta menos culpa, e permite elaborar gradualmente o luto.

*“É difícil explicar. É como explicar o inexplicável....acho que é coisa da natureza mesmo. Como aconteceu com a gente, aconteceu...” (M3, f18).*

O contato com o feto não foi bruscamente interrompido; os pais mantinham uma preocupação em cuidar dele até a hora da morte.

*“Na minha cabeça ele iria ficar na incubadora esperando o coração parar de bater, ficar um pouco no hospital, nos aparelhos. Se ficasse vivo a gente iria batizar...” (M3, f17).*

M3 havia estabelecido com esse filho um vínculo satisfatório no período da gravidez. O desejo narcisista de ser completo e onipotente, produzir o próprio filho e com ele se identificar é universal, bem como o desejo de

reproduzir, isto é, espelhar a própria imagem (Brazelton e Cramer, 1992). À partir do diagnóstico o pai não apenas projetou sentimentos, mas também buscou junto à equipe médica explicações plausíveis para o problema com o feto e meios de preveni-lo.

Em relação ao contato com a psicóloga, M3 percebeu a importância de mais bem compreender as emoções; até mesmo o uso do material de pesquisa poderia ter a finalidade de auxiliar outros casais

*“Acho que seria bom ter um psicólogo. Um tempo atrás foi difícil...”  
(M3, f6).*

*“Se um casal chega aqui com um outro problema, você mostra a fita para eles ouvirem e poder ajudar. Para eles ouvirem que uma outra pessoa passou por esse mesmo problema, e até mais difícil e conseguiu superar” (M3, f22).*

Na reflexão sobre a mínima comunicação verbal de G3, a teoria psicanalítica aplicada a casais fornece subsídios para uma compreensão plausível. Todo casal, desde o momento da escolha do parceiro, sistematiza um conjunto de regras com as quais estrutura uma linguagem própria—o seu dialeto—e a transforma na maneira de conhecimento e entendimento mútuos. O vínculo com um objeto privilegiado, como é o caso do vínculo matrimonial, sofre a intervenção dos objetos internos de cada um. Quando o intercâmbio emocional e comunicativo não está baseado na troca de significados, códigos e palavras apresenta com maior frequência os fenômenos da fusão, indiferenciação e indiscriminação. Um dos cônjuges pode manter esse tipo de vínculo como um mecanismo defensivo de recusa da realidade (Puget e Berenstein, 1993).

O silêncio de G3 e o vínculo do casal foram interpretados com base na aplicabilidade em diminuir a angústia e possibilitarem um apoio a ambos os cônjuges. “É no contexto de uma série conjunta de valores que o casal pode criativamente contribuir para a solução de seus conflitos. A tolerância em relação às deficiências e limitações do outro, assim como de si mesmo, são silenciosamente integradas ao relacionamento” (Kernberg, 1995).

### 4.3.3 Categoria C: Análise das falas do casal sobre o prognóstico

O conteúdo central desta entrevista esteve direcionado para fantasias e angústias em relação ao futuro, uma vez que a complementação do diagnóstico veio a adicionar maiores subsídios a problemas descobertos quase um mês antes.

Havia uma tentativa permanente de compreender a causa do problema e assegurar a prevenção deste.

*“Será que na próxima gravidez ela vai precisar de um psicólogo antes de engravidar? Para ver se ela vai querer ter outro...uns dias atrás ela já estava com medo...” (M3, f6).*

Uma das angústias de M3 era o temor de que a marca psíquica selada em G3 impedisse-a de tentar uma nova gravidez. Paralelamente, a presença de um filho saudável reconfortava-os, pois reassegurava a fertilidade do casal.

*“Acho que se acontecesse tudo isso com o primeiro filho, seria bem pior. Porque a gente tem uma filha normal em casa. Poderia até ser que o problema não fosse nosso e não tivéssemos ricos. Mesmo se o risco fosse de 99.99% de dar tudo certo na próxima, mas por ser o primeiro acho que seria bem pior” (M3, f17).*

A paridade correlaciona-se à adaptação pós-parto e ao óbito neonatal de um filho. Primigestas apresentam traços mais depressivos após o parto de um filho severamente malformado; isolam-se com mais frequência e demoram mais tempo para superar o luto (Hunfeld, 1996).

Como o casal ainda enfrentaria o parto e puerpério de um filho que não iria para casa, alguns aspectos positivos da dinâmica do casal foram observados. Apesar de frustrados no desejo de dar luz a um segundo filho saudável, além de muito tristes com a conclusão do diagnóstico, M3 conseguia falar sobre os defeitos do feto, nomeando-os corretamente e até criando uma imagem mental para eles.

*“Tá faltando um pedaço do braço, a nuca não fechou, o cérebro saiu para fora, o abdômen não fechou e alguma coisa saiu para fora. É terrível!...” (M3, f8).*

*“Não era essa imagem que a gente tinha dele na cabeça” (M3, f9).*



Aceitaram-se as limitações do feto e até mesmo as próprias limitações em relação ao futuro da gravidez:

*“É nascer e morrer” (M3, f9).*

*“Agora tem que esperar acontecer o natural...Como tudo vai desenvolver não depende dela” (M3, f18).*

Os dois trechos acima citados são de fundamental importância no contexto do trabalho multidisciplinar em Medicina fetal. A compreensão clara pelo paciente do diagnóstico e prognóstico facilita o contato dos pais com a equipe médica (Rovigatti (b), 1998).

Os receios em relação ao desejo de ter mais filhos, bem como à saúde destes também estiveram presentes.

*“Para ver se ela vai querer ter outro...uns dias atrás ela já estava com medo...” (M3, f6).*

*“...como vai ser a terceira?” (M3, f18).*

O nascimento de um filho após perda anterior de feto ou recém-nascido por causa de malformações é um assunto muito discutido. Alguns autores consideram o nascimento nessas circunstâncias passível de ser compreendido como uma possibilidade para resolver o problema por completo e amenizar o sofrimento provocado por lembranças anteriores. Quando o nascimento ocorre em um pequeno intervalo de tempo após a perda, pode representar uma forma de evitar o luto. Por outro lado, se o luto não for bem elaborado, é capaz de interferir no relacionamento da mãe com o bebê. Por isso, maior ênfase deveria ser dada à elaboração emocional da perda e não ao período ideal para uma nova gravidez após a perda (Hunfeld (a), 1997).

Em nossa experiência, os casais que decidem manter a gestação, mas não conseguem elaborar o luto pelo filho imaginário perdido, apresentam maiores dificuldades para superar as tendências depressivas do pós-parto. (Rovigatti, (a), 1998). Geralmente esses casais evitam ver o filho após o óbito. No entanto, sabemos que esse é um detalhe importante. A capacidade de expressar os

sentimentos e o desejo em ver e cuidar do feto após o óbito parece diminuir os traços depressivos após o parto e acelerar o processo de luto (Elder, 1991).

M3 parecia conter as angústias a aflorar nesse contato mais direto com a realidade, o que poderia auxiliar sua mulher no momento do parto. Por não ocorrer no homem, a gravidez da esposa deve feri-lo narcisicamente. No entanto, desprende-se de análise anterior que M3 conseguiu agir de modo a compreender as angústias da esposa. "O equilíbrio resultante do binômio mãe-feto é instável, somente podendo adquirir estabilidade à medida que se introduz a figura masculina como continente dos aspectos regressivos e psicóticos inerentes nessa relação" (Colucci, 1984).

Pouco se consegue saber a respeito do processo emocional vivenciado por G3 durante o diagnóstico inicial e incompleto. As comunicações não verbais revelaram uma participação concreta na entrevista. No entanto, sabemos que a comunicação afetiva por palavras aumenta o perigo de mútuas projeções, e principalmente da agressão e dos aspectos negativos no outro (Kernberg, 1995). Conjecturamos a "intrusão" da experiência psíquica do marido, o qual parecia ser capaz de "representar" os pensamentos da esposa durante a entrevista, como algo mais tranquilizador para G3 do que a própria expressão verbal.

#### **4.3.4 Categoria D: Quanto às vivências da psicóloga**

A impressão mais marcante nesse caso foi a maneira como a história foi relatada. M3 falava com um tom de voz suave e parecia realmente estar sensível ao sofrimento da mulher. Mesmo quase sem expressar-se verbalmente durante toda a entrevista, G3 acompanhava o pensamento de seu marido ou olhava para mim, participando e estabelecendo um intercâmbio gestual próprio.

A sensação era de que o par realmente formava um "casal" e M3 estava conseguindo não só suportar a própria dor como também apoiar a esposa.

A maneira simples de M3 formular as perguntas transpassava espontaneidade. Nem mesmo o silêncio de G3 sugeriu agressividade. Embora abordássemos uma assunto tão penoso, o clima da entrevista foi ameno. O casal

era simples, de nível sócio-econômico inferior ao da média, mas revelou uma capacidade afetiva emocional estruturada, além de muita simplicidade ao relatar suas vivências.

#### **4.4 Casal 4: relato da entrevista na íntegra**

**P, f1:** Estou à disposição de vocês para ouvi-los.

**M4, f1:** É muito difícil, né? A gente não esperava uma coisa dessas. O médico explicou que esses casos só acontecem uma vez só.

**G4, f1:** Como assim?

**M4, f2:** Ele disse que é muito difícil acontecer isso de novo.

**G4, f2:** O nosso medo era de nascer um bebê com problemas, ter retardo mental. Nunca pensei que um bebê pudesse nascer sem um cérebro, sem crânio ou poderia faltar alguma parte do corpo. A médica explicou que o nosso caso era grave, o bebê não tinha uma parte da parede do corpo. Ela disse que pode acontecer de não ter cérebro, de faltar uma parte do corpo, uma parte dos membros, não ter mãos. Nunca passou essas coisas pela minha cabeça. Meu medo maior era o retardo mental. A gente estava em busca de algum exame que pudesse mostrar se tinha retardo mental.

**M4, f3:** Porque ela tem um primo que tem problemas mentais. Nosso medo maior seria esse. Nosso medo maior era na primeira gestação, mas no caso não ocorreu.

**G4, f3:** A gravidez foi perfeita. Nós temos uma menina de 1 ano e 10 meses.

**M4, f4:** Agora que a gente estava mais tranquilo, mais sossegado, aconteceu isso. Estranho né? Pensar no mal...

**P, f2:** Como assim?

**M4, f5:** Quando a gente não pensa nele, no mal, ele não acontece.

**G4, f4:** A gente sempre vê falar na novela, na televisão, com os vizinhos. Sempre a gente acha que só acontece com os outros. A gente não está preparado para isso. Acho que ninguém está, né?

*(Silêncio breve - 20 seg.)*

**M4, f6:** A gente não tem intenção nenhuma de fazer aborto. Só se tivesse algum risco para ela. Mas se a gestação pode seguir sem nenhum problema, normal, nós vamos optar por deixar.

**G4, f5:** Eu não corro nenhum risco de saúde!

**M4, f7:** Porque para tirar sabendo que ele vai morrer; é nascer e morrer; é melhor esperar, deixar nascer e deixar a natureza tomar conta. Viver, morrer, não sei como é que essas coisas funcionam. Não tem jeito.

**G4, f6:** E nesses casos como o meu as pessoas passam pelo parto normal? Eu não posso ter parto normal. Estou pensando muito nisso. Eu não consegui na minha primeira gravidez.

**M4, f8:** Ela não teve contração.

**G4, f7:** Eu não tinha contração suficiente para abaixar a criança. Tomei soro e tudo. Eu tive dilatação, mas não tive contração.

**P, f3:** E o que você andou pensando?

**G4, f8:** A médica falou que era parto normal. Como será que vai ser? Porque não pode ser cesárea?

**M4, f9:** Porque você já passou por uma cesárea da outra vez.

**G4, f9:** Mas se o bebê tem problema eu vou poder tomar soro do mesmo jeito? Ou tem que ser natural?

**M4, f10:** Não, é normal. O parto é tudo normal. Como se fosse tudo normal.

**G4, f10:** Mas, e se eu precisar de cesárea?

**M4, f11:** Ai, tudo bem.

**P, f4:** O que está passando pela cabeça de vocês com relação a isso. O que vocês imaginam que possa acontecer?

**G4, f11:** Eu não quero passar pela mesma coisa que passei na primeira vez. Ficar deitada horas e horas sozinha. Fiquei 15 horas tentando!

**M4, f12:** Tirando esse problema o resto, seu corpo, está tudo normal.

**G4, f12:** Nós temos mais alguma coisa aqui, mais exames?

**P, f5:** Não sei ao certo, mas acho que não.

*(Silêncio breve - 15 seg.)*

**M4, f13:** Então agora é só esperar.

*(Silêncio breve - 15 seg.)*

**P, f6:** E como é que vocês estão se sentindo para prosseguir?

**M4, f14:** A gente fica chateado

**G4, f13:** Arrasada.

**M4, f15:** É, mais a gente tem outro filho e a vida continua, né? A gente nunca espera pelo pior ou por uma coisa ruim, nunca. É como se você estivesse distraído e viesse uma pessoa e te desse um murro, você toma um susto. A gente não sabe como reagir, não está preparado para aquilo. A gente fica alterado, mais nervoso.

**P, f7:** Vocês sentiram essas mudanças?

**M4, f16:** A gente sente, mas tenta controlar.

**G4, f14:** Ele fica mais nervoso, mas não demonstra.

**M4, f17:** A gente tenta não passar o nervoso para nossa filha. Se a gente está nervoso, a gente grita e pode chamar atenção dela e ela não tem nada a ver com o problema.

**G4, f15:** Eu acho que ela percebeu que a gente está diferente. Ela fica prestando atenção na conversa da gente. Quer saber toda hora o que a gente esta fazendo. Acho que depois que a gente soube do problema nós nos aproximamos mais ainda do bebê e ela percebeu isso. Ela passa a mão na minha barriga e já é rotina falarmos com o bebê todos os dias. E toda hora ela quer que a gente passe a mão na barriga dela pois ela acha que tem um bebê lá também. Ela deve estar percebendo porque a gente não está falando tanto sobre ele. Eu não quero que perguntem mais sobre a minha gravidez. É uma coisa muito chata. Ele acha que é normal perguntarem. Ontem eu ia sair mas nem quis.

**P, f8:** É uma situação muito difícil.

*(G4 começou a chorar)*

**G4, f16:** As pessoas ficam falando: nossa como que você já está grávida se tem uma filha tão pequenininha! As enfermeiras perguntam e a gente não tem nem palavras para explicar, acaba até sendo rude com elas. E elas são até simpáticas com a gente. Deus sabe o que faz e a gente não sabe o que fala.

**P, f9:** É muito difícil falar sobre isso ainda.

**G4, f17:** É muito difícil, está muito recente. Machuca a gente. A gente acorda pensando nisso e não pára mais. Está dentro de você. E vai com você para todos os lugares não dá para esquecer.

**M4, f18:** Tem que ser forte.

**G4, f18:** É difícil evitar as perguntas. Eu fiquei muito chateada com o que aconteceu ontem e do que ele (M4) falou. A gente já sabia que o bebê tinha problemas, mas ontem foi a primeira vez que eu sai sozinha e fiquei num lugar público depois da confirmação. Antes quando perguntavam eu falava que estava bem e só. Mas agora! Até encolhi a barriga para sair. Principalmente porque eu estava com a minha filha, que chama muita atenção, chora, toda criança chama atenção, e as pessoas param para perguntar as coisas, para perguntar dessa gravidez. A barriga já está grande, né? As pessoas comentam: “Nossa você tem uma filha tão pequena e já está grávida de novo? Como que está a gravidez? É menino ou menina? Tá tudo bem?”. Eu não agüentei, fiquei chateada e comecei a chorar. Ai essa pessoa se afastou de mim. Ele acha que eu tenho que falar que está tudo bem. Como que eu vou falar isso se não está tudo bem?

**M4, f19:** Mas você vai responder o quê? Vai entrar em detalhes?

**G4, f19:** Não, não vou entrar em detalhes, eu não consigo. Mas é a mesma coisa que a senhora (P.) perguntar para mim: “Está tudo bem?”. Eu não vou responder que sim.

**M4, f20:** Se a pessoa perguntar eu vou falar que ela está bem. Ela tem esse problema mas está bem.

**G4, f20:** Não dá para falar isso. Um dia você dorme e ele está bem, no outro você fica sabendo que ele tem um problema e vai morrer, não vai ficar com a gente. Como é que vou ficar me sentir? É um pedaço meu que está indo embora.

**M4, f21:** Mas ele está bem, senão ele não estaria aí. Perguntar é uma coisa se expor é outra.

**G4, f21:** Ah! Eu não consigo pensar assim!

**M4, f22:** Mas se a gente fala as pessoas ficam perguntando o porquê. Por exemplo: a gente tem uma prima que está grávida de 7 meses. A gente pediu para ninguém contar nada para ela. Ela é irmã de um menino que tem deficiência mental, então a gente pediu para ninguém falar nada para ela não ficar nervosa.

**G4, f22:** Eu não consigo dizer que está tudo bem. Eu estou grávida! Eu carrego a barriga! Para ele é muito mais fácil falar: “está tudo bem!” Por quê? Não porque ele é homem e eu sou uma mulher. Eu acho que para ele é muito mais fácil do que para mim. Porque eu estou muito mais à mostra, com barriga, para todos admirarem! Porque mulher grávida chama atenção. É mais fácil para ele comunicar com as outras pessoas, é mais fácil para ele falar.

**M4, f23:** Eu acho que é a mesma coisa. Eu só penso em não falar nada para a pessoa não entrar em detalhes. Até para não assustar a pessoa.

**G4, f23:** Talvez ele esteja até certo em falar tudo bem. Talvez fosse melhor não falar nada para não entrarem em detalhes. Mas eu queria mesmo era que ninguém tocasse nesse assunto, não perguntasse nada. Essa é a minha vontade. Mas é impossível! Eu não posso ficar o resto da minha vida, até o final da gravidez dentro de casa.

**P, f10:** Falar nesse assunto é muito difícil, faz sofrer muito. Dá vontade até de não falar e esquecer.

**G4, f24:** É que todo lugar que você vai a barriga vai junto! Não dá para esquecer. É muito chato.

**M4, f24:** Quem sabe com o tempo a gente fique mais conformado e acabe aceitando mais. Com o dia a dia. Se a gente for analisar nada é fácil. A partir do momento que você recebe uma notícia dessas nada é fácil. Sem querer abala sua profissão, seu dia a dia. Isso aí vai ficar marcado para sempre. Mesmo depois que a criança morrer. Aconteceu com a gente e não dá para apagar.

**G4, f25:** Vai ficar marcado até o fim. Mesmo quando chegar ao final da gravidez eu ainda vou querer que muita gente não comente o assunto até me conformar. Dá na mesma se eu fosse abortar agora ou deixar até o fim. O aborto não vai apagar o problema. Por isso eu não quero interromper.

**M4, f25:** Eu quero ver a criança, quem sabe até doar os órgãos, não sei bem.

**G4, f26:** Teve um caso nos Estados Unidos que a mulher doou e manteve a gravidez para doar os órgãos. É possível?

*P. falou ao casal para conversar com os médicos que poderiam explicar melhor se essa possibilidade seria viável.*

**M4, f26:** A nossa criança é normal, só não tem o cérebro, o resto é normal e quem sabe poderia ser doado os órgãos!

**G4, f27:** Vamos pensar. Eu já estou afastada do serviço porque não posso ficar muito tempo em pé, o bebê pode nascer a qualquer hora.

**M4, f27:** Eu queria perguntar para o médico se o cérebro está exposto mesmo. Porque não tem pele. A médica lá da nossa cidade disse que o cérebro fica flutuando. Será que ele sente dor?

**G4, f28:** Será? Nós pensamos isso porque ele é muito agitado, mexe muito, e como a médica disse que o cérebro fica flutuando, ela disse que ele só tem uma pele, nós pensamos que quando ele encosta na barriga, acaba se machucando. Ele mexe muito!

**P, f11:** Ele sempre mexeu muito?

**G4, f29:** Agora muito mais. Eu acho que agora que ele está crescendo está batendo mais. Eu sinto muita dor. Se eu sinto muitas dores quando ele se agita, será que ele não sente também?

**P, f12:** O que vocês acham?

**G4, f30 e M4, f28:** Eu acho que sim.

**M4, f29:** Claro, porque quando ele encosta na barriga ele deve sentir dor, quando ele mexe.

**P, f13:** Qual é a imagem que vocês tem do bebê?

**G4, f31:** Pelo que eu entendi ele tem a face normal, até os olhos, mas não tem essa parte (*referindo-se ao crânio*) Sabe que eu estava tão passada no dia da consulta que eu nem ouvi direito.

**M4, f30:** Eu acho que ele tem só a face e da testa para cima está tudo aberto, flutuando. Eu fiquei confuso porque se está flutuando essa parte está solta! Mas o cérebro não está grudado no corpo? Ficou confuso. Agora dor eu acho que ele



sente! Se ele está em posição de parto com a cabeça para baixo deve estar doendo. Os médicos disseram que não sente, mas eu acho que sim.

**G4, f32:** Ele é agitado, deve sentir dor.

*Foram orientados a passar novamente com o médico para esclarecer melhor o diagnóstico*

**M4, f31:** Eu fiquei pensando se quando eu passava a mão na barriga ele reconhecia como é que ele não sente agora? Se sentiu meu movimento? Ele deve sentir a dor também. Eu penso assim.

**G4, f33:** Tem como a gente saber porque não formou o crânio?

**P, f12:** Provavelmente os médicos devem estar terminando os exames para poder dar alguma explicação à vocês. Mas independente disso o que vocês acham que pode ter acontecido?

**M4, f32:** Um dos médicos disse que poderia ser uma falta de vitamina e que na próxima gestação ela devia tomar mais vitamina. A outra parte a gente não sabe explicar, não tem uma definição, fica em aberto. Se fosse uma malformação como sem a perna, sem um braço, sem um dedo ou dedos a mais, eu já ouvi falar, mas assim...

**G4, f34:** Não sei. Meu medo maior sempre foi retardo mental porque tem casos na família, mas assim...

**P, f14:** E o que passou pela cabeça como sendo a causa?

**G4, f35:** Passou tantas coisas que é difícil até falar. Não tem como explicar, acho que a gente precisava de um auxílio de alguém para explicar por que aconteceu.

**M4, f33:** Eu também queria muito saber o porquê! Uma parte pode ser as vitaminas e a outra? O que pode ser? Eu acho que o que a gente tem que passar ninguém vai passar pela gente. Não adianta reclamar, a gente tem que passar. É difícil para ela e também é difícil para mim. Um dá força para o outro! Não dá para saber o que aconteceu.

**G4, f36:** Eu queria muito que alguém falasse: é isso que está acontecendo, por causa disso e disso.

**M4, f34:** A gente veio até com esperança de não ser esse o problema. Fomos antes fazer alguns exames no laboratório mas sempre com esperança de que

não fosse isso. O médico poderia ter errado, ser uma outra coisa!

**G4, f35:** É difícil você ver no exame a imagem! É difícil não acreditar, as esperanças acabam quando a gente vê.

**M4, f35:** Até pela nossa religião, a gente já viu tanta coisa! Já falaram de casos de quem nasceu sem cabeça e depois a cabeça cresceu com cabelo e tudo. Eu perguntei para o médico se o cérebro podia crescer depois. Ele disse que não! Mas o que é impossível para a Ciência não é impossível para Deus! A gente já viu tantas crianças com câncer viverem! Que o médico disse que não viveria! E o médico ficou sem saber o que dizer!

**G4, f38:** Ele falou que não tinha explicação.

**M4, f36:** Muitos médicos acreditam em milagres, outros não. Vai de cada um o que sente e o que busca no caso. Nossa esperança é que essa criança melhore. Ele era uma pessoa sadia. A esperança é a última que morre. Eu acho que a gente não deve tirar. Nem se essa criança só fosse sobreviver duas horas, mesmo que ela sofra. Quem somos nós para tirar a liberdade dessa criança! Eu só pensaria em tirar se ela estivesse correndo risco de vida, mas ela não está.

**G4, f39:** Eu acredito em milagres.

**M4, f37:** Por exemplo: super bônder não é uma cola muito forte? Se cair no dedo ela não queima o dedo? Então, nós ficamos sabendo de uma mulher que pingou super bônder nos olhos da filha achando que fosse colírio. Ela ficou desesperada porque entrou areia no olho da filha e ela dizia que não estava enxergando, a mãe desesperada pingou a cola achando que fosse colírio, e não aconteceu nada! Por que que os exames não podem estar errados? Eles não podem ter errado?

**G4, f40:** Nós temos nossa religião, nós acreditamos muito em Deus. Nada é impossível para Deus. Não acontece nada nessa vida que não seja a vontade de Deus.

**M4, f38:** Nós acreditamos muito. Por exemplo: meu pai teve um problema no esôfago e teve hemorragia digestiva. Quando chegou no hospital, a hemorragia piorou. Ele ficou dois meses internado no hospital e sobreviveu. Só depois de dois anos ele teve um problema na vesícula que nunca tinha tido e morreu. Por

isso eu só vou mesmo acreditar, só vou cair na real, quando eu ver e o médico disser: não tem jeito mesmo. Mas até lá... Eu sei que já foi contestado, mas até lá! Nada é impossível!

*P. diz ao casal que estava a disposição para mais entrevistas e para acompanhá-los até o final do processo.*

#### **4.4.1 Categoria A: Análise das falas do casal sobre a notícia do diagnóstico**

Logo no início da entrevista, o casal revelou a existência de casos de retardo mental no histórico familiar. O receio desencadeado por tal fato fez surgir um interesse específico pelo diagnóstico pré-natal. No entanto, parecia ter afastado qualquer outra possibilidade de afecções no feto. O temor de dar luz a um filho malformado está entre as angústias mais comuns presenciadas no processo normal da gravidez. Quando há histórico de aborto ou antecedentes familiares de alguma anomalia, esse temor torna-se mais intenso (Maldonado, 1997).

*"O nosso medo era de nascer um bebê com problemas, ter retardo mental..." (G4, f2).*

A angústia de ter um filho malformado é mais acentuada na primeira gravidez (Videla, 1973), o que justificaria a maior tranquilidade manifestada pelo casal com relação a essa gestação.

*"Nosso medo maior era na primeira gestação, mas no caso não ocorreu" (M4, f2).*

G4 e M4 expressaram o choque e o susto provocados pela notícia da malformação.

*"Um dia você dorme e ele está bem, no outro você fica sabendo que ele tem um problema e vai morrer, não vai ficar com a gente" (G4 f20).*

*"É como se você estivesse distraído e viesse uma pessoa e te desse um murro, você toma um susto. A gente não sabe como reagir, não está preparado para aquilo" (M4, f15).*

O mecanismo mais utilizado pelo casal para se defender da angústia foi a

cisão.

*“Nunca passou essas coisas pela minha cabeça...” (G4, f2).*

*“... Sempre a gente acha que só acontece com os outros” (G4, f4).*

*“A gente nunca espera pelo pior ou por uma coisa ruim, nunca” (M4, f15).*

Utilizaram nessas e em outras falas as palavras: sempre e nunca, que remetem a determinismo nos acontecimentos. Freud admitiu o mecanismo da cisão do ego em seu trabalho de 1938, declarando que a mente adotava dois ponto de vista separados. O trabalho de Klein já demonstrava que as crianças, como os adultos, cindem de maneira que os aspectos bons e maus fiquem separados (Hinshelwood, 1992). Para esses pacientes, o mal estava projetado nos outros; a forma de isolá-lo era não refletir sobre ele.

Os sentimentos manifestados em relação à notícia da malformação demonstraram uma diferença na intensidade das reações emocionais do homem e da mulher:

*“A gente fica chateado” (M4, f14).*

*“Arrasado” (G4, f13).*

*“... É muito difícil, está muito presente. Machuca a gente... Está dentro de você. Vai com você para todos os lugares, não dá para esquecer” (G4, f17).*

G4 revelou como estava se sentindo mais exposta e responsável pela doença do feto. As mães, de maneira geral, são particularmente mais vulneráveis à culpa por causa das expectativas sociais de que assumam as responsabilidades primárias pelos cuidados e bem-estar de seus maridos e filhos (Walsh e McGoldrick 1998). Expressou dessa forma, a vergonha e o desejo de ser admirada como no início da gestação.

*“Eu até encolhi a barriga para sair” (G4, f18).*

*“Eu acho que para ele é muito mais fácil do que para mim. Porque eu estou muito mais à mostra, com barriga, para todos admirarem! Porque mulher grávida chama atenção” (G4, f21).*

É comum as mães sentirem-se envergonhadas e responsáveis por gerarem

um filho malformado quando sabem que ele irá morrer. Há uma diminuição acentuada da auto-estima, principalmente na eventualidade de haver casos anormais na família (White-Van Morick, 1992).

O conflito aumentava para G4; o desejo de se isolar ou não falar sobre o assunto, era impossível.

*“Eu não posso ficar o resto da minha vida dentro de casa, até o final da gravidez dentro de casa” (G4, f23).*

Uma das fantasias do casal relacionava-se à suposta dor física do feto:

*“... será que ele sente dor?” (M4, f27).*

*“Eu acho que sim” (G4, f30 e M4, f28).*

É difícil responder a esta questão tomando por base as mais recentes pesquisas científicas. Atualmente, os médicos discordam nas opiniões sobre o assunto. Observamos que as idéias e os sentimentos com relação ao feto também estavam muito presentes nas suas mentes. Falar sobre o assunto, ficar fazendo perguntas, estaria suscitando as fantasias que “flutuavam” e poderiam emergir à nível consciente fazendo-os sofrer.

*“...a médica disse que o cérebro fica flutuando; nós pensamos que quando ele encosta na barriga, acaba se machucando” (G4, f28).*

Essa vivência é compreendida como a dor psíquica provocada pelos movimentos fetais. O sofrimento psíquico situa-se na fronteira entre o físico e a mente, relaciona-se com a frustração e a perda no mundo real (Joseph, 1981, apud Hinshlewood, 1992).

Do ponto de vista da evolução normal da gravidez, quanto mais avançada a idade gestacional, mais fortalecido estará o vínculo entre a mãe e o bebê e mais difícil e angustiante tornar-se-á a idéia do parto (Maldonado, 1997).

*“Como será que vai ser? Porque não pode ser cesárea?” (G4, f8).*

Do ponto de vista da evolução normal da gravidez, quanto mais avançada a idade gestacional, mais fortalecido estará o vínculo entre a mãe e o bebê e mais difícil e angustiante tornar-se-á a idéia do parto (Maldonado, 1997).

*“Como será que vai ser? Porque não pode ser cesárea?” (G4, f8).*

*“Não quero ficar deitada horas e horas sozinha. Fiquei 15 horas tentando!” (G4, f11).*

O parto é uma experiência extremamente intensa e aguda, não somente no plano físico, mas também no plano psicoafetivo. Como se sabe, as mulheres vivem-no de maneiras diferentes: dolorosa, triunfante, fragmentada, etc. De qualquer forma, o recém-nascido aparece como o sentido desta experiência aguda e crítica. O contato com o bebê intacto alivia a dor e as angústias de morte e de perseguição da parturiente, como uma espécie de recompensa. A dor acentua a angústia e a angústia acentua a dor (Lebovici, 1987). É compreensível estarem acentuadas as angústias de G4 em relação ao parto e a dor que o acompanha.

As intensas reações emocionais após a notícia dificultaram a compreensão das informações fornecidas durante a consulta médica. O aparelho psíquico, diante das diversas emoções suscitadas, parece não admitir mais informações:

*“... sabe, eu estava tão passada no dia da consulta que eu nem ouvi direito (G4, f3).*

Os exames, principalmente a ultra-sonografia, favoreceram o contato com a realidade. A imagem, ao ficar retida na memória, poderia ser acessada sempre que a negação surgisse.

*“É difícil ver no exame a imagem. É difícil não acreditar. As esperanças acabam quando a gente vê” (G4, f35).*

Quando a mãe tem a oportunidade de visualizar o feto através da ultra-sonografia, o vínculo entre os dois se fortalece; esse fato se encontra em consonância com diversas pesquisas (Fletcher & Evans, 1983). Observa-se tanto neste caso, como em outros estudados em nossa Instituição, que a “visão” de uma anomalia representa maior impacto do que o nome da patologia, sendo também sentida como mais real e compreensível do que um exame cromossômico.

Mesmo sabendo da probabilidade de se conseguir um alvará de

abortamento em face das anomalias incompatíveis com a vida extra-uterina, o casal optou por não intervir. As crenças religiosas justificaram a escolha.

*“Nós temos nossa religião, nós acreditamos muito em Deus. Nada é impossível para Deus” (G4, f40).*

Na conduta adotada na Instituição onde este estudo foi desenvolvido, os valores pessoais e religiosos jamais são questionados. Toda a equipe multidisciplinar mantém respeito absoluto às crenças de cada paciente. Neste caso, as questões religiosas não influenciaram a compreensão do diagnóstico pelo casal.

Do ponto de vista emocional, sugerimos que esta esperança também esteja associada ao medo do momento que se aproxima, isto é, o parto, e com ele a angústia da perda e do vazio.

*“É um pedaço meu que está indo embora” (G4, f20).*

O mecanismo de negação como descreveu Klein (1946) está ligado à fantasia de aniquilação, de uma perda real de parte do ego ou do objeto:

*“Por que os exames não podem estar errados? Eles não podem ter errado?” (G4, f39).*

*“Por isso eu só vou mesmo acreditar, só vou cair na real, quando eu ver e o médico disser: não tem jeito mesmo. Mas até lá. Nada é impossível.” (M4, f38).*

#### **4.4.2 Categoria B: Análise do vínculo conjugal, bem como do vínculo que o casal estabelece com o feto, a equipe médica e a psicóloga.**

As configurações do vínculo entre a mãe e o feto sofreram modificações em relação ao esperado para o desenvolvimento normal da gravidez. Naquele momento da gestação, havia uma ambivalência no contato com o feto:

*“... Acho que depois que a gente soube do problema nós nos aproximamos mais ainda do bebê... A gente não está falando tanto sobre ele... Eu não quero que me perguntem mais sobre a minha gravidez” (G4, f15).*

O abalo no vínculo simbiótico estabelecido entre a mãe e o feto durante a

gravidez reforça a ambivalência, mais exatamente no momento quando a alegria do nascimento é substituída pela angústia de morte iminente. Trata-se de um verdadeiro “blanco relacional” da mãe com o filho (Videla, 1993).

G4 estabeleceu um forte vínculo com o bebê desde o início da gravidez, pois isso lhe trazia gratificações narcísicas:

*“Toda criança chama atenção, e as pessoas param para perguntar as coisas, para perguntar dessa gravidez. A barriga já está grande, né? (G4, f18).*

*“... Eu estou mais à mostra, com barriga, para todos admirarem! Porque mulher grávida chama atenção!” (G4, f22).*

Entre os motivos narcísicos fomentadores do desejo de um filho, podemos incluir aquele de conservar uma imagem idealizada de si mesma como um ser completo e onipotente. O desejo de completude é satisfeito tanto pela gravidez, quanto pela própria existência da criança. A mãe vê a criança desejada antes de mais nada como uma extensão do próprio eu, um apêndice do corpo; a criança valoriza a auto-imagem corporal, acrescentando-lhe uma dimensão a mais que pode ser orgulhosamente exibida (Brazelton e Cramer, 1992).

Mesmo compreendendo claramente os resultados oferecidos pela equipe médica, os pacientes ainda desejavam uma atitude mais diretiva e conclusiva dos profissionais.

*“Eu queria alguém que falasse: é isso que está acontecendo, por causa disso e disso” (G4, f36).*

A necessidade desse paternalismo constitui movimento de luta para conseguir aceitar melhor os limites impostos pela realidade (Anzieu, 1993). Como lhes foi negada uma atitude mais diretiva, encontraram na religião a esperança de alguém (Deus) com a solução para todos os problemas; a eles, restava aguardar. Em nenhum momento contestaram ou falaram do desejo de abortar.

*“Eu acredito em milagres” (G4, f39).*

*“Não acontece nada nessa vida que não seja vontade de Deus” (G4, f40).*



*“Não adianta reclamar, a gente tem que passar” (M4, f33).*

*“O que é impossível para a ciência não é impossível para Deus” (M4, f35).*

Aparentemente, as crenças religiosas foram suficientes para o casal aplacar as angústias em relação ao futuro.

A atitude de M4 revelava uma tentativa de auxiliar a mulher a superar o problema. Apesar de o antecedente provir da família da esposa, M4 conseguiu compreender a diferença nos diagnósticos e não a culpar pelo acontecimento.

O casal demonstrou estar à vontade para expor as emoções e dificuldades ante à psicóloga; não se sentiram julgados ou envergonhados pela presença da psicóloga.

#### **4.4.3 Categoria C: Análise das falas do casal sobre o prognóstico**

Ao se decidir pela manutenção de uma gravidez cujo feto encontra-se gravemente afetado por aberrações, as angústias levantadas quanto ao parto e puerpério são evidentes. M4 parecia tentar tranquilizar e ajudar a esposa com esses aspectos. O apoio emocional do marido durante a gravidez, assim como a sua participação no parto, está associado com a redução das necessidades de sedativos nas mulheres e uma experiência mais positiva no puerpério (Parke, 1986, apud Brazelton e Cramer, 1992).

Em relação ao prognóstico, M4 claramente distorceu as informações fornecidas pelo médico:

*“O médico explicou que esses casos só acontecem uma vez” (M4, f1).*

Ao ser questionado pela psicóloga no entanto, falou com mais cautela sobre a informação.

A fé religiosa parecia ter o efeito de diminuir a ansiedade e as angústias do casal quanto ao futuro. Não caberia julgar se estariam certos em nas convicções adotadas para lidar com o problema. Seria interessante se os clínicos valorizassem o poder dos sistemas de crença na superação da dor, perda e

sobretudo do impacto destrutivo acarretado pela culpa e vergonha que podem circunscrever a morte. O sistema de crença de uma família possui influência crítica na adaptação à perda. As crenças a respeito da morte e os sentidos a acompanhar uma perda específica fincam raízes nos legados familiares multigeracionais, nas crenças étnicas e religiosas e práticas e valores sociais dominantes. Essas atribuições causais são especialmente significativas em situações de morte, quando a causa é incerta e dúvidas surgem quanto à responsabilidade e à negligência (Walsh e Mcgoldrick, 1998).

Entretanto, especial atenção deveria incidir sobre o processo de luto após a perda daquele filho em vista das demonstrações de descrédito com os exames e de expectativa por um milagre. A razão para esse cuidado se deve ao desconhecimento de quão grave seriam a expectativa pelo milagre até o final da gestação e as inevitáveis conseqüências para a elaboração do luto. A cisão, a negação e a repressão podem ser importantes defesas de confronto no contexto de perdas; no entanto, a manutenção desses padrões pode implicar conseqüências disfuncionais no luto e na relação conjugal (Walsh e McGoldrick, 1998).

Com relação ao prognóstico, conclui-se que esse casal estava consciente do diagnóstico, do processo de parto vindouro e dos riscos futuros. Em nenhum momento, negaram o sofrimento provocado pela situação e expressaram de forma clara o impacto do episódio sobre a vida deles.

*“Isso aí vai ficar marcado para sempre. Mesmo depois que a criança morrer. Aconteceu com a gente, não dá para apagar” (M4, f24).*

*“Vai ficar marcado até o fim” (G4, f25).*

A morte de um filho desejado e amado é uma experiência difícil e, às vezes, traumática para os pais. O luto após essa perda é uma característica observada em vários estudos de diferentes países; causa interferências na saúde mental da mãe e também no relacionamento conjugal (Videka-Sherman & Lieberman, 1985). A partir desta análise, pensamos que este casal, assim como o anterior, poderia se beneficiar de um atendimento psicológico nos momentos próximos ao parto e pós-parto. Assim se ofereceria um espaço para conversar e

mais bem elaborar o luto.

#### **4.4.4 Categoria D: As vivências da psicóloga**

O casal ficou aparentemente perplexo com o diagnóstico e surpreso com a notícia de um problema diferente do esperado, ou seja, na pior de suas hipóteses, retardo mental.

Durante a entrevista, tocaram em questões psicológicas importantes voltadas ao narcisismo, como a onipotência, a cisão bem-mal e a dicotomia entre as reações masculinas e femininas. O fato de terem conseguido falar de expectativas e desejos com relação a esse filho possibilitou a expressão do vínculo afetivo estabelecido com o feto, passando uma certa tranquilidade—diferentemente da forma como G2, por exemplo, lidou com as mesmas questões.

Tratava-se de um casal tentando compreender uma situação turbulenta do ponto de vista emocional—as mudanças da gravidez e o filho real malformado—de uma forma coerente para ambos, sem muitas agressões e sem contudo excluir o sofrimento que sentiam.

## **Análise Horizontal**

### **4.5 Categoria A: Análise das falas do casal sobre a notícia do diagnóstico**

O estado de choque inicial após receberem a notícia da malformação fetal interferiu na compreensão das informações médicas. Em dois dos casos analisados, a psicóloga necessitou recorrer a um re-encaminhamento à consulta médica para maiores esclarecimentos. Isto significa que seria precipitada qualquer decisão em relação ao futuro e à evolução da gravidez naquele momento.

Segundo o referencial das relações objetais desenvolvido por Melanie Klein, as angústias vividas pelos casais logo após receberem a notícia do problema com o feto são características da posição esquizo-paranoíde. A angústia e a culpa apresentam um caráter persecutório e tendem a se intensificar nas mulheres com aspectos narcísicos mais acentuados.

A malformação fetal abalou com mais intensidade o narcisismo feminino. A sensação de plenitude e onipotência por que passam as gestantes ao gerar um filho é fortemente abalada e a impossibilidade de gerar filhos saudáveis diminui a auto-estima.

Supõe-se que naturalmente os casais possam vivenciar sentimentos característicos das relações objetais da posição depressiva, diminuir os métodos arcaicos de cisão e atingir um maior grau de integração. Encaramos ser benéfica a influência do marido na contenção das angústias maternas. Por proporcionar uma maior integração do ego, a posição depressiva remete à maior compreensão da realidade psíquica e melhor percepção do mundo externo, além de permitir a síntese entre situações internas e externas.

Tanto a proximidade do parto, como o desejo de interromper a gravidez reativam a angústia de se confrontar com o "bebê real" e deformado e de se temer a morte durante o procedimento. No inconsciente, o medo do aniquilamento da vida provém do trabalho interno da pulsão de morte, fator primário na gênese da ansiedade (Klein, 1948). O medo da dor dá lugar a fantasias concernentes ao corpo, sua integridade (Brazelton e Cramer, 1992).

Sendo a gravidez desejada e planejada pelos pais, que em sua maioria se encontram fora do grupo de risco acentuado para anomalias fetais, o sentimento de frustração é intenso. Com isso, o ego articula defesas de certa forma comuns para lidar com a realidade. A negação, a projeção e a cisão foram as defesas mais evidenciadas em todos os casos.

O casal projeta no filhos muitas expectativas em relação ao futuro e às mudanças advindas da gravidez. A projeção constitui um processo importante na formação da identidade parental e na consolidação da estrutura conjugal. A descoberta do problema com o feto desencadeia um conflito moral em que valores do casal são questionados. Como demonstrou a análise, o conteúdo desse questionamento entre o par sofre a interferência não só das questões narcísicas, mas também das diversas expectativas direcionadas ao feto.

A angústia dos maridos recai sobre o futuro reprodutivo do casal. As esposas, mais expostas fisicamente e abaladas emocionalmente, vivem diferentes situações sociais e familiares que, se dificultam um afastamento da realidade, também aumentam a angústia. Ao reconhecer essas diferenças, os homens proporcionam às esposas um acolhimento e apoio fundamental neste momento.

No entanto, a expressão dos sentimentos pelos maridos deve sempre ser valorizada, pois o encargo social do homem – cuidar das tarefas instrumentais como arranjos funerários e financeiros – pode relegá-lo a uma situação periférica à perda. A negação social da vulnerabilidade e das necessidades do homem e as sanções contra a expressividade emocional deste indubitavelmente contribuem para a perturbação conjugal após a referida perda (Walsh e McGoldrick, 1998).

#### **4.6 Categoria B: Análise do vínculo conjugal, bem como do vínculo que o casal estabelece com o feto, a equipe médica e a psicóloga.**

Em todos os casos analisados, observamos que a notícia do diagnóstico abalou o vínculo estabelecido entre a mãe e o filho e suscitou sentimentos ambivalentes; a morte e a perda passaram a se tornar realidade a partir de então. Os casais expressaram o quanto é difícil assimilar todos os sentimentos despertados com a doença e romper um vínculo fortemente estabelecido.

A rotina de exames e consultas, inclusive com a possibilidade de visualizar a malformação ao ultra-som, facilitou o contato com a realidade, proporcionou uma maior compreensão do problema e diminuiu a intensidade dos mecanismos defensivos.

Em todas as análises, foi comum a relação de dependência estabelecida pelos casais com a equipe médica e com a psicóloga. Desejavam soluções imediatas e respostas a todas as perguntas. Percebemos como a atitude não-diretiva da equipe propiciou refletir acerca do processo de tomada de decisão quanto ao futuro da gravidez. Essa atitude da equipe favoreceu igualmente a expressão dos sentimentos. Assim, a coesão na conduta de atendimento adotada facilita o processo de decisão, em que a individualidade e as crenças de cada um devem ser respeitadas.

A notícia do problema deve abalar a estrutura conjugal, conforme sugerem as projeções muitas vezes dirigidas ao próprio cônjuge. A capacidade de conter as angústias uns dos outros facilitou o intercâmbio e permitiu um

fortalecimento do vínculo conjugal.

#### **4.7 Categoria C: Análise das falas do casal sobre o prognóstico**

Em todos os casos analisados, o medo do futuro daquela gravidez e a difícil decisão de mantê-la ou interrompê-la foram muito evidenciados. Qualquer decisão dessa natureza envolve sempre um conflito de ordem moral que causa um questionamento de valores.

Nos casos de escolha pela manutenção da gravidez, a religião exerceu influência significativa. A tranquilidade em esperar pelo parto era alcançada quando se acreditava em uma solução milagrosa para a doença do filho, ou quando a morte, inevitável após o nascimento, era vista como uma dádiva de Deus. O processo de luto nesses casos deve receber especial atenção pois os mecanismos defensivos podem dificultar a adaptação durante o período pós-parto.

Os casais elegíveis para obter um alvará judicial de abortamento recusaram esse recurso. A hipótese de legalização do aborto por anomalias fetais graves, incuráveis e incompatíveis com a vida extra-uterina certamente não influenciaria na decisão daqueles que, por razões pessoais, são avessos à idéia.

No entanto, casais sem a possibilidade de recorrer à Justiça, porém desejosos do abortamento de um feto com anomalias fetais graves e incuráveis, porém compatíveis com a vida extra-uterina podem apresentar sentimento de culpa mais acentuado e processo de luto mais penoso pelo fato de ter de recorrer aos serviços clandestinos. O diagnóstico e o prognóstico influenciaram mais a decisão de interromper a gravidez do que o momento da idade gestacional, o vínculo estabelecido e as convicções religiosas. A propósito, todos os casos analisados seguiam a mesma religião.

Antes de quaisquer decisões a respeito da vida reprodutiva futura, seria conveniente refletir sobre a importância da elaboração do luto pelo filho sonhado, independentemente da decisão tomada pelo casal quanto à gravidez

malsucedida. Uma experiência de gravidez anterior bem sucedida associou-se a maior confiança na capacidade de experimentar novamente a vivência gravídica. Do contrário, observou-se maior angústia com o futuro e lamentações mais intensas pela perda – esse quadro é ainda mais evidente quando a gestante está em estágio avançado de uma gravidez alcançada após inúmeras tentativas.

#### 4.8 Categoria D: As vivências da psicóloga

*M4, F 7: "Viver, morrer, não sei como é que essas coisas funcionam".*

O clima emocional em grande parte das entrevistas foi tenso e muito comovente. O sentimento de impotência foi marcante em todos os casos. Os temores a respeito da vulnerabilidade de cada um são facilmente despertados ao se trabalhar com doenças tão precoces.

À medida que aceitamos os limites da capacidade de controlar os episódios da vida e elaborar as perdas pessoais não resolvidas, podemos trabalhar mais sensivelmente com os dilemas dos casais. A análise pessoal, as reuniões com a equipe multidisciplinar e as discussões com os supervisores deste estudo ajudaram a dividir as experiências vividas durante as entrevistas, aliviando essas sensações de debilidade.

A estrutura livre da entrevista demonstrou ser eficiente, pois proporcionou o conhecimento de diversos fenômenos psíquicos além desta reflexão pessoal. A observação dos meus próprios sentimentos foi facilitada pela ausência de um protocolo a ser seguido. Apesar da atitude de escuta adotada ter mobilizado muitos conteúdos emocionais, o espaço oferecido parece ter sido benéfico para os casais que espontaneamente retornaram para o segundo encontro. Isso ocorreu com os casais que estavam considerando o abortamento uma opção.

Como a situação vivida pelos pais no tocante ao abortamento desencadeia um conflito moral envolvendo valores pessoais, a atitude de escuta e respeito deve ser encorajada nos profissionais desta área, já que a posição de



árbitro de questões morais polêmicas não deve ser transposta para a prática junto a pacientes em momento delicado da saúde mental. Ainda mais quando a sociedade discute a validade de leis incongruentes com a realidade obstétrica da família brasileira.

## 5. *CONSIDERAÇÕES FINAIS*

---

---

O conhecimento adquirido durante a realização deste projeto incentivou-me a enumerar as questões que demandaram especial atenção por parte de todos os profissionais envolvidos na assistência em diagnóstico pré-natal. Pensamos que estas poderão contribuir para auxiliar as demandas específicas dos pacientes que necessitam deste tipo de atendimento.

1- Os médicos ao passarem o diagnóstico devem atentar-se à capacidade de absorção das informações pelos pais. Diante do choque emocional que a notícia provoca os casais, de maneira geral, apresentam muita dificuldade para entender todos os dados em um primeiro momento.

2- Uma vez que a imagem visual fortalece o vínculo mãe-feto em gestações normais, no momento crítico de um achado de malformação a notícia deveria ser dada em um ambiente onde a gestante ou o casal possa estar acolhido; conseqüentemente, a transmissão de dados durante a realização do exame deveria ser rediscutida.

3- O atendimento psicológico aos casais, concomitante aos estudos genéticos, favorece a expressão das angústias e dos medos inerentes à situação,

facilita a elaboração do luto e oferece dados a equipe à respeito da capacidade de compreensão e aceitação do problema pelo casal.

4- A participação do marido às consultas de pré-natal e aconselhamento genético devem ser estimuladas, pois além de apresentarem expectativas diferentes de suas esposas, podem apoiá-las na difícil adaptação a um diagnóstico desfavorável.

5- Os casais que irão vivenciar o parto de um filho que não irá sobreviver devem receber especial atenção dos profissionais de saúde. A fragilidade emocional das mães é intensa e deve ser respeitada e amparada no ambiente hospitalar.

6- Discussões importantes com relação ao abortamento nos casos de anomalias fetais devem ser estimuladas. A lei vigente não oferece respostas às diversas situações que a tecnologia e o desenvolvimento científico suscita e que fazem parte da realidade clínica do profissional de saúde.

7- A dor e o sofrimento dos pais que recebem a notícia da malformação deve ser respeitada, assim com a decisão autônoma do casal com relação ao que julgam mais apropriado para o futuro de suas vidas.

*Seu desejo não era desejo  
corporal. Era desejo de ter filho.  
De sentir, de saber que tinha filho,*

*Um só filho que fosse, mas um filho."*

*Carlos Drummond de Andrade*

## 6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

---

---

ANTON, I.C. A escolha do cônjuge: motivações inconscientes. Sagra: Porto Alegre, 1991.

ANZIEU, D. O Grupo e o Inconsciente: O imaginário grupal. Casa do Psicólogo: São Paulo, 1993.

BACH, G.R. Psicoterapia Intensiva de Grupo. Paidós: Buenos Aires, 1958.

BARRANGER, W. Posição e Objeto na Obra de Melanie Klein. Artes Médicas: Porto Alegre, 1981.

BETTINI, R.V. Grupo de Mães em Instituição: Uma experiência de Intervenção. Pontifícia Universidade Católica de Campinas. Campinas, SP. Dissertação de Mestrado, 1997. Volumes I e II.

BION, W.R. Experiências com Grupos: os fundamentos da psicoterapia de grupo. Ed. USP: São Paulo, 1975.

BLEGER, J. Temas de Psicologia. Martins Fontes: São Paulo, 1985.

- BLUNBERG, B. The emotional implications of prenatal diagnosis . In: Psychological Aspects of Genetic Counselling. Academic Press Inc., London, 1984.
- BRAZELTON, T.B. e CRAMER, G.B. As primeiras relações. Martins Fontes: São Paulo, 1992.
- BRANDENBURG, H., KONING, W., JAHODA, J.G.M, STIJNEN, T., RIDDER, M. A. J., SACHS, S.E., WLADIMIROFF, J.W. Reproductive behavior and prenatal diagnosis following genetic termination of pregnancy in women of advanced maternal age. Prenatal Diagnosis (12): pp.1031-1035, 1992.
- BUARQUE DE HOLLANDA, A. Dicionário da Língua Portuguesa. Nova Fronteira: Rio de Janeiro, 1988.
- BUNDUKI, V. Organização de Centro de Medicina Fetal. In CHA, S. e ZUGAIB, M. Medicina Fetal. Atheneu, 2ª ed.: São Paulo, 1997.
- \_\_\_\_\_ Cromossopatias. In CHA, S. e ZUGAIB, M., Medicina Fetal. Atheneu, 2ª ed.: São Paulo, 1997.
- CACCIA, N. *et al.* Impact of prenatal testing on maternal-fetal bonding: chorionic villus sampling versus amniocentesis. Am.J.Obstet. Gynecol.v.75(5): pp. 875-880, 1990.
- CARON, N. M e. MALTZ, R. S. Intervenção em grávidas com anomalias fetais R. Psiquiatr. RS 16(3): pp. 202-7, 1994.
- CLARK, L.S.& DeVORE, G. Prenatal diagnosis for couples who would not consider abortion Obstet. Gynecol. 73 (6): 1035-1036, 1989.

- COLUCCI, A. M. Origem da Família e Mitos do Nascimento: Observações Psicanalíticas. Rev. Bras. Psicanl. Vol.XXXI (1), pp. 105-126, 1997.
- CHA, S.C. e ZUGAIB,M. Medicina Fetal. Atheneu, 2ª ed.: São Paulo, 1997.
- COHEN, C. Questões Éticas do Aborto e Incesto Bioética, vol.2, (1), pp.61-65, 1994.
- COHEN. C. e SEGRE, M. Breve Discurso sobre Valores, Moral, Eticidade e Ética. Bioética, vol.2 (1), pp.19-24, 1994.
- COSLOVSKY, S. e GELLER, S. Gravidez: aspectos psicológicos. G.O. Atual. Ano 5: pp. 30-40, Rio de Janeiro, 1996.
- COSTA, F.M.C.; PORTELLA,I.B.; PEZZI, L.PL., LIMA, L.C.G.; LUCION, N.K.; CELIA, R., ROSA ,S.W. Parentalidade: aspectos evolutivos. R. Psiquiatr. RS, 14(1): pp. 30-33, 1992.
- COSTA, G.P. e KATZ, G. Dinâmica das Relações Conjugais. Artes Médicas: Porto Alegre, 1992.
- 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: pp. 249-259, 1995.
- D'ALTON, M.E. & De CHERNEY, A.H. Prenatal diagnosis. N.Engl.J.Med.v.328: pp. 114-120, 1993.
- DEBRAY, R. Bebês/Mães em Revolta. Artes Médicas: Porto Alegre, 1988.

- DEFEY, D. Mujer y Maternidad. Roca Viva: Montivideo, 1994.
- DONNAI, P., CHARLES, N., HARRIS R. Attitudes of patients after "genetic" termination of pregnancy. B.M.J. 682, pp. 621-622, 1981.
- ELDER, H.S., LAURENCE, K.M. The impact of supportive intervention after second trimester termination of pregnancy for fetal abnormality. Prenatal Diagnosis, 11: pp.47-54, 1991.
- ETCHEGOYEN, R.H. Fundamentos da Técnica Psicanalítica. Artes Médicas: Porto Alegre, 1989.
- EVANS, M.I. Prenatal perceptions of genetic risk: correlation with choice of prenatal diagnosis procedures. Int.J.Gynecol. Obstet. v. 31: pp. 25-8, 1990.
- EVANS, M.I. SOBIECKI, M.A., KRIVCHENIA, E.L., DUQUETTE, D., DRUGAN A., HUME, R. JOHNSON, M. Parental decisions to terminate/continue following abnormal cytogenetic prenatal diagnosis: "What" is still more important than "When". Am.J.Med.Gen. v.61: 353-55, 1996.
- FAGUNDES, J.O. Ilusão de fusão na relação de casal. In: RAMOS, M. Casal e Família como Paciente. Escuta: São Paulo, 1994.
- FIORINI, V.M.L. Níveis de Experiências de um Grupo de Psicoterapia em Enfermaria Psiquiátrica. Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas-SP, 1995. Dissertação de Mestrado.
- FLETCHER, J.C.& EVANS, M.I. Maternal bonding in early ultrasound examinations. N. Engl. J. Med. v.308: pp. 391-393, 1983.



FREUD, S. (1914) Sobre o Narcisismo: Uma Introdução. In: Obras Completas de Sigmund Freud vol. XIV. Ed. Standard. Imago: Rio de Janeiro, 1996.

\_\_\_\_\_ (1915) Repressão. In: Obras Completas de Sigmund Freud vol. XIV. Ed. Standard. Imago, Rio de Janeiro, 1996.

\_\_\_\_\_ (1915) O Impulso e suas Vicissitudes. In: Obras Completas de Sigmund Freud volXIV Ed. Standard. Imago: Rio de Janeiro, 1996.

FRIGÉRIO, M.V e GOLLOP, T.R. Aborto por Anomalia Fetal no Brasil: Passado, Presente e Futuro. Comunicação apresentada no IV Encontro de Medicina Fetal. Rio de Janeiro, 1998.

GOLLOP, T.R.; VIANNA-MORGANTE,A.M. NACCACHE,N.F. Chorionic vi-llus sampling for early prenatal genetic diagnosis. Rev.Brasil. Gene. v.9: pp.381- 385, 1986.

GOLLOP, T.R. Aborto por Anomalia Fetal. Bioética, v.2,nº 1, pp. 67-72, 1994.

GOLLOP, T.R; SALZO, I.; ROVIGATTI, E.V. ZANFORLIN, S.F. A experiência concreta do trabalho multidisciplinar em Medicina fetal. Femina. vol.26, nº 7, 1998.

GOLLOP, T.R. Aconselhamento Genético: O que o Ginecologista deve saber. JAMA.GO vol.4, nº 4, pp. 369-372, 1996.

GRADIA, D.F. Riscos Fetais em Infecções Congênitas Dissertação de Mestrado no Departamento de Biociências da Universidade de São Paulo, 1999.

- GREEN, J. Prenatal Screening in Diagnosis; some psychological and social issues. Br. J. Obstet. Gynaecol. v.97: pp. 1.074-6, 1990.
- GUERRA, D. Aspectos psicológicos del diagnóstico prenatal de los defectos congénitos: la difícil decisión. Progressos en Diagnóstico Prenatal v.2: pp. 93-97, 1997.
- HEIDRICH, S. & CRANLEY, M. Effect of fetal movement ultrasound scans and amniocentesis on maternal-fetal attachment. Nurs. Res. v.38 (2): pp. 81-4, 1989.
- HEIKLLÄ, A.,RYNÄNEN, M, KIRKINEN, P, SAARIKOSKI, S. Results and Views in Population-Wide Pregnancy Screening for Trisomy 21 in East Finland. Fetal Diagnosis and Therapy. v.12: pp.93-96, 1997.
- HENRIQUES, W. M. Algumas Experiências com grupos de supervisão: uma modelo de supervisão no curso de Graduação em Psicologia. Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas-SP. Dissertação de Mestrado, 1998.
- HINSHELWOOD, R.D. Dicionário do Pensamento Kleiniano. Artes Médicas: Porto Alegre, 1992.
- HUNFELD, J. A. M., AGTERBERG, G., WLADIMIROFF, J.W., PASSCHIER, J. Quality of life and anxiety in pregnancy Loss: a case - control study. Prenatal Diagnosis, v.16: pp. 783-790, 1996.
- HUNFELD, J.A. M., TASELAAR-KLOOS, K.G., AGTERBERG, G., WLADIMIROFF, W., PASSCHIER, J.(a) Trait anxiety, negative emotions, and the mother's adaptation to an infant born subsequent to

late pregnancy loss: a case-control study. Prenatal Diagnosis v. 17:9; pp.843-851, 1997.

HUNFELD, J.A. M, WLADIMIROFF, J.W., PASSCHIER, J. (b) The grief of a late pregnancy loss. Patient Education and Counseling v.31: pp. 57-64, 1997.

HYETT, J. , PERDU, M., SHARLAND, G. SNIJDERS, R., NICOLAIDES, K. Using fetal nuchal translucency to screen for major congenital cardiac defects at 10-14 weeks of gestation: population based cohort study. B.M.J., vol.318, pp. 81-5, 1999.

ISAACS, S. (1942) A Natureza e a Função da Fantasia. In: Klein, M. *et al*, Os Progressos da Psicanálise. Martins Fontes: São Paulo, 1986.

KÄES, R. El Aparato Psíquico Grupal. Granica Editor: Barcelona, 1979.

KÄES, R. e ANZIEU, D. Cronica de un grupo. Gedisa: México, 1979.

KERNBERG, O. Mundo Interior e Realidade Exterior: teoria aplicada às relações objetais. Imago: Rio de Janeiro, 1989.

KERNBERG, O. Psicopatologia das Relações Amorosas. Artes Médicas: Porto Alegre, 1995.

KIBEL, D.H. Teoria das Relações Objetais e Psicoterapia de Grupo. In: KAPLAN, H.I.; SADOCK, B.J. Compêndio de Psicoterapia de Grupo. Artes Médicas: Porto Alegre, 1996.

KLEIN, M. e RIVIÉRE, P. Amor, Culpa e Reparação. Imago: Rio de Janeiro, 1975.

KLEIN, M. (1937) Amor, Culpa e Reparação. In: KLEIN, M. Amor, Culpa e Reparação e outros trabalhos. Imago: Rio de Janeiro, 1991.

\_\_\_\_\_ (1946). Notas sobre alguns mecanismos esquizóides. In: KLEIN, M. Inveja e Gratidão e outros trabalhos. Imago: Rio de Janeiro, 1991.

\_\_\_\_\_ (1948) Sobre a teoria da ansiedade e da culpa. In: KLEIN, M. Inveja e Gratidão e outros trabalhos. Imago: Rio de Janeiro, 1991.

\_\_\_\_\_ (1952) Algumas conclusões teóricas sobre a vida emocional dos bebês. In: KLEIN, M. Inveja e Gratidão e outros trabalhos. Imago: Rio de Janeiro, 1991.

\_\_\_\_\_ (1957) Inveja e Gratidão In: KLEIN, M. Inveja e Gratidão e outros trabalhos. Imago: Rio de Janeiro, 1991.

KORNMAN, L.H., WORTELBOER,M.J.M., BEEKHUIS,J,R, MORSSINK, L.P., MANTINGH, A. Women's opinion and the implications of first - versus second-trimester screening for fetal down's syndrome. Prenatal Diagnosis v.17: pp. 1011-1018, 1997.

KRUEGER, R.A. El Grupo de Discusión: guia práctica para la investigación aplicada. Pirámide: Madrid, 1988.

KULLER, A.J., CHESCHEIR, N.C., CEFALO,R.C. Prenatal Diagnosis and Reproductive genetics. Mosby: North Carolina, U.S.A., 1996.

LANGER, M. Maternidade e Sexo. Artes Médicas: Porto Alegre, 1981.

- LAPLANCHE, J. e PONTALIS, J.B. Vocabulário da Psicanálise. Martins Fontes: São Paulo, 1991.
- LEBOVICI, S. O bebê, a mãe e o Psicanalista. Artes Médicas: Porto Alegre, 1987.
- LECLAIRE, S. Mata-se uma Criança: Um estudo sobre o narcisismo primário e a pulsão de morte. Zahar Ed.: Rio de Janeiro, 1977.
- LEMAIRE, J. Entrevistas conjuntas centradas en la comunicación. In: Terapia de Casal. Amorrortu ediciones, 1971.
- LOSSO, R. La identidad del Psicoterapeuta de Grupo latinoamericano. Temas Atuais v.1:141-145, Ed. Cinco: Buenos Aires, 1987.
- MALDONADO, M.T. Psicologia da Gravidez. Vozes: Rio de Janeiro, 1997.
- \_\_\_\_\_ Maternidade e Paternidade. Vol. II Ed. Vozes: Rio de Janeiro, 1989.
- MALDONADO, M. T. e CANELA, P. A Relação Médico-Cliente em Ginecologia e Obstetrícia. Roca, 2ª ed.: São Paulo, 1988.
- MANNONI, M. A Primeira Entrevista em Psicanálise. Campus, 3ª ed.: Rio de Janeiro, 1983.
- MARTEAU, T. *et al.* Perceived risk not actual risk predicts uptake of amniocentesis. Br. J. Obstet. Gynaecol. v.98: pp. 282-6,1991.
- MARTINS, J.E. e BICUDO, M.V. A pesquisa qualitativa em Psicologia. EDUC: São Paulo, 1989.

- MELTZER, D. (1967) Terror, Perseguição, Pavor - Uma dissecação das Ansiedades Paranóides. In: SPILLIUS, E.B. Melanie Klein: Desenvolvimento da Teoria e da técnica. v.1: Artigos Predominantemente teóricos: Imago: Rio de Janeiro, 1991.
- MIRANDA, A. Experiências com Grupos de Pais em uma Instituição escolar Pontifícia Universidade Católica de Campinas. Campinas, SP. Dissertação de Mestrado, 1998.
- MISSENARD, A., ROSOLATO, G., GUIELAUMIN, J., KRISTERA, J. GUTIERREZ, Y., BARAMES, J.J., KÄES, R., ROUSSILLON, R., MOURY, R. Lo Negativo: Figuras y Modalidades. Amorrortu editores, Buenos Aires, 1989.
- MIKHAIL. M.S. *et al.* The effect of fetal movement counting on maternal attachment to fetus. Am.J.Obst.Gynecol. v:165: pp. 988-91, 1991.
- MORRIS, W. (editor) Heritage Illustrated Dictionary of the English Language. American Heritage Publishing Company in INC and Houghton Mifflin Company, 1973.
- MUCHIELLI, A. Les Méthodes Qualitatives. Presses Universitaires de France. Paris, 1991.
- NUNES, M.L.T. Entrevista Psicológica. In: CUNHA, J.A. *et al.* Psicodiagnóstico-R. Artes Médicas: Porto Alegre, 1993.
- OKUNO, E., CALDAS, I., CHOW, C. Física para Ciências Biológicas e Biomédicas. Habra: São Paulo, 1982.
- PEDREIRA, D.L. e ZUGAIB, M. Malformações do Sistema Nervoso Central. In: Medicina Fetal. Atheneu, 2ª ed.: São Paulo, 1997.

- PICHON-RIVIÈRE, E. Teoria do Vínculo Martins Fontes: São Paulo, 1995.
- QUAYLE, J. Aspectos Psicológicos em Medicina Fetal. In: Medicina Fetal. Atheneu: São Paulo, 1989.
- QUAYLE, J. Repercussões Psicológicas: Parentalidade e Medicina Fetal. In: Medicina Fetal. Atheneu, 2ª ed.: São Paulo, 1998.
- QUAYLE, J., ISFER, E., ZUGAIB, M. Considerações acerca das representações associadas ao diagnóstico pré-natal. Rev. Gynecol. Obstet. v 1: pp. 34-38, 1991.
- PUGET, J. e BERENSTEIN, I. Psicanálise do Casal. Artes Médicas: Porto Alegre, 1993.
- RAPHAEL-LEFF, J. Gravidez: A História Interior. Artes Médicas: Porto Alegre, 1997.
- ROSENFELD, H. (1971) Uma abordagem clínica para a teoria psicanalítica das pulsões de vida e de morte: Uma investigação dos aspectos agressivos do Narcisismo. In: SPILLIUS, E.B. Melanie Klein: Desenvolvimento da Teoria e da técnica v.1: Artigos Predominantemente teóricos: Imago: Rio de Janeiro, 1991.
- ROVIGATTI, E.V., TÉRZIS, A., GOLLOP, T.R. (a) Malformação fetal: casais em luto. Painel apresentado na III Jornada de estudos sobre Luto. PUC- São Paulo, 1998.

ROVIGATTI, E.V., TÉRZIS, A., GOLLOP, T.R.(b) Assistência Psicológica em Medicina Fetal: uma experiência concreta. Comunicação apresentada no II Congresso Iberoamericano de Psicologia. Madri, Espanha, 1998.

ROVIGATTI, E.V.; TÉRZIS, A. e GOLLOP, T.R.(c) Repercussões no Vínculo Conjugal Durante a Gravidez de um feto malformado. Comunicação apresentada no XII Congresso Latinoamericano de Psicoterapia Analítica de Grupo. Montividéo - Uruguai, 1998.

SCHULTZ, R. Aspectos anatomopatológicos em Medicina fetal In Medicina Fetal. Atheneu, 2ª ed. : São Paulo, 1997.

SEGAL H. Introdução à Obra de Melanie Klein. Imago: Rio de Janeiro, 1975.

\_\_\_\_\_ A Obra de Hanna Segal Imago: Rio de Janeiro, 1982.

SELLER, M., BARNES, C., ROSS, S., BARBY, T. COWMEADOW, P. Grief and mid-trimester fetal loss. Prenatal Diagnosis (13): pp.341-348, 1993.

SILVESTRE , D.& FRESCO, N. Reactions to prenatal diagnosis: an analysis of 87 interviews. Amer. J. Orthopsichiat. v.50: pp. 610-617, 1980.

SILVA, M.C. P. Aspectos Psicanalíticos do Aborto de Feto Malformado Femina, 229(12): pp. 611-2, 1994.

SILVA, M.C. P. Aspectos Psicanalíticos do Aborto em Adolescentes. Rev. Pediatria Moderna, vol.3, nº 6, 1997.

SJÖGREN, B. Psychological Indications for Prenatal Diagnosis. Prenatal Diagnosis. v.16: pp. 449-454, 1996.



- SOIFER, R. Psicologia da Gravidez, Parto e Puerpério. Artes Médicas: Porto Alegre, 1980.
- SZEJER, M. e STEWART, R. Nove meses na vida da mulher: uma abordagem psicanalítica da gravidez e do nascimento. Casa do Psicólogo: São Paulo, 1997.
- TABOR, A.; MADSEN, M.; OBEL, E.B.; PHILLIP, J.; BAND, J.; NORGAARD-PEDERSEN, B. Randomized controlled trial of genetic amniocentesis in 40606 low risk women. Lancet v.i: pp. 1288-1293, 1996.
- TÉRZIS, A. A Grupanálise: seus processos e suas regras. Revista Grupo-SPAG. 03, pp. 49-66. Campinas, SP, 1997.
- THOMÄ, H. e KÄCHELE, H. Teoria e Prática da Psicanálise: vol.1- Fundamentos Teóricos. Artes Médicas: Porto Alegre, 1992.
- VIDEKA-SHERMAN L. & LIEBERMAN, M. The effects of shel-help and psychotherapy intervention on child loss: The limits of recovery Amer.J. Orthopsychiat. 55 (1), pp.70-82, 1985.
- VIDELA, M & GRIECO, A. Parir y Nacer en el Hospital. Nueva Vision: Buenos Aires, 1993.
- WALSH, F. e McGOLDRICK, M. Morte na Família: sobrevivendo às perdas. Artes Médicas: Porto Alegre, 1998.
- WEININGER, O. Melanie Klein: Da Teoria à Realidade. Artes Médicas: Porto Alegre, 1996.

WHITE-VAN MOURIK, M.C.A., CONNOR, J.M., FERGUSON-SMITH, M.A. The psychological sequelae of a second-trimester termination of pregnancy for fetal abnormality. Prenatal Diagnosis (12): pp.189-204, 1992.

WILSON-BARNETT, J. Psychological reactions to medical procedures Psychoter. Psychosom. v.57: pp. 118-127, 1992.

ZUGAIB, M.; QUAYLE, J.e BUNDUNKI, V. A Ética em Medicina Fetal. In: Medicina Fetal. Atheneu, 2ª ed.: São Paulo, 1997.

## 7. ANEXOS

---

---