

Intervenções Psicológicas Necessárias: A Prática Como Residente no Serviço de Medicina Fetal

Giulia Latgé Mangeli Ladino¹
¹Universidade Federal do Rio de Janeiro,
Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Raquel Cristina Boff Fernandes¹
¹Universidade Federal do Rio de Janeiro,
Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Ana Cristina Barros da Cunha¹
¹Universidade Federal do Rio de Janeiro,
Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Luciana Ferreira Monteiro¹
¹Universidade Federal do Rio de Janeiro,
Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Resumo: Com os avanços tecnológicos e o aprimoramento da prática médica via ultrassonografia, já é possível detectar possíveis problemas no feto desde a gestação. O objetivo deste estudo foi analisar a prática do psicólogo no contexto de gestações que envolvem riscos fetais. Trata-se de um estudo qualitativo sob formato de relato de experiência como psicólogo residente no Serviço de Medicina Fetal da Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Os registros, feitos por observação participante e diário de campo, foram analisados em dois eixos temáticos: 1) intervenções psicológicas no trabalho em equipe em consulta de pré-natal, exame de ultrassonografia e procedimento de amniocentese; e 2) intervenções psicológicas em casos de bebês incompatíveis com a vida. Os resultados indicaram que o psicólogo nesse serviço é essencial para atuar de forma multiprofissional na assistência pré-natal para gravidezes de alto risco fetal. Ademais, a preceptoria do residente é relevante para sua formação e treinamento para atuação profissional no campo da psicologia perinatal.

Palavras-chave: Malformação Congênita, Intervenção Psicológica, Gravidez de Alto Risco, Assistência Pré-Natal.

Necessary Psychological Interventions: The Practice as a Resident in the Fetal Medicine Service

Abstract: Face to the technological advances and the improvement of medical practice via ultrasound, it is already possible to detect possible problems in the fetus since pregnancy. The objective of this study was to analyze the psychologist's practice in the context of pregnancies which involve fetal risks. It is a qualitative study based on an experience report as a psychologist trainee at the Fetal Medicine Service of the Maternity School of UFRJ. The records, based on the participant observation and field diary, were analyzed in two thematic axes: 1) psychological interventions in the teamwork in the prenatal attendance, ultrasound examination and amniocentesis procedure; and 2) psychological interventions in cases of babies incompatible to the life. The results indicated that the psychologist in this service is essential to work in a multidisciplinary way at the prenatal care for high fetal risk pregnancies. Furthermore, the resident's preceptorship is relevant to their education and training for professional performance in the field of Perinatal Psychology.

Keywords: Malformations Congenital, Psychological Intervention, High Risk Pregnancy, Prenatal Care.

Intervenciones Psicológicas Necesarias: La Práctica Como Residente en el Servicio de Medicina Fetal

Resumen: Con los avances tecnológicos y la mejora de la práctica médica a través de la ecografía, ya se puede detectar posibles problemas en el feto desde el embarazo. El objetivo de este estudio fue analizar la práctica del psicólogo en el contexto de embarazos de riesgos fetal. Es un estudio cualitativo basado en un relato de experiencia como residente de psicología en el Servicio de Medicina Fetal de la Escuela de Maternidad de la Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Los registros, realizados en la observación participante y el diario de campo, se analizaron en dos ejes temáticos: 1) intervenciones psicológicas en el trabajo en equipo, en la consulta prenatal, ecografía y los procedimientos de amniocentesis; y 2) intervenciones psicológicas en casos de bebés incompatibles con la vida. Los resultados señalaron como fundamental la presencia del psicólogo en este servicio trabajando de forma multidisciplinar en la atención prenatal en el contexto de embarazos de alto riesgo fetal. Además, la tutela del residente es relevante para su educación y formación para el desempeño profesional en el campo de la Psicología Perinatal.

Palabras clave: Malformación Congénita, Intervención Psicológica, Embarazo de Alto Riesgo, Atención Prenatal.

Introdução

A gravidez e o parto não devem ser considerados momentos comuns da vida de uma mulher (Antunes & Patrocínio, 2007). Durante a gestação, o casal passa por intenso processo de transformação de diversas ordens (físico, psíquico, emocional e familiar) para receber um novo integrante na família. Winnicott (1988) destaca “a importância deste período de preparação” (p. 3), considerando que o tempo da gestação é necessário para “uma transformação importante na mulher” (p. 3), cujas mudanças também precisam alcançar o pai.

Intercorrências na gestação, como um diagnóstico de malformação fetal, requerem cuidado e atenção aos possíveis efeitos para os pais e seu processo de construção do vínculo afetivo com o filho. Tendo em vista que “o processo de tornar-se pai e tornar-se mãe é um longo percurso, que se inicia muito antes do nascimento de um filho” (Zornig, 2010, p. 456), as repercussões da notícia da malformação podem abalar essa construção dos pais. Para Machado (2012), ainda, “o diagnóstico de malformação fetal acarreta uma grande reviravolta emocional e põe à prova a capacidade dos pais de desenvolver afeto pelo feto” (p. 89).

Para o nascimento do bebê como um sujeito será preciso que ele alcance um lugar simbólico e seja objeto de investimento simbólico dos pais, ou seja,

será necessário e fundamental ter “afeto pelo feto”. Komniski, Chatelard e Carvalho (2017) reiteram, ainda, que “a existência do bebê só poderá ser garantida a partir do endereçamento do adulto que olha, enxerga, nomeia e banha de palavras” (p. 115). Para o bebê e seus pais há implicações psíquicas quando não se supõe o bebê enquanto sujeito e/ou diante da impossibilidade de poder recebê-lo enquanto tal. É esperado que os pais criem expectativas sobre o bebê por nascer, pressupondo-o como um filho saudável (Machado, 2012). Por isso, é essencial considerar as consequências de um diagnóstico de malformação na gestação, que é um tempo importante para a formação do laço afetivo entre os pais e o filho e a constituição subjetiva do bebê.

A patologia no bebê carrega limitações de ordens reais e imaginárias, atreladas à forma como tal patologia pode ser representada simbolicamente para os pais (Jerusalinsky, 2002). Vivenciar uma notícia de malformação no bebê durante o pré-natal ou logo após o nascimento não é algo imaginado ou simbolizado pelos pais. Nesse sentido, as famílias acompanhadas em um Serviço de Medicina Fetal podem necessitar de assistência psicológica, haja vista que receber uma notícia de malformação pode ser um fator de desorganização psíquica para a família. O momento da notícia da malformação atualiza

questões de filiações para os pais e possibilita o surgimento de falas atravessadas tanto por conteúdos conscientes como inconscientes.

Além disso, o trabalho do psicólogo no período da gestação e do nascimento é facilitado pela disponibilidade dos pais em falarem sobre a intensidade desse momento (Szejer, 1999). Embora cada vez se torne mais evidente a importância do psicólogo para atuar de forma multiprofissional e ativa no cuidado prestado em serviços de saúde, incluindo os Serviços de Medicina Fetal e outros, ainda existem dificuldades e limitações no trabalho do psicólogo. Por isso, é de suma relevância a discussão sobre as possibilidades de atuação do profissional de psicologia na assistência perinatal, campo que segue em construção (Queiroz, Azevedo, Cherer, & Chatelard, 2020).

Considerando a vulnerabilidade psíquica da população assistida em Serviços de Medicina Fetal, particularmente devido à angústia que um diagnóstico de malformação fetal gera para os pais, é desejável oferecer nesses serviços um acompanhamento psicológico que facilite o investimento simbólico da família naquela gestação, a fim de melhor receberem seu bebê real, diferente do imaginado. Baseado nisso e na importância de se discutir sobre as possibilidades de atuação do psicólogo nesse contexto, o objetivo geral deste estudo foi analisar qualitativamente a prática do profissional de psicologia no acompanhamento da gravidez de alto risco fetal, tomando como base a experiência como psicóloga residente em um Serviço de Medicina Fetal.

Método

Trata-se de um estudo qualitativo no formato de relato de experiência, que foi realizado com base na observação participante da primeira autora, psicóloga residente sob orientação das demais autoras preceptoras do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Perinatal da Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro (ME-UFRJ). A Maternidade Escola da UFRJ é um hospital de referência para diagnóstico e atendimento de gestações de alto risco fetal, por exemplo, gestações com confirmação de malformações fetais, que são acompanhados pelo Serviço de Medicina Fetal. O Serviço de Medicina Fetal da ME-UFRJ funciona com uma equipe de médicos, obstetras e ultrassonografistas, que trabalham sob enfoque multiprofissional com uma psicóloga *staff*

do Serviço de Psicologia da ME-UFRJ. Atualmente, o Serviço de Psicologia da ME-UFRJ conta com sete psicólogas *staffs* e quatro psicólogas residentes, que, alternadamente, no segundo ano de residência, passam pelo Serviço de Medicina Fetal como campo de prática para treinamento em serviço, sob preceptoria da psicóloga *staff* de referência.

Cabe destacar que a proposta deste estudo qualitativo é apresentar a construção de saber resultante de um processo de pesquisa e de experiência prática da psicóloga residente no Setor de Medicina Fetal. Para isso, foi usada a observação participante, adotada como parte essencial do trabalho de campo da pesquisa qualitativa. A observação participante é mais do que uma estratégia metodológica no conjunto da investigação, já que é, em si, um método que permite, como defende Minayo (2010), uma ampla compreensão da realidade, no caso, a experiência como psicóloga residente.

Além disso, foi adotado como instrumento de coleta de dados um diário de campo, chamado, neste estudo, diário de ressonâncias, no qual foram registradas as percepções e reflexões da psicóloga residente sobre sua prática profissional (atendimentos clínicos, discussões de casos com a equipe multiprofissional e supervisões com as preceptorias) a cada dia naquele setor. Para Minayo (2010), a observação participante e os diários de campo são ferramentas de pesquisa qualitativa que permitem registrar as impressões pessoais da experiência do pesquisador, incluindo, além das mudanças temporais, “conversas informais, observações de comportamentos contraditórios com as falas, manifestações dos interlocutores quanto aos vários pontos investigados... impressões e notas sobre as diferenciações entre falas, comportamentos e relações que podem tornar mais verdadeira a pesquisa de campo” (Minayo, 2010, p. 295).

Ressalta-se que a pesquisa qualitativa que originou este estudo foi devidamente aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição (CAEE N. 20234219.5.0000.5275). Somente após essa aprovação foi iniciada a coleta de dados por meio dos registros no diário de campo feitos durante o período de setembro de 2019 a fevereiro de 2020, tempo em que a psicóloga residente permaneceu em prática e treinamento no Serviço de Medicina Fetal.

A leitura e análise desses registros permitiram destacar dois eixos temáticos centrais para análise qualitativa do objeto de estudo deste trabalho, no caso

a experiência de prática profissional como psicólogo residente no acompanhamento à gravidez de alto risco fetal: 1) intervenções psicológicas necessárias no trabalho em equipe; e 2) intervenções psicológicas necessárias em casos de bebês incompatíveis com a vida. No primeiro eixo temático, foram elencadas três subcategorias para discussão: a) consulta de pré-natal; b) exame de ultrassonografia; e c) procedimento de amniocentese. A partir desses dois eixos temáticos extraídos da própria análise qualitativa dos registros no diário de ressonâncias, buscou-se estabelecer relações de interpretação entre a experiência como psicóloga residente e os referenciais teóricos aplicados ao campo de atuação.

Resultados e discussões

Intervenções psicológicas necessárias no trabalho em equipe

Consulta de pré-natal

Uma das estratégias de intervenção psicológica necessária e possível para o trabalho do psicólogo residente no Setor de Medicina Fetal foi sua presença durante a consulta médica de pré-natal, quando era adotada a consulta conjunta. A consulta conjunta é uma modalidade de ensino e intervenção advinda da interconsulta, que visa favorecer a assistência integral à saúde por meio da integração de diferentes saberes e práticas (Mello Filho & Silveira, 2005). Assim, percebeu-se que essa ferramenta contribuía para uma atenção integral e humanizada, além de ser uma estratégia para formação de laços afetivos de trabalho entre o psicólogo e as famílias assistidas, facilitando, também, a aproximação e vinculação com os membros da equipe.

A partir das consultas conjuntas, foi possível desenvolver parcerias de trabalho entre a equipe multidisciplinar e a psicóloga residente e sua preceptora, contribuindo, por exemplo, para que o médico compreendesse qual era o trabalho do psicólogo naquele setor e, então, pudesse solicitar a presença de profissionais do Serviço de Psicologia quando necessário. Além disso, por meio da consulta conjunta, médicos e psicólogas compartilhavam suas percepções técnicas sobre o trabalho, particularmente nos casos mais difíceis e complexos para ambas as profissões. Afinal, cuidar de alguém em sofrimento, incluindo

comunicar notícias difíceis, produz impactos subjetivos também para aqueles que cuidam (Santos, 2017).

Do ponto de vista das intervenções psicológicas na consulta conjunta, é necessário considerar que o atendimento do pré-natal tinha uma finalidade iminentemente médica, o que exigia certa cautela do profissional de psicologia, já que impunha um tempo cronológico próprio do atendimento médico. Por isso, pensar a intervenção psicológica de forma “ágil, focal e criativa, adequada ao tempo e ao *setting* onde a consulta se desenrola” (Mello Filho & Silveira, 2005, p. 150) seria uma premissa da atenção psicológica prestada no Setor de Medicina Fetal. Entretanto, muitas vezes, no primeiro contato com a paciente na consulta conjunta já era possível identificar a necessidade de acompanhamento psicológico individual, ainda que o contato para o agendamento do atendimento psicológico propriamente dito fosse realizado posteriormente, na sala de espera, após a finalização da consulta médica.

A experiência de atender de forma conjunta causava estranheza, em um primeiro momento, para alguns residentes médicos. Certa vez, uma profissional questionou: “Mas não seria importante um espaço só para você e a paciente?”. Foi importante a construção de uma resposta a essa profissional dizendo que nem sempre era possível um atendimento individual e que estar presente na consulta conjunta facilitaria à paciente, posteriormente, poder se endereçar à psicóloga que a acompanhava. Essa mesma profissional, que no início parecia um pouco resistente à presença do psicólogo nos “atendimentos médicos”, se mostrou uma importante parceira no trabalho multiprofissional com o passar do tempo.

Mello Filho e Silveira (2005) apontam que o psicólogo deve estar atento à relação médico-paciente quando atua em consulta conjunta, precisamente facilitando a comunicação e seus possíveis impasses. De fato, a presença da psicóloga na consulta médica pareceu propiciar mais uma oportunidade de a paciente se comunicar com o médico. Algumas vezes, quando o médico se retirava da sala de atendimento por breves momentos, a paciente se dirigia à psicóloga com perguntas, como “É que eu não entendi, por que estou nesse ambulatório, é grave o que meu bebê tem?” ou “Eu moro longe, como faço em relação ao parto para chegar até aqui?”, que surgiam após a aproximação da psicóloga. Essa proximidade,

por meio de uma postura acolhedora e disponível e com perguntas sobre a história da gestação, o nome do bebê e as percepções sobre o momento vivido, permitia um enlaçamento afetivo entre a paciente, seu acompanhante e a psicologia. Nessas situações, foi possível observar que, tão logo o médico retornava à sala de atendimento, as dúvidas da paciente eram direcionadas àquele profissional pela psicóloga, de forma cuidadosa, mas buscando que ele se disponibilizasse a atender aquelas demandas. Desse modo, a psicóloga estabelecia uma ponte de comunicação entre o médico e a paciente, por meio da estratégia da consulta conjunta, usada como recurso de intervenção que também se fez presente em outros dois momentos importantes, que serão analisados a seguir.

Exame de ultrassonografia (USG)

Participar do exame de ultrassonografia (USG) foi uma das formas priorizadas pelo serviço de psicologia para contato com as famílias e atendimento às gestantes que frequentavam o Serviço de Medicina Fetal da unidade estudada. A proposta de estar junto à equipe médica e/ou de enfermagem em um exame de ultrassonografia, assim como nas consultas de pré-natal, trazia benefícios, principalmente para a construção do vínculo afetivo-profissional com as gestantes e os pais e/ou outros familiares presentes.

Gomes e Piccinini (2005) ressaltam a necessidade de atenção para as consequências emocionais do exame de ultrassonografia. Quando se trata de um diagnóstico de anormalidade no feto, por exemplo, os autores indicam que as gestantes podem apresentar um estado de “extrema fragilidade emocional” (2005, p. 75). Especificamente naquele serviço, os aspectos emocionais se tornavam muito evidentes, já que as famílias atendidas eram encaminhadas para o serviço por uma alteração nos parâmetros avaliados durante a gestação que sugeriria a possibilidade de malformação fetal no bebê, membro da família que estava por vir.

A maioria das famílias atendidas no Serviço de Medicina Fetal tinham notícias de que algo não estava bem na gestação enquanto passavam por outros serviços. Quando era possível ouvir essas famílias antes do exame de USG, o que era priorizado pela psicóloga, mas nem sempre possível, as falas giravam em torno da grande expectativa de encontrar o médico especialista. As intervenções psicológicas eram, então, direcionadas para conhecer a história da família e do bebê gestado, bem como ter notícias, pela palavra

dos pais, sobre o que se passava naquele momento da gestação e com cada um deles. Informações mais pontuais, mas que já evidenciavam um mundo de construções simbólicas sobre o bebê atravessado pela possibilidade de uma malformação congênita, eram coletadas pela psicóloga para, pouco a pouco, ir compreendendo a situação da gestação.

A presença de uma psicóloga na USG causava bastante estranheza para alguns pacientes, que se assustavam com a simples apresentação do Serviço de Psicologia, com falas que expressavam questionamentos, como: “Mas por que mandaram você aqui? O doutor disse que meu caso é grave?”. Essas perguntas se repetiam diversas vezes. Como resposta, era explicado que aquele atendimento fazia parte da rotina do trabalho da psicologia para conhecer as famílias do serviço. Como protocolo, era solicitada a permissão das famílias para a presença e o acompanhamento de um profissional da psicologia no ato do exame, sendo esse pedido nunca negado. Uma paciente, após receber uma boa notícia sobre sua bebê no exame de USG, se voltou para a psicóloga e falou sobre a diferença que é poder contar com uma psicóloga durante o exame: “É bom, né? porque se tiver uma notícia ruim, tem alguém perto de você”. Curioso é que essa paciente não estava sozinha. A presença do companheiro, pai, e/ou de um familiar é muito importante. Não se trata de uma simples substituição da rede de apoio da paciente, mas de que o acompanhamento dos profissionais de saúde, no caso o psicólogo, é de outra ordem e tem outra função. É a função, em si, de oferecer suporte psicológico com um convite à palavra e à reflexão de todos sobre aquele momento.

Em razão de o estudo ter sido realizado em um hospital universitário, durante o exame de USG, não era incomum que as salas ficassem repletas de alunos e que o exame se parecesse com uma aula e exposição acadêmica. Nesse momento, as intervenções psicológicas junto à paciente se voltavam mais para as reações da gestante do que para as imagens do feto no monitor do aparelho de USG. A psicóloga costumava permanecer ao lado da paciente, à beira da maca de exame e atenta às reações que ela expressava. Muitas vezes, a paciente também estava concentrada e atenta às imagens do seu bebê, sendo esse um momento de poucas palavras.

O exame costumava ser iniciado por um médico residente e finalizado pelo médico *staff*. O médico *staff*,

ao entrar na sala, tinha como rotina se apresentar para a paciente, informar que se comunicaria com os alunos em uma linguagem técnica, mas que, ao finalizar o exame, explicaria todos os resultados com calma e linguagem compreensível. É claro que, ainda assim, existia o impacto das palavras do médico sob a paciente, mesmo que ela não entendesse as nuances da sua fala. Por isso, por vezes, o médico já dava as notícias positivas quando estava tudo bem, antes mesmo que terminasse o exame. Essas impressões foram corroboradas pelos achados de Chazan (2007), em seu estudo antropológico sobre o ultrassom obstétrico, que reafirma que “os médicos tinham noção clara da importância da palavra, assim como das atitudes que tranquilizavam as gestantes” (p. 90).

Ao fim do exame, o médico *staff* se voltava à família para apresentar sua avaliação do caso. No caso das famílias nas quais a malformação fetal era descartada, instaurava-se uma sensação de alívio e agradecimento. Nos outros casos, quando a malformação fetal era confirmada ou havia a necessidade de seguir uma investigação mais ampla, pairavam dúvidas e incertezas. Araujo e Leitão (2012) chamam atenção para a delicadeza na comunicação de notícias difíceis por envolver aspectos emocionais e subjetivos complexos. Esse momento marca a vida das famílias, tendo “potencial de causar mudanças drásticas na vida deles e comprometer definitivamente sua perspectiva de futuro, suscitando angústia e sofrimento” (Lech, Destefan & Bonamigo, 2013, p. 69). Por isso, era importante acompanhar de maneira mais próxima o fim do exame de USG por ser um momento das notícias, muitas vezes, mais difíceis.

Por mais que a literatura indique defasagem na formação médica para a comunicação de notícias difíceis (Araujo & Leitão, 2012), isso não foi observado na experiência relatada neste estudo. Pelo contrário, os médicos ultrassonografistas da unidade estudada – talvez pela vasta experiência e pela constante necessidade de lidar com esse momento – costumavam dar a notícia com precisão e sensibilidade. Araujo e Leitão (2012) reafirmam, ainda, que a comunicação eficaz entre o médico e a família assistida é importante, já que ela pode favorecer a vinculação entre eles e os demais profissionais da equipe de cuidado, pela confiança gerada. Esse foi um resultado também percebido neste estudo, quando a maioria das pacientes e seus companheiros demonstravam existir um vínculo marcado por afeto com a equipe de cuidado, ficando eles referenciados à instituição.

Geralmente a psicóloga acompanhava o médico na comunicação da notícia. Em certo momento, ele se retirava, dando espaço para a intervenção psicológica. A psicóloga continuava, então, com a família, cuidando das repercussões psicológicas, do turbilhão de emoções e sentimentos ambivalentes que ali se apresentavam. Dependendo da avaliação da psicóloga sobre o impacto e as possíveis repercussões do momento da notícia, o atendimento psicológico ocorria no próprio local do exame. Outras vezes, quando a situação exigia, o casal era encaminhado para a sala de psicologia para um atendimento mais privado e acolhedor. Acompanhar notícias difíceis foi tema central de diversas preceptorias da psicóloga residente (supervisão dos casos com a psicóloga *staff*), principalmente pela angústia que esse momento causava. Diversas vezes, ao sair de um atendimento muito intenso, de muitas lágrimas dos pais e poucas palavras, a angústia se fazia presente e era preciso recorrer à preceptoria antes de retornar para um novo atendimento. Nas supervisões com a preceptoria, surgiam questões em relação às possibilidades de intervenção psicológica nesses casos, com dúvidas e questionamentos sobre se a conduta adotada havia sido suficiente.

Segundo Santos (2017), é fundamental que o trabalho do psicólogo não seja solitário, especialmente em situações que envolvem temáticas sensíveis, como o luto e as perdas. Nesse sentido, visando a preparação do profissional de psicologia, este estudo ressalta a importância das supervisões clínicas com os preceptores, bem como as discussões sobre as intervenções nos casos acompanhados institucionalmente. Esses podem ser recursos essenciais para a formação do psicólogo numa perspectiva clínica perinatal, o que corrobora os achados de Santos (2017) ao constatar que a preceptoria é crucial para que o residente consiga realizar os atendimentos, até os mais difíceis. A supervisão da preceptora ajudou, ainda, a sustentar o trabalho como psicóloga residente no Serviço de Medicina Fetal, com o oferecimento, também, de um espaço que incluía a dimensão de amparo, em um contexto de desamparo tão radical vivenciado por aquelas gestantes e suas famílias, que não passava despercebido pela equipe profissional.

Procedimento de amniocentese

Apesar de existirem outras indicações, o estudo citogenético é a razão mais frequente, atualmente,

para se realizar um procedimento de amniocentese. Tal estudo tem como resultado o cariótipo fetal, que pode indicar a presença das síndromes genéticas mais frequentes. É um procedimento considerado invasivo e com riscos, ainda que mínimos, para a gestação, em torno de 0,5%, conforme a literatura indica. Para realização do procedimento de amniocentese, é utilizada uma agulha para a punção do líquido amniótico, monitorada constantemente pela ultrassonografia (Magalhães, 2000).

A possibilidade de realizar procedimento de amniocentese com estudo do cariótipo fetal é ofertada às pacientes acompanhadas pelo Serviço de Medicina Fetal da unidade estudada, cujos parâmetros se apresentaram alterados na USG de primeiro trimestre. Tal USG é uma triagem dos casos de risco fetal, a partir, especialmente, do estudo da translucência nucal (TN), ou seja, da medida do osso nasal e da doppler fluxometria do ducto venoso. Analisando esses parâmetros com outros dados, é calculado, a partir de um *software*, os riscos de alterações fetais, sobretudo para algumas síndromes, como as trissomias dos cromossomos 21 (Síndrome de Down), 13 (Síndrome de Patau) e 18 (Síndrome de Edwards). Baseado nisso, são apresentados ao casal os riscos para essas anomalias, mas não um diagnóstico preciso (Gollop, 2016). Desse modo, o exame do cariótipo pela amniocentese é um procedimento oferecido ao casal, que pode recusar ou aceitar.

A decisão de realizar o procedimento de amniocentese inclui delicadezas do ponto de vista subjetivo, pois coloca em questão a chance de saber com maior exatidão se o bebê tem alguma síndrome, dentre as mais comuns. Além disso, a realização de um procedimento invasivo, cujos riscos, ainda que mínimos, existem, é um fator de angústia para os casais. A realização ou não da amniocentese é uma decisão que cabe aos pais. Pelo entendimento de que não é uma tomada de decisão simples, a equipe médica do Serviço de Medicina Fetal costuma oferecer um intervalo para que a decisão seja tomada, o que é muito importante e necessário do ponto de vista emocional e subjetivo. Corroborando a constatação de Araujo e Leitão (2012) de que “por mais explícita que tenha sido a informação, é preciso lembrar que, no momento de receber uma má notícia, ninguém consegue reter toda a informação que lhe é dada” (p. 61), esse intervalo de tempo para o casal pensar, juntos, em casa, sobre as implicações do procedimento

pareceu essencial para uma decisão mais acertada e cuidadosa. Importante ressaltar que se trata de um procedimento com o qual eles poderão tomar ciência de que seu bebê terá ou não uma síndrome genética, o que representa grande impacto para desconstrução abrupta do filho idealizado.

Observou-se, ainda, durante a experiência como psicóloga residente, que não houve consenso imediato pelos casais acompanhados sobre realizar ou não o procedimento. Em geral, a decisão foi atravessada, principalmente, pela dinâmica de organização psíquica e emocional de cada família. Para alguns casais, era crucial ter a certeza mais imediata sobre a existência ou não de alguma síndrome ou se o filho seria compatível à vida fora do útero. Para outros, o que ficava em destaque era o 0,5% de risco de malformação detectado pelo exame, o que fazia sobressair o medo de perder a gestação em detrimento do interesse em saber sobre alguma síndrome no filho. Também existiram os casais em que a recusa estava ligada ao fato de que ter certeza ou não de uma síndrome rara não mudaria a decisão de seguir com a gravidez, o que sustentava a decisão por não realizar o exame.

Freud (1914/1974c), no seu trabalho “Sobre o narcisismo: uma introdução”, aborda que, ao analisarmos uma relação entre pais e filhos, podemos reconhecer que se trata de uma “revivescência e reprodução” (1974c, p. 107) do narcisismo dos próprios pais. Ainda nesse texto, Freud (1914/1974c) utiliza a expressão “sua majestade, o bebê” (Freud, 1914/1974, p. 108c) para abordar como o filho se torna o centro das atenções e cultiva a promessa de realizar tudo aquilo que os pais não puderam ser ou ter, mas que desejaram. Para além disso, ter um filho também asseguraria a “imortalidade do ego” (Freud, 1914/1974c, p. 108) para os pais, escancarando, mais uma vez, a natureza narcísica dessa relação.

Nesse aspecto, é possível ponderar que receber o diagnóstico exato de uma síndrome no filho, pautado no resultado do cariótipo ainda durante o pré-natal, é extremamente complexo. Em alguma medida, pelo ponto de vista narcísico, o diagnóstico retorna aos próprios pais, abrindo uma ferida narcísica. Para alguns pais, adiar esse momento do diagnóstico e viver a gestação sem o resultado de um exame que definiria a malformação do filho e, indiretamente, sua própria “deformação” pode ser uma decisão que

viabilizaria seu investimento simbólico no filho que está por vir.

Sobre a escolha por não realizar o procedimento de amniocentese, inclui-se, ainda, a incerteza de que seja ou não uma síndrome incompatível com a vida, o que, de alguma forma, envolve a decisão de uma antecipação terapêutica do parto. Tomar conhecimento de um diagnóstico com prognóstico tão complexo é extremamente angustiante. Um pai, sobre a decisão de não fazer a amniocentese, traz o seguinte relato durante o atendimento psicológico: “De que adianta eu saber o dia que vou morrer?”. Esse pai foi firme na decisão de que viveria a gestação daquele filho de forma intensa até quando fosse possível, o que evidencia uma posição subjetiva paterna. Por outro lado, para outros pais, era ainda mais angustiante não saber o resultado do cariótipo e viver o resto da gestação com a dúvida, como ilustra a fala de um casal em outro atendimento psicológico: “Queremos saber logo para nos prepararmos para recebê-lo!”.

O posicionamento subjetivo de cada casal foi facilitado ao longo dos atendimentos psicológicos, marcados sempre pela escuta e fala do profissional com perguntas que possibilitaram trazer à tona a palavra de cada um dos pais do bebê. Logo, fazer perguntas na direção de dar voz ao que cada um pensava sobre a possibilidade da amniocentese, por exemplo, mostrou ser uma intervenção psicológica importante para a tomada de decisão e posição subjetiva dos pais. Essas perguntas abriam espaço subjetivo para que cada um dos pais pudesse dizer o que pensava e o que a decisão representava para eles. Quando a família de fato decidia pelo exame, era oferecida, ainda, a presença da psicóloga durante o procedimento.

Por sua vez, a entrega do resultado do estudo do cariótipo fetal era um acontecimento muito significativo na vida do casal e na sua relação com o bebê que estava por vir (o bebê gestado). Por isso, a presença do psicólogo era priorizada nesse momento e, muitas vezes, convocada pela equipe médica, particularmente quando se tratava do resultado de alguma síndrome genética. Assim, estar com o médico no momento da entrega do resultado também foi uma intervenção psicológica possível junto à equipe e ao casal. Logo, foi possível e necessário o trabalho do psicólogo durante o procedimento de amniocentese, tanto na coleta do exame quanto na entrega do resultado.

Intervenções psicológicas necessárias em casos de bebês “incompatíveis com a vida”

A espera de um bebê reverbera fortemente no imaginário social como um momento repleto de felicidade, já que “a chegada de um bebê ao mundo é sempre descrita com tons fortes de emoção” (Komniski et al., 2017, p. 114). Nascer é frequentemente associado à vida e à esperança, mas nos casos atendidos pelo Serviço de Medicina Fetal nem sempre a gestação e o nascimento eram momentos repletos de felicidade. O que é vinculado a um espaço de vida – a maternidade – traz também a marca da morte, da perda e da dor. É urgente dar lugar ao fato de que a vida contém a morte. Não foram raros os encontros com situações de perdas gestacionais e neonatais, risco de vida para o bebê, presença de malformações na gestação e/ou no nascimento durante a prática como psicóloga residente naquele serviço.

Pode parecer incoerente que durante uma gravidez seja necessário conviver tão de perto com a morte. Mas, apesar de inimaginável, morte e vida podem coexistir em intensa sintonia, como quando se recebe um diagnóstico de gravidez com feto incompatível com a vida fora do útero. A anencefalia, por exemplo, é geralmente o mais conhecido diagnóstico de incompatibilidade com a vida. No entanto, não é o único. Para além da anencefalia, existem outras patologias fetais consideradas incompatíveis com a vida, como os casos graves das trissomias 13 e 18, de síndromes como a Body-Stalk, Agenesia Renal Bilateral, Pentalogia de Cantrell com ectopia cordis (Gollop, 2016).

Ao receber um diagnóstico de anencefalia do feto durante o pré-natal, é disponibilizada ao casal a possibilidade de legalmente interromper a gestação, sem a necessidade de alvará judicial, a partir da decisão do Superior Tribunal Federal, de 2012. Nos outros casos mencionados, de fetos seguramente incompatíveis com a vida, é necessário o alvará judicial para a interrupção legal da gestação, caso essa seja a decisão do casal, especialmente da mulher (Gollop, 2016). Importante ressaltar que, durante a realização deste estudo, todas as famílias com diagnóstico de uma gestação com feto incompatível com a vida assistidas no Serviço de Medicina Fetal da instituição estudada tiveram acompanhamento psicológico, com reconhecida necessidade por estudos sobre o tema (Benute,

Nomura, Lucia, & Zugaib, 2006; Gollop, 2016; Patrício, Gregório, Pereira, & Costa, 2019). Esses casos são priorizados pelo Serviço de Psicologia da unidade estudada, com o acompanhamento desde o momento da notícia aos casais cuja gestação tem um prognóstico letal para o feto.

Após o psicólogo acompanhar a comunicação da notícia pela equipe médica, a gestante e/ou o casal eram atendidos de forma individualizada na sala do Serviço de Psicologia. Os atendimentos psicológicos nessas situações sempre eram extremamente difíceis. Um atendimento, em especial, foi muito marcante durante o período como psicóloga residente no Setor de Medicina Fetal. Um casal jovem, a mulher quase não falou com palavras, somente com lágrimas, parecendo carregar muito sofrimento, só consegui dizer que não conseguia falar. O homem falou um pouco mais, reafirmando as notícias sobre a gravidade do bebê, mas permeadas, ao mesmo tempo, pela esperança de que tudo ficasse bem. Ao final, foi sugerido a eles que retornassem para um novo atendimento, quando ela somente disse: “Não consigo responder”.

Na pesquisa realizada por Patrício et al. (2019) foram entrevistadas oito mulheres que receberam o diagnóstico de malformação fetal incompatível com a vida. As autoras, por meio dos achados de sua pesquisa, destacam também o momento de receber essa notícia, permeada pelo choque que gera uma gama de sentimentos, desde a inutilidade até o desespero, que, segundo as autoras, poderiam se manifestar “na forma de choro, tristeza e dúvidas frente ao desconhecimento do diagnóstico, patologia e negação da notícia” (p. 134). Os resultados encontrados pelas autoras dialogam com o fragmento do caso anteriormente apresentado. O pai oscilava entre uma forma de negação, cultivando esperanças de que tudo ficasse bem, e um encontro com a dureza do diagnóstico. Já a mãe demonstrava certo desespero por meio de choro intenso. Essa dinâmica se repetia com certa frequência entre outros casais, com oscilação entre eles, pois quando um estava mais angustiado e mobilizado pelo diagnóstico, o outro parecia mais esperançoso e positivo.

Nos registros do diário de ressonâncias, foi possível perceber também o desconforto e a angústia como psicóloga no momento do anúncio aos pais sobre a incompatibilidade do bebê com a vida. Mais uma vez,

a supervisão da preceptoria, realizada pela psicóloga *staff* do Serviço de Medicina Fetal, foi essencial para o processo de reflexão e elaboração do lugar do profissional de psicologia naquele serviço. Dessa forma, a psicóloga residente se instrumentalizava para uma escuta sensível do casal atingido pela notícia. Para ilustrar tal situação, apresenta-se a analogia que um casal usou para interpretar a notícia do diagnóstico: receber a notícia de malformação de um filho incompatível com a vida é como cair em um abismo, sendo que, enquanto se cai, não é possível falar e/ou pensar, somente cair.

Após receber um diagnóstico tão delicado, é apresentado para a família o recurso da interrupção da gestação, também nomeada antecipação terapêutica do parto, o que é direito do casal adquirido por pedido judicial. Nesse caso, como é precisamente apresentado por Santos, Böing, Oliveira e Crepaldi (2014), “as duas opções, interromper ou levar a termo a gestação, implicam em sofrimento” (p. 67). Esse ponto apareceu em quase todos os atendimentos psicológicos de casais que tinham a possibilidade de decidir legalmente por interromper a gestação. Para alguns casais e até alguns membros da equipe de saúde, decidir o quanto antes pela interrupção da gestação seria o caminho mais fácil, menos doloroso e, desse modo, mais rápido de se esquecer, como se fosse possível simplesmente apagar a história da gestação e do bebê. No entanto, de acordo com o que já foi discutido, o trabalho de vinculação afetiva entre pais e bebês é anterior ao próprio momento da gestação (Muza, Sousa, Arrais, & Iaconelli, 2013). Além disso, o desejo de ser pai ou mãe envolve questões narcísicas que impossibilitam que o sentimento em torno da perda de um filho seja indolor.

Durante os atendimentos psicológicos à gestante e/ou ao casal, muitas vezes, as intervenções sinalizavam que não havia escolha fácil. Ambos os caminhos, levar a gestação adiante ou escolher pela interrupção, implicavam sofrimento e dificuldades. Logo, tratava-se da “escolha possível” para cada família. Essa intervenção parecia permitir que as falas sobre o bebê fossem produzidas sugerindo que, naquele momento do atendimento, ele estava vivo. Mesmo que tão precoce, com, às vezes, apenas 14 semanas de gestação, o bebê já tinha um lugar só dele, um nome, um quarto sonhado e até mesmo padrinhos e

madrinhas. Desse modo, a intervenção psicológica baseava-se em sustentar e reafirmar um lugar e uma existência para aquele bebê na vida daquelas famílias, para, assim, ser possível uma perda e, depois, as chances de um trabalho de luto.

Freud (1917/1974a), no texto “Luto e melancolia”, se debruçou sobre o processo psíquico do luto. De acordo com o autor, o luto é condição normal diante de uma perda objetal significativa, ou seja, a perda de um objeto que obteve investimento libidinal. Sendo assim, para que o processo de elaboração de luto seja possível, é necessário que tenha ocorrido, em determinado momento, um investimento no objeto que se perdeu. Parkes (1998) também destaca que o luto não é um estado, mas um processo. O autor destaca, ainda, como, no luto, dificilmente todas as perdas atreladas àquilo que foi perdido ficam evidentes com precisão, situando as abrangentes dimensões de uma perda.

O trabalho do luto inicia a partir do teste da realidade, que anuncia a morte do objeto amado (Freud, 1917/1974a). De outro modo, quando o teste da realidade corrobora a constatação da não existência do objeto, se facilita o trabalho de luto. Muza et al. (2013) destacam, ainda, as dificuldades em torno da presença desse teste de realidade em situações de malformação grave, expondo que a tendência cultural nesses casos “é de desaparecer com os vestígios da existência do bebê” (p. 36), o que pode dificultar a elaboração dessa perda. Diante de situações de malformações fetais, há comumente o não reconhecimento social da perda, o que também pode gerar complicações para o processo de luto. O enlutado – ignorado socialmente e reprimido – pode ser exposto a uma intensificação da vivência do luto.

Por sua vez, o enfrentamento da experiência do luto é facilitado quando existe suporte social ao enlutado (Parkes, 1998; Santos, 2017). Observa-se, assim, que, embora o luto seja um processo natural diante de uma perda, existe a complexidade no processo de enlutamento que pode colocar o sujeito transitoriamente em uma posição frágil e vulnerável, do ponto de vista psíquico (Santos, 2017). Nesse sentido, nota-se a importância do trabalho do psicólogo na maternidade, cuidando de forma primária das reverberações de uma perda tão significativa como é a perda de um filho.

Estudo de Benute et al. (2006) evidenciou que a maioria das mulheres que passaram por uma

interrupção legal da gestação lembravam do que foi vivido com frequência, o que também foi observado neste estudo. A partir dos atendimentos psicológicos e das reflexões sobre eles, foi possível perceber que o casal considerava seu bebê incompatível com a vida como um marco permanente na sua história de vida, pessoal, do casal e da família. Sendo assim, o trabalho psíquico para reafirmar a existência desse filho perdido possibilita que os pais o incluam na sua vida quando falam sobre ele, choram por ele, vivem a existência e a morte dele, o que é muito importante.

No que diz respeito às famílias que decidiram pela interrupção da gestação, a maior parte percebia o ato como uma forma de cuidado e de proteção ao filho, já que pairava no imaginário deles o receio de que esse bebê sofresse ao nascer ou precisasse de muitos aparelhos e intervenções dolorosas para alguns poucos instantes de vida, o que é corroborado por Patrício et al. (2019). Importante ressaltar aspectos significativos do acompanhamento psicológico dos casais que decidiram pela interrupção da gestação, como a possibilidade de falar sobre a decisão durante o período de espera pela autorização judicial, momento de muita ansiedade. Essa ansiedade e angústia pela decisão eram elaboradas durante as conversas sobre a internação, o procedimento de interrupção da gestação e a indução do parto. Durante os atendimentos psicológicos, foi possível notar o espanto das pacientes quando o momento do parto era abordado, como se, diante da interrupção da gestação, isso não fizesse parte do processo. A fala de uma paciente ilustra essa situação: “Nossa, não pensei que seria assim. Mas é verdade, terei um parto”.

Sobre a intervenção em torno do procedimento de interrupção da gestação e do parto, Patrício et al. (2019) destacaram que pode ser importante falar sobre o procedimento, pois atenuaria o sofrimento vivido. Benute et al. (2006) também ressaltam que o momento da internação pode envolver grande sofrimento. Baseado nisso, favorecer que os casais falassem o que pensavam sobre como seria o processo de interrupção da gestação foi considerado relevante e potente como intervenção psicológica naquela experiência como psicóloga residente no setor de medicina fetal.

Durante esse período de experiência como psicóloga residente, no acompanhamento de um casal que escolheu seguir com a gestação de um bebê incompatível com a vida, foi notado que a posição do casal

era marcada por crenças religiosas, que não o impedia de estar ciente da gravidade da situação. No entanto, para eles, foi necessário passar por toda a gestação, como se permitissem um tempo de vida para esse filho, cultivando, também, alguma esperança de que um milagre acontecesse. Assim, como encontrado em estudo de Patrício et al. (2019), esses casais “acreditavam que era necessário vivenciar essa experiência como um todo para uma aprendizagem pessoal de vida” (p. 135).

O acompanhamento psicológico desses casais durante a internação tinha continuidade pela psicóloga de referência do caso. Nesses casos, a intensidade da internação gerava, ainda, uma abertura para a emergência de questões de urgência psicológica. Com a realização do procedimento de interrupção terapêutica da gestação, a perda do bebê, em muitas situações, passava a ser vista como uma ruptura significativa associada ao término da gravidez. A marca dessa ruptura e o encerramento da gestação, pela ausência dos movimentos fetais ou pelo cessar dos batimentos cardíacos, possibilitavam um encontro com o concreto que o término de uma vida impõe. Nesse aspecto, a constatação da morte do bebê desdobrava-se na possibilidade de abertura para um trabalho subjetivo em torno das questões de perda e luto.

Nesses atendimentos à beira do leito, tanto na enfermaria quanto no centro obstétrico, o entrelaçamento da dor física e da dor emocional da perda tornava-se evidente. Talvez aquela abertura ao trabalho subjetivo por meio da fala estivesse especialmente relacionada à exposição dessas dores e à urgência dos momentos que se seguiam, como a vivência intensa de um parto que resultaria no encontro e na despedida com seu bebê sem vida. Nesse sentido, os atendimentos foram marcados por intervenções voltadas para esse momento de despedida. Assim, introduzíamos aos pais a possibilidade de verem o filho, segurá-lo no colo, nomeá-lo e despedirem-se dele. Muitas vezes, essas intervenções já haviam sido apresentadas durante as consultas psicológicas no pré-natal e no acompanhamento pelo Serviço de Medicina Fetal, contudo, alguns pais só se mostravam dispostos a pensar e aceitar isso com a proximidade do nascimento do bebê.

Benute et al. (2006) destacam que essa escolha – de ver ou não o bebê morto – é pessoal e precisa ser respeitada. No entanto, cabe sublinhar que essa

decisão não é fácil de ser tomada e que, por isso, é importante que seja refletida, especialmente com apoio psicológico. Assim, falar sobre o momento da chegada do bebê era um tema que atravessava o acompanhamento psicológico dos casais atendidos pelo Setor de Medicina Fetal. Naquele cenário, a intervenção psicológica tomava a direção de demarcar esse momento como único e que merecia ser pensado com muito cuidado. Conforme estudo de Patrício et. al (2019), a decisão de ver ou não o bebê não se encerra com o fim do momento do parto, é algo que pode ecoar em outros momentos da vida. Assim, as autoras pontuam que algumas mulheres podem não se sentir preparadas para tal experiência. Todavia, vale o questionamento de qual tipo de preparação é possível para a despedida de um filho, já que a única garantia parece ser de que haverá algum tipo e nível de sofrimento psíquico envolvido naquele momento.

Considerando a impossibilidade de que exista um retorno para o momento de conhecer e despedir-se do bebê, um dos trabalhos possíveis de serem realizados com as famílias nessa situação é incluir, na intervenção psicológica, a singularidade desse encontro entre os pais e o filho morto. Mesmo quando esse encontro não era possível para os casais atendidos no momento imediato do parto, essa intervenção psicológica era incluída como uma possibilidade que poderia ocorrer em novo momento, ainda durante a internação e/ou no momento antes do sepultamento. Parkes (1988) ressalta que os danos aos enlutados de não se envolverem em rituais de luto devem ser considerados. Particularmente sobre a perda de um feto, esse autor discorre sobre a importância do reconhecimento desses rituais, bem como de sua oferta aliada ao apoio emocional às mulheres que vivenciam a perda, incluindo a chance de ver o filho morto.

Assim, reafirmou-se na experiência como psicóloga residente no Setor de Medicina Fetal a importância de oferecer e possibilitar aos pais que vejam seu filho morto em rituais de luto que podem facilitar a elaboração da perda e do luto pelo filho. Na realidade da experiência como psicóloga residente foi possível, inclusive, se surpreender com a forma como os pais puderam olhar para o bebê, enxergando muito além do corpo morto, encontrando ali um filho de fato. Os pais reconheciam seus traços no corpo do bebê, mesmo quando havia malformações. Diante disso, uma intervenção psicológica foi necessária para facilitar o encontro dos pais com o corpo do bebê.

Considerações finais

Vivenciar algumas intervenções possíveis e necessárias no trabalho do psicólogo nas gestações e nascimentos que envolvem malformação fetal permitiu refletir sobre a importância do acompanhamento psicológico para os pais, os bebês e a equipe de saúde em serviços de medicina fetal. Para tal, entende-se como essencial que o psicólogo tenha uma formação profissional adequada e voltada para esse tipo de trabalho, visando a assistência integral às famílias. Neste estudo, constatou-se, ainda, como foi importante a presença constante da preceptoria para essa formação por meio das supervisões clínicas e discussões dos casos. Isso permitiu promover maior aprofundamento do trabalho da psicóloga residente naquele serviço, com reflexos para sua atuação mais ampla no campo da psicologia perinatal. Nesse sentido, a proposta dos programas de residência multiprofissional se faz bastante necessária, já que, por meio de uma proposta de treinamento em serviço, a formação de psicólogos viabiliza o aprendizado de um manejo clínico adequado e sensível às situações de perdas de casais e famílias atendidas em Serviço de Medicina Fetal.

Os achados deste estudo confirmam e destacam a presença do psicólogo nesses serviços como imprescindível, sobretudo quando formados adequadamente para atender as urgências psicológicas próprias dos diferentes cenários do campo da psicologia perinatal. Ainda que os cenários de atuação do psicólogo nesse campo não sejam óbvios e, por vezes, confortáveis, foi possível verificar que a presença do psicólogo na consulta pré-natal, no exame de ultrassonografia e no procedimento de amniocentese, acompanhando as famílias assistidas no momento da notícia de um diagnóstico difícil, se faz crucial, tanto para o suporte da equipe médica como para o acompanhamento posterior do casal. No cenário de um Serviço de Medicina Fetal, o psicólogo está nos momentos reais em que tudo acontece. Por isso, ele representa um suporte importante às famílias desde o momento da notícia, podendo facilitar a vivência da perda e do luto por meio de intervenções possíveis e sensíveis à urgência do momento.

Conclui-se que o trabalho multiprofissional junto aos demais membros da equipe se mostrou fundamental para um melhor atendimento às famílias. Dito isso, faz-se importante o esforço constante na construção de um cuidado integral que ultrapasse a multidisciplinaridade e se transforme em interdisciplinar, dada a

complexidade da temática. Estudos mais aprofundados em relação a cada um dos pontos trabalhados neste estudo são necessários. Cabe ponderar também que não foi possível aprofundar algumas discussões, já que este estudo é o recorte de um trabalho mais amplo de muitos anos e dedicação de diversas psicólogas *staffs* do Serviço de Psicologia da instituição estudada como preceptoras dos psicólogos residentes nos diferentes serviços pré-natais da instituição, incluindo o Serviço de Medicina Fetal.

Além disso, cabe reforçar que a psicologia perinatal é um campo em construção, que necessita de mais estudos e reflexões sobre as possibilidades de intervenção específicas do psicólogo na clínica que esse campo exige. Diante do exposto, reforçamos como muito necessário propor um cuidado ampliado, para além da mulher grávida, que se estenda aos seus familiares. Baseados nesta experiência, destacamos também que a posição do pai merece ser mais bem estudada, especialmente nas situações de fetos incompatíveis com a vida. Nesse sentido, é importante incluí-lo sem deixá-lo num lugar delicado, já que a perda simbólica do filho gerado ocorre para ambos, mesmo que a perda real ocorra no corpo da mulher. Importante também pontuar que um acompanhamento cuidadoso do casal após o processo de internação, quer seja para o parto ou para a interrupção eletiva da gestação, é necessário. Seguir com o acompanhamento psicológico e, se for o caso, providenciar um encaminhamento cuidadoso para dar continuidade à assistência ao casal também devem ser considerados. Particularmente sobre os bebês incompatíveis com a vida e seus pais, foi possível notar que se trata de situações extremamente difíceis e marcadas por sofrimento. No atendimento psicológico a essas famílias, é fundamental oferecer uma escuta cuidadosa, que considere as possibilidades e impossibilidades de cada casal. Às vezes, pode ser preciso, inclusive, reintroduzir a vida sem escamotear a morte, pois, até o momento da notícia do diagnóstico de incompatibilidade com a vida, havia um investimento naquele filho, ou seja, na vida dele.

Por fim, é importante que as intervenções psicológicas para essas famílias ofereçam suporte para eles tomarem a decisão que for possível, sem colocar um peso a mais na morte nos casos de interrupção da gestação, por exemplo. Nesses e em todos os casos, é importante que seja respeitado o lugar do bebê perdido, a fim de promover a reorganização psíquica

dos pais e da família, para além do sentimento de luto e do processo de elaboração da perda. Com um tom poético, tomamos a afirmação de Freud (1916/1974b) para concluir sobre a importância de facilitar a elaboração do luto: “Uma flor que dura apenas uma noite nem por isso nos parece menos bela” (1974b, p. 346).

Com isso, ressaltamos que nos casos atendidos em Serviço de Medicina Fetal pode existir uma relação entre pais e filho, real e malformado, já marcada pela intensidade de um tempo curto, mas precioso, que exige a sensibilidade, possível, necessária e própria, do trabalho psicológico no campo perinatal.

Referências


- Antunes, M. S. C., & Patrocínio, C. (2007). A malformação do bebê: Vivências psicológicas do casal. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 8(2), 239-251.
- Araujo, J. A., & Leitão, E. M. P. (2012). A comunicação de más notícias: Mentira piedosa ou sinceridade cuidadosa. *Revista do Hospital Universitário Pedro Ernesto*, 11(2), 58-62.
- Benute, G. R. G., Nomura, R. M. Y., Lucia, M. C. S., & Zugaib, M. (2006). Interrupção da gestação após o diagnóstico de malformação fetal letal: Aspectos emocionais. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetria*, 28(1), 10-17. <https://doi.org/10.1590/S0100-72032006000100003>
- Chazan, L. K. (2007). *“Meio quilo de gente”: Um estudo antropológico sobre ultrassom obstétrico*. Fiocruz.
- Freud, S. (1974a). Luto e melancolia. In S. Freud, *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. XIV, pp. 275-291). Imago. (Trabalho original publicado em 1917)
- Freud, S. (1974b). Sobre a transitoriedade. In S. Freud, *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. XIV, pp. 345-348). Imago. (Trabalho original publicado em 1916)
- Freud, S. (1974c). Sobre o narcisismo: uma introdução. In S. Freud, *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. XIV, pp. 89-119). Imago. (Trabalho original publicado em 1914)
- Gollop, T. (2016). Anencefalia e malformações fetais. In V. Zanello, & M. Porto (Orgs.), *Aborto e (não) desejo de maternidade(s): Questões para a Psicologia* (pp. 67-74). Conselho Federal de Psicologia.
- Gomes, A. G., & Piccinini, C. A. (2005). A ultrassonografia obstétrica e a relação materno-fetal em situações de normalidade e anormalidade fetal. *Estudos de Psicologia*, 22(4), 381-393. <https://doi.org/10.1590/S0103-166X2005000400006>
- Jerusalinsky, J. (2002). É possível prevenir ou só resta remediar? In J. Jerusalinsky (Org.), *Enquanto o futuro não vem* (pp. 224-256). Ágalma.
- Komniski, P. C. N. V., Chatelard, D. S., & Carvalho, I. S. (2017). Encontros e desencontros: Do nascimento à constituição do psiquismo. *Estilos Clínicos*, 22(1), 113-131. <http://dx.doi.org/10.11606/issn.1981-1624.v22i1p113-131>
- Lech, S. S., Destefan, A. dos S., & Bonamigo, E. L. (2013). Percepção dos médicos sobre comunicação de más notícias ao paciente. *Unoesc & Ciência*, 4(1), 69-78.
- Machado, M. E. C. (2012). Casais que recebem um diagnóstico de malformação fetal no pré-natal: Uma reflexão sobre a atuação do Psicólogo Hospitalar. *Revista da SBPH*, 15(2), 85-95.
- Magalhães, J. A. A. (2000). Medicina fetal. *Revista HCPA*, 20(2), 157-68.
- Mello Filho, J., & Silveira, L. M. C. (2005). Consulta conjunta: Uma estratégia de capacitação para a Atenção Integral à Saúde. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 29(2), 147-151.
- Minayo, M. C. S. (2010). *O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde*. Hucitec.
- Muza, J. C., Sousa, E. N., Arrais, A. R., & Iaconelli, V. (2013). Quando a morte visita a maternidade: Atenção psicológica durante a perda perinatal. *Psicologia: Teoria e prática*, 15(3), 34-48.
- Parkes, C. M. (1998). *Luto: Estudos sobre a perda na vida adulta* (M. H. P. Franco, Trad.). Summus.
- Patrício, S. S., Gregório, V. R. P., Pereira, S. M., & Costa, R. (2019) Fetal abnormality with possibility of legal termination: Maternal dilemmas. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72(supl 3), 125-131. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0234>

- Queiroz, L. L. G., Azevedo, A. P. B., Cherer, E. Q., & Chatelard, D. S. (2020). A psicologia na maternidade hospitalar: Um relato de experiência. *Fractal: Revista de Psicologia*, 32(1), 57-63. <https://doi.org/10.22409/1984-0292/v32i1/5679>
- Santos, G. C. B. F. (2017). Intervenção do profissional de saúde mental em situações de perda e luto no Brasil. *Revista M.*, 2(3), 116-137.
- Santos, M. M., Böing, E., Oliveira, Z. A. C., & Crepaldi, M. A. (2014). Diagnóstico pré-natal de malformação incompatível com a vida: Implicações psicológicas e possibilidades de intervenção. *Revista Psicologia e Saúde*, 6(1), 64-73.
- Szejer, M. (1999). *A escuta psicanalítica de bebês em maternidade* [Apresentação de trabalho]. IV Encontro Brasileiro para o Estudo do Psiquismo Pré e Perinatal, São Paulo, São Paulo, Brasil.
- Winnicott, D. (1988). *Os bebês e suas mães*. Martins Fontes.
- Zornig, S. M. A. (2010). Tornar-se pai, tornar-se mãe: O processo de construção da parentalidade. *Tempo Psicanalítico*, 42(2), 453-470.

Giulia Latgé Mangeli Ladino

Graduada em Psicologia, Residente Multiprofissional na Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro – RJ. Brasil.


E-mail: giulia.mangeli@gmail.com

 <https://orcid.org/0000-0003-4206-9033>

Raquel Cristina Boff Fernandes

Mestre em Teoria Psicanalítica pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Psicóloga da Maternidade Escola da UFRJ, Rio de Janeiro – RJ. Brasil.


E-mail: raquel_cbf@hotmail.com

 <https://orcid.org/0000-0001-7643-6925>

Ana Cristina Barros da Cunha

Professora Doutora do Programa de Pós-Graduação em Psicologia na Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro – RJ. Brasil.


E-mail: acbcunha@yahoo.com.br

 <https://orcid.org/0000-0003-0839-0130>

Luciana Ferreira Monteiro

Mestre em “Mujeres y Salud” pela Universidad Complutense de Madrid (UCM – Madri, Espanha) e em “Atención Temprana”, pelo Instituto Superior de Estudios Psicológicos (ISEP – Madri, Espanha), Psicóloga da Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro – RJ. Brasil.

E-mail: lufermont@uol.com.br

 <https://orcid.org/0000-0001-5291-9025>

Endereço para envio de correspondência:

Rua Mario Viana, 438, bloco 01, apto 1203, Santa Rosa. CEP: 24241-002. Niterói – RJ. Brasil.

Recebido 04/10/2020

Aceito 04/08/2021

Received 10/04/2020

Approved 08/04/2021

Recibido 04/10/2020

Aceptado 04/08/2021

Como citar: Ladino, G. L. M., Fernandes, R. C. B., Cunha, A. C. B., & Monteiro, L. F. (2023). Intervenções Psicológicas Necessárias: A Prática Como Residente no Serviço de Medicina Fetal. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 43, 1-15. <https://doi.org/10.1590/1982-3703003244244>

How to cite: Ladino, G. L. M., Fernandes, R. C. B., Cunha, A. C. B., & Monteiro, L. F. (2023). Necessary Psychological Interventions: The Practice as a Resident in the Fetal Medicine Service. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 43, 1-15. <https://doi.org/10.1590/1982-3703003244244>

Cómo citar: Ladino, G. L. M., Fernandes, R. C. B., Cunha, A. C. B., & Monteiro, L. F. (2023). Intervenciones Psicológicas Necesarias: La Práctica Como Residente en el Servicio de Medicina Fetal. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 43, 1-15. <https://doi.org/10.1590/1982-3703003244244>