



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
MATERNIDADE ESCOLA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ATENÇÃO  
INTEGRAL À SAÚDE MATERNO-INFANTIL**



**CLEIDE NEVES DE AQUINO**

**PRÉ-NATAL PSICOLÓGICO ÀS GESTANTES COM DIAGNÓSTICO DE  
MALFORMAÇÃO FETAL: FISSURA LABIOPALATINA**

Rio de Janeiro  
2017

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
MATERNIDADE ESCOLA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE  
MATERNO-INFANTIL**

**CLEIDE NEVES DE AQUINO**

**PRÉ-NATAL PSICOLÓGICO ÀS GESTANTES COM DIAGNÓSTICO DE  
MALFORMAÇÃO FETAL: FISSURA LABIOPALATINA.**

Trabalho de Conclusão apresentada ao cursode Atensão Integral à Saúde Materno-Infantil, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Especialista em Saúde Materno-Infantil.

Orientador: Marisa Schargel Maia

Rio de Janeiro  
08/2017

Aq56 Aquino, Cleide Neves De  
Pré-natal psicológico às gestantes com diagnóstico de malformação fetal: fissura labiopalatina/Cleide Neves de Aquino. -- Rio de Janeiro: UFRJ / Maternidade Escola, 2017.  
37 f. ; 31 cm.  
Orientadora: Marisa Schargel Maia  
Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização) -Universidade Federal do Riode Janeiro, Maternidade Escola, Atenção Integral à Saúde Materno Infantil, 2017.  
Referências bibliográficas: f. 34  
1. Gestação. 2. Assistência Psicológica. 3. Malformação Fetal. 4. Fissura Labiopalatal. 5. Saúde Materno Infantil – Monografia. I.Maia Marisa Schargel. II. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Maternidade Escola, AISMI. III. Título.



## AGRADECIMENTOS

À Santíssima Trindade: Pai, Filho e Espírito Santo, pela proteção e por guiar meus caminhos e minha mente para seguir e concluir a especialização consabedoria. O caminho foi tortuoso, mas jamais me senti desamparada. Agradeço à Nossa Senhora e Mãe de Deus, por ter me sustentado em seu Manto Sagrado durante esta jornada na qual escolhi para minha vida, e que agora, estou concluindo.

Ao meu esposo Ronie Aquino, pelo incentivo e por compreender minhas ausências durante minhas idas e vindas entre Campos e Rio, e por ter suprido com muito amor e dedicação essa falta para o nosso filho Miguel.

À minha família: Maria de Lourdes (mãe), Vicente Neves (pai) e irmãs, Klécia, Celiane e Carine, pelo incentivo, força, compreensão e cuidado. Sem o apoio de vocês nada seria possível.

Ao meu sobrinho Brenno Neves. O que seria de mim se não tivesse um especialista em tecnologia? Suas ideias e criatividade foram muito úteis para elaboração dos meus trabalhos.

À Núbia Benevides, cuidadora do meu filho Miguel, por ter sido uma profissional dedicada, compreensiva e muito cuidadosa na vida dele. Pois durante minhas ausências, se fez muito presente.

À equipe do CRACF, em especial à Marta Areas e Simone Assis. Pela força, motivação e apoio para que eu pudesse concluir a especialização com êxito. Esse trabalho é fruto de uma equipe dedicada, profissional e coesa. Agradeço pela parceria e trabalho desenvolvido, e os próximos que iremos desenvolver.

À Diretora do CRTCA II, Viviane Machado Lessa, que diante da possibilidade de me ausentar de algumas tarefas no Centro devido a especialização, se mostrou sempre solícita e compreensiva.

À Margareth Wekid, amiga de trabalho e que levo para a vida. Através dela conheci o referido curso de Especialização Materno-Infantil.

À equipe do PAISCA, pela recepção e reconhecimento do meu trabalho. Agradeço a Coordenação do Programa, Dra. Laila Ayd, pela liberação, apoio e compreensão para que eu pudesse concluir com êxito a especialização.

À minha Orientadora Marisa Schargel Maia, por ter aceito prontamente meu convite. Agradeço pela sua simplicidade, disponibilidade e sabedoria durante suas aulas e orientações. É um ganho ter sido orientada por uma pessoa na qual tenho profunda admiração.

À professora Luciana Ferreira Monteiro, pela aceitação ao meu convite para ser minha interlocutora na banca-examinadora.

Aos professores e profissionais da Maternidade-Escola, que contribuíram de forma exemplar para minha formação profissional e aquisição de novos conhecimentos. Agradeço, em especial, ao Prof. Marcus Renato de Carvalho.

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

CRACF	Centro de Reabilitação de Anomalias Congênicas da Face
CRTCA	Centro de Referência e Tratamento da Criança e Adolescente
PNP	Pré-Natal Psicológico

## RESUMO

Este trabalho é uma revisão narrativa que tem como objetivo tecer uma reflexão teórico-clínica sobre o acompanhamento psicológico de gestantes cujos seus bebês foram diagnosticados com malformação orofacial, em específico, fissura labiopalatina. Para tal, lanço mão de minha experiência como psicóloga do Centro de Reabilitação e Anomalias Congênitas da Face, situado no município de Campos dos Goytacazes, onde atendi no período de dois anos, cinco gestantes, pais e familiares dos bebês. Esses atendimentos ocorreram desde o pré-natal até o puerpério. As reações iniciais apresentadas por essas gestantes foram negativas diante do diagnóstico de malformação fetal. E a partir da escuta e acolhimento durante o pré-natal psicológico, as mesmas mudaram suas percepções frente a malformação do filho, tornando-se mais positivas e saudáveis, após o nascimento.

**Palavras-chave:** Gestação. Assistência Psicológica. Malformação Fetal. Fissura Labiopalatina.



## **ABSTRACT**

This work is a narrative review that aims to weave a theoretical-clinical reflection on the psychological monitoring of pregnant women whose babies were diagnosed with orofacial malformation, in particular, cleft lip and palate. To that end, I use my experience as a psychologist at the Center for Rehabilitation and Congenital Anomalies of the Face, located in the municipality of Campos dos Goytacazes, where I attended in the period of two years five pregnant women, parents and relatives of the babies. These attendances occurred from prenatal to puerperium. The initial reactions presented by these pregnant women were negative in the diagnosis of fetal malformation. And from the listening and receiving during the prenatal psychological, they changed their perceptions of the malformation of the child, becoming more positive and healthy after birth.

Keywords: Gestation. Psychological Assistance. Fetal malformation. Fissura Labiopalatina

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>10</b>
<b>2</b>	<b>GRAVIDEZ: MUDANÇAS FISIOLÓGICAS COM COMPONENTES PSICOLÓGICOS .....</b>	<b>13</b>
<b>3</b>	<b>ASPECTOS PSICOLÓGICOS DA GRAVIDEZ E ARELAÇÃO MÃE-BEBÊ</b>	<b>16</b>
<b>4</b>	<b>ACOMPANHAMENTO PSICOLÓGICO NA GRAVIDEZ COMO ESTRATÉGIA DE PROMOÇÃO À SAÚDE MATERNO-INFANTIL</b>	<b>19</b>
<b>5</b>	<b>GESTAÇÃO DE BEBES COM MALFORMAÇÃO FACIAL .....</b>	<b>22</b>
<b>5.1</b>	<b>Diagnóstico Pré-Natal: Divisor de águas.....</b>	<b>22</b>
<b>5.2</b>	<b>CRACF: Serviço Especializado para Fissurados no Município de Campos dos Goytacazes/RJ.....</b>	<b>23</b>
<b>5.3</b>	<b>Fissura Labiopalatal - Etiologia .....</b>	<b>23</b>
<b>6</b>	<b>IMPLANTAÇÃO DO PRÉ-NATAL PSICOLÓGICO (PNP) NO CRACF E A ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO.....</b>	<b>25</b>
<b>7</b>	<b>RELATOS DE UMA EXPERIÊNCIA CLÍNICA: O FILHO REAL E IMPERFEITO .....</b>	<b>28</b>
<b>7.1</b>	<b>Pós-Parto: Acolhimento na Maternidade .....</b>	<b>30</b>
<b>7.2</b>	<b>Alta Hospitalar: Porta de Entrada para o CRACF .....</b>	<b>31</b>
<b>8</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>33</b>
<b>9</b>	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>34</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Estudos apontam que a malformação de um bebê é uma frustração que atravessa os pais, pois tudo que se projetou e desejou ao filho se desfaz no momento do diagnóstico. Diante disso, reações emocionais negativas de choque, susto, frustração, culpa, incredulidades tendem a ser naturais em pais de bebês malformados.

A autora deste trabalho é psicóloga do Centro de Reabilitação de Anomalias Congênitas da Face (CRACF), situado no município de Campos dos Goytacazes no estado do Rio de Janeiro e funciona nas dependências do Centro de Referência e Tratamento da Criança e Adolescente (CRTCA) Polo II. Existe há vinte e um anos e tem como objetivo realizar tratamento especializado no tratamento de fissuras labial e/ou palatal, desde o nascimento até a fase final de sua reabilitação. O tratamento no Centro é realizado por equipe multidisciplinar, composta por: pediatra, fonoaudióloga, assistente social, psicóloga, cirurgião plástico, otorrinolaringologista, odontopediatra, ortodontista, bucomaxilo, implantodontia e auxiliar de serviço bucal. O CRACF presta serviços a pacientes e familiares residentes em várias localidades, tornando-se referência no Norte e Noroeste do estado do Rio de Janeiro.

A intervenção precoce junto às gestantes com bebês malformados ainda não é usual no nosso meio, portanto, mudanças significativas ocorreram após vinte e um anos do projeto em Campos. Afim de promover a saúde emocional da mãe e do bebê e intervenção precoce, foi implantado em 2015 o serviço “Pré-natal Psicológico” às gestantes cujos fetos foram diagnosticados com fissura labial e/ou palatal. Fui pioneira na implantação deste projeto, onde já foram atendidas até o momento cinco gestantes. Em uma das gestantes o feto foi diagnosticado com malformação facial e uma síndrome que era incompatível com a vida, vindo a óbito uma semana após o nascimento.

No entanto, o presente trabalho apresenta alguns recortes teórico-clínicos dos atendimentos psicológicos realizados a essas gestantes e seus familiares, no ambulatório de psicologia do CRACF. Esse estudo diz respeito à minha inquietação onde percebi durante dois anos realizando psicoterapia com pais de bebês fissurados a necessidade de uma intervenção psicológica antes ao nascimento. Dessa forma, os pais estariam emocionalmente preparados para a chegada do filho com a malformação facial.

Este trabalho não foi submetido ao sistema dos Comitês de Ética em Pesquisa e a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, devido à regulamentação que indica no inciso VII, do parágrafo único do Art. 1º, da Resolução 510/2016: “Não serão registradas nem avaliadas pelo sistema CEP/CONEP: pesquisa que objetiva o aprofundamento teórico de situações que

emergem espontânea e contingencialmente na prática profissional, desde que não revelem dados que possam identificar o sujeito” (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2016).

O trabalho foi dividido em sete capítulos sendo descrito inicialmente as principais queixas referentes aos aspectos fisiológicos da gravidez, que na maioria das vezes podem ser agravados por componentes psicológicos. O apoio e escuta psicológica faz-se necessário para sanar esses problemas iniciais da gravidez.

No terceiro capítulo são abordados os aspectos psicológicos que envolvem o ciclo gravídico. O casal grávido passa por um processo psíquico/psicológico em que as representações sociais, os mitos familiares e as fantasias sobre o que é ter um filho, precisam ser elaborados para promover a construção singular do ser mãe e ser pai (MAIA, 2004). Ainda neste capítulo, há uma correlação sobre o estado emocional da mãe e sua influência diretamente no feto. “Durante a gestação o feto é influenciado pela química das emoções da mãe, que são transmitidas a ele via placenta”(FEIJÓ, 1997, p. 15).

O quarto capítulo foca o acompanhamento psicológico durante a gestação mesmo as que possuem condições que se apresentam dentro dos padrões esperados para o bom desenvolvimento do ciclo gravídico-puerperal. Esse acompanhamento é denominado Pré-Natal Psicológico (PNP), e surge como modelo de assistência preventiva onde a gestante é acompanhada numa visão integral, identificando assim, suas necessidades.

Nos capítulos seguintes são abordada a malformação fetal, em específico, fissura labiopalatal e recortes da minha experiência clínica no atendimento de cinco gestantes, companheiros e familiares, do pré-natal ao puerpério. Segundo Camargo e Londero (2008), receber a notícia de que o seu filho não vai nascer perfeito e da forma que idealizou é por si só um momento muito difícil e doloroso.

A intervenção psicológica, durante a gravidez de fetos com malformação, trabalha com a elaboração de reações emocionais decorrentes do diagnóstico, assim como, com o luto do bebê idealizado para que de fato ocorra a concepção do bebê real. Os pais geralmente possuem dificuldades para aceitar o diagnóstico de malformação fetal. Diante disso, é necessário um espaço com escuta qualificada para que eles possam elaborar psiquicamente uma realidade permeada de sentimentos de difícil expressão e compreensão, sendo que se tais emoções e dificuldades não forem escutadas e elaboradas, dificilmente será possível a aceitação e preparação psicológica para o nascimento do bebê que precisa contar com o investimento afetivo dos pais para se constituir como pessoa (MACHADO, 2012).

No sétimo capítulo escrevo sobre as reações iniciais das gestantes diante do diagnóstico de malformação, sendo a maioria delas descritas emoções negativas como choque e frustração, esuas reações ao verem seus filhos após o nascimento.

Após o acompanhamento psicológico, as reações relatadas pelas gestantes e companheiros ao se depararem com seus filhos pela primeira vezsofreram mudanças significativas sendo percebidas de forma positiva e de aceitação, favorecendo o vínculo dos pais com o filho em sua totalidade e não com a fenda.

O modelo de atendimento utilizado com as gestantes foi o Pré-Natal Psicológico(PNP), cujo objetivo é o suporte socioemocional, informacional e instrucional do casal grávido e seus familiares (ARRAIS, MOURÃO; FRAGALLE, 2014; ARAÚJO, 2007).

De acordo com Arrais, Mourão e Fragalle (2014) a assistência psicológica na gestação, por meio da utilização do PNP, é um importante instrumento psicoprofilático de proteção à saúde mental da mulher, que além de ser de baixo custo, tende a diminuir a possibilidade de depressão pós-parto.

## 2 GRAVIDEZ: MUDANÇAS FISIOLÓGICAS COM COMPONENTES PSICOLÓGICOS

A gravidez é um período de mudanças biológicas e crises emocionais, sendo sua intensidade vivida de acordo com cada gestante. Diante das variáveis psicológicas e bioquímicas que esse período demanda, é importante um olhar atento às gestantes.

Há uma estreita vinculação entre os estados emocionais da gestante e as intercorrências clínico-obstétricas, que segundo Faisal-Cury (1999) surgem através de doenças como a hipertensão específica da gravidez, a prematuridade, o abortamento habitual, o crescimento intrauterino retardado, a hiperemese gravídica<sup>1</sup> e a depressão puerperal.

Embora seja um evento fisiológico, traz, todavia, modificações várias ao organismo materno que podem trazer incômodos, inquietudes e apreensão às gestantes (VASQUES, 2006).

Segundo Tedesco (1999) a gravidez, notadamente a primeira, através das adaptações do organismo materno, pode ocasionar desconforto em vários órgãos, o que pode ser tomado pela grávida como sinal de doenças. Cabe ao médico, a partir dos conhecimentos dessas adaptações gerais e locais, interpretar estas queixas, esclarecendo o que elas significam em determinado momento da gravidez. Esse esclarecimento, somados ao amparo psicológico, contribuem e muito para atenuação dos sintomas, ou até mesmo, o desaparecimento do desconforto.

Existem pequenos distúrbios fisiológicos que são próprios da gravidez, e que de acordo com Tedesco (1999) esses distúrbios podem ser agravados por componentes psicológicos. As queixas mais citadas por eles, nas quais foram mais atribuídas a tais fatores, são:

- **Alterações de apetite**, não há razões explícitas para o fato, mas as hipóteses por eles levantadas foram alteração hormonal (progesterona), associada a queda das concentrações de glicose e de aminoácidos que tendem a elevar ao aumento do apetite; embotamento do paladar, sendo essa uma possível explicação aos “desejos” e preferência das gestantes por certos alimentos; e os fatores psicológicos que contribuem para tais alterações. Os autores destacam que não há uma explicação científica, porém, a conduta será o esclarecimento das reais necessidades orgânicas, além do apoio psicológico;

---

<sup>1</sup> “A hiperemese gravídica é um distúrbio com potencial de alto risco na gestação devido à intensidade e frequência de vômitos”(MALDONADO, 2017, p.40).

- **Sialorreia** (excessiva salivagem), que geralmente vem acompanhado por náuseas. Não há tratamento específico, sendo necessário a explicação dos mecanismos fisiopatológicos, ao lado da melhora do estado nauseoso e o apoio psicológico para atenuação e desaparecimento do desconforto;
- **Náuseas e vômitos**, sendo mais frequente no início da gravidez. Não se conhecem as causas específicas, mas fatores hormonais e psicológicos têm importância, sendo necessário apoio emocional à gestante;
- **Constipação intestinal**, é uma queixa comum durante a gestação ou agravando-se quando preexistente, sendo atribuídos a questões hormonais, alimentares e psicológicos;
- **Dispneia**, em estado de normalidade não há consciência da respiração, ocorrendo durante exercício físico ou quando a grávida encontra-se de repouso. O esclarecimento da gestante, ao lado do amparo psicológico são, segundo os autores, medidas eficazes, não cabendo a utilização de medicamentos;
- **Dores abdominais**, relacionada habitualmente ao baixo ventre e crescimento uterino. Raras vezes é necessário o uso de medicamentos, sendo necessário esclarecimento e apoio psicológico para alívio da dor;
- **Insônia e Hipersônia**, foi descrita pelos autores como uma queixa apenas de ordem emocional, devido dificuldade de adaptação da gestante à nova condição. Cabendo neste caso um a postura de esclarecimento e apoio psicológico, tendendo ao desaparecimento dos sintomas.

Um estudo realizado por Faisal-Cury (1999) aponta que há uma influência hormonal significativa sobre o psiquismo da gestante. A progesterona, quando produzida em quantidades aumentadas na gravidez, desempenha efeito depressivo sobre o sistema nervoso central, influenciando assim, comportamentos introspectivos e regressivo da mulher. O aumento estrogestacional envolve o metabolismo das catecolaminas que exerce um papel regulador das emoções, em particular na depressão e euforia. Por fim, os corticosteroides, são responsáveis pelas variações emocionais do tipo depressivo, da euforia, acompanhada de paranoia e de problemas de cognição.

Vasques (2006) também realizaram um levantamento sobre pequenos distúrbios da gravidez. Dentre as queixas citadas, a pirose é atribuída às alterações da motilidade gástrica (por ação hormonal da própria gestação), mas também, segundo eles, é agravada por

componente psicológico. Descartada a anemia, o tratamento ocorre através da utilização de substâncias alcalinizantes, e resolução ou abrandamento de fatores emocionais, além da orientação sobre a postura da gestante, tanto em repouso (após as refeições) quanto em atividade.

Diante do exposto é notório perceber a importância dada pelos autores ao suporte emocional durante a gravidez, tendo em vista que essas queixas decorrentes de modificações fisiológicas, não necessitam, em sua maioria, de tratamento médico. Esclarecimentos e apoio psicológico serão fundamentais para alívio ou desaparecimento dos sintomas.



### 3 ASPECTOS PSICOLÓGICOS DA GRAVIDEZ E A RELAÇÃO MÃE-BEBÊ

Segundo Tedesco (1999) o ser humano em seu ciclo evolutivo passa por períodos de crises, denominadas como: crises temporárias (mortes, perdas afetivas ou financeiras, desempregos, casamentos, divórcios, etc.). E as crises vitais, que são os períodos de mudanças profundas e transformação pessoal, onde impactará necessariamente na vida mental, emocional e espiritual. É o “deixar de ser” para o “passar a ser”.

De acordo com Sternapud Maia (2004), o processo psíquico e psicológico que se inicia na gestação é complexo e provoca na mulher grandes mudanças subjetivas, determinando assim uma série de tendências que tocam a sensibilidade, os desejos, as fantasias e o medo. Essa configuração psíquica, denominado “constelação psíquica da maternidade”, é um fenômeno temporário, podendo durar o período da gravidez, mas também pode se estender por anos. “No percurso de uma gestação, torna-se o eixo organizador dominante da vida psíquica da gestante, deixando em segundo plano organizações nucleares anteriores” (MAIA, 2004, p.186).

Segundo a autora, desde a infância existem representações psíquicas inscritas na memória do ser humano sobre o que é ser um pai ou uma mãe, sendo essas experiências decorrentes da história de vida de cada um. Diante do desejo ou possibilidade de ter um filho, essas representações são ativadas como forma de transição em direção a parentalidade, que diz respeito aos direitos e deveres sociais dos futuros pais, além da compreensão e construção psicológica/subjetiva (consciente e inconsciente), necessárias para receber, em seu mundo interno, o bebê.

Maia (2004) destaca que a mulher e o homem, ao se saberem grávidos, passam por um processo psíquico/psicológico em que as representações sociais, os mitos familiares e as fantasias sobre o que é ter um filho e família precisam ser elaborados para promover a construção singular da parentalidade. Esse processo tem início no primeiro trimestre de gravidez, época em que a mulher, além de lidar com todas as transformações fisiológicas, que por si só trazem mudanças em seu modo de ser e estar, também deve adaptar-se ao novo momento de vida.

É no primeiro trimestre que ocorre também um dos temores mais universais da gravidez: o medo de ter um filho malformado e que nasça com algum tipo de deficiência. (MALDONADO, 1997).

O segundo trimestre de gestação, de acordo com Mendes, é um período mais tranquilo, com uma transitória estabilidade adquirida. Em situação saudável a mulher sente maior bem-estar e a barriga ainda não apresenta maiores desconfortos. O bebê adquire uma identidade, onde os pais projetam nele suas melhores fantasias (o bebê imaginário). Nesse processo de projeção, o bebê deixa de ser algo, que às vezes parecia um corpo estranho, e passa a representar o bebê ideal a caminho (MENDES, apud MAIA, 2004).

No último trimestre da gestação, a mulher volta a experimentar certa ambivalência afetiva com a aproximação do nascimento, sendo comum apresentar maior grau de ansiedade. O bebê imaginado começa a ceder espaço ao bebê a caminho, o que permite que a mulher, em condição saudável, apresente um estado de prontidão psíquico que contribui para a aquisição da atenção materna primária<sup>2</sup>, auxiliando-a a ultrapassar a experiência do parto, para o acolhimento e cuidado do bebê real (MAIA, 2004).

Winnicott considerou o ventre da mãe como o primeiro ambiente significativo e provedor da vida humana. A mãe, segundo o autor, segura o bebê inicialmente no útero, e posteriormente em seus braços após o nascimento, onde através do amor (identificação) ela se adapta às necessidades do seu filho. O cuidado físico é o único tipo de expressão de amor que o bebê pode reconhecer no início da vida (WINNICOTT apud LAURENTIIS, 2016).

O autor não se refere ao físico num sentido mecânico, mas um ambiente psicossomático que, do ponto de vista do feto, não é externo. Do mesmo modo que, no período pós-natal, da dependência absoluta, o bebê se experimenta a partir do corpo da mãe, ou seja, de seu ponto de vista, ele *é* a mãe (LAURENTIIS, 2016, p.155).

Para Feijó (1997) o processo de influência e comunicação mãe-feto desconstrói a tese de que a placenta era uma barreira protetora contra as substâncias nocivas, onde deixava passar apenas nutrientes para o feto, inclusive as do tabaco, álcool e as drogas. Hoje tem-se o conhecimento de que maior parte das substâncias ingeridas ou inaladas pela mãe são passadas ao feto. Portanto, durante a gestação o feto é influenciado pela química das emoções da mãe, que são transmitidas a ele via placenta.

Através da produção de catecolaminas na corrente sanguínea da mãe, ao se sentir ansiosa e com medo, o feto tem a mesma percepção de medo, ansiedade e angústia que a mãe, ao receber tais substâncias pelo cordão umbilical. Estados emocionais, tais como depressão e melancolia, produzem alterações bioquímicas, elevando o nível de cortisol. Isto provoca no feto uma reação de isolamento, para se proteger do efeito dolorido que tal substância provoca (LILEY, VERNY, WILHEIM, apud FEIJÓ, 1997, p.15).

---

<sup>2</sup> Segundo Winnicott, 'atenção materna primária' se inicia nos últimos meses de gestação, e se mantém alguns meses após o parto. Trata-se de uma condição psicológica muito especial, de sensibilidade aumentada, entre a mãe e o bebê (DIAS, 2012).

Um estudo realizado por Araújo (2007) apontou que durante a gravidez a mulher está mais vulnerável ao desenvolvimento de transtornos ansiosos. Esses fatores psicológicos podem acarretar complicações durante a gestação, parto e puerpério, bem como para o conceito. Dessa forma, a autora ressalta que o conhecimento, sobretudo, dos fatores associados à ansiedade é fundamental para implantação de programas preventivos em atenção integral à saúde materna-infantil.

A ansiedade é uma reação emocional evidenciada por manifestações comportamentais latentes ou manifestas e por alterações fisiológicas relacionadas com funcionamento endócrino (KLEIN apud MALDONADO, 1997).

Dentro de certos limites ela preenche a importante função de alertar e mobilizar a pessoa a enfrentar o agente responsável pela tensão, seja ele uma perda de objeto, nova tarefa a ser executada ou até mesmo uma gravidez. O fato da gravidez constituir uma situação crítica, implicando vulnerabilidade emocional e inúmeras modificações fisiológicas, justifica a presença de um certo grau de ansiedade neste período. Os efeitos psicossomáticos de uma gravidez não desejada, implicaria em maiores incidências pré-natais, e posteriormente rejeição com ajustamento materno após o parto (MALDONADO, 1997).

Ainda de acordo com Maldonado (2017), há intensa correlação entre os altos níveis de estresse na gravidez a problemas cognitivos e emocionais nas crianças, dentre eles déficit de atenção e a hiperatividade. O ambiente fetal é alterado pelo nível alterado de cortisol provocados pelo estresse materno, tornando assim o ambiente pré-natal altamente nocivo para o desenvolvimento cerebral do bebê. O cortisol é um dos principais hormônios produzidos pelo estresse, sendo altamente neurotóxico para o cérebro fetal. O estresse tóxico, diferente do nível de estresse positivo (que é necessário para lidar com situações normais e inevitáveis do cotidiano), acontece quando há uma intensa ativação do sistema fisiológico, onde o contexto que essa mulher e bebê estão vivendo, sejam privados de relações afetivas, apoio e proteção. “A maturação do cérebro depende profundamente das experiências da vida intrauterina e do vínculo entre família e o bebê. O cérebro é, portanto, um órgão biossocial” (MALDONADO, 2017, p. 72).

#### **4 ACOMPANHAMENTO PSICOLÓGICO NA GRAVIDEZ COMO ESTRATÉGIA DE PROMOÇÃO DE SAÚDE MATERNO-INFANTIL**

Fundada em 1970, pelo psiquiatra canadense D. Thomas Verny, a Psicologia Pré e Perinatal surgiu como uma nova disciplina voltada aos aspectos afetivos e emocionais do feto e neonato (FEIJÓ, 1997).

Ainda, segundo Feijó (1997) a gravidez pode ser considerada como a primeira posição ecológica do ser humano e o ventre, o primeiro ambiente ecológico, O diálogo entre o feto, a mãe e o pai cria o primeiro senso de união, o qual ajuda a forjar fortes predisposições psicofísicas, onde as consequências dessa primeira experiência de união tendem a estabelecer uma relação de amor e vínculos positivos. A mulher, ao se perceber como uma participante ativa do processo de crescimento da criança, estará mais preparada para lidar com a maternidade, e as consequentes tarefas e responsabilidades que isto significa, pois, ter filhos e ser mãe não é, necessariamente, ter um talento inato para maternagem. A autora conclui, através de sua pesquisa, que estudos voltados para área pré e perinatais deveriam ser incluídos nos cursos de formação em psicologia e medicina, sendo necessário preparar profissionais para o cuidado pré-natal, se dando aí também, a prevenção de possíveis transtornos puerperais.

O ciclo gravídico-puerperal é um período marcado por alterações significativas na dinâmica psíquica feminina e masculina, podendo ter como resultante o desenvolvimento sadio ou o comprometimento da saúde mental do casal. A gravidez, em si, gera alterações hormonais e emocionais no casal, sendo necessário um acompanhamento psicológico especializado. O trabalho a ser realizado pelo psicólogo, requer, inicialmente que o profissional tenha formação específica, que domine técnicas de investigação psicológica, com conhecimentos sobre a psicodinâmica específica do ciclo gravídico-puerperal, uma vez que esta tem peculiaridades que divergem significativamente da dinâmica psíquica observada em outro período da vida. Além do mais, o psicólogo deve sempre levar em conta o histórico de vida de cada membro envolvido, a personalidade e a inter-relação destes (BORTOLETTI et al., 2007)

No entanto, o principal objetivo da intervenção psicológica durante o período gravídico-puerperal é oferecer uma escuta qualificada e diferenciada sobre o processo da gravidez, fornecendo assim um espaço em que a mãe possa expressar seus medos e suas ansiedades, além de favorecer a troca de experiências, descobertas e informações, com extensão à família, em especial ao cônjuge e às avós, visando à participação na

gestação/puerpério e compartilhamento da parentalidade<sup>3</sup>. (ARRAIS; MOURÃO; FRAGALLE, 2014).

De acordo com Ministério da Saúde (BRASIL, 2006) o principal objetivo da atenção pré-natal e puerperal é acolher a mulher desde o início da gravidez, assegurando, ao fim da gestação, o nascimento de uma criança saudável e a garantia do bem-estar materno e neonatal.

David Chamberlain é um dos estudiosos que aposta no uso da psicologia pré e perinatal para prevenção de distúrbios psicológicos e físicos como forma de melhorar o relacionamento entre pais-filhos. Ele sugere que uma das formas de atuação do psicólogo é ajudar os pais a compreenderem que ser pai e ser mãe é mais do que unir esperma e óvulo: é alimentar, proteger, guiar e ajudar as crianças. O suporte socioemocional, informacional e instrucional ajuda aos pais saberem, por exemplo, que a exposição ao fumo e outras drogas na fase pré-natal está associada ao baixo desempenho da aprendizagem e menor receptibilidade da habilidade verbal nas idades de cinco e seis anos. Essas informações auxiliam os pais a mudarem seus estilos de vida, além de buscarem trabalhos mais seguros com menor exposição a ambientes insalubres durante a gestação. Outra informação importante que o autor destaca, seria abordar junto a eles que a má qualidade nutricional durante a gravidez e estresse emocional resultam em bebês com baixo peso ao nascer e vários riscos à saúde. Ele enfatiza que os pais precisam ser educados para concepção e criação dos filhos, e ilustra essa afirmação com uma metáfora: “o ventre é uma escola e todos os bebês frequentam”. “Ser pai ou mãe - o que se inicia com a vida pré-natal – é um processo inteiramente social e tem um papel dominante no desenvolvimento de cada criança. Uma mudança nas atitudes e práticas dos pais naturais pode mudar a vida de uma criança” (CHAMBERLAINapud FEIJÓ, 1997, p. 57).

A psicologia pré e perinatal é uma abordagem holística e humanizada, cujo objetivo é complementar o pré-natal obstétrico, em que infelizmente, ainda se privilegia a dimensão biológica da gestação.

Em busca de uma assistência pré-natal integral, foi implantado em Brasília um novo conceito em atendimento perinatal voltado para maior humanização do processo gestacional, do parto, e da construção da parentalidade, denominado Pré-Natal Psicológico (PNP). O programa visa a integração da gestante e da família a todo processo gravídico-puerperal, por meios de encontros temáticos, com ênfase psicoterápica na preparação psicológica para

---

<sup>3</sup> Parentalidade não é apenas um processo biológico da gravidez, mas sim um tornar-se pai e mãe. É uma função parental complexa, que se estrutura na mente dos pais e que necessita muitas vezes de um acompanhamento cuidadoso (SILVA, 2011).

maternidade e paternidade e da prevenção da depressão pós-parto. É complementar ao pré-natal médico, por ter caráter psicoterapêutico e de apoio emocional (ARRAIS; MOURÃO; FRAGALLE, 2014).

Segundo as autoras Araújo (2007), o PNP é um programa aberto, onde não se estabelece número limitado de sessões, ou seja, as gestantes podem entrar a qualquer momento e participar durante o período que desejarem ou até o nascimento do bebê. Pais e avós também são convidados a participar para conscientização acerca da importância dos familiares, afim de que dificuldades, dúvidas e expectativas sejam discutidas e sanadas durante o pré-natal. No que tange aos atendimentos grupais, temas geradores são adaptados de acordo com o público-alvo, e envolvem assuntos referentes a construção consciente da maternidade e paternidade, preparação para o parto, cuidados com o bebê, depressão pós-parto, dentre outros que forem de interesse do grupo. Ainda, segundo as autoras, o PNP é um programa de baixo custo, que pode contribuir para o bem-estar emocional das gestantes, além de favorecer a avaliação de sintomas de ansiedade e de depressão.

Nas gestações que se apresentam dentro dos padrões esperados para o bom desenvolvimento do ciclo gravídico-puerperal, faz-se necessário uma assistência psicológica efetiva, que segundo Bortoletti (2007) surge como modelo de assistência preventiva, onde a gestante é acompanhada numa visão integral, identificando assim, suas necessidades.

E quando há um diagnóstico que se sobrepõe ao que é esperado?

## **5 GESTAÇÃO DE BEBÊS COM MALFORMAÇÃO FACIAL**

Conforme Bundukiet al., (2001) a avaliação da face fetal passou a ser etapa fundamental do exame ultrassonográfico morfológico devido ao avanço tecnológico. Com isso, as fendas labiais e/ou palatinas passaram a ser reconhecidas por meio deste exame, o que implica a possibilidade de aconselhamento pré-natal adequado às pacientes. Sua pesquisa ainda apontou controvérsias na literatura em relação ao diagnóstico fetal de fendas labiais e/ou palatinas durante o período pré-natal, sendo umas das principais razões o impacto emocional sobre os pais.

### **5.1 Diagnóstico Pré-natal: Divisor de águas**

De acordo com Mendes (apud MAIA, 2004), a ultrassonografia morfológica é um divisor de águas no processo psicológico da mãe, pois se tudo ocorreu bem nos exames, ela pode relaxar, sentindo-se do ponto de vista psíquico, a dona do universo (MENDES apud MAIA, 2004).

Em contrapartida, Machado (2012) revela que o diagnóstico de malformação fetal acentua o sentimento de impotência, angústia e fracasso pondo à prova a capacidade dos pais de desenvolver afeto pelo neném que está a caminho.

A pesquisa realizada por Cunha, et al. (2016), revelou que as gestantes apresentam sentimentos negativos, como tristeza, desespero, choque e auto piedade, relacionados ao diagnóstico de malformação congênita. O estudo confirmou que há uma condição potencialmente desfavorável à saúde mental materna, com indicadores associados a ansiedade e depressão quando o diagnóstico era comunicado no segundo trimestre de gestação.

As autoras pontuaram que o momento do diagnóstico é extremamente delicado, e o profissional de saúde, ao comunicar a notícia, deverá buscar adotar uma postura empática, não focando apenas nos aspectos biológicos da malformação, com informações claras e compreensivas aos pais, além de oferecer um suporte emocional o qual respeite a vivência da dor e angústia resultante da incerteza do futuro do filho. O profissional de saúde, ao negar o confronto emocional com a gestante, acaba se comportando de maneira distante e negando, por vezes, a real situação para a mulher.

Portanto, o papel do profissional de saúde interfere diretamente no impacto emocional dos pais frente ao diagnóstico de malformação fetal. Para Camargo e Londero (2008),

o encontro diante do diagnóstico inicial é a única oportunidade de aconselhamento que alguns pais possuem para se sentirem seguros e amparados. E o jeito de como eles serão abordados para receberem a notícia é de extrema importância para aumentar ou diminuir o sofrimento, e aceitar melhor a realidade.

## **5.2 CRACF Serviço Especializado para Fissurados do Município Campos dos Goytacazes/RJ**

O Centro de Reabilitação de Anomalias Congênitas da Face (CRACF) é um centro de especialidade da Prefeitura Municipal de Campos dos Goytacazes/RJ e funciona nas dependências do Centro de Referência e Tratamento da Criança e Adolescente (CRTCA) Polo II. É especialista em atendimentos para fissurados, tornando-se referência para as regiões Norte e Noroeste do estado do Rio de Janeiro.

Existe há vinte e um anos e tem como objetivo realizar tratamento especializado no tratamento de fissuras labial e/ou palatal, desde o nascimento até a fase final de sua reabilitação. De acordo com os registros e consulta realizada até o mês de julho de 2017, existe atualmente 790 pacientes cadastrados no CRACF, residentes de várias localidades do estado do Rio de Janeiro.

O tratamento no Centro é realizado por equipe multidisciplinar, composta por: pediatra, fonoaudióloga, assistente social, psicóloga, cirurgião plástico, otorrinolaringologista, odontopediatra, ortodontista, bucomaxilo, implantodontia e auxiliar de serviço bucal. O tempo de tratamento depende do tipo de complexidade da fissura, sendo várias etapas até chegar à reabilitação. Todos os profissionais da área da saúde são servidores públicos admitidos através de concurso público.

O serviço de psicologia tem a finalidade de dar suporte psicológico aos familiares e pacientes com fissura labiopalatal isolada ou com síndromes associadas, para que as dificuldades emocionais sejam vividas e superadas da melhor forma possível.

## **5.3 Fissura Labiopalatal: Etiologia**

As malformações da face e do crânio constituem uma categoria importante de defeitos congênitos porque interferem devastadoramente no desenvolvimento psicológico e fisiológico do afetado, em sua adaptação social e com o mundo. É caracterizado como malformação



devido ao defeito morfológico (das formas ou estruturas normais) serem causados por um erro no processo de desenvolvimento embrionário, e é congênito por essas características estarem presentes desde o nascimento, sendo influenciado por fatores genéticos ou de origem ambiental (GOLLOP, 1997).

As fissuras labiais e/ou palatais são deformidades congênitas que ocorrem no período embrionário, caracterizadas pela ausência de continuidade entre as estruturas labiais com fechamento ou não do palato (ALTMANN, 1997).

Quanto a sua origem, Modolin e Cerqueira (1997) revelam que a embriogênese normal pode ser alterada pela ação deletéria de fatores químicos, físicos ou biológicos. A combinação destes agentes ou a intensificação de um deles, mesmo isoladamente, acarreta modificações estruturais irreversíveis de uma parte ou de todo o organismo em desenvolvimento. Eles afirmam que existe ainda uma considerável constatação da ocorrência do padrão hereditário multifatorial (padrões genéticos e não genéticos) nos erros de desenvolvimento. Desta forma, a malformação é dividida em: congênitas, quando se determina claramente a influência ambiental (aspectos maternos, estresse, infecções, fatores alimentares, medicamentos e irradiações); e hereditária, quando se caracteriza o estigma genético. Em relação à sua incidência, as fissuras labiopalatais são as fissuras de face mais frequente na população humana. A fissura palatina (palato) é mais frequente no sexo feminino, enquanto a labiopalatal (lábio e palato) ocorre em maior número no sexo masculino.

No Brasil, a alta prevalência das fissuras orofaciais é de 1 para 700 nascidos vivos e pode variar conforme região geográfica, condições socioeconômicas e sexo do embrião. (VANZ; RIBEIRO, 2011).

No período entre 1999 e 2004, o município de Campos dos Goytacazes registrou 46.707 nascimentos, tendo por base o local de residência da mãe. Deste modo, levando em consideração o total de nascimentos exibidos no município neste período e o número de ocorrência de crianças portadoras de fissuras labiopalatais (63 crianças), define-se uma incidência de 1,35 casos por 1.000 nascimentos (NUNES, et al., 2007, p.3).

## **6IMPLANTAÇÃO DO PRÉ-NATAL PSICOLÓGICO (PNP) NO CRACF E A ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO**

Durante dois anos trabalhando no ambulatório de psicologia do CRACF, realizei um breve levantamento com mães de bebês portadores da anomalia facial. De acordo com as entrevistas psicológicas iniciais, realizadas com as mães que não souberam previamente sobre a malformação dos seus filhos ou não foi detectado pelo exame ultrassonográfico, as reações que elas tiveram ao verem seus bebês após o nascimento, foram: choque (por ser visual), isolamento, raiva, frustração, impotência, desamparo, superproteção, vergonha e rejeição.

Elas relataram que ficaram sem saber o que fazer diante da real situação, e sugeriu que se esse contato tivesse sido realizado ainda no período gestacional, talvez essa experiência fosse menos traumática e dolorosa. Em alguns casos atendidos a rejeição ainda é um sintoma presente nesses pais. Eles encontram-se em acompanhamento psicológico de pais-bebês para recuperação e manutenção do vínculo perdido precocemente.

Um estudo qualitativo realizado por Vanz e Ribeiro (2011), revelaram que os sentimentos das mães de portadores de fissuras orais no momento do nascimento do filho eram de culpa, vergonha e piedade. E as reações iniciais ao vê-lo pela primeira vez foram surpresa, choro, choque, desespero, negação, susto e normalidade. Para a maioria das mães entrevistadas pelos autores, a reação foi de surpresa quando souberam que seus filhos apresentavam uma malformação.

Os mesmos estudos apontaram que a notícia da malformação mobiliza sentimentos inesperados nas mães tanto no pré-natal quanto no pós-parto. Quanto a isso, o cuidado especializado a essa família é imprescindível não somente na hora do diagnóstico, mas também nos primeiros dias dessa criança com os pais para que eles possam desenvolver o vínculo de forma saudável.

As autoras ainda pontuaram que pouco se tem encontrado na literatura estudos sobre escuta de pais de bebês fissurados. Diante da falta de abordagem nessa temática, e por atuar diretamente com essa demanda, me senti afetada pelas falas dessas mães e pais atendidos por mim no ambulatório de psicologia, pois percebi que a falta de apoio emocional durante o período gestacional, intensificaram as reações emocionais negativas e sentimentos de desamparo.

Frente a esta situação, e ao dialogar com a equipe multiprofissional, busquei inserir na linha de cuidado ambulatorial o pré-natal psicológico às gestantes diagnosticadas de fetos

portadores de fissura labiopalatal. Esse acompanhamento seria complementar ao pré-natal biológico que elas realizam na atenção básica referenciada.

Meu maior objetivo era oferecer suporte emocional aos pais ainda no pré-natal, visando a resolução adequada do processo de enfrentamento e aceitação, onde reações iniciais não trabalhadas podem perdurar de maneira desfavorável o ambiente no qual essa criança está inserida. Tal reações acabam afetando diretamente a vinculação do bebê com a mãe, pai e/ou cuidadores, a dinâmica familiar e posteriormente, o tratamento.

Para Bortoletti (2007) é evidente a necessidade de assistência psicológica em situações que a gravidez apresenta um risco aumentado para anomalias fetais, óbitos fetais, abortos, prematuridade, antecedentes de transtornos psíquicos, entre outras.

A atuação do psicólogo nessa linha de cuidado de saúde mental é fundamental, pois ele atua como o “facilitador das vivências dos pais que recebem um diagnóstico de malformação fetal, pois tal profissional oferece o espaço e a escuta para os progenitores expressarem, compreenderem e elaborarem os sentimentos despertados neste momento crítico” (MACHADO, 2012, p.7).

Utilizei a base prática do Pré-Natal Psicológico (PNP) para implantar esse novo modelo de assistência pré-natal à essas gestantes. De acordo com Arrais, Mourão e Fragalle (2014) a assistência psicológica na gestação, por meio da utilização do PNP, é um importante instrumento psicoprofilático de proteção à saúde mental da mulher, que além de ser de baixo custo, tende até diminuir a possibilidade de depressão pós-parto.

Tive como base também o modelo de Intervenção Psicológica Educacional (IPE), desenvolvido por Maldonado (1997) cujos objetivos são: preparação para a maternidade e paternidade, a redução do nível de ansiedade no ciclo grávido-puerperal e o alcance de novos níveis de integração e amadurecimento da personalidade.

O método IPE trabalha a dialética vivências-informações através de três técnicas: Técnica de “reflexão de sentimentos” onde enfatiza a aprendizagem emocional em detrimento da cognitiva (aulas); a técnica de “orientação antecipatória” que é utilizada na intervenção em crise, cujo objetivo é preparar a pessoa para enfrentar uma crise previsível, através do domínio da cognição e ampliação de recursos de ação; e a técnica de “reasseguramento” que possibilita a grávida ver, através de um novo olhar, os aspectos “negativos” da gravidez, favorecendo uma mudança de perspectiva cognitivo-perceptual-emocional (MALDONADO, 2017).

Por atuar diretamente com gestantes de fetos com malformação, a técnica de “orientação antecipatória”, atendeu a demanda devido ao momento de crise que as mães estavam vivenciando após o diagnóstico pré-natal.

Para Altman et al., (1997) o bebê portador de fissura labiopalatal apresenta uma variedade de problemas que requerem atuação de diversos profissionais. Além das cirurgias a que deve ser submetido, pode vir a apresentar problemas de fala, de audição, dentários, ortodônticos, cosméticos e emocionais. A família deve ser preparada o quanto antes para saber lidar com eles.

Quanto a essa questão, Janis apud Maldonado (2017) diz que sua experiência com preparação de pacientes em fase pré-operatória, verificou-se que, quando conheciam de antemão os detalhes da cirurgia e do que provavelmente ocorreria, eles enfrentavam a situação de forma mais confiante e adaptativa, considerando assim, a orientação antecipatória como uma “vacina emocional”.

Portanto, acreditando nesta perspectiva de enfrentamento antecipado de crise, onde houve o luto pela perda do filho perfeito, o pré-natal psicológico proporcionou às gestantes e familiares, além de uma reflexão sobre seus sentimentos, também um reassseguramento, apoio emocional e uma oportunidade para elaborar, aprofundar, tirar dúvidas sobre o tratamento e preparar-se para uma experiência positiva na ocasião do nascimento do filho, visando estabelecer o vínculo com seu filho em sua totalidade (atendendo as necessidades iniciais que um recém-nascido precisa), e não apenas com a malformação.

## 7 RELATOS DE UMA EXPERIÊNCIA CLÍNICA: O FILHO REAL E IMPERFEITO

O Pré-natal psicológico foi implantado há dois anos no ambulatório de psicologia do CRACF, com objetivo de oferecer suporte emocional às gestantes e familiares diante do diagnóstico de malformação facial. Durante dois anos realizando acompanhamento psicológico ambulatorial, atendi até o momento cinco gestantes e seus companheiros. Algumas foram encaminhadas ao CRACF pelos médicos que estavam realizando o pré-natal, e outras foram por indicação de outros profissionais.

A porta de entrada é realizada da seguinte forma: Entrevista coletiva com a fonoaudióloga, psicóloga e assistente social, onde é apresentado o programa, a equipe e o tratamento no qual o bebê será submetido após nascimento, tais como a primeira cirurgia labial (queiloplastia). Posteriormente, as gestantes e seus companheiros são encaminhados ao serviço de psicologia para iniciar a psicoterapia.

Durante o acompanhamento psicológico as gestantes manifestaram suas emoções e percepções diante da descoberta da malformação do filho, detectadas através do exame de ultrassonografia. As reações apresentadas variaram, entre choque, incredulidade, frustração e tristeza, conforme relatos a seguir:

*“Meu mundo desabou! O filho que havia imaginado morreu assim que soube do diagnóstico. Era como se eu estivesse recebido pela primeira vez que estava grávida...” (Choro).*

*“Fiquei triste por saber que meu filho vai nascer com um probleminha na boca, e com medo da rejeição que ele possa sofrer, pois minha família e a do pai são muito vaidosas”*

Essas reações aparecem devido à expectativa do filho idealizado e perfeito, à revelação do filho real e imperfeito. Na maioria dos casos, a mãe sente-se culpada pelo “defeito” do filho e tem dificuldade emocional de levar adiante a gestação de forma equilibrada.

Sentimento de incredulidade também foram manifestados:

*“Quando a médica que estava realizando a ultrassonografia me falou sobre a fenda, não acreditei. Esperei fazer o segundo exame para realmente ter certeza. Infelizmente era verdade...”*

Os pais também manifestaram suas emoções, tais como o sentimento de negação:

*“Meu filho não tem nada, vai nascer perfeito. Isso tudo aqui é perda de tempo” (Pai)*

Segundo a literatura, essas reações tendem a ser naturais em pais de bebês malformados. O diagnóstico de malformação, seja ele no pré-natal ou no pós-parto, se configura num vazio existencial sendo mais uma crise que se adiciona à própria maternidade, pois tudo aquilo que se desejou e imaginou para o filho se distanciam e os projetos futuros acabam sendo abortados. Diante dessa problemática, os pais precisam se adaptar a esta nova realidade de dificuldades e dores, pois a malformação está ali, é inexorável e necessita ser olhada com cuidado e tratada (GOMES; PICCININI, 2010).

Os familiares também são incluídos neste processo de construção, e dentre os atendimentos realizados, a fala de uma avó chamou minha atenção. Era difícil para ela aceitar que o

*“Sangue da família linda e perfeita” gerasse uma “criança malformada e feia.”*

*“Minhas outras duas netas são lindas. Uma é loirinha igual ao pai, e a outra é morena igual a mãe. E agora, esse vem assim...”* (tristeza).

Chorou durante o atendimento pelo sentimento de rejeição de um bebê que ainda não havia nascido, que era seu próprio neto e fruto de um filho “perfeito”.

Defeitos congênitos são extremamente mobilizadores de sentimentos intensos, tantos nos seus portadores, como naqueles com que eles convivem. Do corpo humano, certamente, o rosto é um elemento dos mais importantes, o ponto de contato entre os indivíduos. Assim sendo, defeitos no rosto adquirem importância maior (VIANNA et al., 1994, apud AUGUSTO et al., 2002, p. 432).

Durante os encontros com as gestantes e familiares, sejam eles individuais ou com casal, sentimentos intensos são vivenciados e legitimados. Na maioria dos casos, devido ao acompanhamento ter iniciado tardiamente, geralmente ocorreram a partir da vigésima quinta semana de gestação (final do segundo semestre), foram realizados apenas um encontro com os familiares.

Alguns relataram que a conversa com o psicólogo serviu como desabafo, aliviando de alguma forma suas angústias:

*“Desabafei. Agora estou mais aliviada. Difícil será enfrentar o olhar das outras pessoas”*

Segundo Winnicott apud Laurentiis (2016), faz-se necessário um atendimento com intervenção precoce, mesmo sendo através de uma entrevista inicial psicológica. Sobre esse aspecto, o modelo de entrevista terapêuticas defendida por ele, é uma oportunidade adequada para que o cliente possa trazer, embora de início e no tempo limitado do contato com o

terapeuta, o problema predominante ou conflito emocional ou a espécie de tensão que aparece nesse momento da vida. Os sentimentos apresentados tornam-se específicos e muito interessantes, já que o cliente começa a sentir que a compreensão pode talvez ser acessível e que a comunicação a um nível profundo pode-se tornar possível. Não existem instruções técnicas nítidas, o princípio básico é o fornecimento de um *setting* humano. (WINNICOTT apud SOUZA, GIL; TARDIVO, 2008).

Mesmo tendo sido realizado apenas um encontro entre eu, a psicóloga disponível para escuta e eles, o encontro serviu como um espaço de elaboração de conflitos internos que os pacientes não gostariam de enfrentar. Após o desabafo, talvez eles tenham tido alguma ressignificação emocional positiva diante do “defeito” da família “perfeita”.

### **7.1 Pós-Parto: Acolhimento na Maternidade**

O acolhimento às puérperas nas maternidades de Campos faz parte serviço “SOS Fissurados”, onde busca estabelecer contato da equipe multidisciplinar com os pais e recém-nascidos, após o parto. Ainda na maternidade, o portador de fissura é atendido pela assistente social, fonoaudióloga e psicóloga. Lá eles recebem o primeiro atendimento e logo que o bebê recebe alta, ele e familiares são encaminhados ao ambulatório do CRACF, para iniciar todo o tratamento pelo serviço único de saúde (SUS)

Através do serviço “SOS Fissurados”, a psicóloga, a assistente social e fonoaudióloga vão até uma das quatro maternidades do município de Campos, sejam elas públicas ou particulares, fazer o primeiro acolhimento aos pais e seus bebês.

Durante esse acolhimento é diagnosticado o tipo de fissura do recém-nascido pela fonoaudióloga, e realizado as devidas orientações quanto à amamentação ou aleitamento materno. A assistente social faz o encaminhamento para o ambulatório do CRACF e eu, a psicóloga, dou suporte emocional. A visita não é demorada devido às condições fisiológicas da parturiente.

Ao serem perguntadas sobre suas reações emocionais ao verem seus filhos pela primeira vez, os relatos foram bastante positivos no que concerne na mudança dos pais frente a malformação facial do seu filho, com fortalecimento do vínculo mãe-bebê:

*“Eu estou muito feliz. Meu filho é lindo. ”*

*“Imaginei que seria algo muito pior, mas agora sei que tem tratamento estou mais calma. Ele é lindo. ”*

*“Quando o vi chorei muito. Dessa vez foi de alegria. ”*

## 7.2 Alta Hospitalar: Porta de Entrada para o CRACF

Após alta hospitalar, o recém-nascido e familiares são encaminhados para o ambulatório do CRACF, para iniciar o tratamento. As consultas são realizadas de forma individual entre os profissionais de saúde e família (mãe, pai e o bebê). Neste atendimento eles passam pela fonoaudióloga, pediatra, assistente social, psicóloga, odontopediatra, geneticista, cirurgião plástico e otorrinolaringologista.

Na consulta com psicólogo, os pais relataram o quanto foi importante o acompanhamento durante o pré-natal:

*“Foi muito bom, pois não sabia nada sobre essa doença. E saber que existe tratamento me aliviou bastante”.*

*“Gostei e foi importante para mim. Pois sofri e me senti sozinha quando soube que meu filho nasceria assim. Vocês me ajudaram muito.”*

*“Esse acompanhamento ajudou bastante a gente (casal). Ver outras mães e bebês na mesma situação do meu filho, e ver eles operados, foi muito importante para nós.”*

A aproximação com outras mães de bebês fissurados do CRACF faz parte do PNP, pois ajuda aos pais verem de forma realista e concreta outras famílias que passaram pela mesma situação na qual eles irão enfrentar futuramente.

Essa informação vai ao encontro do que Janis apud Maldonado (2017) diz sobre “orientação antecipatória”, já mencionado anteriormente. O enfrentamento antecipado das situações difíceis no qual os filhos irão se submeter após o nascimento, ajudou, na visão desses pais, o processo de aceitação da malformação do filho. O contato com outros pais e bebês fissurados, durante sua gestação, aliviou de forma significativa sua ansiedade e idealizações sobre o tratamento.

Janis considerou a orientação antecipatória como uma “vacina emocional”, enfatizando a necessidade de apresentar de antemão a situação em detalhes reais, sem negar seus aspectos difíceis ou dolorosos e, ao mesmo tempo, mostrando modos de enfrentar a situação dentro de uma perspectiva de otimismo realista, permitindo a livre expressão dos sentimentos de angústia ou temor (JANIS apud MALDONADO, 2017, p. 196).

Outros relatos me chamaram atenção devido a mudança de percepção dos pais com seus filhos após o acompanhamento psicológico. A visão foi muito além da fenda labial,



fazendo com que eles tirassem o foco da malformação, e percebessem seus filhos como um todo:

**Identificação:**

*“Ele parece com o pai. Viu o cabelo espetadinho?”*

*“Quando vi minha filha pela primeira vez, reparei em seus olhos. Não pareciam com os meus. Na verdade, nem reparei a fenda.”* (risos). (Relato de um pai).

**Percepção de outras demandas do recém-nascido:**

*“Minha maior preocupação é o refluxo e as cólicas que ele tem. É tudo muito novo para gente. A fissura é o de menos agora.”*

**Adaptação:**

*“Já me acostumei com a fenda, na verdade nem percebo mais. Irei sentir falta depois da cirurgia.”*

**Aceitação e união:**

*“A avó quer tirar foto para postar na rede social e mostrar para todo mundo o seu neto. Ele veio para unir a família.”*

*“Amo meu filho. Jamais irei rejeitá-lo por ter nascido assim.”*

**Arrependimento:**

*“Eu não curtir minha gravidez no início porque estava muito triste, e me arrependo de não ter feito um ensaio fotográfico de gestante. Agora é tarde...”*

**Despedida:**

*“Muito obrigada pela força. Vocês são muito comprometidos. Que Deus abençoe vocês sempre, bjj.”*

## 8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com o exposto neste trabalho, percebe-se que o pré-natal psicológico implantado no CRACF (Centro de Reabilitação de Anomalias Congênicas da Face) em Campos/ RJ, não abrange apenas a consulta com o psicólogo, mas todos os profissionais de saúde que farão parte da vida da criança que irá nascer. Porém, o psicólogo é o profissional que norteia todo acompanhamento. Certamente, o psicólogo tem um papel central neste processo devido sua qualificação para uma escuta diferenciada e compreensiva das angústias dos pais. Em se tratando de feto com malformação, a gravidez tende a apresentar maior nível de ansiedade e estresse emocional devido a idealização do filho perfeito, para a constatação do filho real e imperfeito.

Os pais, ao serem orientados ainda durante a gestação sobre todo tratamento que o filho será submetido após o nascimento, tendem a diminuir a ansiedade, angústias e medos. Ao atender cinco gestantes, seus companheiros e familiares durante o pré-natal até o puerpério, e tendo exposto neste trabalho alguns relatos desta experiência clínica, pude perceber que o modelo “Pré-natal psicológico” (PNP), mudou de forma significativa a percepção deles diante da malformação de seus filhos e netos, onde reações iniciais negativas de frustração, não aceitação e tristeza, se transformaram em amor, aceitação, identificação e cuidado, após o nascimento, estabelecendo o vínculo de forma precoce. O PNP está em fase de implantação e ampliação, visando atender todas as gestantes com diagnóstico de malformação fetal, em específico, fissura labiopalatal, do município de Campos dos Goytacazes/RJ.

## REFERÊNCIAS

ALTMANN, E. B. C. Tratamento precoce. In.: ALTMANN, E. B. C. **Fissuras labiopalatinas**. 4 ed. Carapicuíba: Pró-Fono Departamento Editorial, 1997. p. 291-324.

ARAÚJO, D. M. R. **Ansiedade na gestação**: Desfechos perinatais e fatores associados. 2007, 138 f. Dissertação (Mestrado em Nutrição) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2007.

ARRAIS, A. da R.; MOURÃO, M. A.; FRAGALLE, B. O pré-natal psicológico como programa de prevenção à depressão pós-parto. **Rev Saúde e Sociedade**, v.22, n. 3, p. 251-264, 2014.

AUGUSTO, H. da S. et al. Estudo da fissura labiopalatal: aspectos clínicos desta malformação e suas repercussões. Considerações relativas à terapêutica. **JBP – J Bras Odontopediatria Odontol. Bebê**, v.5, n.27, p.432-436, 2002.

BORTOLETTI, F. F. et al. Assistência psicológica no ciclo grávido-puerperal. In.: BORTOLETTI, F. F. et al. **Psicologia na prática obstétrica**: abordagem interdisciplinar. São Paulo: Manole, 2007. p. 55–62.

BUNDUKI, V., et al. Diagnóstico pré-natal de fenda labial e palatina: experiência de 40 casos. **RBGO**, v. 23, n.9, 2001. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s0100-72032001000900003&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s0100-72032001000900003&script=sci_arttext). Acesso em: 13 jul. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pré-natal e puerpério**: atenção qualificada e humanizada. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. (Manual Técnico, Caderno n. 5) – Ministério da Saúde. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_pre\\_natal\\_puerperio\\_3ed.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_pre_natal_puerperio_3ed.pdf). Acesso em: 13 jul. 2017.

CAMARGO, S. P. H.; LONDERO, A. D. Implicações do diagnóstico na aceitação da criança com deficiência: um estudo qualitativo. **Interação em Psicologia**, v. 12, n. 2, p. 277-289, 2008.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana. Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016. **DOU**, n. 98, p. 44-46, maio., seção 1, p. 44-46. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>. Acesso em: 05 jul. 2017.

CUNHA, A.C.B., et al. **Diagnóstico de malformações congênitas: impactos sobre a saúde mental de gestantes**. Estudos de Psicologia (Campinas), 2016, v. 33, n. 4, pp. 601-611.

DIAS, E. O. **A Teoria do amadurecimento de D. W. Winnicott**. 2. ed. São Paulo: DWW Editorial, 2012.

FAISAL-CURY, A. Psicodinâmica da Gravidez. In.: TEDESCO J. J. A. **A grávida: suas indagações e as dúvidas do obstetra**. São Paulo: Atheneu, 1999. p. 255-264.

FEIJÓ, M. C. C. **Mãe e bebê: uma relação pré-natal**. Rio de Janeiro: Ânthropos; Grupo Palestra, 1997.

GOLLOP, T. R. Genética craniofacial. In.: ALTMANN, E. B. C. et al. **Fissuras labiopalatinas**. 4 ed. Carapicuíba: Pró-Fono Departamento Editorial, 1997. p 39-58.

GOMES, A. G.; PICCININI, C. A. Malformação no bebê e maternidade: aspectos teóricos e clínicos. **Psic. Clin.**,v. 22, n. 1, p. 15-38, 2010.

LAURENTIIS, V. R. F. de. **Corpo e psicossomática em Winnicott**. São Paulo: Manole, 2016 (Coleção Psicanálise Winnicottiana).

MACHADO, M. E.da C. Casais que recebem um diagnóstico de malformação fetal no pré-natal: uma reflexão sobre a atuação do psicólogo hospitalar. **Rev. SBPH**, v.15, n.2, 2012.

MAIA, M. S. Preparação psicológica para o parto. In.: MAIA, M. S. **Extremos da alma: dor e trauma na atualidade e clínica psicanalítica**. Rio de Janeiro: Garamond Universitária, 2004. p.186-190.

MALDONADO, M. T.**Psicologia da gravidez: gestando para uma sociedade melhor**. São Paulo: Ideias & Letras, 2017.

MALDONADO, M.T.**Psicologia da gravidez: parto e puerpério**. 14. ed. São Paulo: Saraiva, 1997.

MODOLIN, M. L. A.; CERQUEIRA, E. M. M. Etiopatogenia. In.: LTMANN, E. B. C. **Fissuras labiopalatinas**. 4 ed. Carapicuíba: Pró-Fono Departamento Editorial, 1997. p. 25-30.

NUNES, L. M. N. et al. Prevalência de fissuras labiopalatais no município de Campos dos Goytacazes-RJ, 1999 – 2004. **RevBrasEpidemiol.**, v. 10, n. 1,p. 109-116, 2007.

SILVA, M. C. P. **A construção da parentalidade em mães adolescentes**: um modelo de intervenção e prevenção. 1 ed. Curitiba: Honoris Causa, 2011.

SOUZA, M. A. I. de; GIL, C. A.; TARDIVO, L. S. La P. C. A acolhida de pacientes inscritos em serviços institucionais de saúde mental: Entrevistas iniciais como consultas terapêuticas. In.:LA PLATA, T. L. S.; CURY, G. de, ARANHA, C.**Apoiar**: novas propostas em psicologia clínica. São Paulo: SARVIER, 2008.

TEDESCO, J. J. de A, MAUADFILHO, F. Queixas comuns no pré-natal  
In.: TEDESCO, J. J. de A. **A grávida**: suas indagações e as dúvidas do obstetra. São Paulo: Atheneu, 1999.

VANZ, A.P.; RIBEIRO, N. R. R. Escutando as mães de portadores de fissuras orais - **RevEscEnfermUSP**,v.45, n. 3, p. 596-602, 2011. Disponível em:[www.ee.usp.br/reeusp/](http://www.ee.usp.br/reeusp/). Acesso em: 13 jul. 2017.

VASQUES, F. A. P.**Pré- natal**: um enfoque multiprofissional .Rio de Janeiro: Rubio Ltda., 2006.