



ADOLESCÊNCIA: IDENTIDADE E SOFRIMENTO NA CLÍNICA SOCIAL

ISBN 978-85-86736

LEILA SALOMÃO DE LA PLATA CURY TARDIVO
TÂNIA MARIA JOSÉ AIELLO VAISBERG
(Organizadoras)

apoio



**LEILA SALOMÃO DE LA PLATA CURY TARDIVO E
TÂNIA MARIA JOSÉ AIELLO VAISBERG**

**ANAIS DA XI JORNADA APOIAR-
ADOLESCÊNCIA: IDENTIDADE E
SOFRIMENTO NA CLÍNICA SOCIAL**

REALIZAÇÃO

PRÓ REITORIA DE CULTURA E EXTENSÃO

UNIVERSITÁRIA DA USP

INSTITUTO DE PSICOLOGIA DA USP

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA CLÍNICA

**LABORATÓRIO DE SAÚDE MENTAL E PSICOLOGIA
CLÍNICA SOCIAL**

APOIO:

FAPESP

VETOR EDITORA PSICOPEDAGÓGICA

Catálogo na publicação

Biblioteca Dante Moreira Leite

Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo

Jornada APOIAR (11.: 2013: São Paulo)

Anais da XI JORNADA APOIAR: ADOLESCÊNCIA: IDENTIDADE E SOFRIMENTO NA CLÍNICA SOCIAL realizada em 22 de novembro de 2013 em São Paulo, SP, Brasil / organizado por Leila Salomão de La Plata Cury Tardivo. Tania Maria José Aiello Vaisberg - São Paulo : IP/USP, 2013.

Inclui bibliografia.

ISBN: 978-85-86736-56-8

1. Psicologia clínica 2. Identidade 3. Adolescência 4. Clínica I.

Título.

Agência Brasileira do ISBN

ISBN 978-85-86736-56-8



RC467

**“QUANDO É QUE ISSO VAI ACABAR?”: A DIFÍCIL DECISÃO DA INTERRUPTÃO DA
GESTAÇÃO DE UM BEBÊ COM MALFORMAÇÃO FETAL**

Walkíria Cordenonssi Cia

Fabiana Follador e Ambrosio

Tânia Maria José Aiello Vaisberg

RESUMO

O objetivo deste trabalho é realizar pesquisa empírica qualitativa sobre a experiência emocional de gestantes e casais que apresentam gestações com anomalias fetais letais e que decidem pela sua interrupção. Utilizando o método psicanalítico, organiza-se ao redor da realização de encontros individuais com gestantes ou casais, registrados por meio de narrativas transferenciais. A partir destas pudemos criar/encontrar o campo que denominamos “Quando é que isso vai acabar?”, que se define pela angústia vivida pelas gestantes e os casais diante de um processo de interrupção da gestação.

Palavras-Chave: Anencefalia, Interrupção da Gestação, Pesquisa psicanalítica, Sofrimentos Sociais, estilo clínico Ser e Fazer.

Atualmente as malformações fetais são detectadas logo no início da gestação. Essas informações são permitidas devido ao desenvolvimento da tecnologia, que proporcionou avanços nos aparelhos de ultrassonografia, assim como a formação de médicos especialistas em Medicina Fetal.

Considerado o pioneiro na utilização do exame de ultrassonografia na obstetrícia, Ian Donald realizou as primeiras medições fetais em 1956. Apesar do marco histórico, sabemos que, antes dele, outras especialidades já haviam utilizado o exame para diversos diagnósticos. Mais de uma década depois, em 12 de outubro de 1970, foi criada a “American Society of Ultrasound Technicians (AIUM)” e, em 1974, a profissão de médico ultrassonografista veio a ser reconhecida (BAKER, 2005). No Brasil, o uso do

exame de ultrassonografia consolidou-se nas especialidades de ginecologia e obstetrícia a partir da década 1980 (CHAZAN, 2008) e na atualidade faz parte da rotina do pré-natal.

A REVELAÇÃO DIAGNÓSTICA

Qualquer situação diagnóstica, em contextos variados, é potencialmente geradora de ansiedade. No caso dos exames de ultrassonografia, os pacientes sabem da possibilidade de detecção de algum tipo de ocorrência problemática pelo médico durante o procedimento. Apesar da ultrassonografia ter o benefício de ser um exame não invasivo, nos casos de diagnósticos inconclusivos torna-se necessária a realização de outros exames complementares, como o estudo do cariótipo fetal, onde certa quantidade de líquido amniótico é colhida para investigação.

Em se tratando de situações desfavoráveis, onde há presença de anomalias fetais, o médico enfrenta um momento delicado: deve informar precisamente os achados a uma gestante ou a um casal, sendo, ele próprio, atingido pela notícia. Como profissional da saúde, também precisa contribuir para que o momento da revelação do diagnóstico, desde o início bastante sofrido graças à apreensão que gera, seja vivido com a menor carga possível de angústia.

Mesmo sendo realizada uma cuidadosa comunicação do diagnóstico por parte do médico, quando a gestante ou o casal recebem a notícia de que seu filho apresenta uma malformação letal, ou seja, que não tem chances de sobreviver após o nascimento, vivenciam uma situação que abala o *sentimento de continuidade do viver* (VITALI, 2004; TACHIBANA, 2006). Tal sentido deriva, certamente, da experiência que precede a constituição de *self* nos primórdios da vida, os momentos tranquilos da existência, onde o que o bebê vivencia é continuar *sendo*. Trata-se, a nosso ver, de “sentido” que subjaz à existência individual ao longo da vida, sustentando elaborações narrativas sobre si mesmo (AIELLO-VAISBERG, 2012). Quando adultos, graves situações podem levar à vivência de uma “interrupção dramática do viver”, abalando o sentimento de continuidade de ser, no nosso caso, desses pais.

As anomalias fetais letais causam uma grande desestruturação emocional nos pais, mas também podemos encontrar gestantes que reagem com a mesma intensidade emocional no caso de malformações facilmente corrigíveis com pequenas cirurgias após o nascimento do bebê. Nesses casos, o estado emocional das gestantes, para os médicos que acompanham anomalias com graves comprometimentos, é de difícil compreensão.

A preocupação com todos os aspectos que envolvem as malformações fetais gera muitas pesquisas e, no campo da psicologia, os aspectos emocionais diante dessa situação são o foco de vários estudos (BREEZE et al (2007); QUAYLE et al, 1996; SOUKA et al, 2010; KORENROMP et al (2009); CÔTÉ-ARSENAULT E DENNEY-KOELSCH (2011); MIRLESSE et al (2011); BENUTE et al (2012).

DECISÃO CONCEDIDA?

Como mencionamos anteriormente, as malformações graves já podem ser detectadas no primeiro trimestre da gestação. Diante dessa notícia, é preciso que os pais tomem uma rápida decisão entre continuar ou não com a gestação, o que emocionalmente gera muito sofrimento e grande pressão.

Caso exista o desejo da interrupção de uma gestação fetal letal é necessário entrar com um alvará judicial para obter a permissão para que esta possa ser realizada. A única exceção refere-se ao caso de bebês anencéfalos²². Para outras anomalias fetais letais, ainda é necessário acessar a justiça para realizar o procedimento legalmente e não há um consenso entre os juízes, alguns permitindo a realização do procedimento e outros não. Entretanto, quanto mais adiantada as semanas de gestação, menores serão as chances do alvará ser deferido pelo juiz.

Algumas gestantes, logo que realizam o primeiro exame de ultrassonografia, não acreditam que em um segundo exame o diagnóstico da anomalia fetal se modificará. Já outras, esperam a segunda ultrassonografia antes de decidir pela interrupção, ficando esperançosas em mudanças no diagnóstico e também para tomarem uma decisão

²² Até o dia 13 de abril de 2012, no Brasil, só em casos de estupro e risco de vida materna a interrupção legal da gestação era permitida.

embasada em dados mais precisos. Esses momentos são bastante delicados, uma vez que envolvem crenças pessoais arraigadas, às vezes não conscientes, posicionamentos religiosos, entre outros.

Constatamos que, a partir do momento em que a gestante ou o casal decidem pela interrupção, desejam que esta seja realizada o mais rapidamente possível. Muitos acreditam que todo o sofrimento se encerrará após o nascimento. Verificamos a existência de temores por parte da gestante em envolver-se emocionalmente de forma mais profunda com o bebê, sugerindo a existência de um vínculo já estabelecido e a ilusão de que este possa acabar após o procedimento.

O pedido judicial de permissão de interrupção da gestação nos casos de anomalias fetais letais envolve uma gama extremamente angustiante de vivências, desde o questionamento acerca da decisão, passando por expectativas pessoais do casal ou da gestante sobre as repercussões familiares e/ou sociais sobre sua resolução, chegando à apreensão sobre a decisão judicial, dado que o pedido pode vir a ser negado.

Socialmente buscam o isolamento, de certa forma evitando que as novidades sobre o bebê estejam em pauta, poupando-se e aos outros dos embarços e tristezas advindas.

No caso do pedido ser indeferido, a continuidade da gestação pode ser vivenciada como uma grande invasão ambiental, uma experiência violenta e terrorífica; a mulher precisa vivenciar as mudanças físicas, seu corpo se modificando, sua barriga crescendo, o bebê se mexendo, mas tendo que se lembrar dos resultados dos exames. Pudemos notar essas reações emocionais nos casais que esperavam pelo deferimento ou indeferimento do alvará²³.

Após o deferimento do pedido, a gestante precisa ser hospitalizada para a realização do procedimento. Em geral, deparam-se com hospitais que não possuem um espaço reservado para mães que sofreram aborto espontâneo, tiveram um natimorto ou que realizaram uma interrupção da gestação. Nesses casos, essas mulheres ficam internadas junto às mães que tiveram seus bebês saudáveis. A duração da internação varia de acordo com a resposta materna ao medicamento utilizado para gerar contrações.

²³ Nos casos que acompanhamos, as gestantes conseguiram o alvará, que possibilitou a interrupção legal da gestação. Entretanto, em muitos casos não pudemos ter notícias sobre o resultado do pedido.

O processo da interrupção tem fim, portanto, com o feto saindo do útero, a partir de contrações uterinas induzidas.

Em alguns casos, após o nascimento as mães desejam ver o bebê (TACHIBANA, 2011; SILVA; RODRIGUES; AMARAL, 2011; BENUTE et al, 2006; TACHIBANA, 2006). Mesmo com o tema sendo pesquisado e discutido, não temos como dimensionar quais são as consequências emocionais que esse encontro pode causar. Notamos, por outro lado, que a decisão da mãe muitas vezes é bastante angustiante para a equipe médica, podendo ser combatida de forma preconceituosa por alguns integrantes da equipe de saúde, gerando a admissão de um tratamento diferenciado (TACHIBANA, 2011). Assim, a situação, que já é dramática por si só, torna-se mais difícil para os pais.

No Brasil evidenciamos um maior preconceito e dificuldade dos profissionais em lidar com as mães que decidem realizar a interrupção da gestação. Já em países onde a interrupção não necessita de permissão judicial, Côté-Arsenault e Denney-Koelsch (2011) e Obeidi (2010) puderam notar o despreparo dos profissionais para o atendimento a gestantes e aos casais que decidem pela continuidade da gestação.

Wool e Northan (2011) e Silva, Rodrigues e Amaral (2011) demonstram a necessidade da promoção de projetos educacionais aos profissionais para que possam fornecer apoio às famílias em casos de diagnósticos limitantes da vida fetal. Concordamos com a importância dos projetos educacionais, mas acreditamos que sem a criação de um ambiente hospitalar suficientemente bom (TACHIBANA, 2011) esses profissionais dificilmente poderão lidar com suas dificuldades emocionais em relação aos pacientes. Além disso, a equipe de saúde precisa estar preparada para acolher a mãe e também o sofrimento do pai. Estar atento ao contexto de uma determinada internação é de extrema importância tanto para o paciente quanto para o trabalho dos profissionais.

Além do suporte emocional ao casal, o cuidado com sua família deve ser considerado como parte extensa, desonerando o casal de prestar suporte em momento tão difícil, bem como evitando que as angústias e medos dos familiares atinjam o casal.

Após a interrupção não tivemos mais contato com essas mães, pois, apesar de nos colocarmos à disposição para eventuais consultas, estas não nos procuraram mais.

Partindo da consideração desse quadro de notável sofrimento emocional, buscamos investigar a experiência emocional de gestantes e casais que apresentam gestações de risco devido a anomalias fetais letais e que decidem pela sua interrupção.

PESQUISANDO COM O MÉTODO PSICANALÍTICO

Valendo-nos do método psicanalítico, desenvolvemos estratégias metodológicas concordantes com as propostas de Politzer (1928) e Bleger (1963), que reivindicaram o resgate da psicologia concreta, contextualizada e vincular. Partimos da busca do substrato afetivo-emocional sustentador de todas as manifestações humanas para estudar a experiência emocional, realizando, dessa forma, uma pesquisa empírica qualitativa, que tem no método psicanalítico sua fundamentação em termos de configuração do acontecer clínico, de registro da experiência e de análise do material obtido (AIELLO-VAISBERG, 2003a, 2003b, 2005).

Realizamos atendimentos clínicos que foram registrados sob forma de narrativas transferenciais (AIELLO-VAISBERG *et al*, 2009; AMBROSIO, CIA & AIELLO-VAISBERG, 2010) e, a partir desse material, pudemos criar interpretativamente campos de sentido afetivo emocional (AIELLO-VAISBERG & MACHADO, 2008), que são entendidos como um conjunto de sentimentos, ideias, crenças, valores, pensamentos, a matéria originária e sustentadora de todas as condutas humanas.

Podemos compreender o conceito de campos de sentido afetivo-emocional por meio de uma analogia espacial: os campos seriam os locais habitados por pessoas, em determinados momentos, com maior ou menor permanência, estando elas conscientes ou não da existência dessas regiões. Partindo dessa figuração, podemos notar que nos aproximamos das manifestações presentes na vida concreta das pessoas, produzidas por elas e inseridas contextualizadamente em suas histórias.

Os campos são produzidos intersubjetivamente, no contato do psicanalista/pesquisador com as narrativas transferenciais. Em estado de atenção flutuante, criamos interpretativamente – ou, em uma interlocução com o pensamento

winnicottiano (WINNICOTT, 1971), criamos/encontramos –os múltiplos sentidos possíveis das condutas.

No nosso do nosso estudo, as “regiões habitadas” (AMBROSIO, 2013) dizem respeito às experiências emocionais vividas pelos casais ao receberem um diagnóstico de malformação fetal e à difícil decisão entre interromper ou não a gestação. Sendo assim, a partir das narrativas transferenciais criamos/encontramos um campo de sentido afetivo emocional denominado “Quando é que isso vai acabar?”. Esse campo retrata o sentimento de dor e angústia vivenciado pelo casal durante todo o percurso do processo de interrupção da gestação de um bebê malformado, que não terá chances de sobreviver após o nascimento.

Compreendemos que a experiência emocional de pessoas que participam, acompanhando ou sendo surpreendidas pela notícia da ocorrência de uma gestação onde o bebê apresente algum tipo de malformação, tem natureza invasiva (WINNICOTT, 1945), podendo ocasionar grave sofrimento emocional, graças à interrupção do sentimento de continuidade da existência. Perplexidade, negação, confusão também podem compor o cenário, uma vez que o tema gestação relaciona-se fortemente ao nascimento, à vida, à viabilidade, diferentemente nos casos estudados. As comunicações emocionais que nos foram apresentadas parecem mais expressar a vivência de um pesadelo acordado, juntamente com a vontade/necessidade de acordar desse sonho estranho.

Percebemos que todos aqueles que participam de situações como as que investigamos, de modo direto ou indiretamente, sendo pacientes, familiares ou membros da equipe médica, são afetados, cada um à sua forma e intensidade, pelo sofrimento que presenciam. Dessa forma, prover atenção e cuidado psicológicos aos envolvidos é tarefa imprescindível, que notadamente extrapola as fronteiras familiares e cuja urgência assenta-se sob um imperativo ético.

REFERÊNCIAS

AIELLO-VAISBERG, T.M.J. (2003a). Da Questão do Método à Busca do Rigor: a abordagem clínica e a produção de conhecimento na pesquisa psicanalítica. In

- Aiello-Vaisberg, T.; Ambrosio, F.F. (orgs.). *Cadernos Ser e Fazer. Apresentação e materialidade*. São Paulo: Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, 2003. p. 36-43.
- AIELLO-VAISBERG, T.M.J. (2003b) Ser e Fazer: Intervenção e interpretação na clínica winnicottiana. *Psicologia - USP*, 14 (1), p.95-128, 2003.
- AIELLO-VAISBERG, T.M.J. (2005) Consultas Terapêuticas Coletivas e Abordagem Psicanalítica do Imaginário Social. In: Aiello-Vaisberg, T.; Ambrosio, F.F. (orgs.). *Cadernos Ser e Fazer. reflexões éticas na clínica contemporânea*. São Paulo: Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, 2005. p. 27-44.
- AIELLO-VAISBERG, T. M. J.; MACHADO, M. C. L. (2008) Pesquisa Psicanalítica de Imaginários Coletivos à Luz da Teoria dos Campos. In: Monzani, J.; Monzani, L.R.. (orgs.) *Olhar: Fabio Herrmann - uma viagem psicanalítica*. São Carlos: Ed. Pedro e Joao Ediores/CECH - UFSCar, 2008, p. 311-324.
- AIELLO-VAISBERG, T. M. J.; MACHADO, M. C. L.; AYOUCHE, T.; CARON, R.; BEUANE, D.. Les récits transféranciels comme représentation du vécu clinique: une proposition méthodologique IN BEAUNE, D. *Psychanalyse, Philosophie, Art: Dialogues*. Paris: L'Harmattan, 2009, p. 39-52.
- AIELLO-VAISBERG, T.M.J. Paradoxo de Loucura: A Radicalidade do Pensamento Psicopatológico de D.W.Winnicott. In: I.Sucar; Ramos, H. São Paulo: Primavera Editorial/SBPSP, 2012. p. 231-237.
- AMBROSIO, F. F. *O estilo clínico 'Ser e Fazer' na investigação de benefícios clínicos de Psicoterapias*. 2013. Tese (Doutorado em Psicologia) – Universidade Católica de Campinas, Campinas, SP. 2013.
- AMBROSIO, F. F.; CIA, W. C.; AIELLO-VAISBERG, T. M. J. O Acidente de Flic: a apresentação do acontecer clínico como narrativa brincante. In: VIII Jornada APOIAR - Promoção de Vida e Vulnerabilidade Social na América Latina: reflexões e propostas, 2010, São Paulo. Anais da VIII Jornada APOIAR - Promoção de Vida e Vulnerabilidade Social na América Latina: reflexões e propostas. São Paulo: IPUSP, 2010. v. 01. p. 263-272.
- BAKER, J. B. The history of sonographers. *Journal of Ultrasound in Medicine*, v. 24, n. 1, p. 1-14, 2005.
-

- BENUTE, G. R. G. et al. Interrupção da gestação após o diagnóstico de malformação fetal letal: aspectos emocionais. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, v. 28, n. 1, p. 7-10, 2006.
- BENUTE, G. R. B. et al. Feelings of women regarding end-of-life decision making after ultrasound diagnosis of a lethal fetal malformation. *Midwifery*, v. 28, n. 4, p. 412-415, ago. 2012.
- BLEGER, J (1963). *Psicologia da Conduta*. Tradução de Emília de Oliveira Diehl. Porto Alegre: Artes Médicas, 1984.
- BREEZE, C. C. et al. Palliative care for prenatally diagnosed lethal fetal abnormality. *ArchDisChild Fetal Neonatal*, v. 92, p. F56-F58, 2007. Disponível em <<http://fn.bmj.com/content/92/1/F56.short>> Acesso em: 12 set.2012. doi: 10.1136/adc.2005.092122.
- CHAZAN, L. K. *Pioneiros da ultra-sonografia obstétrica no Brasil*. 2008. 75 f. (Pós-Doutorado) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2008.
- CÔTÉ-ARSENAULT, D.; DENNEY-KOELSCH, E. "My baby is a person": parents' experiences with life-threatening fetal diagnosis. *Journal of Palliative Medicine*, v. 14, n. 12, p. 1302-1308, Dec. 2011.
- KORENROMP, M. J. et al. Adjustment to termination of pregnancy for fetal anomaly: a longitudinal study in women at 4, 8, and 16 months. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, v. 201, n. 2, p. 160.e1-160.e7, Aug. 2009. Disponível em: <[www.ajog.org/article/S0002-9378\(09\)00393-7/abstract](http://www.ajog.org/article/S0002-9378(09)00393-7/abstract)>. Acesso em: 22 set.2012 DOI: 10.1016/j.ajog.2009.04.007.
- MIRLESSE, V. et al. Women's experience of termination of pregnancy for fetal anomaly: effects of socio-political evolutions in France. *PrenatalDiagnosis*, v. 31, p. 1021-1028, 2011. Disponível em: <<http://wileyonlinelibrary.com>>. Acesso em: 12 out. 2012. DOI:10.1002/pd.2825.
- OBEIDI, N. et al. The natural history of anencephaly. *PrenatalDiagnosis*, v. 30, n. 4, p. 357-360, Apr 2010. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/pd.2490/abstract>>. Acesso em: 28 set. 2012 DOI: 10.1002/pd.2490.
- POLITZER, G. (1928). *Crítica dos fundamentos da psicologia: psicologia e psicanálise*. Piracicaba: Editora UNIMEP, 1998
-

- QUAYLE, J. et al. Repercussões na família do diagnóstico de malformações fetais: algumas reflexões. *Revista de Ginecologia e Obstetrícia*, v. 7, n. 1, p. 33-39, 1996.
- SILVA, M. H.; RODRIGUES, M. F. S.; AMARAL, W. N. Aspectos médicos e psicológicos de grávidas portadoras de feto anencefálico. *Femina*, v. 39, n. 10, p. 493-498, out. 2011.
- SOUKA, A. P. et al. Attitudes of pregnant women regarding termination of pregnancy for fetal abnormality. *Prenatal Diagnosis*, v. 30, p. 977-980, 2010. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/pd.2600/abstract>>. Acesso em: 19 ago. 2012. DOI: 10.1002/pd.2600
- TACHIBANA, M. *Rabiscando desenho-estórias: encontros terapêuticos com mulheres que sofrem aborto espontâneo*. 2006. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Católica de Campinas, Campinas. 2006.
- TACHIBANA, M. *Fim do mundo: o imaginário coletivo da equipe de enfermagem sobre a gestação interrompida*. 2011. Tese (Doutorado em Psicologia) – Universidade Católica de Campinas, Campinas, SP. 2011.
- VITALI, L. M. *'Flor-Rabisco' Narrativas Psicanalítica sobre uma Experiência Surpreendente*. 2004. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) -Universidade de São Paulo, São Paulo. 2004.
- WINNICOTT, D.W. (1945) Desenvolvimento Emocional Primitivo. In Winnicott, D.W. *Textos Selecionados Da Pediatria à Psicanálise*. (J. Russo, Trad.). Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1993. p. 269-285.
- WINNICOTT, D.W. (1971). *O brincar e a realidade*. (J.O.A. Abreu & V. Nobre, Trad.). Rio de Janeiro: Imago.
- WOOL, C.; NORTHAM, S. The Perinatal Palliative Care Perceptions and Barriers Scale Instrument: development and validation. *Advances in Neonatal Care*, v. 11, n. 6, p. 397-403, Dec. 2011.