



O desenvolvimento do vínculo Mãe Bebê após o diagnóstico de Síndrome de Down

Adriana Alves Stédile¹, Fernanda Vaz Hartmann², Larissa Dias da Silva.³

Resumo: Este artigo é resultado do trabalho do estágio profissional II, da aluna de psicologia da faculdade Cesuca, no Hospital Padre Jeremias de Cachoeirinha/RS. O estudo de caso apresentado advém da prática da estagiária como apoio e suporte psicológico à gestante de risco ao ter conhecimento do diagnóstico de Síndrome de Down de seu bebê. As intervenções foram realizadas através do atendimento clínico com a paciente “S” durante quatro encontros, recebendo o delineamento de pesquisa qualitativa com estudo de caso único, em que foram selecionados frases da paciente, representativas de sentido e analisadas através da AFI (Análise Fenomenológica Interpretativa). O artigo mostra o desenvolvimento do vínculo mãe/bebê e a importância do suporte da psicologia em ambiente hospitalar como promoção de saúde mental.

Palavras-chave: vínculo; apoio psicológico; Síndrome de Down.

¹ Acadêmica do Curso de Psicologia do Cesuca-Faculdade Inedi, Estagiária da Fundação Universitária de Cardiologia- Hospital Padre Jeremias Cachoeirinha/ RS.

² Psicóloga, Professora do Curso de Psicologia do Cesuca-Faculdade Inedi.

³ Psicóloga da Fundação Universitária de Cardiologia-Hospital Padre Jeremias- Cachoeirinha, Especialista em Saúde e Trabalho.

Introdução

Este estudo foi realizado no Hospital Padre Jeremias de Cachoeirinha/RS, no atendimento as gestantes que realizam o pré-natal na instituição devido à gestação de risco. O acompanhamento destas gestantes é feito por uma equipe multiprofissional e os profissionais de psicologia atuam constantemente, oferecendo apoio, suporte, orientação e escuta às pacientes. O estudo de caso foi desenvolvido a partir do atendimento psicológico a gestante “S” após receber o diagnóstico de Síndrome de Down do bebê. Diante dos relatos da paciente foi possível analisar os fatores que dificultavam o vínculo mãe/bebê, estes relacionados à aceitação da condição do bebê, a superação do preconceito, e os conflitos conjugais.

É notório que existem dificuldades na aceitação e no vínculo mãe/bebe após o diagnóstico de Síndrome de Down, isto porque o filho esperado e imaginado é sempre saudável e lindo, mas nos casos que o filho real difere do imaginário, as respostas de negação ou de aceitação se refletem no vínculo (Sonelaitis, 2007). Desse modo, foi necessária a intervenção psicológica, sabendo da importância do acolhimento e escuta para amenizar e orientar a gestante neste momento complicado, uma vez que o psicólogo poderia ajudá-la a descobrir meios de conviver, aceitar e ajudar o novo membro da família (Sonelaitis, 2007).

No caso aqui relatado, a família ficou desestruturada diante da notícia, e coube ao hospital dar o suporte e o apoio à paciente para que a mesma pudesse ir elaborando os conflitos que acometeram a família e o vínculo mãe/bebê (Cunha, 2010). O ambiente propício possibilitou que a paciente trabalhasse as suas ansiedades, sendo este fator determinante para a mesma ⁴ressignificar seus conflitos.

⁴ Resignificação: elaborar situação atribuindo novo significado ao acontecimento, através da mudança de visão de mundo, percebendo-o de maneira mais agradável, proveitosa e eficiente (Oliveira, 2011).

Sendo assim, o presente artigo realizou um estudo de caso com uma gestante de risco no Hospital Padre Jeremias de Cachoeirinha, no processo de aceitação do diagnóstico de Síndrome de Down.

Parte-se para a exploração de alguns temas envolvidos na discussão, a fim de compreender melhor os diferentes aspectos contemplados pelo caso. Inicia-se com a temática de Síndrome de Down, a fim de compreender as particularidades desta patologia, em seguida, passa-se a compreender como esta situação pode afetar o vínculo mãe\bebê e, finalmente, o papel da psicologia hospitalar no processo de aceitação e elaboração da situação anunciada.

Estado da arte: enquadramento teórico-conceptual

A Síndrome de Down

A Síndrome de Down (SD) decorre de um acidente genético que ocorre em média de 1 a cada 800 nascimentos, aumentando a incidência com o avanço da idade materna, depois dos 35 anos a frequência aumenta mais rapidamente: entre 39-40 anos é de 1/100 e depois dos 40 anos torna-se ainda maior. Acomete todas as etnias e grupos socioeconômicos (Rodriguez, 2006).

É uma condição genética conhecida há mais de um século, descrita por John Langdon Down e que constitui uma das causas mais frequentes de deficiência mental (18%). No Brasil, de acordo com as estimativas do IBGE realizadas no censo 2000, existem 300 mil pessoas com Síndrome de Down. As pessoas com esta síndrome apresentam, em consequência, retardo mental (de leve a moderado) e alguns problemas clínicos associados ao atraso no desenvolvimento, cardiopatia congênita (40%), hipotonia (100%), problemas auditivos (50 – 70%), de visão (15 – 50%), distúrbios da tireoide (15%), problemas neurológicos (5 – 10%) e obesidade e envelhecimento precoce (Rodriguez, 2006).

Estudos e técnicas terapêuticas estão sendo inseridas nas instituições especializadas com portadores de Síndrome de Down (APAE-SP), a fim de contribuir na melhora do vínculo mãe/bebê. Crianças portadoras de Síndrome de Down (SD) seguem uma curva de desenvolvimento motor próprio, e por esta razão é muito importante que recebam estímulos desde pequenas para desenvolverem interesses e habilidades necessárias para a realização de atividades físicas e de recreação, mas isso ocorre quando existe o vínculo com o cuidador preservado. A alegria e a satisfação na interação, que inclui o toque e o uso efetivo do corpo, contribuem para tornar as atividades mais agradáveis e recompensadoras, além de promover a interação com o meio (Barbosa Karina; et al, 2011).

O vínculo mãe e bebê com crianças portadoras de Síndrome de Down

O entrosamento do vínculo mãe/bebê perpassa pelo enfrentamento da notícia do diagnóstico e altera ou não o vínculo. Segundo Brum (2003), as necessidades psicológicas da criança, as conexões emocionais entre a díade e o comportamento de ego podem ficar comprometidas e, muitas vezes, os cuidados que a mãe pode oferecer acabam não sendo suficientes para o estabelecimento de uma adequada comunicação entre ambos.

A não responsividade da mãe em relação ao bebê pode ter enormes consequências para a criança, tendo mais riscos a apresentar resultados adversos no estabelecimento do apego e no desenvolvimento emocional se uma ação de intervenção não for tomada. A respeito das intervenções de vínculo, uma primeira questão a ser trabalhada é permitir que os pais expressem abertamente sua tristeza; desta forma surge uma possibilidade maior de adaptação à situação. Segundo a autora Brum (2003), citando Brazelton (1998) e Klaus & Kennell (2000), a mãe que tem condições de enfrentar, junto de seu bebê, as suas dificuldades e, que consegue colocar em palavras os seus sentimentos de culpa, tende a lidar de forma mais rápida e fácil com a situação, pois a expressão dos sentimentos conduz a ligação com o recém-nascido.

O papel do psicólogo em busca da preservação do vínculo mãe/bebê

O papel do psicólogo neste processo está relacionado à rede de apoio e a forma como o psicólogo está inserido no contexto da notícia. De acordo com Rodriguez (2006), para que a criança com SD seja aceita na família, a expressão do sentimento de tristeza é fundamental, pois abrirá espaço para a criança real; sendo assim, o psicólogo é o profissional mais apropriado para ocupar o lugar de escuta.

O psicólogo atua junto à paciente favorecendo a percepção de que o bebê é, antes de tudo, uma criança como qualquer outra; preparando o luto do bebê imaginário e abrindo espaço para a expressão dos sentimentos. Neste processo, é importante que a gestante perceba que o bebê não é apenas a SD; não impondo limites antes que a própria criança mostre até onde realmente pode chegar; estimulando, incentivando, desafiando a criança; aprimorando as aptidões, superando as dificuldades, ou seja, desmistificando a SD (Cunha, 2010).

A psicoterapia de apoio é uma intervenção psicológica que promove a saúde mental através da utilização de técnicas variadas. A aliança terapêutica entre psicólogo e paciente é fundamental para que o processo terapêutico seja realizado com sucesso (Cordioli, 2008).

Na proposta de intervenção grupal, o psicólogo atua como mediador da psicoterapia grupal, através da reflexão e análise sobre diferentes perspectivas, favorecendo o desenvolvimento da paciente como agente de sua própria mudança (Bechelli, 2002), e permitindo que a paciente enfrente seus conflitos sob outra perspectiva.

Os métodos de intervenção podem servir como ferramentas para desencadear a elaboração da conflitiva que a paciente vivência (Ricaldoni, 2014), provocando assim, a ressignificação e mudança de visão de mundo (Oliveira, 2011). Um movimento bastante comum nos grupos é o fenômeno da resistência, que é um mecanismo de defesa, identificado na paciente “S” pelo boicote durante as atividades em grupo, em que se calava. Esse

mecanismo pode se tornar um excelente instrumento na identificação da conflitiva inconscientemente (Zimmermann, 2010).

Metodologia empírica

A presente investigação é de cunho qualitativo, na modalidade de Estudo de Caso Único (Yin, 2001), indo ao encontro da necessidade de compreender as dificuldades sentidas pela gestante ao receber o diagnóstico de S.D do bebê, tendo como objetivo uma intervenção de apoio psicoemocional ao longo de quatro encontros. O método do Estudo de Caso é considerado um tipo de análise qualitativa, segundo (Yin, 2001), é uma inquirição empírica que investiga um fenômeno contemporâneo dentro de um contexto da vida real, quando a fronteira entre o fenômeno e o contexto não é claramente evidente e onde múltiplas fontes de evidência são utilizadas.

O grupo do pré-natal ocorreu nas quartas feiras, iniciando as 08hs com a coleta de exames, verificação da tensão arterial, ecografias, jejum, atendimento da equipe multiprofissional como apoio à gestação de risco, finalizando com a consulta à obstetra próximo às 12h. Dentro deste período, a paciente “S” realizava os atendimentos psicológicos individuais, em local reservado, com duração de 60 minutos.

Ao final de cada encontro a estagiária relatava a supervisora o conteúdo do atendimento para poder fazer as intervenções pertinentes ao caso, assim como receber orientações, esclarecimentos do processo no qual a paciente "S" estava vivenciando. O caso era levado para supervisão através de entrevistas dialogadas.

A partir do atendimento da estagiária de psicologia com a paciente inserida no pré-natal de risco do hospital Padre Jeremias, foi realizado o estudo de caso, ao longo de quatro encontros. Gradativamente, a paciente demonstrou que o atendimento psicológico para ela teve um significado e um retorno no sentido de perceber o auto cuidado, a valorização, e a

auto estima, além de reforçar o empenho à dieta, pois a paciente era também portadora de DMG (Diabetes Mellitus Gestacional).

O trabalho da psicologia foi além da escuta, procurou instigar a paciente a perceber a importância do auto cuidado no processo de tratamento, e que o espaço que ela estava inserida (hospital dia) serviria de apoio neste momento delicado.

Caracterização do sujeito em seu contexto

O sujeito do estudo de caso é a paciente “S”, 37 anos, casada, terceira gestação, tem dois filhos com idade de 09 e 15 anos, do lar, religiosa e frequente com assiduidade a igreja evangélica. O ambiente familiar é referido pela paciente, ora como sendo harmonioso ora apresentando dificuldade de diálogo com cônjuge.

O comportamento da paciente é reservado e contido, não expõe ao grupo sua vivência gestacional, nem divide situações pessoais, é bem educada, adere e respeita a dieta, é comprometida com o tratamento, tem boa apresentação pessoal. Não apresenta dificuldades específicas quanto ao procedimento hospitalar. Revelou ter feito um bom vínculo com a equipe, à medida que solicitou apoio da psicologia do hospital para enfrentar o diagnóstico de S.D do bebê, referindo que é difícil para ela comunicar à família essa notícia, além de temer pelo vínculo mãe/bebê e de não aceitar a condição especial do seu bebê.

Perguntas orientadoras da investigação

A fim de compreender o caso estudado, foram elaboradas perguntas de investigação, situando a problemática do caso, o contexto existente e a evolução da paciente. Seguem abaixo as perguntas:

- Qual foi à intervenção psicológica realizada para que a paciente elaborasse melhor o diagnóstico de Síndrome de Down no período gestacional de 24 semanas? As intervenções utilizadas foram o atendimento individual e grupal, ambos com frequência semanal. Segundo Bechelli (2002), a psicoterapia de grupo favorece muito o trabalho do

paciente como agente de sua própria mudança, tendo em vista que, a interação é realizada entre os participantes, são eles próprios que desenvolvem a terapia estabelecendo diálogo, escutando de forma empática, formulando perguntas que estimulam o esclarecimento do assunto e, concomitantemente, gerando a reflexão e análise sobre diferentes perspectivas.

O atendimento de apoio psicológico perpassa pela escuta e por questionamentos quanto à rotina da paciente, tentando compreender a sua filosofia de vida, a sua espiritualidade, como está se relacionando com a família, quais são os mitos a respeito da S.D, trazendo informações específicas da síndrome e as limitações possíveis que o sujeito poderá apresentar (Cordioli, 2008).

Ficou estabelecido o atendimento psicológico com apoio e escuta à paciente “S”, uma vez por semana, no período gestacional, pois após o parto o hospital não teria mais vínculos com a paciente, uma vez que a mesma já recebeu alta hospitalar.

- Quais são os fatores que prejudicam esta elaboração acerca da condição especial do bebê? As gestantes instintivamente desejam poder gerar um bebê saudável, temem quaisquer deformidades em relação a este. Inspirada pela vontade primitiva de gerar um filho “perfeito” surge à figura do “bebê imaginário”, este que é desejado pela mãe e pela família. Por isso o estigma a cerca da S.D, a falta de informação, o preconceito da sociedade, a culpa de não ter gerado um filho perfeito, a responsabilização pela síndrome do bebê, abalam a auto estima da paciente e impede que ela invista no vínculo com o bebê. (Sonelaitis, 2007).

- Após três semanas de atendimentos psicológicos com a paciente, quais foram às mudanças de comportamento da gestante em relação ao bebê? A paciente começou a manifestar comportamentos que evidenciavam a aceitação do bebê, tais como: passou a dividir com o companheiro as informações que os médicos descreviam sobre o seu pré-natal e as possíveis intercorrências no momento do parto; iniciou a organização da mala do bebê para levar para o hospital no dia do parto; conseguiu planejar o chá do bebê com auxílio das

amigas e da família; passou a ter maior interação com o bebê fazendo carinho na barriga, conversando e identificando melhor os movimentos do bebê.

- Quais recursos utilizados pela paciente para que conseguisse abordar o diagnóstico da síndrome e sua consequente elaboração com a família? Primeiramente, foi necessário que a paciente elaborasse a situação através da ressignificação, atribuindo significados novos aos acontecimentos, através da mudança de sua visão de mundo, percebendo-o de maneira mais agradável, proveitosa e eficiente (Oliveira, 2011). Percebeu-se ao longo das intervenções individuais e grupais que a paciente foi rompendo com antigas crenças que a remetiam a frustração, tristeza, incapacidade, superando assim a vergonha e o preconceito, estabelecendo uma mudança de concepção e, iniciando o vínculo mãe/bebê. Foi interessante identificar o engajamento da paciente frente a este processo de aceitação, tendo em vista que ampliou esta ressignificação para um espaço além do hospital e das sessões de psicoterapia, recorrendo a vídeos da internet, periódicos e publicações como dispositivo para iniciar a conversa com a família, e contaminá-los com uma nova perspectiva e significado do bebê.

- Existiram entraves e resistências da paciente em relação ao atendimento psicológico? No processo terapêutico, é comum ocorrer embate das convicções, exigindo mudanças de paradigmas, e alterações na zona de conforto. Em um primeiro momento esta paciente fazia parte de um grupo (de gestantes com DMG), e ela solicitou o agendamento de atendimento individual referindo não conseguir trazer o assunto no grupo, (diagnóstico da síndrome do bebê). Possivelmente, a gestante sentiu-se constrangida durante o processo terapêutico grupal, desencadeando um mecanismo de defesa, boicotando a terapia através de tais comportamentos: faltar ao pré-natal, não comparecer ao atendimento psicológico, não avisar e nem justificar, o que nos fez compreender como uma dificuldade de entrar em contato com o tema a ser tratado no grupo. Tais condições sugerem que a paciente mostrou resistências, que se reverteu em excelente instrumento para o psicólogo poder entender melhor o que, como e

para que a gestante ocultava conteúdos de origem consciente e inconsciente (Zimmerman, 2010).

- **Quais foram às técnicas e instrumentos de coleta de dados?** Foram utilizadas diferentes técnicas de coleta de dados, entre elas a observação no grupo, entrevistas individuais, sistemáticas e espontâneas na sala do Hospital Dia, local onde a paciente “S” participava do pré-natal. Após o atendimento psicológico individual, a paciente retornava para o grupo, este procedimento possibilitou e orientou a observação do comportamento da gestante no grupo, revelando que a mesma passou a apresentar uma postura diferente, mais aberta e expondo mais seus medos, ansiedades e dificuldades do vínculo mãe/bebê. O fato de a paciente mostrar mais espontaneidade na terapia grupal revela sua auto aceitação.

Análise e interpretação de dados

Nesta sessão foram separados os relatos da paciente “S”, provenientes dos atendimentos individuais, que permitiram o acompanhamento da elaboração dos conflitos da paciente em relação ao seu processo de vínculo mãe/bebê. Para realizar a análise e interpretação dos dados, foi utilizado o processo de Análise Fenomenológica Interpretativa (AFI), elegendo-se frases que representavam unidades de sentido da vivência da paciente em cada encontro, e que se revelaram significativa e representativa do momento enfrentado pela gestante. A escolha de utilizar a AFI se deu por esta ser uma metodologia fenomenológica que retrata a experiência vivenciada pela pessoa a partir de sua subjetividade (Gil, 2010).

O primeiro Encontro: “Não tenho coragem de contar para minha família que minha filha tem S.D. Era o sonho de o meu marido ter uma princesinha, e agora ela veio assim, ainda não caiu totalmente à ficha. Quando eu a imagino, fica na minha cabeça a imagem de uma princesinha linda, normal, não a imagino com os olhos puxadinhos, que Deus me perdoe, não é que não a amo, mas é muito difícil para eu acreditar e aceitar que ela é especial” (SIC).

Nesta fala ficou clara a dificuldade da paciente em aceitar o diagnóstico da filha. Segundo o que a bibliografia aponta, o que ocorre nesses casos é que o filho real difere do imaginário, e a resposta de negação se reflete no vínculo. Sendo assim, a paciente manifesta suas angustias, medos, frustrações, ansiedades atreladas a esta negação e a necessidade de estar amparada, depositando no terapeuta o apoio para superar esse momento delicado. Foi apresentado então, o primeiro sinal da possibilidade de instituição de um processo terapêutico, perceptível pelo conteúdo revelado pela paciente, que cria a confiança necessária para o vínculo se constituir e o atendimento psicológico se manter (Sonelaitis, 2007).

O Segundo Encontro: “Não quero fazer o chá do bebê, pois não estou com vontade, e também não comprei nada ainda para ela, tadinha... Cheguei a pensar em organizar o chá do bebê, arrumar o quarto, e comprar os acessórios para preparar a mochila do bebê, entretanto, não tenho companhia para me ajudar neste momento.” (SIC).

A paciente manifestou a frustração diante do diagnóstico, e o sentimento de que não queria compartilhar com outras pessoas. Possivelmente, esta gestante relacionou o diagnóstico do bebê com sua identidade, percebendo-se como incapaz e responsável por gerar um bebê não saudável, abalando sua auto estima.

O fato de estar gerando um bebê imperfeito e de não conseguir revelar a família, deixou-a sobrecarregada, e lhe fez procurar apoio psicológico no hospital. Procurou-se conscientizar “S” sobre a de ter uma rede de apoio, uma vez que esta é fundamental, pois a gestante vivencia uma situação de transição existencial que necessita de vínculo, de suporte e de confiança, que pode ser proveniente de pessoas que lhe sejam significativas e estejam disponíveis, proporcionando maior segurança no enfrentamento de dificuldades durante o processo grávido puerperal (Tsunechiro, 1999). Neste sentido, coube ao hospital dar o suporte e o apoio à paciente para que a mesma possa incluísse a família no vínculo mãe/bebê,

e mostrando-lhe que, gradativamente, os membros da família assumiriam com a paciente a situação que se apresentava.

Terceiro Encontro: “Agora estou bem mais tranquila, porque estou aceitando meu bebê, eu falo com ela, ela se mexe, e quando estou calma consigo senti-la direitinho”. (SIC)

A partir do terceiro encontro a paciente revelou estar elaborando o conflito de ser gestante de um bebê com S.D. O processo de elaboração dos sentimentos representa o equilíbrio psicológico dinâmico, pois, no momento que o paciente elabora um conflito é sinal que já existe a consideração dos aspectos racional e da consciência ética, bem como a pertinência da expressão afetiva e/ou a compreensão profunda e adequada da validade dos sentimentos (Ricaldoni, 2014).

O discurso citado acima é antecipado pela revelação de que a paciente havia conseguido incluir a família na conscientização da real situação e a desmistificação da S.D. O processo de elaboração em casos de gestantes com bebês sindrômicos perpassa pela revelação dos sentimentos ruins em relação ao bebê, segundo Brum (2003): “uma primeira questão que deveria ser trabalhada é permitir que os pais expusessem abertamente sua tristeza; desta forma surge uma possibilidade maior de se adaptarem melhor a situação.”

É importante lembrar que a elaboração ocorre quando a ressignificação de conteúdos da paciente já se estruturaram, pois é através da atribuição de novos significados que haverá mudança na visão de mundo, percebendo-o de maneira mais agradável, positiva e eficiente (Oliveira, 2011).

Quarto Encontro: “minha cesárea será no domingo, estou muito ansiosa, o tempo parece não estar passando, eu quero ver ela logo, pegar ela no colo, ver seu rostinho, é só nisso que eu penso agora... Quero ter o meu bebê e poder ir para a casa com ela nos braços, não importando qual é o diagnóstico” (SIC).

No último encontro, identifica-se com clareza a alteração do comportamento afetivo da mãe para com o bebê, perceptível através de sua fala, bem como do carinho que a paciente fazia na barriga enquanto falava.

Esse momento é descrito por Brum (2003) como: “estado especial em que a mãe desenvolve a preocupação materna primária e que faz com que ela seja capaz de compreender o bebê por meio da identificação, constituindo com ele uma unidade”.

Neste sentido, pode-se afirmar que o desenvolvimento da díade mãe/bebê recebeu a contribuição através da intervenção psicológica de apoio, que buscou: amenizar o trauma no qual a díade estava inserida, preparar a mãe para que pudesse encontrar o caminho de uma interação precoce com seu bebê, favorecendo a tentativa da construção de um apego seguro no seu filho (Brum, 2003).

Neste último encontro a paciente “S” se despediu muito emocionada e declarou ter sido muito importante para ela o acompanhamento psicológico. Prometeu voltar ao hospital para apresentar para equipe a sua filha, e cumpriu sua promessa dois meses após o encerramento das consultas. Nesta ocasião a equipe conheceu a sua “princesinha”, e este momento foi, sem dúvida, uma grande alegria para todos.

Ao analisar a situação da paciente a partir dos relatos foi compreendido que o vínculo mãe/bebê foi desenvolvido gradativamente. Alguns sentimentos não foram elaborados pela gestante, porque não houve tempo e condições de explorar a demanda mais primitiva de seus conflitos. O objetivo da intervenção pretendeu promover a aceitação e elaboração da paciente com sua filha, a fim de preservar um vínculo saudável entre a mãe e o bebê. Diante da identificação de que a paciente poderia continuar se beneficiando com atendimento psicológico sistemático, bem como da solicitação da mesma, foi feito o encaminhamento da mesma para a rede municipal especializada em saúde mental.

Conclusão sobre a avaliação global da intervenção

A paciente “S”, conseguiu manter a dieta da DMG, elaborou sua fantasia inicial, e aderiu ao processo terapêutico. Parece importante pontuar, que ao encerrar os atendimentos ainda haviam muitas ansiedades vinculados ao pós-parto, ao enfrentamento do desconhecido, a saúde do bebê após o nascimento, ansiedades que são consideradas pertinentes a qualquer gestação e que serão enfrentadas pela nova mãe ao longo de um processo. Independente de patologias associadas a gestação, cada gestante entenderá e sentirá medos e conflitos internos, e é por esta razão que o grupo pode ajudar muito, pois ele serve de um espaço de acolhimento, de aceitação e de evolução, tal qual o útero da mãe é para o bebê..

Nossa percepção como equipe de psicologia, perpassa pelo sentimento de que o apoio e suporte psicológico oferecido a gestante, permitiu que ela conseguisse lidar com os desafios pertinentes a esta etapa de vida com mais chances de êxito, e diante deste resultado, foi constatado que intervenções psicológicas no ambiente hospitalar deveriam ser mais explorado, tanto no âmbito da prática quanto da investigação científica.

Este estudo é o resultado de uma prática realizada em estágio profissional de psicologia, que diz respeito ao trabalho e o foco no estudo do caso, baseado na experiência de atender a paciente e de focar no relato e nas vivências da mesma. Foi fundamenta associar estes aspectos à teoria, permitindo considerar que trabalhar com psicologia requer pesquisa, estudo, discussão do caso com supervisor, e empatia com a paciente, bem como atenção não apenas aos conteúdos trazidos na sessão, mas também as movimentações, elaborações, o que não é dito, o que é repetido inconscientemente. Considerar e respeitar os limites da paciente, suas opiniões, crenças, fantasias, e, em conjunto, criar um espaço de confiança.

Em síntese, a proposta de intervenção psicológica individual da paciente “S”, foi uma experiência marcante para a estagiária de psicologia em relação ao trabalho desenvolvido conjuntamente com a supervisora da instituição, pois possibilitou verificar sob um novo olhar

a perspectiva de atendimento hospitalar, contribuindo para compreender as dificuldades de uma gestação de risco e suas dificuldades de interação entre mãe/bebê.

Importante salientar, que este estudo de caso apresentou a realidade do fazer psicológico na prática do estágio profissional, mas o mais expressivo é o estudo, a vivência e o aprendizado de todos envolvidos: a estagiária de psicologia, pela experiência do atendimento individual que possibilitou a exploração da relação teoria e prática; a paciente que permitiu a entrega em uma relação para constituir o novo; a supervisora, por poder ensinar e orientar de forma muito especial e cuidadosa; a orientadora da instituição de ensino, por auxiliar na produção textual e dar apoio para que este artigo fosse desenvolvido; e a instituição de ensino da estagiária, por incentivar o desenvolvimento deste artigo.

Referências

- Barbosa, K., Sato, S., Alves E., Fonseca, A., Fonseca, F., Junqueira, V., Marques A.,
Carvalho T., Azzalis, L. (2011). Efeitos da shantala na interação entre mãe e criança com Síndrome de Down. *Revista Brasileira Crescimento e Desenvolvimento Humano*, vol.21, no. 2, São Paulo.
- Bechelli, L.; Santos, M. (2002). Psicoterapia de grupo e considerações sobre o paciente como agente da própria mudança *Latino-ame Enfermagem*, Maio-junho; 10(3): 383-91.
- Brum, E., Schermann, L. (2003). Vínculos iniciais e desenvolvimento infantil: abordagem teórica em situação de nascimento de risco. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9(2): 457-467.
- Cordioli, A. (2008). *Psicoterapias: abordagens atuais*. 3ª edição. Porto Alegre, Brasil: Artes Médicas.
- Cunha, A., Assis S., Fiamenghi G. (2010). Impacto da notícia da síndrome de Down para os pais: histórias de vida. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(2): 444-451.
- Gil, A. C. (2010). *Como elaborar projetos de pesquisa*. São Paulo, Brasil: Atlas.

- Oliveira V. (2011). O dom da Ressignificação. *Cotidiano e Psicologia*. Retirado em 16/06/2014 do site: <http://cotidianoepsicologia.blogspot.com.br>
- Ricaldoni D. (2014). A Elaboração Psicológica dos Sentimentos na Psicoterapia *Analítico-Cognitiva*. Retirado em 26/06/2014 do site: <http://daltonricaldoni.com.br>
- Rodriguez F. (2006). O que é a Síndrome de Down? *Portal Síndrome de Down*. Retirado em 24/06/2014 do site: <http://www.portalsindromededown.com>
- Sonelaitis R., Arruda D., Marcon S. (2007). A repercussão de um diagnóstico de síndrome de Down no cotidiano familiar: perspectiva da mãe. *Acta Paul Enfermagem*, 20(3), 264-71.
- Tsunechiro M., Bonadio I. (1999). A família na rede de apoio a gestante. *Família Saúde e Desenvolvimento*., Curitiba, v.1, n.1/2, p.103-106, jan./dez.
- Yin, R. (2001). *Estudo de caso: planejamento e métodos*. 2ª Ed. Porto Alegre. Brasil: Bookmam.
- Zimerman D. (2010). *Fundamentos Básicos das Grupoterapias*. Porto Alegre, Brasil: Artes Médicas.

F A C U L D A D E I N E D I