

A MALFORMAÇÃO DO BEBÉ. VIVÊNCIAS PSICOLÓGICAS DO CASAL

Mónica Sofia do Couto Antunes¹ & Carla Patrocínio²

¹Hospital Garcia de Orta, Serviço de Obstetrícia, Almada

²Centro de Saúde de Alcântara, Lisboa

RESUMO: A relação estabelecida entre a díade mãe-bebé, vai sendo progressivamente construída, desde o período pré-natal. O período da gravidez está repleto de inúmeras expectativas e idealizações do casal, acerca do bebé que vai nascer.

Assim, um diagnóstico de malformação fetal provoca, inevitavelmente, uma grande desilusão e descrença para os pais que o vivenciam, os quais se vêem obrigados a fazer o luto do bebé imaginário.

Este trabalho visa aprofundar a temática da malformação fetal, tendo em conta as vivências psicológicas e emocionais do casal, no que respeita não só ao impacto de um diagnóstico desfavorável, como também perante todo o processo adaptativo que é necessário percorrer.

Com este trabalho, pretende-se também, desenvolver e obter uma compreensão mais profunda sobre o papel dos profissionais de saúde neste complexo contexto, confrontando as várias teorias com a prática clínica. De facto, cada vez mais, é possível detectar malformações in-útero, tornando possível ao casal aceder a essas informações, sendo imprescindível o apoio de técnicos de saúde informados, especializados e preparados para lidar com estas situações.

Palavras chave: Adaptação, Gravidez, Luto, Malformação e intervenção, Maternidade.

FETAL MALFORMATION. PSYCHOLOGICAL EXPERIENCES OF THE COUPLE

ABSTRACT: The relationship between mother and infant is progressively set since pre-birth. Both parents replenish the pregnancy with countless expectations and ideals about the new baby.

So, a diagnosis of fetal malformation obviously raises a great parental disappointment and disbelief, forcing them to mourn an imagined baby.

This communication seeks to deepen the subject of fetal malformation having in view the psychological and emotional responses of the parents concerning not only the impact of an unfavourable diagnosis but also the whole process of adaptation they have to face.

This communication also intends to develop and obtain a deeper understanding of the health workers role this complex area, confronting the several theories with the clinical practice. As a matter of fact it is ever more possible to detect in-uterus malformations enabling the parents the information thereof, thus rendering absolutely necessary the of well informed and expert health technicians ready to deal with these situations.

Key words: Adaptation, Malformation and intervention, Motherhood, Mourning, Pregnancy.

Recebido em 11 de Janeiro de 2007 / aceite em 7 de Setembro de 2007

A gravidez é marcada por uma importante vulnerabilidade emocional e por sentimentos ambivalentes, que não devem ser negligenciados. As expectativas da mulher grávida, no que diz respeito ao seu novo papel de mãe, podem induzir a fantasias quanto à sua definição de maternidade e afectar o seu estado emocional. Complicações ao longo da gravidez, podem transformar essa fase de transição considerada normal, numa fase de crise (Setúbal, Barini, Zaccaria, & Silva, 2004).

O facto do bebé fantasiado e imaginado ser substituído por um diagnóstico de malformação fetal, provoca uma intensa reacção de sofrimento e angústia emocional. A capacidade de lidar com um “mau” diagnóstico depende de factores como a sua gravidade, a estrutura emocional do casal e da própria família, bem como dos cuidados de saúde especializados e da assistência psicológica consistente (Setúbal et al., 2004).

Este trabalho tem como objectivos: Aprofundar conhecimentos acerca do fenómeno da gravidez e da parentalidade; compreender as implicações do bebé idealizado e o confronto com o bebé real; entender o impacto psicológico e emocional do diagnóstico de malformação fetal; diferenciar o processo de luto normal do patológico, bem como o processo adaptativo; averiguar as implicações desse diagnóstico em gestações futuras e; procurar compreender o papel dos profissionais de saúde em todo o contexto vivenciado.

Adaptação à gravidez e maternidade

Os conceitos de gravidez e maternidade, apesar de surgirem muitas vezes associados, representam realidades distintas. Canavarro (2001) assinala bem esta distinção ao classificar a gravidez temporalmente em 40 semanas, isto é, o período que medeia a concepção e o parto. Já a maternidade é representada como um processo a longo prazo, ou melhor, para toda a vida.

Contudo, a gravidez e o parto não podem ser encarados somente como simples acontecimentos de vida.

Canavarro (2001) acrescenta que o projecto de gravidez, leva a mulher a passar por várias fases adaptativas, que se traduzem em ensaiar cognitivamente papeis e tarefas maternas, ligar-se afectivamente à criança, iniciar o processo de reestruturação de relações para incluir o novo elemento, incorporar a existência do filho na sua identidade e, simultaneamente, aprender a aceitá-lo como pessoa única com vida própria. Estes nove meses em que a futura mãe ensaia, fantasia e reflecte acerca do seu novo papel, permitem que o novo projecto da maternidade se construa e consolide de forma progressiva (Canavarro, 2001).

Para além das representações mentais, Canavarro (2001) acrescenta outros factores implicados na adaptação à maternidade, tais como, o percurso obstétrico da gravidez e do parto, paridade, idade, tipo de relacionamento com os pais, história psiquiátrica, antecedentes familiares, comportamento sócio-emocional, acontecimentos de vida, relacionamento conjugal e apoio do meio envolvente.

Gradualmente a mulher passa de um ser independente, para assumir um compromisso para a vida inteira, com outro ser humano. Segundo Canavarro (2001), a gravidez e a maternidade, como mudanças que são, levam a que haja necessidade de uma reorganização e reestruturação, implicando a vivência de uma crise específica baseada nas etapas seguintes:

- 1^a A aceitação da gravidez;
- 2^a A aceitação da realidade do feto;
- 3^a Reavaliação e reestruturação da relação com os próprios pais;
- 4^a Reavaliação e reestruturação da relação com o companheiro;
- 5^a A aceitação do feto enquanto pessoa separada;
- 6^a Reavaliação e reestruturação da própria identidade da mulher.

Bebé imaginário vs. bebé real

As fantasias relacionadas com o desejo de ter um filho, constituem os primeiros laços estabelecidos entre os pais e a criança, constituindo a primeira etapa para a vinculação (Bayle, 2005).

Sousa (2003) descreve o facto da representação imaginária do bebé ser iniciada precocemente, pois um bebé no útero já pode constituir uma representação psíquica, sexuada, portadora de um nome, ou por outro lado, pode ainda constituir um hóspede desconhecido.

Tal como explica a mesma autora, o nascimento do projecto do bebé não se limita à concepção, fazendo parte dele motivações conscientes e inconscientes, como a eternidade do amor entre o casal, a continuação da espécie, a longevidade da família, a transmissão de normas culturais e familiares e a história individual e intergeracional. Os pais esperam que a criança seja à sua semelhança, com comportamentos e projectos semelhantes, um pouco como a extensão do seu narcisismo.

Para Lebovici (1987), citado por Piccinini, Ferrari, Levandowki, Lopes, e Nardi (2003), coexistem três bebés imaginários na mente dos pais: um bebé fantasiado, um bebé imaginário e o bebé real propriamente dito. O bebé fantasiado está presente na mente dos pais durante toda a vida, muito antes da tomada de consciência do projecto parental. Este é o bebé ideal, cujas características correspondem àquilo que consideramos o melhor, que obedece a todos os padrões de perfeição. No caso do bebé imaginário, este é constituído durante a gestação, sendo o bebé dos sonhos diurnos e das expectativas dos pais, ou seja, o produto de desejo de maternidade. Maldonado (1997), citado por Piccinini, Gomes, Moreira, e Lopes (2002), as expectativas tem origem no seu próprio mundo interior, baseadas nas suas relações passadas e nas suas necessidades conscientes e inconscientes, relacionadas com aquele bebé. Estas são mais frequentes e intensas no segundo trimestre de gravidez, que é o momento em que o feto, através dos seus movimentos, anuncia a realidade da sua existência. Depois do sétimo mês, segundo Fonseca (2000), citado por

Piccinini (2002), o volume e a intensidade dessas expectativas diminuem, preparando gradualmente os pais para o bebé real. Finalmente, o bebé real constitui aquele com que os pais são confrontados no momento do parto.

Perda do bebé desejado e imaginário

O confronto do bebé imaginário dá-se, segundo Canon (2000), citado por Piccinini (2002), após o nascimento, porém actualmente, com o surgimento da ecografia obstétrica, alguns aspectos concretos podem ainda ser conhecidos durante a gestação. Estes dados tanto podem aumentar as fantasias maternas de uma forma positiva, como também, antecipar algumas frustrações.

Diagnóstico Pré-Natal (DPN)

O diagnóstico pré-natal é o processo que permite detectar determinadas anomalias congénitas antes do nascimento. O DPN é útil para vigiar a evolução da gravidez, programar o parto, antever complicações no parto, antever complicações no recém-nascido, detectar determinadas características dos pais, que possam afectar a gravidez actual ou futura. Os defeitos congénitos ocorrem em cerca de 3 em cada 100 nascimentos e são responsáveis por 1 em cada 4 mortes fetais, durante a gravidez ou na primeira semana de vida (Aymé, 2005).

Tal como explica Sousa (2003), tanto a medicina fetal como o diagnóstico pré-natal, antecipam o momento do auge das angústias maternas. Hoje em dia, é durante o período da gravidez, que os pais sabem o resultado de exames que, por um lado os pode tranquilizar, mas que no sentido inverso também os pode inquietar. Soulé (1992), citado por Sousa (2003), considera que apesar da gravidez ter sempre constituído um período sensível à criação de fantasias angustiantes, relativos à integridade do feto, é nos momentos em que espera pelo resultado dos exames, que se denota um pico na ansiedade parental.

Impacto psicológico e emocional perante o diagnóstico de malformação ou anomalia fetal

O anúncio de uma anomalia tem repercussões diferentes, consoante o tempo de gravidez e o grau de investimento. Contudo, o diagnóstico de uma malformação fetal causa, frequentemente, um processo disruptivo na mulher grávida, pois tal como refere Setúbal et al. (2004), esta habitualmente encontra-se mais vulnerável, devido a todas as mudanças internas e externas que acompanham todo o contexto gestacional, parto e puerpério.

Anunciar uma malformação fetal, pode constituir a finalização de um sonho. Este diagnóstico terá, provavelmente, repercussões violentas e dramáticas nas expectativas do casal. Podem aparecer fantasias de incapacidade, morte e destruição. Neste contexto, Setúbal et al. (2004) explica

que, dá-se início a um período de luto pela perda do bebé saudável, enquanto novas expectativas passam a ser incorporadas na vida do casal.

Apesar dos progenitores destes bebés serem habitualmente saudáveis, correm o risco de serem vistos como “defeituosos”, “imperfeitos” ou “anormais”, para além do facto de terem a potencialidade de transmitir defeitos à geração descendente (Cardoso, 2001). As malformações perturbam os mais profundos desejos e expectativas parentais, ameaçando em grande medida, toda a dinâmica familiar.

Segundo acrescenta Sousa (2003), o impacto de um feto malformado ou deficiente, torna-se então angustiante e desestruturante, de tal forma que poderá provocar um desinvestimento rápido e o pedido de interrupção da gravidez, surge como uma das reacções frequentes, no sentido de repor o equilíbrio psíquico dos pais. Por outro lado, perante uma malformação incompatível com a vida, a família confronta-se com a complexa decisão de interromper ou não com a gravidez.

Factores que influenciam a reacção emocional à perda

A reacção emocional à perda, seja pela perda do bebé fantasiado ou mesmo por morte fetal, dependem da individualidade de cada pessoa e do contexto envolvente. Melo e Ribeiro (2006) apontam os seguintes aspectos como factores principais:

a) Pais

A individualidade de cada membro do casal. Factores como a idade e a maturidade dos pais; as características da personalidade da própria pessoa; a história prévia de perturbações emocionais; os factores ligados à gravidez, tais como, se esta foi ou não planeada e desejada; o relacionamento entre o casal; e finalmente, as crenças do casal e os factores culturais.

b) Feto

Como é facilmente compreensível, a gravidade do diagnóstico e prognóstico, são factores que assumem bastante influência nas reacções emocionais à perda.

É também importante contextualizar a situação, consoante a idade gestacional. Um mau diagnóstico/prognóstico, provavelmente será mais difícil enfrentar, consoante o avanço da idade gestacional. Um bebé no terceiro trimestre já foi alvo de muitas expectativas e interiorizações por parte dos pais.

c) Outros factores

O apoio familiar e social, são indiscutivelmente factores fundamentais, no enfrentar de uma situação tão avassaladora como é o diagnóstico da malformação

fetal. É do conhecimento comum, a importância do casal não se isolar e manter a rede social activa, procurando apoio daqueles que mais confia. Para além disso, o facto de procurar a rede de amigos, evita que o casal se centre somente naquele problema e encontre outros caminhos, para além da depressão e do isolamento.

Por fim, a atitude dos profissionais de saúde também pode constituir uma importância crucial, consoante a disponibilidade, empatia e o encaminhamento que é dado à situação.

Processo adaptativo

A compreensão dos fenómenos psicológicos, ligados aos processos adaptativos e meios de superação face a situações penosas e perturbadoras, tais como o confronto com a malformação de um filho, é complexa e pode-se manifestar sob diferentes formas, conforme as expectativas, cultura, maturidade do casal e o próprio contexto envolvente à própria malformação.

Cardoso (2001) classifica as doenças genéticas como situações de “crise”, as quais podem seguir dois rumos distintos: Ou desencadeiam acrescidas dificuldades pessoais e interpessoais, ou no sentido contrário, constituem um crescimento construtivo e benéfico para quem o vive. O autor compara igualmente o impacto do diagnóstico das malformações genéticas, com o modo como a própria pessoa lida com a sua doença, ou seja, a resposta que o indivíduo dá perante as subcargas da vida, tende a adquirir um padrão semelhante perante situações de crise.

Perante um diagnóstico pré-natal de malformação, Sá (2004) aponta para três situações:

- 1^a No primeiro caso o casal assume e decide dar continuidade à gravidez.
- 2^a Na segunda hipótese, o casal opta pela interrupção voluntária da gravidez.
- 3^a Finalmente também existe a hipótese em que o casal optaria pela interrupção voluntária da gravidez, mas já não poderá fazê-lo.

Face a um bebé malformado e não idealizado

A crise provocada face a um bebé malformado e não idealizado, tal como a morte perinatal, implica segundo Ferreira, Góis, Faria, e Correia (1990) “a perda do filho normal que era esperado” (p. 201). O processo adaptativo face a estas situações, pressupõe o luto da criança idealizada, pois segundo os autores, só a passagem pelo luto do objecto ideal trava a depressão causada pela perda libinal. Contudo, no caso do nascimento da criança malformada, existe uma necessidade de afeiçoamento a esta, o que já não é possível no caso da morte perinatal.

A perda experimentada pela mulher, deverá levar ao desenvolvimento de um luto normal, que envolve sintomatologia somática e psicológica. Para Lindeman,

citado por Ferreira et al. (1990), o luto normal predispõe à preocupação com a imagem do objecto perdido, sentimentos de culpa e preocupação com pequenas omissões e negligências, hostilidade em relação ao meio circundante, bem como alterações profundas nos padrões de procedimento.

Este processo de luto é portanto a única saída da depressão e segundo em investigações realizadas por Setúbal, Messias, Milanez, e Barini (2003) e Klaus e Kennel (1993), parece seguir um percurso previsível, que os autores dividem nas seguintes fases:

a) Choque

O impacto da notícia e/ou confirmação da malformação fetal é enorme, como se a vida nunca mais voltasse a ser normal. A primeira reacção constitui uma verdadeira “paralisia” emocional, seguida de ideias como “isto não pode estar a acontecer”, etc. Existem sentimentos de incapacidade em lidar com a situação e até mesmo de não ser capaz de sobreviver a ela.

b) Negação

Devido à realidade do feto malformado ser tão difícil de encarar, coexiste a situação de que nada disto está a acontecer, ou que existe um erro do diagnóstico. Esta situação leva muitas vezes o casal a procurar outros profissionais, com esperança de alterar o diagnóstico.

c) Tristeza e raiva

Este é o início da adaptação psíquica. A pessoa pode entristecer-se pela perda do bebé sonhado e confronta-se com esses sentimentos de dor e frustração, sendo então capaz de expressá-los, de chorar e ficar com raiva. A raiva pode ser dirigida a ela mesma, por não ter sido capaz de conceber um bebé normal, mas nalgumas situações pode ser direccionada para as pessoas que a circundam e, até para a própria criança.

Deve-se explicar que estes sentimentos são naturais e que a melhor forma de lidar com eles é tomar consciência que existem.

d) Equilíbrio

A ansiedade tende a diminuir quando ela adquire suporte emocional e quando absorve as informações correctas a respeito da patologia. A compreensão da situação em que está envolvida pode aumentar, sendo mais presumível uma adequada adaptação a ela.

e) Reorganização

Quando o casal é envolvido e participa activamente no diagnóstico pré-natal, bem como as suas ansiedades são acolhidas, torna-se capaz de se reorganizar emocionalmente. O novo bebé é agora encarado como uma criança

doente, deixando de ser o monstro que poderia provocar males. A fragilidade, inicialmente demonstrada, dá lugar a um sentimento de capacidade crescente para enfrentar a situação.

Existem casais que se reaproximam durante esta fase e a crise surge nestes casos, como uma situação de crescimento e maturação entre o casal. Na situação oposta, existem os casais que se sentem incapacitados face à angústia e distanciam-se um do outro, levando por vezes ao divórcio – a crise surge aqui como um processo disruptivo.

Segundo os autores atrás referidos, estas fases variam de intensidade e duração. Alguns casais não conseguem desfazer-se da fase de “negação”, ligando-se de forma obsessiva a falsas esperanças. Outros recusam-se a acreditar que os seus bebés são portadores de um síndrome grave e abandonam o diagnóstico pré-natal. Outros ainda, ficam paralisados na tristeza, deprimindo-se num período muito para além do puerpério.

Face à Interrupção Médica da Gravidez (IMG)

Em Portugal a interrupção legal da gestação só é permitida até às 24 semanas de gravidez na presença de doença grave ou malformação congénita; interrupção até às 16 semanas de gravidez, quando esta resulta de um crime quanto à liberdade e auto determinação sexual (Lei nº 90/97 de 30 de Julho), o que significa pouco depois da realização da segunda ecografia. Segundo a investigação levada a cabo por Setúbal et al. (2003), perante o diagnóstico de malformação fetal grave, existe um equilíbrio entre o número de interrupções legais e o prosseguimento gestacional. No entanto, os autores ressalvam a limitação deste estudo nos casos em que o diagnóstico letal é realizado tardiamente, o que limita a escolha do casal.

A sociedade, normalmente, impõe normas a favor do nascimento e contra o aborto, contemplando a resposta traumática face ao mesmo, tais como sentimentos de culpa, vergonha e medo de reprovação (Leal & Noya, 1998).

De facto, Setúbal et al. (2003) e Leal e Noya (1998), descrevem que a resposta emocional da mulher face à interrupção médica da gravidez, está condicionada pela sua história de vida, bem como o significado que aquela gravidez representa em determinado momento da sua vida e se corresponde ou não a um projecto real de gravidez. Para algumas mulheres a gravidez é considerada uma real gratificação, para outras, pode ser considerada um processo altamente penoso.

No que respeita às consequências psicológicas Adler et al. (1990, citado por Leal & Noya, 1998) fazem referência a estudos que evidenciam o facto do aborto, por si só, não ser indutor de distúrbios psicológicos na mulher que o pratica. Os resultados apontam para uma maior intensidade de emoções positivas nas mulheres que optam por abortar. Somente, aproximadamente um terço das mulheres, apresenta realmente emoções negativas, tais como culpa, tristeza, mágoa e angústia.

Face a uma nova gravidez

O facto da mulher grávida ter conhecimento de um diagnóstico pré-natal desfavorável, constitui uma experiência traumática, cujo o seu impacto, tal como conclui Marinho (2004), não se dilui com o termino dessa gravidez influenciando o processo reprodutivo.

Habitualmente o processo de luto, no caso do desfecho final ser a morte, tem duração de cerca de um ano. Como é explicado por Bluglass (1984), citado por Rolim (2001), numa situação em que a mulher se encontre em pleno luto, o confronto com uma nova gravidez condiciona o prognóstico da mesma, bem como a futura relação mãe-bebé.

No acompanhamento de casos onde foi detectada malformação do feto, Marinho (2004) constatou de forma predominante o medo dessas mulheres, em que a mesma situação se voltasse a repetir, levando a uma nova experiência gestacional de intensa ansiedade.

No imaginário da mulher em situação de risco, fica registada a marca de uma gravidez falhada. Os sentimentos de perda permanecem mesmo após qualquer experiência de gravidez ou parto e, até mesmo, subsequente ao alívio de uma posterior experiência bem sucedida (Lopes, 2004). No entanto, Lopes (1996), citado por Rolim (2001), quando um processo de luto decorreu em tempo adequado e de forma adaptativa, uma nova gravidez bem sucedida reforçará o processamento de emoções relacionadas com a perda.

ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO

Como é de conhecimento geral e, de acordo com a prática clínica dos profissionais envolvidos nestas situações, o diagnóstico de malformação fetal é um contexto difícil de encarar, não só para os pais, como também para os próprios técnicos. Como tal, é fundamental que exista coesão e entre-ajuda entre a equipa multidisciplinar, para que o luto, quer no contexto do bebé idealizado ou pela interrupção médica da gravidez, seja realizado de forma não patológica.

Torna-se agora possível delinear algumas estratégias de intervenção:

Proporcionar ambiente seguro e adaptativo, através da escuta empática e activa. Um ambiente acolhedor, sem que a pessoa sinta medo de represálias, constitui uma atitude facilitadora, que vai levar a que os pais se sintam à vontade para verbalizar, explorar, reflectir e desbloquear sentimentos, preocupações, pensamentos, significações, expectativas, crenças e necessidades pessoais (Rolim, 2001).

Respeitar a cultura, raça, religião e valores do casal. De facto, estes aspectos exercem influência determinante, na forma de pensar dos indivíduos. Mais uma vez, salienta-se o facto das reacções face ao luto poderem adquirir

muitas significâncias, sendo importante evitar juízos de valor e provocar sentimentos de culpa nos pais, seja quais forem as suas manifestações ou decisões.

Informar o casal sobre todas as questões relativas à situação. O facto de esclarecer o diagnóstico, que em geral é um período que demora algum tempo, ajuda os pais a lidarem com os sentimentos negativos e com a sua própria ansiedade. Ao perceberem que podem acompanhar o estudo do diagnóstico, passo a passo, esclarecendo todas as dúvidas, tornam-se progressivamente mais capacitados em decidir sobre o caminho a tomar perante a respectiva situação. Para além disso, quando o casal é orientado sobre a patologia do seu bebé e consegue compreendê-la melhor, todos os procedimentos médicos se tornam menos ameaçadores (Setúbal et al., 2004).

Auxiliar o casal/família a adaptar-se à nova situação existencial, favorecendo a aceitação da perda. Para que esta etapa seja devidamente concluída, é necessário que o profissional compreenda os efeitos que esta complexa situação exerce sobre as pessoas nela envolvidas, bem como, o seu processo de adaptação e o modo como vivenciam estes momentos (Ferreira, 1995).

Perante um casal que recebe a notícia de anomalia do seu bebé, a intervenção profissional deve ter em conta a especificidade da situação. Nestes casos, o objectivo não é desresponsabilizar o casal, mas sim “(...) ajudá-lo emocionalmente numa decisão difícil e facilitar o processo de resolução de problemas” (Rolim, 2001, p.284). Torna-se deste modo, fundamental apoiá-los na escolha de uma das opções disponíveis, de forma consciencializada, autónoma e realística.

As reacções face ao diagnóstico de malformação, variam consideravelmente de pessoa para pessoa, podendo ocasionar desentendimentos entre o casal. Cabe ao profissional procurar proporcionar um ambiente favorável à expressão de emoções, de modo a que a decisão seja tomada de forma conjunta (Ferreira et al., 1990).

Também pode ocorrer a situação em que o casal opta por evitar a situação, de forma a evitar o confronto com a dura realidade. No entanto, este confronto é fundamental para que o processo de luto seja realizado. Rituais como visualizar fotografias são importantes, sendo necessário, no caso de malformação, preparar previamente os pais para o que vão ver (Rolim, 2001).

Dar a conhecer o processo de luto. Segundo Rolim (2001), é essencial dar a conhecer à família as fases do processo normal de luto. Este procedimento ajuda os pais a compreender melhor o processo que estão a percorrer, bem como reajustar-se mais facilmente, perante uma situação de perda.

No caso específico do bebé com malformações trata-se de uma situação em que já foram criadas expectativas e fantasias. Se este bebé morrer, culmina então num duplo luto, quer do bebé fantasiado, quer do bebé real (Rolim, 2001).

Reorganização do padrão de rotina, ajudando a construir novos significados na vida e a retomar a sensação de controlo.

O facto de proporcionar apoio aos pais nas diferentes fases do processo de luto, constitui um trabalho importante, no sentido de ajudá-los a reorganizar o seu padrão de vida e a restabelecer rotinas, atribuindo novos significados nas suas vidas.

Contudo, é importante proporcionar-lhes autonomia e segurança, para que readquiram força a interna suficiente, de modo a assumirem o controlo.

Providenciar informação acerca dos recursos de comunidade, bem como na participação em grupos de apoio é essencial. Para que estes objectivos sejam devidamente concretizados, Rolim (2001) salienta a importância do papel dos pais que já passaram pela experiência. De facto, é fundamental para desbloquear frustrações, a partilha de emoções e experiências, com outros que já passaram por situações semelhantes.

Facilitar o encaminhamento para outros profissionais. Todos os profissionais são importantes, mas o seu papel pode ser intensificado se tiver o apoio de uma equipa multidisciplinar, que trabalhe as diferentes necessidades do indivíduo, de forma humana e holística.

Reflectir e repensar constantemente acerca das suas atitudes e comportamentos enquanto profissional. Quando algo é difícil de encarar e complexo de aceitar, muitas pessoas tentem a “fugir” à situação, no entanto, apesar de serem “humanos”, cabe aos profissionais de saúde procurar resolver os seus próprios conflitos, para que assim possam dar o apoio necessário aos principais envolvidos.

Tal como explica Rolim (2001), o desconhecimento do processo de luto pode levar alguns profissionais de saúde materna a optar por não falar no assunto e não fazer perguntas, pois pensam que esta atitude vai poupar os pais de falarem sobre a perda. Cria-se assim, um ambiente de silêncio e ilusão, que pode dificultar o processo de adaptação e atrasar o trabalho de luto, uma vez que complica a aceitação da perda e dificulta o ventilar de emoções, tão fundamental nesta fase.

A autora ressalva a importância de colocar questões como: “Diga-me o que aconteceu?”; “O que sente?”. O facto de se estar presente, saber escutar e partilhar emoções, podem ser atitudes bastante benéficas.

Finalmente, para ajudar alguém, é necessário que os profissionais, eles próprios se permitam um espaço onde partilhem as suas vivências, reduzindo a ansiedade envolvida na situação (Ferreira et al., 1990).

CONCLUSÃO

A gravidez pressupõe para a mulher, enormes esforços para acompanhar as inúmeras transformações, que envolvem processos corporais e psicológicos, o

sonho de ser mãe com o seu novo papel, são preocupações constantes da vida de uma mulher, durante esse período. A maior parte delas experimenta sentimentos como: ansiedade, sensação de desamparo e agradável expectativa (Marinho, 2004).

Segundo explica a autora, ao ouvir do especialista, que o bebé que transporta no ventre é portador de uma doença genética, a mulher grávida reage da mesma forma como se estivesse diante um perigo de natureza física, não estabelecendo separação entre o perigo material e o psíquico, nem o real do imaginário.

O atendimento humanizado ao casal que recebeu um “mau” diagnóstico, constitui uma importância fundamental, na medida em que permite ao casal a elaboração de um luto salutar e o estabelecimento de um processo adaptativo.

O suporte emocional permite que esses casais se possam tornar activos, tanto no processo de diagnóstico como terapêutico, ao descobrir os seus recursos internos, tão fundamentais nesta fase. O papel do profissional é potenciar a mudança de um desejo inicial de serem cuidados (que a equipa profissional tome as decisões em seu lugar, por se encontrarem muito fragilizados) para se tornarem actores das decisões e dos acontecimentos relacionados, culminando num crescimento conjunto (Setúbal et al., 2004).

REFERÊNCIAS

- Aymé, S. (2005). *As injustiças do nascimento*. Linadem (Liga Internacional para o Estudo e Apoio da Deficiência Mental). Lisboa.
- Bayle, F. (2005). *A parentalidade*. In I. Leal (Ed.), *Psicologia da Gravidez e da parentalidade* (pp. 317-343). Fim de Século. Lisboa.
- Canavarro, M.C. (2001). *Psicologia da gravidez e da maternidade*. Quarteto Editora. Coimbra.
- Cardoso, J.A. (2001). *Doenças genéticas: Impacto psicológico e representações sociais*. In M. Canavarro (Ed.), *Psicologia da gravidez e da maternidade* (pp. 211-234). Quarteto editora. Coimbra.
- Decreto-lei nº 90/97 de 30 de Julho. Diário da República nº 105/97. Ministério da Igualdade. Lisboa.
- Ferreira, L.M., Góis, G.M., Faria, M.C., & Correia, M.J. (1990). O Luto por morte perinatal e/ou malformação do bebé. *Análise Psicológica*, 4(VIII), 399-402.
- Ferreira, L. (1995). A irrealidade de um bebé real: Intervenção psicológica. *Análise Psicológica*, 1-2(XIII), 63-66.
- Leal, I., & Noya, A. (1998). Interrupção voluntária da gravidez: Que respostas emocionais? Que discurso psicológico? *Análise Psicológica*, 3(XVI), 431-439.
- Lopes, J. (2004). *Luto e gravidez*. In E. Sá (Ed.), *A maternidade e o bebé* (pp. 69-86). Lisboa. Fim de século. Lisboa.
- Marinho, A. (2004). *Um retrato da gravidez de risco genético a partir de Frida Kahlo*. Rio de Janeiro. Consultado em: 24 de Abril de 2006, em: www.ipas.org.br/arquivos/RetratosAlice.pdf 20p.
- Melo, A., & Ribeiro, F. (2006). O luto por morte perinatal e/malformação do bebé. *Manual de prelecções do 1º Fórum de enfermagem de saúde materna, obstétrica e pediátrica*. Auditório Municipal da Lousada.

Piccinini, C., Ferrari, A., Levandowki, D., Lopes, R., & Nardi, T. (2003). O bebé imaginário e as expectativas quanto ao futuro do filho em gestantes adolescentes e adultas. *Interações*, VIII(16), 81-108.

Piccinini, C., Gomes, A., Moreira, L., & Lopes, R. (2002). *Expectativas e sentimentos da gestante em relação ao seu bebé*. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Consultado em: 3 de Maio de 2006, na página: <http://www.scielo.br>. p.1-100.

Rolim, L. (2001). *Perdas e luto durante a gravidez e o puerpério*. In M. Canavarro (Ed.), *Psicologia da gravidez e da Maternidade* (pp. 255-296). Quarteto Editora. Coimbra.

Sá, E. (2004). *Diagnóstico pré-natal. Alguns pensamentos*. In E. Sá (Ed.), *A maternidade e o bebé* (pp. 13-44). Fim de século. Lisboa.

Setúbal, M.S., Barini, R., Zaccaria, R., & Silva, J. (2004). *Reacções psicológicas diante da gravidez complicada por uma malformação fetal*. Programa de medicina fetal. Departamento de tocoginecologia da faculdade de ciências médicas. Brasil.

Setúbal, M.S., Messias, T., Milanez, & Barini, R. (2003). *Interrupção legal em gestação de fetos com patologias letais: aspectos epidemiológicos e emocionais*. Serviço de medicina fetal do centro de atenção integral à saúde da mulher. Departamento de Tocoginecologia UNICAMP.

Sousa, S. (2003). *A saúde do feto*. In E. Sá (Ed.), *Psicologia do feto e do bebé* (pp. 39-66). Fim de século. Lisboa.

