

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
Faculdade de Medicina

Flávia Casasanta Marini

Reações maternas diante de uma gestação
complicada por uma anomalia fetal grave

Belo Horizonte
Minas Gerais - Brasil
2008

Flávia Casasanta Marini

Reações maternas diante de uma gestação
complicada por uma anomalia fetal grave

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre.

Área de concentração: Perinatologia

Orientador: Prof. Dr. Antônio Carlos Vieira Cabral

Belo Horizonte
Minas Gerais – Brasil
2008

DEDICATÓRIA

Aos meus pais

Eduardo Assis Marini e Patrícia Casasanta Marini,

Pela construção de todo este caminho

Por me ensinarem a caminhar

Pela aposta no sucesso de cada passo dado

E por jamais medirem esforços para que seja uma caminhada sem fim...

Ao Professor Doutor

Antônio Carlos Vieira Cabral,

Por ter me recebido com tanto carinho

Pela confiança em mim depositada

Por sempre valorizar e incentivar o meu desenvolvimento profissional

Por ser um exemplo de conhecimento e profissionalismo

AGRADECIMENTOS

Não poderia deixar de agradecer inicialmente ao CEMEFE pela oportunidade a mim concedida de, com muito orgulho, ser integrante deste grupo que é exemplo de conhecimento e profissionalismo.

Expresso meus sinceros agradecimentos também:

Aos principais *MESTRES* do CEMEFE - Dr. Antônio Carlos Vieira Cabral, Dr. Henrique Vitor Leite, Dra. Alamanda Kfoury Pereira, Dra. Zilma Nogueira dos Reis – por toda a contribuição para a minha formação profissional e acadêmica.

À Equipe de Psicologia do CEMEFE pela colaboração e empenho constantemente dedicados à construção do nosso trabalho.

À Dra. Eura Martins Lage, sempre disponível em ajudar desde o início deste projeto.

Ao Álvaro, por seu carinho e apoio sempre precisos nos momentos de maior dificuldade.

Ao meu irmão, Eduardo, por ser alguém em quem posso sempre contar... Mesmo nos últimos momentos!

Às minhas tias Maria Inês Casasanta e Maria Lucia Casasanta que, com suas experiências e conhecimentos auxiliaram-me não apenas na parte técnica deste trabalho, mas também com a confiança e expectativas sempre positivas acerca desta realização.

E a todos aqueles que se fizeram presentes de uma forma mais indireta, mas com olhar atento e carinhoso, acompanhando toda esta minha trajetória...

FINANCIAMENTO DA PESQUISA

Sua viabilização contou com a participação da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (FAPEMIG), cujos recursos são geridos pelo Programa de Pós-Graduação em Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais.

*“... E quando a gente acha que tem todas as respostas,
vem a vida e muda todas as perguntas ...”*

(Luis Fernando Verissimo)

RESUMO

Para estudar as reações maternas diante de uma gestação complicada por uma anomalia fetal grave, realizou-se um estudo transversal prospectivo descritivo de análise qualitativa, no qual foram acompanhadas trinta mulheres participantes do pré-natal no ambulatório do Centro de Medicina Fetal do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (CEMEFE HC / UFMG) cujos fetos haviam sido previamente diagnosticados com alguma malformação grave. Em todas as participantes do estudo foi aplicada uma entrevista estruturada, visando ao entendimento das repercussões conseqüentes da descoberta de uma anomalia fetal grave na vida destas gestantes. Os dados obtidos através das entrevistas aplicadas em cada participante foram descritos em categorias, levando-se em consideração os aspectos que compõem o ser humano holístico, tais como aspectos familiares, sociais, físicos, mentais, psicológicos e afetivos. O estudo revelou que o diagnóstico de malformação fetal, bem como a vivência de gerar um bebê portador de anomalia fetal são episódios de grande repercussão emocional para as mulheres grávidas. Evidenciou-se um impacto importante nos aspectos relacionados à rotina das gestantes, no entendimento e aceitação do diagnóstico e prognóstico do feto malformado, em seus relacionamentos familiares e sociais, suas percepções acerca do feto e do período gestacional, bem como em suas projeções acerca do parto e do futuro.

SUMMARY

The maternal reactions to a pregnancy distressed by severe fetal anomaly were examined by means of a descriptive, prospective transversal study of qualitative analysis. We observed 30 women in prenatal care at the ambulatory of the Center of Fetal Medicine of the Hospital das Clinicas da Universidade Federal de Minas Gerais (CEMEFE HC / UFMG) whose fetus were previously diagnosed with severe malformation. All participants in this study were subjected to structured interviews aimed at understanding the repercussions in their lives arising from the detection of severe fetal anomaly. The information collected in each participant's interview is categorized according to the aspects that shape the holistic human being, such as the family, social, physical, mental, psychological, and affective aspects. The study suggests that the diagnoses of fetal malformations, as well as the experience of delivering a newborn suffering from severe fetal anomaly, are instances of great emotional repercussions for pregnant women. We observed frequent behaviors in the emotional responses of the women that have experienced pregnancy distressed by severe fetal anomaly. The study suggests that the diagnoses of fetal malformations, as well as the experience of delivering a newborn suffering from severe fetal anomaly, are instances of great emotional repercussions for pregnant women. We observed an important impact on aspects related to the routine of the women, in the understanding and acceptance of the diagnosis and prognosis of fetal abnormality, in their family and social relationships, their perceptions about the fetus and the gestational period, as well as its projections about the birth and future.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

LISTA DE FIGURAS		Página
FIGURA 01	Aspectos do ser humano holístico	33

LISTA DE QUADROS		Página
QUADRO 01	Sinopse das causas de anomalias congênitas	22
QUADRO 02	Categorias de análise e discussão dos dados	34
QUADRO 03	Alterações na rotina da gestante citadas com maior frequência	35
QUADRO 04	Prevalência do discurso religioso	41
QUADRO 05	Comportamentos citados com maior frequência no relacionamento com o parceiro	43
QUADRO 06	Diferenças relatadas com maior frequência em comparação à gestação anterior	46
QUADRO 07	Percepções sobre o momento do parto	46
QUADRO 08	Percepções sobre as respostas relacionadas à projeção de futuro	47

LISTA DE TABELAS

		Página
TABELA 01	Caracterização das pacientes quanto à idade cronológica (em anos) declarada no momento da inclusão no estudo	31
TABELA 02	Caracterização das pacientes quanto à paridade declarada no momento da inclusão no estudo	31
TABELA 03	Caracterização das pacientes quanto ao estado civil declarado no momento da inclusão no estudo	32
TABELA 04	Caracterização das pacientes quanto à escolaridade declarada no momento da inclusão no estudo	32
TABELA 05	Caracterização das pacientes quanto à renda familiar declarada no momento da inclusão no estudo	32
TABELA 06	Rotina da gestante	35
TABELA 07	Planejamento gestacional	36
TABELA 08	Reação à gestação não planejada	36
TABELA 09	Conhecimento da malformação fetal anterior ao diagnóstico da atual gestação	37
TABELA 10	Compreensão do diagnóstico de malformação fetal na gestação atual	38

Tabela 11	Compreensão do prognóstico do feto a partir do diagnóstico de malformação fetal na gestação atual	38
Tabela 12	Compreensão do prognóstico do feto ao explicá-lo utilizando-se de palavras e significados próprios	39
Tabela 13	Compreensão do prognóstico do feto ao explicá-lo utilizando-se de palavras e significados próprios e também médicos	39
Tabela 14	Compreensão do prognóstico do feto ao explicá-lo utilizando-se de palavras e significados médicos	39
Tabela 15	Discurso religioso	40
Tabela 16	Conversas com rede sócio-familiar	41
Tabela 17	Conversas com rede sócio-familiar: eleição de 01 pessoa para confidências	42
Tabela 18	Conversas com rede sócio-familiar: eleição de 02 pessoas para confidências	42
Tabela 19	Conversas com rede sócio-familiar: eleição de 03 pessoas para confidências	42
Tabela 20	Relacionamento com o parceiro	43
Tabela 21	Expressão dos sentimentos maternos	44
Tabela 22	Comparação entre gestação atual e gestações anteriores	45

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CEMEFE	Centro de Medicina Fetal
COEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
FAPEMIG	Fundação de Amparo à Pesquisa no Estado de Minas Gerais
HC	Hospital das Clínicas
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais

SUMÁRIO

DEDICATÓRIA	
AGRADECIMENTOS	
EPÍGRAFE	
RESUMO	
SUMMARY	
LISTA DE ILUSTRAÇÕES	
LISTA DE TABELAS	
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS	

1 INTRODUÇÃO	16
2 REVISÃO DE LITERATURA	18
2.1 Aspectos psicológicos da gestação	18
2.2 Anomalia fetal	22
2.3 Gestação e anomalia fetal	23
3 OBJETIVO	27
3.1 Objetivo principal	27
4 PACIENTES E MÉTODOS	28
4.1 Pacientes	28
4.1.1 Critérios de inclusão	28
4.1.2 Critério de exclusão	28
4.2 Métodos	29
4.2.1 Metodologia	29
4.2.2 Métodos utilizados	29
4.2.3 Aspectos éticos	30
5 RESULTADOS	31
5.1 Caracterização do grupo de estudo	31

5.2	Categorias de análise e discussão dos dados	33
5.2.1	Aspectos físicos	35
5.2.1.1	Rotina da gestante	35
5.2.2	Aspectos mentais	36
5.2.2.1	Planejamento da gestação atual	36
5.2.2.2	Conhecimento prévio de anomalias fetais	37
5.2.2.3	Ciência do diagnóstico e prognóstico fetal	37
5.2.3	Aspectos sócio-familiares	40
5.2.3.1	Religiosidade	40
5.2.3.2	Relacionamentos sócio-familiares	41
5.2.3.3	Relacionamento com o parceiro	42
5.2.4	Aspectos psico-emocionais	44
5.2.4.1	Sentimentos maternos em relação à gestação	44
5.2.4.2	Comparação entre as gestações anteriores e a atual	45
5.2.4.3	Parto	46
5.2.4.4	Projeção de futuro	47
	6 DISCUSSÃO	48
6.1	Aspectos físicos	48
6.1.1	Rotina da gestante	48
6.2	Aspectos mentais	49
6.2.1	Planejamento da gestação atual	49
6.2.2	Conhecimento prévio de anomalias fetais	51
6.2.3	Ciência do diagnóstico e prognóstico fetal	53
6.3	Aspectos sócio-familiares	55
6.3.1	Religiosidade	55
6.3.2	Relacionamentos sócio-familiares	57
6.3.3	Relacionamento com o parceiro	59
6.4	Aspectos psico-emocionais	62
6.4.1	Sentimentos maternos em relação à gestação	62
6.4.2	Comparação entre as gestações anteriores e a atual	68
6.4.3	Parto	70
6.4.4	Projeção de futuro	72

6.5 Considerações finais	75
7 CONCLUSÃO	76
8 BIBLIOGRAFIA	77
9 APÊNDICES E ANEXOS	85
APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	85
APÊNDICE B – Entrevista estruturada	87
ANEXO A – Aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa	90

1 INTRODUÇÃO

A medicina fetal, compreendida como parte integrante da obstetrícia, objetiva avaliar a saúde e a vitalidade do feto. Como qualquer área de conhecimento da saúde humana, também a medicina fetal é contemplada pela interdisciplinaridade, que deve integrar e fazer somar conhecimentos a respeito da saúde e da doença do futuro bebê e de seus familiares envolvidos nesse momento especial de vida. Tem como princípio fornecer informações sobre diagnósticos e prognósticos fetais, indicando e orientando a gestante e seus familiares sobre a melhor forma de atuar de acordo com cada situação.

O desenvolvimento científico e tecnológico evidenciado nas últimas décadas tem possibilitado um grande avanço no conhecimento do ambiente intra-uterino e da fisiologia do feto, introduzindo novos métodos na propedêutica fetal. Com o aprimoramento das técnicas e equipamentos específicos, é possível a confirmação de muitas hipóteses diagnósticas sobre a condição fetal, realidade que, até bem pouco tempo, só seria possível aos pais após o nascimento do bebê.

A legislação em alguns países da Europa e da América do Norte permite ao casal a escolha entre a continuação ou a interrupção da gestação de um feto gravemente acometido por uma anomalia incompatível com a vida.

A legislação atual brasileira não autoriza a interrupção da gravidez. Em casos específicos, tais como quando decorrente de estupro ou para evitar a morte materna, o abortamento, se realizado, não é punido. Os diagnósticos obtidos de letalidade extrema e segura em alguns fetos, tais como anencefalia, agenesia renal e algumas cromossomopatias, incompatíveis com a sobrevivência, não são passíveis de indicar a realização do abortamento. No entanto, tais casos podem receber, após solicitação, autorização judicial para a interrupção, caso o juiz aceite o argumento a favor dessa interrupção.

Deparamo-nos, portanto, com uma nova situação: gestar por um longo período um bebê malformado.

O Centro de Medicina Fetal do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (CEMEFE HC / UFMG), situado em Belo Horizonte, é referência em todo o Estado de Minas Gerais para o diagnóstico e condução de casos de anomalias fetais graves, estando diariamente em contato com um grande número de pacientes vivenciando esta questão de gerar um bebê portador de malformações graves. Para tanto, contamos com uma equipe interdisciplinar, constituída por obstetras, pediatras, radiologistas, cirurgiões, psicólogos e outros profissionais da área da saúde.

Este projeto de dissertação de mestrado tem como principal objetivo realizar um estudo acerca das reações maternas diante da gestação de um bebê malformado.

O diagnóstico de malformação fetal, inevitavelmente traumático para a gestante e seus familiares, pode desencadear uma infinidade de reações emocionais nos envolvidos, necessitando assim de adaptação e reestruturação psíquica importante.

O nosso desafio é descrever os comportamentos maternos decorrentes desta adaptação e reestruturação psíquica a partir do diagnóstico de um feto malformado, o que pode permitir, no futuro, o desenvolvimento de abordagens psico-terapêuticas específicas, visando à melhoria assistencial às gestantes.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 ASPECTOS PSICOLÓGICOS DA GESTAÇÃO

A concepção é o início de uma história fantástica. Assim que a mulher se descobre grávida, 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).

As vivências de cada gestante estão intimamente ligadas à sua história pregressa e sua estrutura psíquica. Entretanto, alguns aspectos em comum existentes neste período gestacional podem ser estudados, levando-se em conta que a sua vivência e intensidade se darão segundo a história particular de cada família (MALDONADO, 1997).

Segundo Messias (2006), variados são os enfoques levantados pela literatura visando à compreensão dos aspectos psicológicos da gravidez. Parece, no entanto, haver concordância quanto ao fato deste período consistir em uma experiência com elementos decisivos para o estado de saúde mental materno.

No ciclo vital da mulher, a puberdade, a gravidez e o climatério constituem três fases de grande relevância no desenvolvimento psicológico, apresentando as seguintes características comuns: são períodos de transição biologicamente determinados, envolvem alterações físicas complexas e implicam a necessidade de reorganização e/ou alteração da dinâmica emocional e dos papéis anteriormente vigentes (QUAYLE, 1997b; MALDONADO, 1997).

Para a compreensão da dinâmica psicológica da gravidez faz-se necessário considerar a interação de vários fatores, tais como a própria estrutura da personalidade da mulher, sua história de vida, o contexto existencial da gravidez (ex:

se dentro ou fora de um vínculo estável, se ocorreu na adolescência ou não, se ocorreu após anos de esterilidade ou repetidos episódios de aborto, etc.), as características de evolução dessa gravidez (ex: se normal ou de risco, ameaça de perda do feto ou perigo de vida para a mulher, etc.), as condições socioeconômicas e educacionais e a assistência profissional recebida, embora não seja possível atribuir a qualquer um destes fatores uma importância maior ou decisiva (MALDONADO, 1997).

A gravidez, quer tenha sido concebida a partir do planejamento ou desejo dos pais, quer tenha sido concebida inesperadamente e sem planejamento prévio, remete a uma série de mudanças e adaptações, não apenas na vida dos futuros pais em questão, mas também em todo o círculo sócio-familiar do novo bebê. É durante este período de gestação que se tem início o vínculo pais e filho, assim como se desenvolve toda uma reestruturação da rede de intercomunicação familiar (MALDONADO, 1997).

Podemos pensar em uma mudança de identidade familiar, uma vez que, no caso da primigesta, esta adiciona ao papel de filha, o papel de mãe. Com o nascimento do novo bebê, nasce um novo pai, um novo avô, um bisavô, alterando assim toda a cadeia transgeracional de uma família. Mesmo no caso da secundigesta ou multigesta, verifica-se necessariamente uma mudança de identidade, pois ser pai de um filho é diferente de ser pai de dois ou três filhos, e assim por diante. A cada vinda de um novo bebê toda a composição da rede de intercomunicação familiar se altera (SZEJER; STEWART, 1997; TRACHTENBERG et al., 2005).

Estas novas definições de papéis na rede intra-familiar podem muitas vezes trazer à tona antigos conflitos familiares muitas vezes já esquecidos pelos membros da família (SOIFER, 1980; SZEJER; STEWART, 1997). Como afirmam os mesmos autores, toda futura mãe, todo futuro pai, assim como outros membros familiares, são remetidos à sua própria pré-história ao se ter confirmada a notícia da chegada de mais um novo membro na família, suscitando inclusive conflitos inconscientes que até então não tinham encontrado outro modo de expressão.

As modificações da percepção e da imagem do corpo sofridas pela gestante representam uma outra questão relevante neste período, podendo ser vivida por ela como uma experiência desestabilizante e angustiante, indicativa de novas e mais significativas mudanças que estão por vir. Mas a experiência também poderá ser vivenciada como positiva, e algumas gestantes chegam a explicitar muita satisfação com as novas formas físicas. Neste sentido, os autores marcam a importância da história prévia da gestante com seu corpo, bem como do olhar do parceiro em relação a ela e ao novo bebê que se apresenta (SZEJER; STEWART, 1997).

Uma ambivalência afetiva também pode ser identificada nas gestantes e em seus familiares com o diagnóstico de uma gestação ou, mesmo em alguns casos, com a suspeita de uma possível gravidez. Como já dizia Maldonado (1997), “não há gravidez totalmente aceita ou totalmente rejeitada; mesmo quando há clara predominância de aceitação e rejeição, o sentimento oposto jamais está inteiramente ausente (p. 33, 1997)”.

Sentimentos aparentemente opostos coexistem ao longo da gestação, e uma reação inicial não se cristaliza para sempre. As próprias mudanças e necessidades de adaptações interpessoais e intrapsíquicas características deste período envolvem impreterivelmente ganhos e perdas para o casal, o que por si só já justificariam essa ambivalência afetiva presente ao longo deste período gestacional (MALDONADO, 1997).

Entretanto, como usualmente tal ambivalência afetiva apresenta-se de forma inconsciente, além de ser socialmente pouco aceita, ela nem sempre é valorizada ou reconhecida pelos profissionais e familiares envolvidos, sendo considerada apenas quando do surgimento de manifestações psicossomáticas importantes, tais como perdas constantes de peso, vômitos excessivos, repetições de episódios de aborto, etc., para as quais é tida como principal ou único determinante (DELLA NINA, 1997).

De acordo com Piccinini et al. (2004), até o sexto mês de gestação há uma união afetiva muito peculiar entre mãe e feto, regida quase que exclusivamente por expectativas e fantasias maternas. A partir do sétimo mês, quando o feto anuncia

sua real existência através de movimentos já claramente perceptíveis, a intensidade das fantasias tenderia a diminuir, em uma preparação para a chegada do bebê real.

Aulagnier (1990, 1994) escreve sobre essa relação imaginária estabelecida ao longo da gestação entre a mãe e o feto, que não é visto apenas como um embrião que está se desenvolvendo, e sim como um corpo imaginado já desenvolvido, com todas as atribuições necessárias para a completude de um corpo.

Brazelton e Cramer (1992) afirmam a importância desta personificação do feto como uma preparação para que, no momento do parto, a mãe não se depare com alguém completamente estranho a ela. Segundo os mesmos autores, esta personificação do feto vai ocorrendo à medida que os pais escolhem o nome do bebê e suas roupas, caracterizam os movimentos fetais, personificam esses movimentos dizendo o que e como será esse filho, modificam a casa na espera do novo bebê, entre outros. A imagem do novo bebê formada pela mãe é constituída não apenas pela percepção dos movimentos e reações do feto, mas também por seus desejos e necessidades narcísicas. A gestante é preparada para um novo relacionamento, que combinará suas próprias necessidades e fantasias com as de um outro ser, uma adaptação a um bebê em particular. Essa representação do feto como futuro bebê e da própria gestante como futura mãe dará o impulso para que, quando do nascimento deste bebê, a mãe possa investir afetivamente naquele corpo que lhe é entregue (DOLTO, 1992; JERUSALINSKY, A. 1984; LAZNIK-PENOT, 1997).

Diversos autores, tais como Spitz (1961) e Aulagnier (1994) enfatizam a importância da construção de um bebê imaginário, não somente para a promoção do significativo vínculo mãe-bebê, mas também, como nos lembra Stern (1997), porque a representação que a mãe teve desde a gestação continuará e se fará presente em todos os seus relacionamentos diante da nova realidade.

Adicionalmente, o fato de apresentar expectativas e fantasias positivas acerca do futuro bebê que está sendo gerado, mesmo que apenas em termos de um ideal, além de favorecer a sua estruturação psíquica, possibilita à gestante suportar possíveis ansiedades decorrentes da gravidez (WINICOTT, 1965; SOIFER, 1980; PICCININI et al., 2004).

2.2 ANOMALIA FETAL

A espécie humana, entre todas as outras contemporâneas, apresenta um processo reprodutivo muito diferenciado, com muitos mecanismos de proteção ao novo ente a ser gestado, desde a fecundação até o nascimento. No entanto, as anomalias fetais ainda estarão presentes em número importante por ocasião do nascimento, resultando em mortes neonatais ou em crescimento posterior com graus variáveis de comprometimento (CABRAL, 2005).

Nas últimas décadas, o desenvolvimento científico e tecnológico tem possibilitado conhecer cada vez mais o ambiente intra-uterino e a fisiologia fetal. Tem-se, a partir de adventos tais como as ultra-sonografias, compreendido cada vez mais as doenças e os agravos que acometem o feto, o que evidencia um grande avanço assistencial no que se refere à medicina fetal. Com o aprimoramento das técnicas e dos equipamentos, é possível a confirmação de muitas hipóteses diagnósticas sobre a condição fetal, o que coloca os pais em contato direto com uma realidade cujo acesso, até recentemente, só seria possível após o nascimento (MARTEAU et al., 1994. LOCOCK et al., 2005).

As anomalias congênitas são alterações anatômicas ou estruturais de um órgão, parte de um órgão ou em uma região maior do organismo, presentes no nascimento. Podem ser macroscópicas – visíveis a olho nu – ou microscópicas – visíveis ao microscópio – na superfície ou no interior do corpo (MOORE, 1988). São resultados de alterações genéticas (fator intrínseco) e de outras causas (fatores extrínsecos). No QUADRO 01 são apresentados esses fatores subdivididos.

Quadro 01 – Sinopse das causas de anomalias congênitas

FATOR	ANOMALIA
Intrínseco	Doença cromossômica – numérica e de morfologia Doença gênica – por herança familiar, novas mutações
Extrínseco	Exposição a fármacos – teratogênese (álcool, mercúrio e outros) Infecção – Ambiental – ondas magnéticas, radiação, embriotoxicidade por vírus, toxoplasma Interação materna – hipertermia, doença metabólica da gestante

Fonte: Cabral (2005) - O feto como paciente. P. 84

Uma multiplicidade de classificações pode caracterizar as anomalias congênitas, o que, muitas vezes, auxilia no estabelecimento do prognóstico e, em outras, no aconselhamento genético. Utilizando-se o critério de complexidade e de restrição funcional que provocam, podem ser divididas em maiores e menores. Aceita-se como anomalia maior a que promove restrição importante na qualidade de vida do indivíduo em determinado período de sua vida, citando, como exemplos desse tipo de anomalia, as gastrosquises e as displasias ósseas (CABRAL, 2005).

A incidência de indivíduos que irão apresentar algum tipo de anomalia desde a fase intra-uterina até o nascimento é muito variável. Alguns autores (ROBBINS, 1989; MONTELEONE et al. 1991; BELMONTE et al.,1996) sugerem acometimento de alguma anomalia fetal em aproximadamente 3% das gestações; entretanto, conforme ressalta Cabral (2005), fatores tais como o predomínio de algumas doenças gênicas em determinados grupos raciais, o risco populacional de infecção congênita e a exposição a determinados fatores ambientais em uma determinada área, somados à ineficiência institucional no rastreamento pré-natal bem como nos registros de anomalias congênitas, comprometem o cálculo da incidência verdadeira desse quadro.

2.3 GESTAÇÃO E ANOMALIA FETAL

O temor de gerar uma criança malformada consiste em uma das ansiedades mais comuns da gestação. A informação da baixa prevalência de malformações fetais em condições adequadas não leva à superação da ansiedade ou à diminuição do surgimento consciente dela. O conhecimento da possibilidade de ter um bebê com alguma anomalia é capaz de gerar fantasias aterrorizantes nas gestantes (SOIFER, 1980).

O impacto emocional frente a um diagnóstico de malformação fetal é intenso e sua extensão indeterminada, podendo comprometer o equilíbrio familiar e afetar cada um de seus membros de forma particular (PETEAN e PINA NETO 1998).

O diagnóstico que comprova problemas com o feto geralmente surge de forma inesperada e desencadeia uma infinidade de reações emocionais, alterando radicalmente a trajetória de expectativas da gestante (RAPHAEL-LEFF, 2000). Segundo a autora, quando a morte ou a destruição interrompe uma trajetória de gravidez estabelecida do ponto de vista emocional, o trauma emocional sofrido pode ser tão severo quanto o sofrido pelo físico, necessitando assim de uma adaptação e de uma conseqüente reestruturação psíquica importante. Ainda segundo a autora, o trabalho de luto se faz necessário pela perda desta gravidez, ainda que não seja concreta, uma vez que esta gestante já não gera mais o filho perfeito e idealizado que outrora estava a gerar. Segundo Soifer (1980), a elaboração desta perda é um passo bastante doloroso, de difícil e lenta recuperação.

Para Maldonado (1997), quando há risco real para a mãe ou para o bebê, seja ele de qualquer natureza, as expectativas e ansiedades envolvidas são muito ampliadas. O medo universal de ter um bebê malformado pode ter o significado emocional de punição ou de culpa, por não ter sido capaz de produzir algo de bom ou significativo.

Para Ramona-Thieme (1995), a profunda perda que se instala na mãe devido ao diagnóstico de um filho malformado afeta diretamente sua auto-estima, na medida em que seu bebê é ainda considerado como sendo sua extensão. Sobre esta questão, Moura (1986) explica que o filho, para sua mãe, é a reedição de sua própria infância, o que torna esta situação de anormalidade ainda mais dolorosa para a mulher. Quayle (1997a) afirma que tal descoberta marca a relação destes pais para toda a vida.

Sukop et al. (1999) investigaram a influência do diagnóstico pré-natal de malformação fetal na relação mãe-feto. Concluíram que o nível de apego materno-fetal nestas gestantes foi menor do que entre aquelas que apresentavam uma gravidez normal evidenciando, assim, um impacto imediato no vínculo mãe-bebê.

Heidrich e Cranley (1989), Raphael-Leff (1997) e Roelofsen (1993), mostraram em suas pesquisas uma suspensão do envolvimento afetivo com os fetos por parte das

gestantes em situações de risco para a anormalidade fetal até a chegada dos resultados confirmatórios.

Para Maldonado (1997), em situações de diagnóstico de anomalias fetais, os sentimentos maternos parecem ficar, por defesa, resguardados até a certeza da sobrevivência do bebê. A singularidade com que cada mulher lidará com a gestação, com a maternidade e até com a decisão de manter ou dar fim a uma gravidez com diagnóstico de anormalidade fetal propriamente dita dependerá de diversos fatores, tais como: severidade do problema, experiência com esse tipo de situação, idade gestacional, efeitos da ultra-sonografia, estrutura familiar, questões socioeconômicas e culturais, aspectos psicológicos, opiniões dos outros e efeitos do aconselhamento (GARRETT; MARGERISON, 1994).

Defey et al. (1985), Thomas (1995), Quayle (1997a), Salvessen et al. (1997) afirmam que vivências de luto fazem parte de um desenvolvimento normal da gestação, pois a gestante necessariamente precisará de um trabalho de elaboração ao longo da gravidez, a fim de aproximar a idealização imaginária que tem de seu bebê à realidade que se apresenta. No entanto, conforme afirmam os autores, a notícia de uma anormalidade fetal corresponde a um processo de luto que não faz parte do curso normal de uma gravidez sendo, portanto, vivenciado pelos envolvidos com muito sofrimento, equivalente ao processo de luto por perda e/ou morte de um ente próximo, o que evidencia a gravidade da repercussão do diagnóstico de anomalia fetal no âmbito familiar.

Em situações de anormalidades e/ou óbitos fetais, Klaus e Kennel (1993) apontam que o fato de não ter havido tempo suficiente para a construção de vínculos fortes, e recordações de vivências mútuas dificultam o processo de elaboração destes acontecimentos. Zeanah et al. (1993) corroboram com esta idéia ao afirmarem que o enfrentamento de situações de anomalias fetais consiste em processos emocionais de complexa recuperação para a mulher, principalmente pelo senso de irrealidade em relação à perda do bebê esperado e pela ausência de lembranças compartilhadas com este bebê.

Nos meses que se seguem ao descobrimento de uma anomalia fetal, os pais vivenciam a oscilação de uma série de sensações, como ansiedade, apatia, irritabilidade, tristeza, entre outros (THOMAS, 1995). Frequentemente, a gestante enlutada vivencia sentimentos de culpa e rejeição e busca evidências de fracasso por não ter sido capaz de cuidar do seu filho (KLAUS; KENNEL, 1993; QUAYLE, 1997b; SANTOS et al., 2004).

O diagnóstico de uma malformação fetal pode representar ameaça ao relacionamento de um casal. Soifer (1980) afirma ser freqüente a utilização de mecanismos dissociativos por parte dos pais em uma tentativa de enfrentar o sofrimento, projetando no outro a culpa pela malformação fetal, trazendo conseqüências às vezes irreparáveis para o vínculo conjugal. Sinason (1993) concluiu em seus estudos que quanto mais severa a incapacidade do filho deficiente, maior a possibilidade de ruptura no relacionamento do casal, sendo o mais comum o abandono do lar por parte do homem.

Kerr e McIntosh (2000) perceberam em seus estudos sentimentos de isolamento por parte dos pais, bem como de preocupação com o futuro. Segundo os autores, embora fosse oferecido aos pais um suporte emocional por parte de familiares, amigos e profissionais, este foi vivenciado como insuficiente diante do sofrimento, sendo o contato com outros pais de crianças malformadas o que mais possibilitou acolhimento e apoio.

Já Klaus e Kennel (1993) observaram que alguns pais optam pelo enfrentamento do problema à medida que surge, sem uma preocupação excessiva quanto ao futuro. De acordo com os autores, esta reação serviria mais ao propósito de proteger os pais de um sofrimento insuportável do que negar defensivamente a situação vivenciada.

Entretanto, conforme afirmaram em seus estudos Brunhara e Petean (1999), a negação, implícita ou explícita, é ainda um mecanismo freqüentemente utilizado pelas gestantes enquanto buscam uma reestruturação emocional ao longo da gestação.

3 OBJETIVO

3.1 Objetivo Principal

Descrever o comportamento de mulheres grávidas de fetos mal formados, a partir do diagnóstico no período pré-natal.

4 PACIENTES E MÉTODOS

4.1 Pacientes

Para a realização do estudo acerca das reações maternas diante de uma gestação complicada por anomalia fetal grave, foram incluídas trinta gestantes cujos fetos apresentavam alguma malformação grave. Todas as gestantes encontravam-se na segunda metade da gestação e em acompanhamento obstétrico pré-natal no CEMEFÉ-HC/UFMG no ano de 2007, já tendo sido, necessariamente, orientadas acerca do diagnóstico e prognóstico do feto malformado.

As gestantes foram consultadas quanto ao interesse de participar desta pesquisa e orientadas quanto ao objetivo e à segurança do estudo. Aquelas que consentiram em participar desta pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A) e posteriormente foram incluídas na pesquisa.

4.1.1 Critério de Inclusão

- Gestantes de fetos portadores de malformação grave;
- Idade gestacional na segunda metade da gravidez;
- Orientação prévia acerca do diagnóstico e prognóstico do feto malformado;
- Acompanhamento obstétrico pré-natal no CEMEFÉ-HC/UFMG;
- Concordância em participar deste estudo
- Assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

4.1.2 Critérios de Exclusão

- Não concordância em participar deste estudo e/ou recusa em assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

4.2 Métodos

4.2.1 Metodologia

A escolha de uma metodologia depende do objeto e do tipo de questões de pesquisa (JACQUES, 1993). Assim, para atender à complexidade do objeto de estudo, optou-se por um estudo transversal prospectivo descritivo de análise qualitativa de informações obtidas em entrevista individual entre paciente e psicóloga.

A pesquisa qualitativa permite, entre outros, coletar dados descrevendo situações de interesse ligadas à questão de pesquisa, de modo a deixar que as explicações possam emergir destas mesmas descrições (KARSENTI; SAVOIE-ZAIC, 2004). Tal pesquisa procura introduzir um rigor, que não o da precisão numérica, aos fenômenos que apresentam dimensões pessoais e podem ser apropriadamente pesquisados na abordagem qualitativa, tais como ansiedades, angústias, medos, alegria, amor, solidão, tristeza, etc. (MARTINS; BICUDO, 1989).

A pesquisa descritiva consiste em descrever a interação entre os conceitos e como estes podem estar associados, sendo que a teoria pode fornecer algumas explicações sobre a maneira como os conceitos são associados uns aos outros (FORTIN, 1996).

4.2.2 Métodos utilizados

Em todas as gestantes foi aplicada uma entrevista estruturada (APÊNDICE B), visando ao entendimento das repercussões conseqüentes da descoberta de uma anomalia fetal grave na vida da gestante.

Werner e Schoepfle (1987) ressaltam a importância e a necessidade de uma técnica de entrevista quando se trata de recolher dados sobre crenças, opiniões e idéias de indivíduos.

Todas as entrevistas foram realizadas no Ambulatório de Obstetrícia Carlos Chagas do Hospital das Clínicas da UFMG após as consultas regulares de acompanhamento obstétrico pré-natal. As entrevistas foram realizadas individualmente e em um único encontro com cada gestante pela mesma pesquisadora do CEMEFE-HC/UFMG. Em cada entrevista foi utilizado como auxílio à coleta dos dados um gravador, com o conhecimento da gestante, situado em local visível durante as entrevistas. Após a realização das entrevistas, os casos foram devidamente digitados em banco de dados próprio e de acesso restrito à pesquisadora e a seu orientador, e as fitas gravadas foram armazenadas em local igualmente restrito à pesquisadora e seu orientador.

Para este estudo foram utilizados somente os formulários de entrevista estruturada, não influenciando, portanto em nenhum procedimento a ser realizado na gestante e no feto.

4.2.3 Aspectos Éticos

Este estudo foi aprovado pela Câmara do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, pelo Departamento de Ensino e Pesquisa do HC-UFMG, pelo Comitê de Ética em Pesquisa (COEP-UFMG), estando registrado na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) sob o nº. ETIC 667/07 (ANEXO A).

Todas as pacientes participaram voluntariamente desta pesquisa tendo sido respeitados os princípios para pesquisa em seres humanos. As participantes foram informadas sobre os objetivos e a segurança deste estudo e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A).

5 RESULTADOS

5.1 Caracterização do grupo de estudo

Foram entrevistadas no ano de 2007 no Ambulatório de Obstetrícia Carlos Chagas do Hospital das Clínicas da UFMG trinta pacientes gestantes cujos fetos apresentavam alguma malformação grave.

Os casos foram caracterizados, de forma sumarizada, quanto à idade cronológica materna (TABELA 01), paridade (TABELA 02), estado civil (TABELA 03), escolaridade (TABELA 04) e renda familiar declarada (TABELA 05).

Tabela 01 - Caracterização das pacientes quanto à idade cronológica (em anos) declarada no momento da inclusão no estudo

Faixa etária	Frequência	Percentual
≤ 18 anos	04	13 %
19 a 34 anos	24	80 %
≥ 35 anos	02	7 %
Total:	30	100 %

Tabela 02 - Caracterização das pacientes quanto à paridade declarada no momento da inclusão no estudo

Paridade	Frequência	Percentual
Primigesta	11	37 %
Secundigesta	12	39 %
Trigesta	05	17 %
≥ Quadrigesta	02	7 %
Total:	30	100 %

Tabela 03 - Caracterização das pacientes quanto ao estado civil declarado no momento da inclusão no estudo

Estado Civil	Frequência	Percentual
Solteiras	05	17 %
Casadas	14	46 %
“Amigadas”	11	37 %
Separadas / Desquitadas	0	0
Total:	30	100 %

Tabela 04 - Caracterização das pacientes quanto à escolaridade declarada no momento da inclusão no estudo

Escolaridade	Frequência	Percentual
1º Grau incompleto	13	44 %
1º Grau completo	04	13 %
2º Grau incompleto	02	7 %
2º Grau completo	10	33 %
3º Grau incompleto	01	3 %
3º Grau completo	0	0
Total:	30	100 %

Tabela 05 - Caracterização das pacientes quanto à renda familiar declarada no momento da inclusão no estudo

Faixa salarial	Frequência	Percentual
Abaixo de 01 salário mínimo	05	17 %
Entre 01 e 03 salários mínimos	14	46 %
Entre 03 e 06 salários mínimos	11	37 %
Acima de 06 salários mínimos	0	0
Total:	30	100 %

5.2 Categorias de análise e discussão dos dados

Para descrever o comportamento de mulheres grávidas de fetos mal formados utilizaremos os aspectos que compõem o ser humano holístico. Assim, temos os aspectos familiares, sociais, físicos, mentais, psicológicos e afetivos, representados na FIGURA 01. A representação desses aspectos em forma de quebra-cabeças é intencional, uma vez que outros aspectos não especificados podem ser revelados no decorrer de nosso estudo.

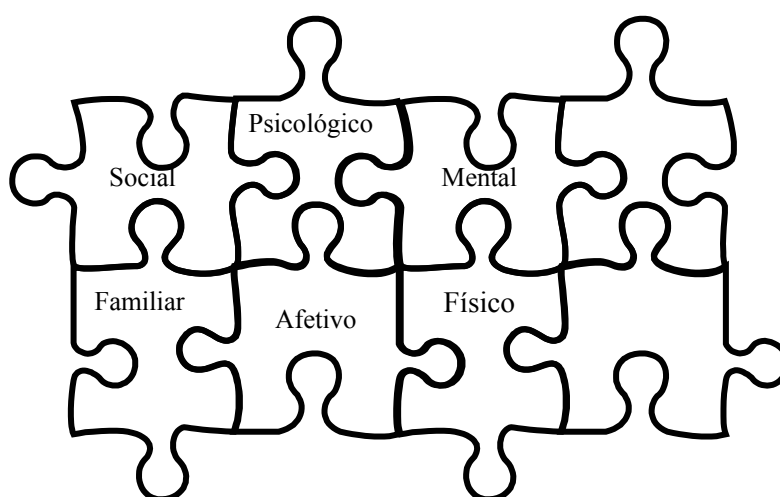


Figura 01

Aspectos do ser humano holístico

Os aspectos **familiares** são aqueles concernentes às relações entre pai-mãe, marido-mulher, mãe-bebê, pai-bebê. Os aspectos **sociais** são aqueles que envolvem o outro, fora do contexto familiar: parentes, vizinhos, amigos, profissionais de saúde, religiosos, etc. Os aspectos **mentais** referem-se aos níveis culturais, de conhecimento e fontes de informação que a pessoa dispõe. Os aspectos **psicológicos** são aqueles que reúnem as condições de força ou fraqueza para o enfrentamento das dificuldades, por exemplo, a depressão, o estresse, a confiança, entre outros. Os **aspectos físicos** são considerados conforme a disposição física da gestante durante a gravidez, bem como a idade da gestante. Assim serão

descartados todos aqueles considerados crônicos e aqueles referentes ao desenvolvimento do feto. Os aspectos **afetivos** são aqueles vividos de maneira penosa ou agradável relacionados à atenção recebida do outro, ao conjunto de desejos, emoções e sentimentos de uma pessoa.

No intuito de facilitar a apreensão da discussão dos resultados obtidos, optamos por organizar nossas reflexões em agrupamentos temáticos que, por sua vez, englobam aspectos específicos na análise das reações maternas frente a gestação de um feto malformado, conforme QUADRO 02. Entretanto, faz-se importante ressaltar que a própria natureza de inter-relações e interdependências dos aspectos acima citados em diversos momentos impossibilitam uma análise discriminada, sendo necessária a leitura global dos dados para seu entendimento.

Quadro 02 – Categorias de análise e discussão dos dados

ASPECTOS FÍSICOS	ASPECTOS MENTAIS	ASPECTOS SÓCIO-FAMILIARES	ASPECTOS PSICO-AFETIVOS
* Rotina da gestante	* Planejamento da gestação atual *Conhecimento prévio de anomalias fetais * Ciência do diagnóstico e prognóstico fetal	* Religiosidade * Relacionamentos sócio-familiares * Relacionamento com o parceiro	* Sentimentos maternos em relação à gestação * Comparação entre gestações anteriores e a atual * Parto * Projeção de futuro

5.2.1 ASPECTOS FÍSICOS

5.2.1.1 ROTINA DA GESTANTE

Para o entendimento deste aspecto, analisamos as respostas relativas à questão número 18 de nossa entrevista (APÊNDICE B) com as pacientes, na qual perguntamos especificamente se as gestantes perceberam alguma alteração em sua rotina após a gestação, bem como após o recebimento do diagnóstico de malformação fetal. As respostas para esta questão estão representadas na TABELA 06. Em seguida, foram contabilizadas, conforme QUADRO 03, as alterações na rotina relatadas com maior frequência por parte das entrevistadas.

Tabela 06 – Rotina da gestante

	Total	
	Frequência	Percentual
Rotina alterada pela gestação	04	13%
Rotina alterada pelo diagnóstico	19	63%
Sem alterações	07	23%
Total	30	100%

Quadro 03 – Alterações na rotina da gestante citadas com maior frequência

ALTERAÇÃO RELATADA	FREQÜÊNCIA
Sentimentos de ansiedade e/ou depressão acentuados	11
Dor e/ou desconforto físico acentuados	09
Evitam sair de casa	14
Pararam de trabalhar	07

Com relação ao QUADRO 03, é importante ressaltar que o número total de respostas ultrapassa o total de pacientes que apontaram alterações em sua rotina

(TABELA 06), devido ao fato de algumas gestantes apontarem mais de uma alteração para a mesma questão.

5.2.2 ASPECTOS MENTAIS

5.2.2.1 PLANEJAMENTO DA GESTAÇÃO ATUAL

Para o entendimento deste aspecto, analisamos as respostas relativas à questão número 07 de nossa entrevista (APÊNDICE B) com as pacientes, na qual perguntamos especificamente se houve ou não planejamento da gestação atual. As respostas para esta questão estão representadas na TABELA 07. Em seguida, foram contabilizadas conforme TABELA 08 as reações relatadas pelas gestantes ante o conhecimento da gestação não planejada. Ressaltamos que esta não foi uma pergunta específica da entrevista, de modo que nem todas as gestantes se posicionaram em relação a ela.

Tabela 07 – Planejamento gestacional

	Total	
	Frequência	Percentual
Gestações planejadas	10	33%
Gestações não planejadas	20	67%
Total	30	100%

Tabela 08 – Reação à gestação não planejada

	Aceitação imediata		Desapontamento		Não detalharam		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Gestação não planejada	08	40%	04	20%	08	40%	20	100%

5.2.2.2 CONHECIMENTO PRÉVIO DE ANOMALIAS FETAIS

Para o entendimento deste aspecto, analisamos as respostas relativas à questão número 09 de nossa entrevista (APÊNDICE B) com as pacientes, na qual perguntamos especificamente se as gestantes já possuíam conhecimento prévio acerca da malformação fetal que foi diagnosticada em seu bebê. As respostas estão representadas na TABELA 09.

Tabela 09 – Conhecimento da malformação fetal anterior ao diagnóstico da atual gestação

	Total	
	Frequência	Percentual
Conhecimento de anomalias fetais	04	13%
Desconhecimento de anomalias fetais	26	87%
Total	30	100%

5.2.2.3 CIÊNCIA DO DIAGNÓSTICO E PROGNÓSTICO FETAL

Para o entendimento deste aspecto, analisamos as respostas relativas às questões números 8(a) e 8(b) de nossa entrevista (APÊNDICE B) com as pacientes, na qual investigamos a compreensão das gestantes em relação ao diagnóstico fetal, bem como seu prognóstico em decorrência do diagnóstico estabelecido. Frente a um questionamento nosso de que a idade da gestante poderia interferir nesta questão, tabulamos as respostas (TABELAS 10 e 11) levando em consideração os grupos distintos de faixa etária das entrevistadas no momento de sua inclusão em nosso estudo.

Em seguida foram contabilizadas, conforme QUADRO 03, as alterações na rotina relatadas com maior frequência por parte das entrevistadas.

Tabela 10 – Compreensão do diagnóstico de malformação fetal na gestação atual

	Faixa Etária						Total	
	≤ 18 anos		19 a 34 anos		≥ 35 anos			
	n	%	n	%	n	%	n	%
Compreensão do diagnóstico	02	50%	22	92%	02	100%	26	87%
Desconhecimento do diagnóstico	02	50%	02	08%	00	00	04	13%
Total:	04	100%	24	100%	02	100%	30	100%

Tabela 11 - Compreensão do prognóstico do feto a partir do diagnóstico de malformação fetal na gestação atual

	Faixa Etária						Total	
	≤ 18 anos		19 a 34 anos		≥ 35 anos			
	n	%	n	%	n	%	n	%
Compreensão do prognóstico	00	00	17	71%	02	100%	19	63%
Desconhecimento do prognóstico	04	100%	07	29%	00	00	11	37%
Total	04	100%	24	100%	02	100%	30	100%

Em relação às respostas das entrevistadas frente ao entendimento do diagnóstico e prognóstico fetal, percebemos algumas nuances no que diz respeito ao modo como estas gestantes explicitavam a sua compreensão principalmente no que tange ao prognóstico fetal – algumas a explicitavam utilizando-se de palavras e significados próprios, outras unicamente com termos de domínio médico e algumas mesclavam em suas respostas significados próprios e também de domínio médico. Tabulamos essas nuances (TABELAS 12, 13 e 14) fazendo um paralelo entre essas especificidades e a compreensão do prognóstico estabelecido pela equipe médica e

informado aos pais. Para esta tabulação foi considerado apenas o grupo que mostrou ciência no diagnóstico fetal (vinte e seis gestantes), uma vez que as outras gestantes que o desconheciam (quatro gestantes) também desconheciam o prognóstico do feto.

Tabela 12 - Compreensão do prognóstico do feto ao explicá-lo utilizando-se de palavras e significados próprios:

	Frequência	Percentual
Compreensão do prognóstico real	13	93 %
Relatam prognóstico melhor que o real	00	0 %
Não dizem o prognóstico	01	07 %
Total:	14	100 %

Tabela 13 - Compreensão do prognóstico do feto ao explicá-lo utilizando-se de palavras e significados próprios e também médicos:

	Frequência	Percentual
Compreensão do prognóstico real	04	57 %
Relatam prognóstico melhor que o real	02	29 %
Não dizem o prognóstico	01	14 %
Total:	07	100 %

Tabela 14 - Compreensão do prognóstico do feto ao explicá-lo utilizando-se de palavras e significados médicos:

	Frequência	Percentual
Compreensão do prognóstico real	01	20 %
Relatam prognóstico melhor que o real	03	60 %
Não dizem o prognóstico	01	20 %
Total:	05	100 %

5.2.3 ASPECTOS SOCIO-FAMILIARES

5.2.3.1 RELIGIOSIDADE

É sabido que a questão da religiosidade é algo de extrema complexidade. Para iniciar as investigações sobre deste tema, foi formulada uma questão em nossa entrevista (APÊNDICE B), na qual questionamos, além de possuírem ou não alguma religião e serem ou não praticantes da mesma, a importância da religião para as entrevistadas. Entretanto, não pudemos nos ater apenas às respostas a estas questões, de forma que analisamos globalmente as entrevistas realizadas com cada participante. Desta análise, percebemos que algumas gestantes (dez gestantes) utilizaram-se do discurso religioso com bastante frequência em suas entrevistas como modo de sustentação de sua palavra, conforme TABELA 15. Optamos por analisar esta questão da sustentação do sujeito em nosso estudo.

Tabela 15 – Discurso religioso

	Frequência	Percentual
Possuem discurso religioso	10	33%
Não possuem discurso religioso	20	67%
Total:	30	100%

Analisando individualmente as entrevistas de cada gestante que se utilizou do discurso religioso como modo de sustentação do sujeito, percebemos um predomínio da utilização deste recurso nas respostas de algumas questões específicas, conforme representado no QUADRO 04. O número total de respostas ultrapassa o total de pacientes que se apóiam neste discurso (TABELA 15) devido ao fato de algumas pacientes se utilizarem deste recurso em mais de uma questão ao longo da entrevista. Faz-se importante ressaltar que este recurso de suporte também foi percebido em vários momentos da entrevista, conforme crença e história singular de cada paciente, de forma que representamos apenas os momentos onde se percebe a maior frequência desta utilização.

Quadro 04 – Prevalência do discurso religioso

PREVALÊNCIA DO DISCURSO RELIGIOSO	FREQÜÊNCIA
Respostas relacionadas à projeção de futuro	09
Respostas relacionadas ao diagnóstico e prognóstico fetal	08
Respostas relacionadas à rede sócio-familiar	07

5.2.3.2 RELACIONAMENTOS SÓCIO-FAMILIARES

Para o entendimento deste aspecto, analisamos as respostas relativas às questões de número 11, 12, 13, 14 e 17 de nossa entrevista (APÊNDICE B) com as pacientes. Investigamos através destas perguntas se as gestantes conversam sobre o diagnóstico fetal bem como se utilizam sua rede sócio-familiar como apoio durante este período de pré-natal. As respostas para esta questão estão representadas na TABELA 16. Frente a análise das respostas das entrevistadas, percebemos uma tendência de eleição de uma ou mais pessoas específicas para conversarem sobre suas vivências diante de um diagnóstico de anomalia fetal. Esta percepção está representada nas TABELAS 16, 17, 18 e 19.

Tabela 16 – Conversas com rede sócio-familiar

	Freqüência	Percentual
Não conversam	11	37 %
Conversam com 01 pessoa	10	33 %
Conversam com 02 pessoas	03	10 %
Conversam com 03 pessoas	02	07 %
Conversam com 04 ou mais pessoas	04	13 %
Total:	30	100%

Tabela 17 – Conversas com rede sócio-familiar: eleição de 01 pessoa para confidências

	Freqüência	Percentual
Parceiro	02	20 %
Membros da rede familiar	07	70 %
Amigos	01	10 %
Total:	10	100%

Tabela 18 – Conversas com rede sócio-familiar: eleição de 02 pessoas para confidências

	Freqüência	Percentual
Parceiro + membro familiar	02	67 %
Parceiro + amigo	01	33 %
Total:	03	100%

Tabela 19 – Conversas com rede sócio-familiar: eleição de 03 pessoas para confidências

	Freqüência	Percentual
Parceiro + membros familiares	01	50 %
Parceiro + membro familiar + médico	01	50 %
Total:	02	100%

5.2.3.3 RELACIONAMENTO COM O PARCEIRO

Para o entendimento deste aspecto, analisamos as respostas relativas às questões número 06, 15, 16 e 17 de nossa entrevista (APÊNDICE B) com as pacientes. As gestantes sinalizaram com respostas referentes a mudanças ou não no relacionamento do casal, conforme TABELA 20. Em seguida, foram contabilizados no QUADRO 05 os comportamentos, tanto do casal quanto do parceiro, que aparecem com maior freqüência nas respostas das entrevistadas.

Em relação ao QUADRO 05 é importante ressaltar que o número total de respostas diverge do total de pacientes do grupo (TABELA 20) devido ao fato de algumas pacientes relatarem mais de um comportamento em suas respostas.

Tabela 20 – Relacionamento com o parceiro

	Freqüência	Percentual
Alterações no relacionamento	11	37 %
Negam alterações no relacionamento	19	63 %
Total:	30	100%

Quadro 05 – Comportamentos citados com maior freqüência no relacionamento com o parceiro

COMPORTAMENTO RELATADO	PONTUAM ALTERAÇÕES NO RELACIONAMENTO	NEGAM ALTERAÇÕES NO RELACIONAMENTO
Ausência do parceiro	08	--
Comprometimento das relações sexuais	05	--
Brigas freqüentes entre o casal	03	--
Aproximação do parceiro	--	02
Negaram a falar sobre a relação com o parceiro	--	09
Conversam com o parceiro sobre o diagnóstico fetal	01	06

5.2.4 ASPECTOS PSICO-EMOCIONAIS

5.2.4.1 SENTIMENTOS MATERNS EM RELAÇÃO À GESTAÇÃO

Para o entendimento deste aspecto, utilizamo-nos da análise global das entrevistas de cada gestante, bem como mais especificamente das respostas relativas às questões número 02, 03, 04, 05 e 10 de nossa entrevista (APÊNDICE B) com as pacientes. As perguntas foram propositadamente feitas de forma aberta, uma vez que tínhamos o intuito de explorar os sentimentos maternos envolvidos em toda situação gestacional e não exclusivamente na malformação fetal.

Devido à complexidade deste aspecto, variadas respostas foram relatadas pelas gestantes conforme crença e história singular de cada paciente. Optamos por analisar os sentimentos envolvidos em suas respostas caracterizando-os como positivos e negativos, sendo os positivos atribuídos como bom ou de algum ganho benéfico e os negativos como ruins ou depreciativos em relação à gestação e/ou período gestacional.

Dezenove gestantes expressaram seus sentimentos em relação ao diagnóstico de malformação fetal obtido na gestação, enquanto que onze gestantes relataram sentimentos em relação ao período gestacional somente, sem mencionar a malformação do feto em suas respostas. Estes resultados estão apresentados na TABELA 21.

Tabela 21 – Expressão dos sentimentos maternos

	Período gestacional		Diagnóstico fetal		Total	
	n	%	n	%	n	%
Sentimentos positivos	08	73%	02	11%	10	33%
Sentimentos negativos	03	27%	17	89%	20	67%
Total	11	100%	19	100%	30	100%

5.2.4.2 COMPARAÇÃO ENTRE AS GESTAÇÕES ANTERIORES E A ATUAL

Trinta gestantes foram entrevistadas ao longo deste estudo, sendo que onze delas são primigestas. Das dezenove multíparas, uma gestante relatou ter descoberto a gestação anterior no momento do aborto e, portanto não poderia compará-la com a atual, tendo sido então, excluída deste grupo.

Analisamos as respostas relativas à questão número 19 de nossa entrevista (APÊNDICE B) com as pacientes, na qual perguntamos especificamente as semelhanças e as diferenças da gestação atual em comparação com a(s) gestação(s) anterior(s). Optamos por apresentar estes dados conforme paridade do grupo entrevistado (TABELA 22).

Tabela 22 – Comparação entre gestação atual e gestações anteriores

		Paridade						Total	
		Primigesta		Secundigesta		Trigesta		≥ Quadrigesta	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Ambas semelhantes	Não participaram da análise	01	09%	00	00	00	00	01	06%
Ambas diferentes	desta questão	10	91%	5	100%	02	100%	17	94%
Total		11	100%	05	100%	02	100%	18	100%

Em seguida, foram contabilizadas, conforme QUADRO 06, as diferenças relatadas que aparecem com maior frequência nas respostas das entrevistadas. Com relação a este quadro é importante ressaltar que o número total de respostas diverge do total de pacientes do grupo (TABELA 22) devido ao fato de algumas pacientes relatarem mais de um comportamento em suas respostas, bem como pelo fato de algumas pacientes apenas sinalizarem para as diferenças sem, entretanto discorrer sobre elas.

Quadro 06 – Diferenças relatadas com maior frequência em comparação à gestação anterior

DIFERENÇAS RELATADAS	FREQÜÊNCIA
Maior sensação de dor e/ou desconforto físico na gestação atual	05
Menor sensação de dor e/ou desconforto físico na gestação atual	02
Dificuldade em geral mais acentuada na gestação atual	03
Feto da gestação atual mexe menos que o da gestação anterior	03
Feto da gestação atual mexe mais que o da gestação anterior	01

5.2.4.3 PARTO

Para o entendimento desta questão, analisamos as respostas relativas às questões número 20, 21 e 22 de nossa entrevista (APÊNDICE B) com as pacientes, na qual perguntamos especificamente sobre o momento do parto. Obtivemos inúmeras e variadas respostas conforme história singular de cada paciente, de modo que optamos por explorar os comportamentos apresentados pelas pacientes frente a este momento do parto, conforme representados no QUADRO 07. Faz-se importante ressaltar que foram contabilizadas apenas as percepções de predomínio maior entre o grupo total de gestantes entrevistadas (trinta gestantes). O número total diverge do total de pacientes entrevistadas devido à possibilidade de diferentes comportamentos se adequarem à mesma gestante.

Quadro 07 – Percepções sobre o momento do parto

COMPORTAMENTO	FREQÜÊNCIA
Não citam a malformação em suas respostas	20
Afirmam sentir medo do momento do parto	13
Afirmam evitar pensar no momento do parto	11
Conseguem verbalizar sobre o parto e a anomalia fetal	07

5.2.4.4 PROJEÇÃO DE FUTURO

Para o entendimento desta questão, analisamos as respostas relativas às questões número 23, 24, 25 e 26 de nossa entrevista (APÊNDICE B) com as pacientes, na qual investigamos sobre as projeções de futuro das entrevistadas. Novamente, pela complexidade da questão, obtivemos inúmeras e variadas respostas, conforme história singular de cada paciente, de modo que optamos por explorar os comportamentos apresentados pelas pacientes frente a esta questão do futuro, conforme representados no QUADRO 08. Faz-se importante ressaltar que foram contabilizadas apenas as percepções de predomínio maior entre o grupo total de gestantes entrevistadas (trinta gestantes). O número total diverge do total de pacientes entrevistadas devido à possibilidade de diferentes comportamentos se adequarem à mesma gestante.

Quadro 08 – Percepções sobre as respostas relacionadas à projeção de futuro

COMPORTAMENTOS FRENTE À PROJEÇÃO DE FUTURO	FREQÜÊNCIA
Hesitação ao responder à questão	30
Não conseguiram responder à questão	16
Respostas curtas e objetivas	12
Respostas referentes exclusivamente à saúde fetal	11
Respostas referentes a planos para si mesma	03

6 DISCUSSÃO

6.1 ASPECTOS FÍSICOS

6.1.1 ROTINA DA GESTANTE

Vinte e três gestantes apontaram alterações em sua rotina sendo que, destas, quatro afirmaram ter havido alterações de rotina devido exclusivamente ao período gestacional enquanto que as outras dezenove pacientes apontam como motivo destas alterações o diagnóstico de malformação fetal. Sete gestantes afirmaram não terem sentido nenhuma alteração em sua rotina (TABELA 06).

Onze gestantes afirmaram estarem ansiosas e/ou deprimidas (palavras utilizadas pelas mesmas); quatorze gestantes afirmaram que, após o diagnóstico de malformação fetal, evitam sair de casa – sete delas deixaram o emprego afirmando precisarem ficar em casa devido ao diagnóstico. Nove gestantes apontam dificuldades físicas, tais como dor e desconforto, que inviabilizam atividades do dia-a-dia. O número total ultrapassa o total do grupo, devido ao fato de algumas gestantes apontarem mais de uma alteração em sua rotina (QUADRO 03).

A partir do diagnóstico de malformação fetal, as gestantes se depararam com a perda e o luto necessário ao bebê idealizado, desejado. Freud (1917) define o luto como a perda de um ente querido, ou a perda de algo que outrora ocupara um lugar querido. Descreve como traços característicos deste período um desânimo profundamente penoso, a cessação de interesse pelo mundo externo e a perturbação da auto-estima.

“ Antes eu saía muito, conversava com minhas colegas... Agora fico só dentro de casa, quieta...” (sic caso 025)

“Eu fico mais quieta, evito me movimentar muito... Fico mais de repouso...” (sic caso 020)

“Não quero ver ninguém! Não tenho mais paciência nem para ouvir, nem para conversar...” (sic caso 009)

“Estou evitando contato mesmo! Quero mais é ficar isolada...” (sic caso 015)

Percebemos uma vinculação muito específica em relação ao dia-a-dia das gestantes e outros aspectos que serão analisados neste trabalho, tais como sentimentos em relação à gestação, ao parceiro e seu convívio com a rede social. Diante deste caráter de inter-relação e interdependência deste com outros aspectos, a análise deste dado e sua conseqüente discussão será refletida ao longo do estudo, em uma leitura global dos dados que compõem o QUADRO 02.

6.2 ASPECTOS MENTAIS

6.2.1 PLANEJAMENTO DA GESTAÇÃO ATUAL

Durante as entrevistas, vinte gestantes afirmaram não terem planejado a gestação atual, de modo que apenas dez tinham planos para que esta se realizasse neste momento (TABELA 07). Deste grupo, no qual a gestação não foi planejada, a metade (dez gestantes) afirmou claramente em seus depoimentos que não utilizou nenhum método contraceptivo, conforme falas a seguir:

“Eu estava com DIU, tirei, e não usei nada... Pelo visto, queria engravidar mesmo. Mas não estava nos planos...” (sic caso 015).

“Nunca tomei remédio, nem sei como toma. Também nunca usei preservativo. Então... acabei engravidando!” (sic caso 019).

“Um dia a gente não se preveniu... Foi fatal!” (sic caso 022).

Outras, no entanto, afirmam terem usado contraceptivos e mesmo assim engravidaram “escapulido”, termo utilizado por várias gestantes:

“Usei preservativo e engravidei... Não sei como...” (sic caso 016)

“Não foi planejado, foi escapulido mesmo. Estava tomando medicamento e acabei não tomando direito...” (sic caso 024)

“Eu estava tomando remédio, mas eu não sei se esqueci, né? Devo ter esquecido...” (sic caso 027)

Chama-nos a atenção o fato de que, mesmo sem planejamento prévio da gestação atual, apenas quatro gestantes expressaram algum desapontamento ao descobrir a gravidez indesejada, enquanto oito gestantes relataram aceitação imediata e até mesmo alguma satisfação (TABELA 08), conforme falas a seguir:

“Eu pensei, se eu engravidei, mesmo que não quisesse, era porque era hora, nada vem ao acaso...” (sic caso 011)

“Eu estava tomando anticoncepcional, mas aconteceu. Mas não deixa de ser planejada, porque sempre foi o meu sonho...” (sic caso 012)

“Assustei, mas não chorei e não falei em momento algum que não queria o bebê... Filho é sempre bom!” (sic caso 024)

As oito demais gestantes deste grupo de não planejamento prévio da gestação não detalharam suas respostas. Podemos pensar em uma dificuldade de assumir um desapontamento e até mesmo em uma possível rejeição inicial de uma gravidez que se revelou complicada, com um bebê malformado? Estaríamos diante de uma possível culpabilidade pelo sentimento inicial em relação ao feto recém-descoberto?

Afinal, é preciso lembrar a definição do Larousse em 1971 que descreve o instinto materno como uma tendência primordial que cria em **toda mulher normal** (grifo nosso) um desejo de maternidade. Um castigo, portanto?

Badinter (1980) decorre sobre este tema, denominando-o de “Mito do Amor Materno”, e sabiamente o completa com “Um amor Conquistado”. Segundo a autora, o amor materno foi aceito e estigmatizado ao longo dos anos como instintivo e incondicional, idéia repudiada ao longo do seu trabalho. Segundo a mesma, o amor materno não é inato, e sim um sentimento desenvolvido conforme as variações de época e circunstâncias em que vivem as mães, sujeito a incertezas, fragilidades e imperfeições, como todo e qualquer outro sentimento.

Entretanto, como bem escreve Della Nina (1997), sentimentos maternos que de alguma forma possam ter uma conotação negativa em relação ao feto ainda não são socialmente aceitos. Somados a este fato, temos a afirmação de Maldonado (1997) de que o medo universal de ter um bebê malformado pode ter o significado emocional de punição ou de culpa, exatamente por não ter sido capaz de produzir algo de bom ou significativo.

6.2.2 CONHECIMENTO PRÉVIO DE ANOMALIAS FETAIS

Apesar de estarmos vivenciando um grande avanço assistencial no que se refere à área de medicina fetal devido ao progresso científico e tecnológico das ciências médicas, a grande maioria (vinte e seis) das pacientes entrevistadas afirmaram desconhecer a possibilidade de acometimento de uma malformação do feto durante o período gestacional (TABELA 09).

Das quatro gestantes que afirmaram ter este conhecimento, duas delas estavam vivenciando pela segunda vez consecutiva um bebê com anomalia e afirmaram ter este conhecimento exatamente por causa do bebê anterior. As outras duas gestantes assim o disseram:

“Uma vez vi no Fantástico, mas vi assim, de relance, não prestei atenção...” (sic caso 019)

“Eu já ouvi falar nesta doença em um ditado que eles falam... Ossos de vidro...” (sic caso 008)

Estes achados inicialmente vão contra a afirmação de diversos autores (MILNE & RICH, 1981. SOIFER, 1980. MALDONADO, 1997) sobre as constantes preocupações maternas em relação à saúde do feto ao longo do período gestacional, incluindo como um dos maiores temores a malformação fetal. Entretanto, podemos entender estas afirmações das gestantes entrevistadas a partir dos estudos de Missenard et al. (1989), que afirmam que o não pensar e consequentemente o não sentir podem levar à ilusão de evitar um sofrimento maior. O mesmo podemos pensar acerca do desconhecimento. Os autores afirmam que a negação constitui-se em um dos mecanismos primordiais de defesa, protegendo os envolvidos do vínculo com o objeto ameaçador, evitando que o ego entre em contato direto com as angústias de anulação e perda.

Szejer e Stewart (1997) afirmam em seu trabalho que algumas gestantes não desejam obter a informação acerca do sexo do bebê ao longo do período gestacional por não se sentirem preparadas para conhecer a verdade, de modo que este saber antecipado passa a ser visto como uma violência para as mesmas. Se as gestantes assim o sentem em relação ao sexo do bebê que, mesmo sendo de fundamental importância para a história pessoal de cada uma delas, não apresenta nenhum risco físico, nem a ela nem ao bebê, podemos pensar que este mesmo sentimento é válido para as patologias do feto, sendo que, em razão do seu alto

risco físico e psíquico para todos os envolvidos, este esquivamento poderá ser altamente agravado.

6.2.3 CIÊNCIA DO DIAGNÓSTICO E PROGNÓSTICO FETAL

Em relação à ciência do diagnóstico e prognóstico fetal, faz-se importante ressaltar que todas as gestantes entrevistadas estavam em acompanhamento regular em ambulatório próprio de medicina fetal, sendo constantemente orientadas acerca do diagnóstico e prognóstico do feto pela equipe médica especializada em medicina fetal.

A maioria das gestantes entrevistadas (vinte e seis gestantes) mostrou-se ciente em relação ao diagnóstico fetal; entretanto, ao se tratar do prognóstico do feto vimos uma considerável redução nesta frequência – apenas dezenove gestantes souberam responder o prognóstico de seu filho. A idade da paciente parece ser importante neste quesito, uma vez que, conforme as tabelas 10 e 11 apenas metade das adolescentes entrevistadas (duas) soube o diagnóstico do bebê e nenhuma delas soube do prognóstico, enquanto que as mulheres de idade mais avançada tinham clareza tanto do diagnóstico quanto do prognóstico do feto.

Foi interessante observar o modo como as gestantes falavam sobre o diagnóstico e o prognóstico do feto, muitas vezes utilizando termos próprios para explicar um termo usualmente utilizado na área médica. Desta análise, percebemos com interesse que, quanto mais termos próprios as gestantes utilizavam para explicitar a anomalia, maior era o seu conhecimento. Quando estas explicavam a malformação fetal com termos próprios e também médicos, o percentual de coerência desta explicação com a realidade do bebê diminuiu e ao utilizarem apenas termos médicos, poucas mulheres conseguiam de fato entender o que se passava com o seu bebê. As tabelas 12, 13 e 14 apontam para estes resultados, lembrando que, para esta análise, apenas as gestantes que se mostravam cientes do diagnóstico do feto foram contabilizadas. As falas a seguir ilustram essa percepção:

“Tem que esperar nascer para fazer diagnóstico, para descobrir... A chance dele sobreviver é muito pouca, é mínima... Ele é muito pequenininho, com os ossinhos como se fossem de vidro, e tem o peitinho pequeno, o que afeta o pulmão, a respiração... A preocupação é essa! Se sobreviver, tem que ter muito cuidado com os ossos, muito frágeis, quebram à toa!” (sic caso 008 – Diagnóstico: displasia óssea – Ciência do prognóstico)

“É uma síndrome, porque é a hidrocefalia e mais um probleminha na coluna. As duas juntas é que fazem a síndrome. A coluna tem uma pequena abertura na parte de baixo, aí a primeira cirurgia vai ser na coluna, e depois vai ver se vai fazer na cabeça ou não... (...) Ela pode se recuperar e ficar bem, ou então pode não andar, ser uma criança que não vai aprender nada, vai ter problemas pro resto da vida... Ou pode ser que ela não suporte a cirurgia e venha a falecer... Está tudo em aberto! Não tenho certeza de nada!” (sic caso 012 – Diagnóstico: Síndrome de Arnold-Chiari – Ciência do prognóstico)

“É tipo uma hérnia que deu na cabecinha dela, na parte da nuca. Esse osso da cabeça não fechou e desenvolveu uma hérnia. Dentro dessa hérnia tem o cérebro e o cerebelo... É muito grave, 99% de chance do pior mesmo, e se ela sobreviver, pode nascer e não viver, faltar respiração na hora... E se mesmo assim ela sobreviver, teria chances de ter as piores seqüelas...” (sic caso 022 – Diagnóstico: Síndrome de Dandy-Walker – Ciência do prognóstico)

“Ele está com hidrocefalia! (...) Ah, não sei, o médico falou que ele pode nascer vomitando, ou depois de dois meses vomitar... Derrame cerebral!” (sic caso 023 – Diagnóstico: Hidrocefalia – Desconhecimento do prognóstico)

“Ah, eu não entendo essa área... (...) É um cisto, hidronefrose... Fico pensando comigo que ela pode não ser minha... Às vezes, sei lá, penso que é grave, ou que não é... Não sei!” (sic caso 010 – Diagnóstico: Hidronefrose – Desconhecimento do prognóstico)

Conforme afirmado por diversos autores e reiterado por Baeta (2006), uma patologia grave no nascimento de um bebê provoca um efeito desorganizador na cadeia simbólica onde até o momento sustentavam-se os pais desta nova criança; uma espécie de colapso das funções parentais pode ser percebido impossibilitando-os de inserir este novo bebê e sua realidade na história deles – desarticulam a fala, as identificações, os afetos com que estes pais antecipavam em seu bebê, propiciando o surgimento de previsões e fantasias que não condizem com a realidade do diagnóstico.

Diante deste quadro, Jerusalinsky, J. (1996) nos afirma em seu trabalho a importância da construção, por parte dos pais, das próprias articulações sobre o evento, do rearranjo sobre a imagem de seu bebê, possibilitando estratégias de encontro com ele em meio aos obstáculos da realidade. Ainda segundo a autora, a fala dos pais sobre o acontecimento iniciará um processo de bordejar este trauma psíquico que não consegue ser posto em palavras, viabilizando uma importante reestruturação no psiquismo dos pais, a fim de se adaptarem a esta nova realidade que se impõe.

6.3 ASPECTOS SÓCIO-FAMILIARES

6.3.1 RELIGIOSIDADE

A partir da confirmação ou suspeita diagnóstica de um problema no desenvolvimento de um bebê, começam a constituir nos pais diferentes formações psíquicas para fazer frente a essa nova realidade. Há um rompimento das certezas, um abismo difícil de suportar entre a criança idealizada e a criança real, que agora se impõe. Desencadeia-se então uma situação de crise, caracterizada pela irreversibilidade, porque estão acontecendo perdas, sejam de auto-estima, sejam de sonhos e fantasias ou até mesmo a morte real. (MOURA, 1986).

Autores descrevem em seus trabalhos a carência de coordenadas simbólicas para lidar com o diagnóstico de uma malformação fetal e suas repercussões na gestação. (JERUSALINSKY, J. 1971; STERN, 1997; JERUSALINSKY, A., 1999;).

A impossibilidade dos pais em utilizar-se de seus saberes prévios para exercer a maternidade frente a esta nova realidade pode dar lugar a uma tentativa de suplantar esta posição de não-saber, buscando uma (re)tomada de sentido por explicações baseadas em um discurso religioso, visando à re-historização deste filho e da própria subjetividade materna através de um trabalho de elaboração psíquica. (JERUSALINSKY A, 1999)

Uma fala muito clara de uma gestante entrevistada elucida esta questão:

“A religião às vezes é como um bálsamo para acalmar a gente... Porque se a gente não acredita, não confia, fica vazio, fica vago... Nos olhos de Deus vai se resolver, se colocarmos nas mãos de Deus a gente não desespera. Eu preciso pensar que Deus está no controle das coisas, no controle da minha vida, nas coisas que eu não tenho como mudar. Eu preciso dessa confiança de que vai dar tudo certo no fim, que Ele me dará forças para superar todos os obstáculos... Se não, eu desabo!” (sic caso 012)

Em nossos estudos foi percebida a utilização do discurso religioso como sustentação para lidar com a vivência desta gestação complicada por uma anomalia fetal grave em dez gestantes entrevistadas (TABELA 15). As falas a seguir relatam esta vivência para as mães:

“Com tudo isso... Deus me conforta!” (sic caso 006)

“Daqui para frente será o que Deus quiser, e não o que eu quero... Para Deus nada é impossível!” (sic caso 011)

“Meu recurso agora é só Deus!” (sic caso 030)

Foi interessante perceber a recorrência deste discurso em algumas questões específicas, o que nos leva a pensar em uma maior dificuldade de recursos simbólicos para lidar com estas questões quando se espera um bebê malformado durante uma gestação. Das dez gestantes que claramente apoiaram-se no discurso religioso ao longo de suas entrevistas, nove delas o utilizaram ao responder a questão que remetia a uma projeção de futuro. Oito gestantes também o utilizaram ao falar do diagnóstico e prognóstico de seu bebê e sete entrevistadas recorreram a esse discurso nas questões relacionadas ao convívio com familiares e amigos, bem como atividades sociais em geral (QUADRO 04). Esses achados serão discutidos individualmente nos subitens respectivos a cada questão anteriormente citada.

6.3.2 RELACIONAMENTOS SÓCIO-FAMILIARES

Ao serem questionadas acerca deste aspecto, inicialmente dezenove gestantes afirmaram conversar com familiares e amigos sobre o diagnóstico de malformação fetal. Entretanto, ao aprofundar essa questão chegamos à descoberta de que, do grupo de trinta gestantes, incluindo as dezenove que previamente afirmaram conversar sobre o diagnóstico, apenas quatro pacientes, na verdade, falavam abertamente sobre o assunto em sua rede de apoio social. A análise das respostas mostrou que as outras quinze gestantes que afirmaram conversar sobre o diagnóstico elegeram de uma a três pessoas específicas e apenas com elas trocaram confidências, restringindo esta questão a este pequeno grupo, ocultando, por conseguinte, a outros familiares / amigos (TABELA 16).

Do total de gestantes que elegeram apenas uma pessoa para falar sobre o diagnóstico de malformação fetal (dez gestantes), a grande maioria não elegeu o parceiro para seu confidente, e sim outro membro de sua rede familiar (TABELA 17).

Entre as que afirmaram terem escolhido duas pessoas para falar sobre este assunto, todas as gestantes (três) elegeram o parceiro e um terceiro (TABELA 18). O mesmo ocorreu com as gestantes (duas) que elegeram até três pessoas para conversarem sobre o diagnóstico do bebê (TABELA 19).

E não apenas esta eleição por pessoas específicas para falar sobre o diagnóstico fetal! No decorrer das entrevistas, vinte e duas gestantes terminaram por afirmar claramente que evitam falar sobre a malformação fetal com qualquer pessoa que seja; duas gestantes não esclareceram sobre esta questão e apenas seis afirmam sentir algum tipo de alívio / conforto ao conversar sobre o diagnóstico fetal.

“Me sinto mal, parece que todo mundo sente pena...” (sic caso 001)

“Quando falo fico triste, aí prefiro não falar” (sic caso 005)

“É muito ruim falar, mudo de assunto. Falo não!” (sic caso 008)

“É péssimo! Acho que falar pros outros é pior do que alguém falar para a gente... Dá uma sensação de fraqueza, de impotência... (sic caso 009)

“Me sinto mal, não gosto de ficar comentando... Quando perguntam, digo que estou bem e o bebê está ótimo! Aí encerra!” (sic caso 018)

“Explicar o que é para as pessoas... Você não imagina! (...) Aqui a gente conversa; fora daqui, não!” (sic caso 019)

“Eu guardo só pra mim, prefiro ficar calada!” (sic caso 025)

“Prefiro não falar. Meu recurso agora é só Deus!” (sic caso 030)

“Fora daqui você se sente um peixe fora d'água! Como se o mundo tivesse caído na sua cabeça!” (sic caso 030)

Para Loon (2000), uma perda antecipada proporciona um forte impacto na rede social e familiar da gestante, obrigando-a a uma adaptação repentina de todas as suas expectativas e modo de funcionamento.

Ribeiro (1998) nos diz que a evitar o sofrimento é saudável e necessário em situações emergenciais, embora muito perigoso como atitude geral e fixada. Sebastiani (1997) explica que os mecanismos de defesa são dispositivos saudáveis e necessários para que o indivíduo possa mobilizar recursos adaptativos a fim de tentar respostas de resolução ou equacionamento do conflito que lhe foi imposto.

Cassel (1981) e Weinman (1981) afirmam que o sentimento de onipotência e negação são como um escudo protetor colocado em torno da integridade da pessoa, a fim de preservá-la de um grau de ansiedade excessivo. Falar sobre a malformação fetal, aceitar os seus sintomas exigiria uma mudança na auto-imagem, nos sentimentos internos de cada gestante. Desse modo, ainda segundo os autores, os posicionamentos de onipotência bem como de negação funcionam para preservar certos aspectos da auto-imagem.

6.3.3 RELACIONAMENTO COM O PARCEIRO

Este foi um dos aspectos de grande dificuldade em sua análise, principalmente pela hesitação por parte das gestantes em falar sobre a relação com o parceiro. Inicialmente, dezenove entrevistadas afirmaram não terem sentido nenhuma modificação na relação com seu parceiro; onze entrevistadas, no entanto, notaram piora no relacionamento após a descoberta da malformação fetal (TABELA 20). Dessas, oito se queixaram da ausência do parceiro neste momento; cinco relataram ter havido comprometimento da vida sexual do casal e três gestantes especificamente ressaltaram com grande veemência brigas freqüentes entre o casal após o diagnóstico do feto. Vale a pena salientar que destas onze gestantes que se queixaram de piora no relacionamento marital, dez afirmaram explicitamente não conversarem com o parceiro sobre o diagnóstico de malformação do feto (QUADRO 05).

Das dezenove gestantes que negaram modificação no relacionamento do casal, nove evitaram explicitamente falar sobre a relação com o parceiro. Do grupo total (trinta gestantes), apenas sete afirmaram conversar com o companheiro sobre a

malformação fetal de seu bebê. Apenas duas verbalizaram sentirem o parceiro mais unido a elas e, por conseguinte, pontuaram essa aproximação como uma melhora no relacionamento de ambos (QUADRO 05).

Estes dados apontam claramente para uma interferência, em sua maioria das vezes, negativa na relação do casal diante de um diagnóstico inesperado de uma malformação no feto.

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).

Quayle (1997b) e Detraux et al. (1998) afirmam que o filho comumente é sentido como uma medida direta da capacidade dos pais e, sendo malformado, traz-lhes a sensação subjetiva de fracasso pessoal.

A presença de culpa é observada como um dos sentimentos atuantes na situação de malformação do bebê. (KLAUS; KENNEL, 1978; CARON; MALTZ, 1994) Os mesmos autores descrevem situações onde os pais, tanto o homem quanto a mulher, responsabilizam-se pelo que aconteceu ao bebê sentindo-se culpados pela malformação do feto e vivenciando este período como um castigo merecido a eles. Entretanto, não raro um dos companheiros também pode ser responsabilizado pela grande frustração que esta situação provoca.

Uma hipótese possível para a piora na relação entre o casal apóia-se no fato de que, ambos sentindo-se fragilizados e por vezes culpados com o acontecido, projetam este sentimento no seu companheiro de modo que este seria o novo responsável por todo o sofrimento vivenciado. As falas seguintes sustentam tal hipótese:

“Ele fica revoltado, xinga... Ele fica me culpando, às vezes eu acho que a culpa é dele... Relação mesmo, a gente não tem mais...” (sic caso 006)

“Desde que começou o problema do neném a gente está se estranhando... Ele tem uma faca levantada para mim e eu tenho um canhão apontado para ele! O tempo todo! Não temos mais diálogo nenhum, só ataque. Atacamos!” (sic caso 009)

Outro fato importante, conforme ressalta Messias (2006) em seus estudos, é de que, quando se está esperando um bebê malformado, o período gestacional é sentido como um período de solidão para a maior parte das mães. Conforme ressalta a autora, essa sensação não necessariamente se constituiu em um estar objetivamente só, e sim uma solidão na dimensão subjetiva.

Percebemos de fato em nossos estudos que uma das queixas mais constantes das gestantes em relação aos parceiros foi a ausência dos mesmos. Ressaltamos neste quesito que apenas sete gestantes afirmaram conversar com o companheiro sobre a da malformação do bebê.

“Quando eu mais preciso dele, ele está longe de mim... Não esperava isso dele!” (sic caso 025)

“Sofri sozinha! Chorava sozinha! Me senti muito sozinha... Eu não comentava com ele, não falava do problema... Nada! Deu as costas para mim! Disse para eu não pedir para ele ficar comigo quando fosse consultar, ele é um homem impaciente! Ele não participa de nada! É ausente! Em tudo!” (sic caso 008)

“Ele quase não se pronuncia... Nem quando descobri o problema do neném. Falamos pouco e mudamos de assunto... Ele evita ao máximo, é muito fechado!” (sic caso 013)

Somado a este fato, percebemos pelo relato de algumas gestantes que, apesar das queixas relativas à ausência dos companheiros, o afastamento também se deu por parte delas, conforme contam a seguir:

“Ele reclama que desde o diagnóstico do bebê a gente não conversa... Ele também não faz por onde, talvez até por minha causa mesmo, porque eu não converso com ele, prefiro deixar pra lá...” (sic caso 006)

“Ele não fala muita coisa não, é muito fechado... Toda vez que eu venho ao médico ele pergunta mais de dez vezes o que o médico falou...” (sic caso 018)

Dickstein et al. (1997) afirmam que a trajetória masculina rumo a parentalidade difere da feminina, pois somente a mulher poderá sentir o filho crescer dentro de si, dar a luz e amamentá-lo. Para estes autores, a formação do vínculo entre pai e filho costuma ser mais lenta, consolidando-se gradualmente após o nascimento e desenvolvimento da criança. A fala de uma gestante clarifica esta questão:

“Para mim, que carrego dentro da minha barriga, pra mim o peso é maior... A gente preocupa mais, ele não... É mais tranquilo nesse sentido para ele...” (sic caso 019)

Brazelton e Cramer (1992) nos dizem sobre a presença não rara de sentimentos de competição e exclusão entre o casal, não somente pelo fato da gestante desviar a atenção para o futuro bebê, mas também por se tornar o centro da atenção de todos, de modo que poucos se interessam pelos sentimentos do futuro pai.

6.4 ASPECTOS PSICO-EMOCIONAIS

6.4.1 SENTIMENTOS MATERNS EM RELAÇÃO À GESTAÇÃO

Ao serem questionadas sobre seus sentimentos em relação à gestação, as respostas das entrevistadas variaram. Dezenove gestantes expressaram seus

sentimentos em relação ao diagnóstico de malformação fetal obtido na gestação enquanto que onze gestantes relataram sentimentos em relação ao período gestacional somente, sem mencionar a malformação do feto (TABELA 21). A pergunta a esta questão propositadamente se deu de forma aberta, uma vez que tínhamos o intuito de explorar os sentimentos maternos envolvidos em toda situação gestacional e não exclusivamente a malformação fetal.

Destas onze gestantes que não associaram suas respostas à malformação fetal, oito expressaram o período gestacional como uma dádiva concedida a elas, um “presente”, como muitas disseram:

“Se precisasse passar por tudo isso de novo, eu passaria. Eu estou vivendo hoje o que muita gente nem tem oportunidade de viver. Tem gente que não pode nem ter filho. Não pode carregar o filho na barriga.” (sic caso 028)

“É um presente de Deus, me sinto uma mulher realizada!” (sic caso 011)

“É uma coisa diferente o que está acontecendo, saber que tem uma pessoa dentro de você, dependendo de você... Que aquilo vai sair e se tornar uma pessoa... A gente se sente diferente, se sente privilegiada com isso!” (sic caso 001)

Battikha et al. (2007) afirmam em seus estudos que as mães de um bebê malformado confrontam-se freqüentemente com o decréscimo em sua auto-estima, sentindo-se incompletas e incapazes, podendo-se inferir que, se o bebê é marcado pelo que não tem e não é, a mãe poderá sentir-se igualmente marcada como deficiente nesta posição.

Frente à vivência de sentimentos de menos valia, podemos pensar ser um mecanismo de defesa da gestante que espera um bebê malformado vangloriar-se de

sua gestação, uma vez que, conforme nos lembram Ferrari et al. (2007), a condição de esperar uma criança dentro do seu ventre é um fato extremamente valorizado, deixando a gestante em uma posição privilegiada frente às demais pessoas.

As outras três entrevistadas deste grupo de gestantes que não apontaram a malformação fetal em suas respostas ao serem questionadas sobre seus sentimentos em relação à gestação são adolescentes. E todas elas enfatizaram, ao contrário das oito anteriormente citadas, dificuldades decorrentes do período gestacional, tais como mal estares físicos e mudanças na imagem corporal. Não citaram a malformação fetal e trouxeram sentimentos negativos em relação à gestação, conforme se constata abaixo:

“Todo mundo fica falando, muita gente me humilha... Todo lugar que eu vou apontam que eu estou grávida! Tá parecendo uma doença! O mundo acaba! Ninguém fica do seu lado...” (sic caso 016)

Frente a estes achados, podemos perceber que, diferentemente das outras gestantes que puderam se utilizar de mecanismos de defesa frente à malformação, vangloriando-se de seu novo status de “grávida”, o mesmo não foi possível para as adolescentes.

Segundo Lyra (1997), há um discurso predominante sobre a gravidez na adolescência, segundo o qual esta é sempre encarada como um problema, um risco sério à vida futura da adolescente e de seus filhos, com conseqüências desastrosas para a família.

Percebemos assim a estagnação das adolescentes gestantes de bebês malformados em sentimentos de menos valia, como os descritos acima por Battikha et al. (1997).

Enquanto a maioria das gestantes que não verbalizaram a malformação fetal em suas respostas associou este período gestacional a sentimentos positivos, obtivemos o resultado inverso nas gestantes que responderam considerando a

malformação fetal: dezessete gestantes, do grupo de dezenove que verbalizaram esta questão, traziam sentimentos negativos em relação ao período gestacional, como tristeza, preocupação, insegurança, entre outros.

Diversos autores afirmam que os sentimentos mais comuns em relação à gestação de fetos malformados são os depressivos. (JOHNS, 1971; WEINMAN, 1981; CARON; MALTZ, 1994; GUERCHFELD, 1996). Reações de choro, dor, retraimento, desânimo, frustração e tristeza são observados nas pesquisas de Gath (1977), Ortiz et al. (1994) e McGettigan et al. (1994).

“Não sei se daqui a um mês, quando eu ganhar o neném, ele estará aqui... Insegura, o tempo todo!” (sic caso 009)

“Tem hora que dá aquela alegria senti-lo mexer, mas em seguida vem a decepção só de pensar o que é que está acontecendo comigo...” (sic caso 013)

“O meu mundo desabou! É uma gravidez que você não sabe se é feliz ou triste... Fica no meio.” (sic caso 014)

“Ninguém espera carregar uma criança durante os nove meses para ter o resultado que eu vou ter... Como pode uma criança mexer se não tem cérebro? Fico neurótica! (...) Esta gestação me pesou! Pesou bastante! Não vejo a hora de tudo isso acabar. Eu me sinto mal com a gestação assim!” (sic caso 019)

“A gente fica esperando uma coisa boa, aí você recebe uma notícia dessas... Deixa a gente triste... É dolorido!” (sic caso 025)

Interessante notar que as outras duas gestantes que consideraram a malformação fetal em suas respostas e não associaram sentimentos negativos a esta situação, são as únicas duas gestantes incluídas neste estudo que já vivenciaram a

malformação fetal em um bebê anterior. Não há dúvidas acerca da dor e do sofrimento dos pais em, novamente, gerar um bebê malformado. Entretanto, apesar de novamente estarem vivenciando esta situação, ambas as mães associaram esta gestação do segundo bebê malformado como “mais tranqüila” (sic ambas) que a gestação anterior:

“Ah, esta é diferente... Ele mexe mais, o outro nem mexia... Esse aqui está mais assim, sei lá, mais tranqüila...” (sic caso 020)

“Eu fiquei mais confiante porque com a primeira correu tudo bem, e eu espero que com essa também ocorra a mesma coisa... Fico ansiosa, mas estou sabendo levar... Estou mais tranqüila que da primeira vez...” (sic caso 017)

Podemos pensar a partir destes relatos que o fato de já terem vivenciado e, portanto, terem conhecimento da realidade de uma anomalia grave em seus bebês, possibilitou a estas gestantes um suporte simbólico essencial para a sustentação do sujeito frente a diversidades, usualmente faltante em situações onde há o predomínio do inesperado e da ausência prévia de um saber próprio. Autores (SOIFER, 1980; SZEJER, 1997; BAETA, 2006) afirmam que a ausência de coordenadas simbólicas em determinadas situações podem levar à impossibilidade de sustentação do sujeito frente à realidade, levando à sua vivência como trágica e aterrorizante.

Analisando as entrevistas das gestantes globalmente, percebemos a predominância de um discurso passivo, evitando-se em sua maioria questionamentos sobre a malformação fetal, mesmo nos casos onde a partir de suas respostas se evidenciava o desconhecimento acerca da anomalia fetal e suas conseqüências. Esta percepção se deu na análise das trinta entrevistadas, embora em algumas de maneira mais explícita que em outras.

“Não adianta. Já falaram o resultado, já falaram que não tem cura... Que pode sobreviver uma hora, uma semana... Então, fazer o quê? Esperar agora, para ver o que vai acontecer...” (sic caso 018)

“Você fica levando uma gravidez e não sabe se, no final, a neném vai sobreviver ou se não vai.... Estou esperando pra saber...” (sic caso 022)

Em seus estudos, Caron e Maltz (1994) afirmam que o diagnóstico de anormalidade fetal provoca em muitas gestantes uma postura de submissão e passividade. Segundo as mesmas, evidencia-se um aspecto de submissão e aceitação a qualquer tipo de exames e medicamentos, na esperança de salvar o bebê. Há também a necessidade de se preservar a figura do médico, por este ser visto como o único que pode reverter esta situação.

Autores (HEINDRICH; CRANLEY, 1989; RAPHAEL-LEFF, 1997; MALDONADO, 1997) mostram que, em situações de anormalidades fetais, é comum a suspensão dos sentimentos maternos em um mecanismo de defesa até a certeza da confirmação do prognóstico do bebê, indicando este discurso passivo como um resguardo de si mesma.

6.4.2 COMPARAÇÃO ENTRE AS GESTAÇÕES ANTERIORES E A ATUAL

Trinta gestantes foram entrevistadas, sendo que onze delas são primigestas. Das dezenove multíparas, uma gestante relatou ter descoberto a gestação anterior no momento do aborto e, portanto, não poderia compará-la com a atual, sendo por isso excluída deste grupo.

Das dezoito entrevistadas sobre esta questão, apenas uma delas relatou que ambas as gestações – anterior e atual – assemelhavam-se; as outras dezessete notaram diferenças consideráveis entre elas (TABELA 22). Faz-se importante ressaltar que a gestante que verbalizou semelhança entre as gestações esquivou-se da resposta, optando por desviar para outro assunto ao ser questionada sobre este aspecto. A análise individual do discurso desta gestante de fato revelou uma dificuldade na elaboração e aceitação do diagnóstico e prognóstico do seu bebê, evidenciando momentos de negação em relação ao diagnóstico fetal.

Dentre as dezessete entrevistadas que afirmaram diferenças entre as gestações anteriores e a atual, cinco gestantes relacionaram maiores incômodos e/ou dores físicas à gestação do bebê malformado do que a anterior; três gestantes atribuem claramente maior dificuldade a esta gestação do que a anterior; três gestantes apontam como diferença sentirem este bebê malformado mexendo menos que o bebê anterior e, do grupo total, apenas seis gestantes verbalizaram claramente sobre a malformação fetal em suas respostas. Algumas gestantes apenas sinalizaram para as diferenças sem, entretanto discorrer sobre elas (QUADRO 06).

Deste mesmo grupo de dezessete gestantes, duas sinalizaram a gestação atual com algumas diferenças positivas em relação a anterior: ambas afirmaram sentir menos dores e/ou incômodos físicos que nas gestações anteriores e uma delas afirmou sentir este bebê atual mexer mais que o bebê anterior (QUADRO 06). É importante ressaltar que uma dessas gestantes que apontaram pontos positivos nesta gestação em relação a anterior, inclusive o fato de sentir mais o bebê mexendo, teve um bebê anterior malformado, que foi a óbito logo após o nascimento. Esta gestante, analisando individualmente seu questionário, está ciente do diagnóstico e

prognóstico de seu bebê e demonstra grande esperança de que este bebê consiga sobreviver um período maior que o seu irmão.

A grande maioria das gestantes apontou para uma dificuldade em geral maior na gestação do bebê malformado em comparação com a do bebê anterior.

“Agora eu sinto mais dor, mais incomodo... Na das meninas não. Agora eu passo mal demais, não consigo trabalhar, sinto muita dor.” (sic caso 004)

“O que eu lembro é a dificuldade dessa criança mexer, porque a minha primeira menina eu lembro que ela mexia muito...” (sic caso 015)

“Está tudo muito diferente. Nas outras gestações, eu não tive nada, nem dor, nem problema nenhum. Já nessa sinto dor o tempo todo, dor na barriga, dor nas pernas, nas costas... Incomoda bastante... Esta gravidez não está igual as outras, está bem diferente... Me incomodando bastante! Está sendo mais difícil...” (sic caso 018)

“Nenhuma semelhança, tudo diferente. Na da minha menina eu não sentia nada... No principio, a semelhança foi só no enjôo, mas depois... Nossa, foi bastante diferente! Sentia bastante dor, bastante incomodo, mas achava que era normal... Às vezes era por causa da gravidez, às vezes não era... É tudo diferente! Semelhança só no princípio!” (sic caso 019)

“Agora tudo é mais complicado...” (sic caso 030)

Caberia aqui lembrar a idéia freudiana sobre a necessidade que os movimentos representativos simbólicos têm de se apoiar, em um primeiro momento, nas funções corporais. (FREUD, 1905) Desta forma, podemos perceber como uma gestação de um feto de saúde comprometida interfere comprometendo o que podemos dizer na saúde da gestação do mesmo, repercutindo inclusive com a sensação de aumento de dores e incômodos físicos acentuados nas gestantes em comparação a uma

gestação anterior sem comprometimentos fetais. Apoiando-se na mesma premissa freudiana, Ferrari et al. (2007) apontam em seus estudos a importância do movimento fetal sentido como sinal de vida pelas gestantes, corroborando com nossos achados relativos ao mesmo movimento fetal por parte do feto malformado ser percebido como menos intensivo, menos vital por assim dizer, que o do bebê saudável gestado anteriormente. O mesmo se afirma sobre a única gestante que percebe este bebê atual mexendo mais que o anterior, uma vez que este bebê atual, na esperança materna, possui um prognóstico melhor que seu irmão anterior, também malformado.

6.4.3 PARTO

O parto revelou-se uma questão muito difícil para as mães de bebês malformados. Segundo Peterson (1996), o parto pode mobilizar grandes níveis de ansiedade, medo, excitação e expectativa na gestante. Trata-se do momento em que a mulher irá se deparar com um produto seu, do seu corpo, que mostrará ao mundo sua capacidade ou incapacidade de gerar uma criança. Raphael-Leff (1997) corrobora com esta idéia afirmando ser o momento de se deparar com o bebê da realidade, muito diferente do tão sonhado bebê imaginário.

Vinte e três gestantes entrevistadas mostraram em suas respostas dificuldade em pensar no momento do parto e no pós-parto. Onze gestantes afirmaram veementemente evitarem pensar sobre o momento do parto e treze delas disseram claramente sentirem medo deste momento, palavra utilizada pelas mesmas (QUADRO 07).

Algumas gestantes conseguiram verbalizar sobre o parto, mas não sobre a malformação fetal. Vinte das entrevistadas não citaram a anomalia fetal em suas respostas e apenas sete gestantes conseguiram falar deste momento que estão vivenciando, incluindo o parto e a malformação fetal do bebê (QUADRO 07).

“Olha, eu não penso, não penso em nada. Tem gente que pergunta se eu tenho medo... Não sinto nada! Chegou o dia, é aquele dia mesmo. Eu fico querendo não pensar em nada, quero estar com a cabeça fria. Não quero ficar nervosa.” (sic caso 005)

“Eu nunca imaginei que teria um filho com problemas... Como vai ser? Será que eu...? Porque não é um problema assim, é um problema sério esse problema dele. Não fico pensando! Eu não fico!” (sic caso 008)

“Peço a Deus para me dar muita força para eu suportar qualquer coisa que vier depois... Tem hora que eu não gosto de pensar nisso, não. Vou sofrer para ter, vou sofrer porque eu não posso ter depois... Vai ser uma dor que eu não posso nem comparar, vai ser bem doloroso... Fácil não vai ser.” (sic caso 011)

“Tenho medo. Aqui estou sentindo ela, e apesar de tudo eu sei que ela está bem, eu sinto ela mexer... Mas é o depois que me machuca.” (sic 014)

“Medo... Não sei se é de dar uma complicação, de vir a falecer, de eu não agüentar o choque de ver a menina, porque eu estou ansiosa para vê-la... Será que eu vou agüentar o parto e ver minha filha, se eu receber a notícia que ela pegou e morreu? Não sei... Tenho bastante medo...” (sic caso 019)

“Não consigo imaginar... Por mais que eu tente, não consigo... Eu acho que só enxergo até o momento que eu vou para a sala de parto, entrando na porta...” (sic caso 022)

Autores relatam a existência de sentimentos contraditórios neste período: querer ter o bebê e terminar logo a gravidez e, ao mesmo tempo, a vontade de prolongar a gestação para adiar a necessidade de novas adaptações psíquicas exigidas com a chegada deste novo bebê. (BRAZELTON; CRAMER, 1992; MALDONADO, 1997; SZEJER; STEWART, 1997) Acreditamos que este sentimento possa ser agravado

no caso de gestantes de bebês malformados, uma vez que, conforme relato das mesmas, enquanto gestantes o bebê está vivo, com elas; em contrapartida, a possibilidade de morte pós-natal é real. Exemplificamos com as falas a seguir:

“Tenho medo do que vai me esperar, depois do parto...Tenho medo de ver o que vai estar lá.... Tenho medo o tempo todo, estou com pavor do parto. Vou entrar na sala de parto e vão chegar para mim e vão falar: seu bebê não resistiu; seu bebê não agüentou! Tenho vontade de não ir para a sala de parto, de segurá-lo aqui para mim.” (sic 009)

“Será difícil! Pelo problema que ele está tendo, eu não sei, não sei, não consigo... Fico pensando se vou conseguir dar conta... Será que vou ter forças para sair disso? Minha preocupação é essa... Tô doida para que chegue o dia, por outro lado, quero que demore... Tenho medo! É difícil de pensar! É difícil a gente saber que um filho não vai sobreviver... Fico com ele nove meses para chegar na hora... É muito complicado...” (sic caso 018)

6.4.4 PROJEÇÃO DE FUTURO

A impossibilidade de imaginar um futuro para o bebê revela-se um dos impasses mais freqüentes que os pais de bebês com problemas em seu desenvolvimento enfrentam ao longo do período gestacional e pós-natal. Diante de uma malformação fetal os pais claudicam em endereçar e sustentar expectativas e ideais ao bebê. (JERUSALINSKY, J. 1971) Segundo a autora, o que torna esta questão tão dilacerante para os pais é o fato de que não só não se sabe o futuro do bebê – pois este em definitivo não se pode dizer de antemão – mas também se desfiguram as coordenadas simbólicas que tornam possível imaginar algum. A pergunta pelo futuro passa a representar não apenas o não-saber o futuro, mas a impossibilidade de operar qualquer saber dirigido a este novo bebê, dando lugar a um efeito traumático que os lança em uma dimensão do que a autora denomina de sem-palavras.

Em nossas entrevistas esta carência de recursos simbólicos foi percebida na maioria das gestantes, mesmo tendo um grupo que, apesar de grande dificuldade – revelada mediante hesitação e falas de expectativas gerais – conseguiram verbalizar sobre o futuro (QUADRO 07).

Todas as trinta entrevistadas hesitaram ao responder a questão sobre o futuro. Dezesesseis simplesmente não conseguiram responder, conforme falas abaixo:

“Não imagino, não tem como. Não tenho imaginação nenhuma... Nossa, é muito difícil falar do futuro!” (sic caso 001)

“Como assim? Com ele? Sem ele? É difícil responder... Eu preciso saber como vai ser... Só Deus para saber! Não dá! Não dá pra responder!” (sic caso 006)

“Nem me pergunta, porque eu não sei como vai ser a minha vida mais! Não sei nem o que vai acontecer, se vou poder trabalhar, se vou dar conta... Não dá para pensar no futuro como vai ser agora... Só depois!” (sic caso 008)

“Muito difícil... Só Deus...!” (sic caso 010)

“Eu tento pensar, mas não consigo ver o pensamento... Devido a situação que está!” (sic caso 022)

As dezesseis gestantes que não responderam à questão demonstraram no momento da entrevista uma reação de surpresa por não terem conseguido falar sobre o futuro. As outras quatorze gestantes que conseguiram verbalizar sobre o futuro trouxeram, em sua maioria (doze gestantes) respostas curtas e objetivas, sendo que onze delas se referiram à saúde e aos cuidados com o bebê e apenas três conseguiram falar de planos para si mesmas:

“Quero voltar a estudar, fazer faculdade... Estar com ele no colo, cuidando dele, muito feliz!” (sic caso 003)

“O meu futuro é duvidoso... Tenho a expectativa de que ela vai se curar e crescer forte e saudável... É isso que eu quero... Cuidar dela!” (sic 024)

“Difícil falar o que vai acontecer... Ninguém sabe o que pode acontecer... Eu pretendo estar bem, cuidando dela, da minha outra filha, trabalhando...” (sic caso 027)

“Espero que o futuro seja bem melhor que o presente... Porque o presente não está sendo nada fácil... Quero o futuro melhor... Agora que ele mexe eu falo com ele: “Será que daqui a três meses eu vou estar com você também? Não é fácil imaginar que talvez eu possa olhar e dali a poucas horas não poder olhar mais... Mas eu tenho a esperança de olhar para ela daqui a três meses e sempre...” (sic caso 011)

Além da dificuldade de projetar e falar sobre o futuro em geral percebemos, por parte das gestantes, um foco exclusivo nas questões de saúde de seu bebê, sendo que pouquíssimas entrevistadas conseguiram ir além da malformação fetal e expressar alguma expectativa para si e para a família. De fato, poderíamos pensar ser uma consequência das vivências das mesmas no momento da entrevista, onde a malformação do feto era o cerne de todo o pré-natal. Entretanto, chama-nos a atenção a dificuldade em ultrapassar o significante da malformação fetal, em ir além de sua presença, impossibilitando qualquer expectativa ou experiência que não o comporte.

Durante as entrevistas percebemos uma tendência das gestantes em concentrar-se exclusivamente nas questões de saúde do bebê, referindo-se a ele apenas nestes momentos de cuidados físicos.

Achados semelhantes foram encontrados nos estudos de Battikha et al. (2007), quando observaram que a fala das gestantes de fetos malformados se dá a partir do problema do bebê, pressupondo assim uma equivalência entre a doença do bebê e o próprio bebê, como se não houvesse nada mais a dizer além de sua patologia. Os mesmos autores relembram o trabalho de Jerusalinsky, J. et al. (1999) no qual afirmam que o real deste corpo marcado poderia impedir a possibilidade de simbolização a respeito do mesmo.

6.5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise das entrevistas realizadas com cada participante deste estudo permitiu uma sensível aproximação com a realidade vivenciada por estas gestantes a partir de um diagnóstico de uma malformação fetal no período pré-natal. Elementos comuns de intensa carga afetiva e emocional foram manifestados, evidenciando a importância em assistir as gestantes neste momento especial de suas vidas.

De imediato, surge o desejo de continuarmos os estudos no intuito de aprimorar a compreensão acerca das repercussões desta experiência no longo prazo. Quantas destas mulheres acompanhadas poderão apresentar comportamentos futuros influenciados por esta vivência no pré-natal relatada em nosso estudo?

Desejo e curiosidade científica em saber as repercussões, no longo prazo, para os casais que compartilharam esta experiência tão marcante no período pré-natal, bem como a influência destas vivências no núcleo sócio-familiar do casal envolvido neste processo.

7 CONCLUSÃO

O diagnóstico de malformação fetal, bem como a vivência de gerar um bebê portador de anomalia fetal são episódios de intensa repercussão emocional para as mulheres grávidas.

O estudo revelou comportamentos comuns na resposta emocional de mulheres que passaram pela experiência de conduzir uma gravidez complicada por uma anomalia fetal grave. Evidenciou-se um impacto importante nos aspectos relacionados à rotina das gestantes, no entendimento e aceitação do diagnóstico e prognóstico do feto malformado, em seus relacionamentos familiares e sociais, suas percepções acerca do feto e do período gestacional, bem como em suas projeções acerca do parto e do futuro.

8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AULAGNIER, P. **Um intérprete em busca de sentido**. São Paulo: Escuta, 1990.

AULAGNIER, P. Nacimiento de um cuerpo, origen de una historia. In: HORNSTEIN, L. et al. **Cuerpo, historia, interpretación**. Buenos Aires: Paidós, 1994.

BADINTER, E. **Um amor conquistado: o mito do amor materno**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1980.

BAETA, M. Entre percepção e consciência. **Epistemo-somática**, Belo Horizonte, ano 03, n. 03, p. 84-89, 2006.

BATTIKHA, E. et al. As representações maternas acerca do bebê que nasce com doenças orgânicas graves. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 23, n. 01, p. 17-24, 2007.

BELMONTE, P. et al. Ultra-sonografia obstétrica morfológica. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, n. 07, p. 328-336, 1996.

BRAZELTON, T.; CRAMER, B. **As primeiras relações**. São Paulo: Martins Fontes, 1992.

BRUNHARA, F.; PETEAN, E. Mães e filhos especiais: reações, sentimentos e explicações à deficiência da criança. **Paidéia**, Ribeirão Preto, v. 09, n. 16, p. 31-40, 1999.

CABRAL, A. **Medicina Fetal: O feto como paciente**. Belo Horizonte: Coopmed, 2005.

CARON, N. MALTZ, R. Intervenção em grávidas com anomalias fetais. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, v. 16, n. 03, p. 202-207, 1994.

CASSEL, E. J. Reações à doença física e à hospitalização. In: USDIN, G; LEWIS, J. **Psiquiatria na prática médica**. Rio de Janeiro: Guanabara, 1981.

DEFEY, D. et al. **Duelo por um niño que muere antes de nacer: vivencias de los padres y del equipo de salud**. Montevideo: Uruguay, 1985.

DELLA NINA. Estresse e Ansiedade na Gestaçã. In: ZUGAIB, M. (org.) **Obstetrícia Psicossomática**. São Paulo: Editora Atheneu, 1997.

DETRAUX, F. et al. Psychological Impact of the Announcement of a Fetal Abnormality on Pregnant Women and on Professionals. **Annals of New York Academy of Science**, New York, v. 847, p. 210-219, 1998.

DICKSTEIN, J. et al. **Nós estamos grávidos**. São Paulo: Saraiva, 1997.

DOLTO, F. **A imagem inconsciente do corpo**. São Paulo: Perspectiva, 1992.

FERRARI, A. et al. O bebê imaginado na gestaçã: aspectos teóricos e empíricos. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 12, n. 02, p. 305-313, 2007.

FORTIN, F. **Le processus de la recherche: de la conception à la réalisation**. Quebec: Décarie Éditeur, 1996.

FREUD, S. Três ensaios sobre a sexualidade. In: **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago Editora, 1976. (Trabalho original publicado em 1905)

FREUD, S. Luto e melancolia. In: **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago Editora, 1976. (Trabalho original publicado em 1917)

GARRETT, C.; MARGERISON, L. Difficult decisions in prenatal diagnosis. In: Abramsky L.; Chapple, J. **Prenatal diagnosis: the human side**. London: Chapman & Hall, 1994.

GATH, A. The impact of an abnormal child upon the parents. **British Journal of Psychiatry**. London, v. 130, p. 405-410, 1977.

GUERCHFELD, V. Uma intervenção multidisciplinar num caso de medicina fetal. **Psico**, Porto Alegre, v. 27, n. 02, p. 177-187, 1996.

HEIDRICH, S. ; CRANLEY, M. Effect of fetal movement, ultrasound scans, and amniocentesis on maternal-fetal attachment. **Nursing Research**, Hagerstown, v. 38, n. 02, p. 81-84, 1989.

JACQUES, M. Um método dialético de análise de conteúdo. **Psico**, Porto Alegre, v. 24, n. 02, p. 117-127, 1993.

JERUSALINSKY, A. **Psicanálise do autismo**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1984.

JERUSALINSKY, A. A direção da cura do que não se cura. In: **Psicanálise e desenvolvimento infantil: um enfoque transdisciplinar**. Porto Alegre: Artes e Ofícios Editora, 1999.

JERUSALINSKY, A et. al. **Psicanálise e desenvolvimento infantil: um enfoque transdisciplinar**. Porto Alegre: Artes e Ofícios Editora, 1999.

JERUSALINSKY, J. Do neonato ao bebê: a estimulação precoce. **Estilos da Clínica - Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v. 01, n. 01, p. 52-53, 1996.

JERUSALINSKY, J. **Enquanto o futuro não vem: a psicanálise na clínica interdisciplinar com bebês**. Salvador: Ágalma, 1971.

JOHNS, N. Family reactions to congenital abnormality. **Medical Journal of Australia**, Sydney, v. 01, p. 227-282, 1971.

KARSENTI, T., SAVOIE-ZAJC, L. **La recherche en éducation: étapes et approches**. Sherbrooke: Éditions du CRP, 2004.

KLAUS, M. KENNEL, J. **La relación madre-hijo**. Buenos aires: Panamericana, 1978.

KLAUS, M., & KENNEL, J. **Pais/bebê: a formação do apego**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

KERR, S.; McINTOSH, J. Coping when a child has a disability: exploring the impact of parent-to-parent support. **Child: care, health and development**, Oxford, v. 26, n. 04, p. 309-321, 2000.

KULLER, J. et al. **Prenatal diagnosis and reproductive genetics**. North Carolina: Mosby, 1996.

LAROUSSE CULTURAL. **Dicionário da Língua Portuguesa**. Edição 1971. São Paulo: Editora Nova Cultural.

LAZNIK-PENOT, M. Poderíamos pensar numa prevenção da síndrome autística? In: WANDERLEY, D. (org.). **Palavras em torno do berço**. Salvador: Amálgama, 1997.

LOON, R. Redefining motherhood: adaptation to role change for women with AIDS. **Families in society**, New York, n. 81, p. 152-161, 2000.

LOCOCK, L. et al. The parents' journey: continuing a pregnancy after a diagnosis of Patau's syndrome. **BMJ**, London, v. 331, n. 7526, p. 1186-1189, 2005.

LYRA, J. **Paternidade adolescente: uma proposta de intervenção**. Dissertação de Mestrado, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo. 1997

MALDONADO, M. **Psicologia da gravidez: parto e puerpério**. São Paulo: Saraiva, 1997.

MARTEAU T. et al. Counselling following diagnosis of a fetal abnormality: the differing approaches of obstetricians, clinical geneticists, and genetic nurses. **Journal of Medical Genetics**, London, v. 31, n. 11, p. 864-857, 1994.

MARTINS, J.; BICUDO, M. **A pesquisa qualitativa em psicologia**. EDUC: São Paulo, 1989.

McGETTIGAN, M. et al. Psychological aspects of parenting critically ill neonates. **Clinical Pediatrics**, Philadelphia, v. 33, n. 02, p. 77-82, 1994.

MESSIAS, T. **Compreensão psicológica das vivências de pais em aconselhamento Genético (AG): um estudo fenomenológico**. Tese de Doutorado. Centro de Ciências da Vida, Programa de Pós Graduação em Psicologia. Pontifícia Universidade Católica de Campinas, 2006.

MILNE, L; RICH, U. Cognitive and affective aspects of the responses of pregnant women to sonography. **Maternal Child Nursing Journal**, Hagerstown, v. 10, n. 01, p. 15-39, 1981.

MISSENARD, A. et al. **Lo negativo: figuras y modalidades**. Buenos Aires: Amorrortu editores, 1989.

MONTELEONE, R. et al. Reconhecimento do efeito teratogênico sobre o homem. **Brazilian Journal of Genetics**, Ribeirão Preto, v. 14, p. 197-217. 1991.

MOORE, K. **Embriologia básica**. Rio de Janeiro: Guanabara, 1988.

MOURA, M. Nascimento do conceito malformado: aspectos psicológicos. **Femina**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 07, p. 606-612, 1986.

ORTIZ, M. et al. Genitalia ambigua: impacto nos pais comparativamente às malformações não genitais. **Revista HCPA**, Porto Alegre, v. 14, p. 12-24, 1994.

PETEAN, E.; PINA NETO, J. Investigação em aconselhamento genético: impacto da primeira notícia – a reação dos pais à deficiência. **Revista Medicina**, Ribeirão Preto, v. 31, n. 02, p. 228-295, 1998.

PETERSON, G. Childbirth: The ordinary miracle: effects of devaluation of childbirth on women's self-esteem and family relationships. **Pre & Perinatal Psychology Journal**, Forestville, v. 11, p. 101-109, 1996.

PICCININI, C. et al. Expectativas e sentimentos da gestante em relação ao seu bebê. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 20, n. 03, p. 223-232, 2004.

QUAYLE, J. O abortamento espontâneo e outras perdas gestacionais. In: ZUGAIB, M (org.) **Obstetrícia Psicossomática**. São Paulo: Editora Atheneu, 1997a.

QUAYLE, J. Óbito fetal e anomalias fetais: repercussões emocionais maternas. In: ZUGAIB, M (org.) **Obstetrícia Psicossomática**. São Paulo: Editora Atheneu, 1997b.

RAMONA-THIEME, M. **Becoming a mother: research on maternal identity from Rubin to the present**. New York: Spring Publishing, 1995.

RAPHAEL-LEFF, J. **Gravidez: A História Interior**. Artes Médicas: Porto Alegre, 1997.

RAPHAEL-LEFF, J. Introduction: technical issues in perinatal therapy. In: **'Spilt milk' perinatal loss & breakdown**. London: Institute of Psychoanalysis, 2000.

RIBEIRO, W. **Existência: essência**. São Paulo: Summus, 1998.

ROBBINS, S. et al. **Pathologic basis of disease**. Philadelphia: WB Saunders Company, 1989.

ROELOFSEN, E. et al. Chances and choices. Psycho-social consequence of maternal serum screening: a report from The Netherlands. **Journal of Reproductive and Infant Psychology**, Lincoln, v. 11, p. 41-47, 1993.

SALVESEN, K. et al. Comparison of long-term psychological responses of women after pregnancy termination due to fetal anomalies and after after perinatal loss. **Ultrasound in Obstetrics and Gynecology**, Chichester, v. 09, p. 80-85, 1997.

SANTOS, A. et al. Histories of fetal loss told by women: research qualitative study. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, n. 02, p. 01-08, 2004.

SEBASTIANI, R. Mecanismos de defesa do ego: a eleição do órgão de choque. In: ZUGAIB, M. (org). **Obstetrícia Psicossomática**. São Paulo: Editora Atheneu, 1997.

SINASON, V. **Compreendendo seu filho deficiente**. Rio de Janeiro: Imago Editora. 1993.

SOIFER, R. **Psicologia da gravidez, parto e puerpério**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1980.

SPITZ, R. **El primer año de vida del niño**. Madrid: Aguilar, 1961.

STERN, D. **A constelação da maternidade: o panorama da psicoterapia pais/bebê**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

SUKOP, P. et al. Influência do diagnóstico pré-natal de malformação fetal no vínculo mãe-feto. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, v. 21, p. 10-15, 1999.

SZEJER, M. STEWART, R. **Nove meses na vida de uma mulher: uma aproximação psicanalítica da gravidez e do nascimento**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.

THOMAS, J. The effects on the family of miscarriage, termination for abnormality, stillbirth and neonatal death. **Child: care, health and development**, Oxford, v. 21, n. 06, p. 413-431, 1995.

TRACHTENBERG, A. et al. **Transgeracionalidade: de escravo a herdeiro: um destino entre gerações**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.

WEINMAN, J. Psychological reactions to physical illness and handicap. In: **An outline of psychology as applied to medicine**. Bristol: Wright, 1981.

WERNER, O. SCHOEPFLE, M. **Systematic fieldwork**. Newbury Park: Sage publishing Inc, 1987.

WINNICOTT, D. **A família e o desenvolvimento individual**. São Paulo: Martins Fontes, 1997. Edição original de 1965.

ZEANAH, C. et al. Do women grieve after terminating pregnancies because of fetal anomalies? A controlled investigation. **Obstetrics & Gynecology**, Washington,, v. 82, n. 02, p. 270-275, 1993.

9 APÊNDICES

APÊNDICE A

Impacto emocional materno diante de uma gestação complicada por uma anomalia fetal grave

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

1 – Em algumas gestações podem ocorrer malformações no desenvolvimento do feto, que podem ser diagnósticas e acompanhadas durante o período pré-natal. As conseqüências emocionais de gerar um bebê malformado para a gestante, entretanto, pode se prolongar durante um longo período, com repercussões importantes para a sua vida.

2- O Centro de Medicina Fetal do Hospital das Clínicas da UFMG está realizando um estudo para identificar os sentimentos maternos relacionados à gestação complicada por uma anomalia fetal e suas conseqüências para a gestante, visando futuramente à elaboração de abordagens psico-terapêuticas específicas para estes casos.

3- Eu,....., portadora de documento de identidade nºexpedido pela, estou ciente do que foi exposto acima e autorizo a minha participação neste estudo. Participo de forma voluntária deste estudo e estou ainda ciente de que ele não trará risco à minha saúde ou a de meu filho, além

daqueles próprios decorrentes das complicações relacionadas à malformação do feto, dos quais já estou ciente.

Belo Horizonte,..... de de.....

Assinatura da paciente

Telefones para contato:
Flávia Marini – Pesquisadora: 31 9222.0000
COEP – Comitê de Ética em Pesquisa: 31 3409.4592

Endereço COEP:
Av. Antônio Carlos, n. 6627 – Unidade Administrativa II.
2º andar – sala 2005
Endereço eletrônico: coep@prpq.ufmg.br

APÊNDICE B

Entrevista Estruturada

Caso:

Número do prontuário:

História Clínica:

Início atendimento CEMEFE:

Assinou consentimento pós-informado?

Data entrevista:

IGE:

Gestação: G ___ P ___ A ___

Filhos (vivos):

Idade materna: ___ anos

Naturalidade:

Cidade residência:

Sem estudos

Escolaridade: 1° Grau incompleto 1° Grau completo

2° Grau incompleto 2° Grau completo

3° Grau incompleto 3° Grau completo

Estado Civil: Solteira Casada Juntada / Amigada Separada / Desquitada

Há quanto tempo relaciona-se com o parceiro:

Idade paterna: ___ anos

Naturalidade:

Cidade residência:

Sem estudos

Escolaridade: 1° Grau incompleto 1° Grau completo

2° Grau incompleto 2° Grau completo

3° Grau incompleto 3° Grau completo

Profissão materna:

Profissão paterna:

Mora em: Residência própria Residência alugada Residência “emprestada”

Quantas pessoas moram na residência:

Renda familiar: Abaixo de 01 salário mínimo De 06 a 09 salários mínimos

De 01 a 03 salários mínimos De 09 a 12 salários mínimos

De 03 a 06 salários mínimos Acima de 12 salários mínimos

Possui alguma religião? Qual:

Freqüenta igreja / culto:

Qual a freqüência:

01 -Qual a importância da religião para você?

02 - Como está se sentindo?

03 - Como está se sentindo em relação a esta gestação?

04 - Quando começou a se sentir assim?

05 - Está se sentindo diferente do que normalmente é?

06 - E o seu parceiro, como está em relação à gestação?

07 - Como foi quando você engravidou? Foi planejado ou não?

08a - Qual a sua compreensão acerca do diagnóstico de seu bebê, do que esta acontecendo com ele?

08b - E qual a consequência desta anomalia para o bebê?

09 - Você já ouviu falar desta anomalia antes?

10 - E por que você acha que ela aconteceu?

11- Familiares e amigos estão cientes do diagnóstico do bebê?

12- Como foi para você ter que comentar a respeito do diagnóstico do bebê para seus familiares e/ou amigos?

13 - Você conversa com alguém a respeito da gestação / do diagnóstico do bebê? Quem?

14 - E por quê?

15 - Como está a relação com o pai do bebê?

16 – Como tem se sentido em relação ao pai do bebê?

17 - Percebeu alguma mudança em relação aos seus relacionamentos? Qual?

18 - Percebeu alguma mudança em seu dia-a-dia após a gestação e/ou recebimento do diagnóstico do bebê? Qual?

19 - Comparando a gestação anterior... Quais são as diferenças e semelhanças entre elas?

20 - Como você imagina o momento do parto?

21 - Já pensou como vai ser após o nascimento do bebê?

22 - Como você se sente ao pensar nisto?

23 - Quais as suas expectativas em relação ao bebê?

24 - Quais as suas expectativas em relação ao futuro?

25 - Como você se percebe daqui a 03 meses?

26 - E daqui a 03 anos?

