

## **Ele ou ela? quando é necessário conceber, ressignificar e renascer no imaginário dos pais – intervenções psicológicas<sup>1</sup>**

### ***He or She? when it is necessary to conceive, ressignificate and reborn in imagery parents contents – psychological interventions***

Jane Biscaia Hartmann<sup>2</sup>

Hospital Universitário de Maringá

Karolina Reis dos Santos<sup>3</sup>

Universidade Estadual de Maringá

Raquel Pinheiro Niehues Antoniassi<sup>4</sup>

Hospital Universitário de Maringá

#### **Resumo**

O presente trabalho pretende ilustrar, através de um olhar psicológico, o relato de experiência de profissionais da psicologia hospitalar numa intervenção interdisciplinar em dois casos que relatam a experiência vivida por pais de crianças com diagnóstico de Desordem do Desenvolvimento Sexual (DDS). A Hiperplasia Adrenal Congênita (HAC), que resulta numa DDS, consiste numa doença que se manifesta através da mutação no gene CYP21A2, que acaba por ser responsável pelo surgimento, ao nascimento, de um quadro clínico denominado genitália externa ambígua, com variados graus de virilização nas meninas e macrogenitossomia nos meninos, que podem ser acompanhadas por desidratação, arritmias cardíacas, choque e mesmo morte. Esta é uma doença cuja incidência é de 1:10.325 nascimentos na população brasileira. A partir de dois casos de bebês atendidos no Hospital Universitário de Maringá (HUM), que tiveram diagnóstico de genitália ambígua, a equipe da psicologia realizou atendimentos aos pais voltados para a escuta das questões surgidas a partir do diagnóstico de seus filhos. Neste sentido, houve uma preocupação em trabalhar com o conteúdo imaginário de cada casal em relação a gestação e como isso se dava em relação ao bebê real, buscando uma ressignificação de todo esse processo. A experiência em ambas as situações demonstrou que,

<sup>1</sup> Trabalho apresentado na VIII Jornada de Psicologia do HU/UEL e 2º Congresso Brasileiro de Psicologia Aplicada à Saúde, realizados em Londrina, 27-28-29 outubro de 2010. Vencedor do Prêmio Publicação "Di Loretto"

<sup>2</sup> Psicóloga do Hospital Universitário de Maringá (HUM), Especialista em Psicologia Hospitalar; Mestre em Saúde Coletiva, Coordenadora do Projeto de Extensão Permanente 0725/04: "Psicologia Hospitalar e Equipe Multiprofissional".

<sup>3</sup> Psicóloga, Docente do Departamento de Psicologia da Universidade Estadual de Maringá (DPI/ UEM), Orientadora do Projeto de Extensão Permanente 0725/04.

<sup>4</sup> Psicóloga do Hospital Universitário de Maringá (HUM), Especialista em Psicologia da Saúde e Hospitalar, Mestre em Psicologia Clínica.

além das relações familiares, estão imbricados no resultado desse trabalho a concepção do bebê, o desejo dos pais e o luto em relação ao bebê real, mostrando que não são casos simples e que seus desenvolvimentos irão depender da relação do casal parental e de suas próprias histórias de vida.

**Palavras-Chave:** Desordem do desenvolvimento Sexual; Genitália externa ambígua; Bebê ideal x bebê real; Ressignificação.

## **Abstract**

This paper aims to illustrate, through a psychological view, an experience of professionals in health psychology in interdisciplinary intervention in two cases that report the experiences of parents of children diagnosed with disorder of sex development (DSD). Congenital adrenal hyperplasia (CAH), which results in a DSD, is a disease that manifests itself through mutation in the CYP21A2 gene, that is responsible for the appearance, at birth, of a clinical condition called ambiguous genitalia, with various degrees of virilization in girls and macrogenitossomia in boys, which may be accompanied by dehydration, cardiac arrhythmia, shock and even death. This is a disease with a incidence of 1:10.325 births in our population. From two cases of infants treated at Hospital Universitário de Maringá (HUM), who had a diagnosis of ambiguous genitalia, the psychology team performed consultations with the parents seeking to listen to the questions arising from diagnosis of their children. In this sense, there was a concern in working with imagery content of each couple in relation to pregnancy and how this happened in relation to the real baby, looking for a resignification of this whole process. Experience in both situations has shown that, in addition to family relationships the desire of parents and the grief over the real baby are intertwined in the outcome of this work to conceive the baby, showing that cases are not simple and that its development will depend on the relationship of the parents and their own life stories.

**Keywords:** Disorder of sex development; External ambiguous genitalia; Ideal baby x real baby; Resignification.

## **Introdução**

O presente trabalho pretende apresentar e discutir alguns aspectos psicológicos da vivência dos pais em relação a seus bebês quando estes são diagnosticados com Hiperplasia Adrenal Congênita (HAC), doença que pode acarretar em certas Desordens do Desenvolvimento Sexual (DDS), dentre elas,

a genitália externa ambígua, em que o bebê nasce com o sexo indefinido, precisando de exames de cariótipo para defini-lo adequadamente.

Para tanto, será apresentado o relato de dois casos atendidos no Hospital Universitário de Maringá (HUM), os quais foram acompanhados pelas psicólogas e acadêmicos de psicologia do hospital, em conjunto com outros profissionais que participaram do processo de diagnóstico e tratamento, como médicos, enfermeiros e assistentes sociais. A equipe de saúde buscou atuar de forma interdisciplinar objetivando uma boa qualidade de atendimento, em que os pais e familiares das crianças diagnosticadas pudessem ter informações claras e suficientes a respeito da HAC e, também, se sentissem acolhidos em suas dúvidas e angústias.

Sabemos que quando uma criança é concebida, ela já foi pensada pelos pais muito antes do nascimento. Durante o desenvolvimento biológico e psicológico desses pais, eles tiveram várias experiências pessoais que os foram preparando (ou não) para o momento em que um dia eles seriam mãe e pai. No decorrer de suas vidas, tanto homem quanto mulher, são expostos a circunstâncias que acabam por marcar seu psiquismo, contribuindo para a formação da sua personalidade que, por sua vez, irá definir de que maneira eles desempenharão os novos papéis na vida adulta quando forem pai e mãe.

Segundo Freud (1969), em seu artigo “O ego e o superego”, faz parte da constituição de todo indivíduo o caráter bissexual, ou seja, ter disposição de se tornar homem ou mulher, e de ter, enquanto sujeito, posições tanto passivas quanto ativas. No entanto, a determinação de tais processos dependerá das experiências infantis vividas, cuja uma das mais significativas é a experiência da diferenciação sexual, que vai contribuir com o papel social que será desempenhado pelo sujeito ao longo de sua vida. A partir de seu sexo, a criança será exposta a certos comportamentos correspondentes, o que lhe possibilitará posicionar-se diante do mundo. Assim, futuramente, quando essa criança tornar-se capaz de gerar um filho ou educar um, geralmente na vida adulta, ela trará lembranças da sua infância, marcas que a ajudaram a definir o que é ser homem e o que é ser mulher. Isso ajudará os futuros pais na criação

dos próprios filhos, dando-lhes uma direção em termos do que cada criança, de acordo com seu sexo, poderá fazer, poderá desejar, seguindo os padrões de uma cultura estabelecida e suas próprias internalizações a respeito de cada sexo.

Desta maneira, do ponto de vista psicológico, conforme aponta Bortoletti (2007), diante do desejo de ter um bebê, os pais definem uma representação mental em seu psiquismo, constituída por uma imagem idealizada dessa criança. Sendo assim, quando uma gestação é anunciada, o casal parental cria várias fantasias em sua mente sobre este bebê: desejam um menino ou menina, pensam com quem ele(a) será parecido(a), se será saudável, qual o nome que será dado ao bebê, etc. São inúmeras questões que transbordam do imaginário, regadas pelas marcas infantis do próprio desenvolvimento.

Após o parto, acontece o primeiro contato direto dos pais com o bebê, porém Bortoletti (2007) ressalta que este pode ser decepcionante, pois é o momento que os pais devem entrar em contato com o bebê real, o qual, na maior parte das vezes, não corresponde ao bebê ideal que compunham em suas fantasias. Desta forma, *“nem sempre o amor ocorre à primeira vista, os sentimentos se misturam”* (p.29), acentuando ainda mais os sentimentos de ambivalência afetiva presentes nessa relação. Neste processo, tem-se ainda que o papel da maternidade e/ou paternidade, por si só, requer muitas adaptações e reestruturações, sendo naturalmente um gerador de ansiedade dado as mudanças que implica para a dinâmica do casal.

Este processo trará consigo uma carga ainda maior de ansiedade quando se descobre que o filho esperado apresenta uma disfunção ou alteração congênita, uma vez que os pais são obrigados a se deparar com uma nova imagem, a do *filho-real*, o que pode levá-los a experimentar diversos sentimentos, como frustração, ansiedade, tensão, angústia, medo, desânimo, revolta, culpa, perda, luto, tristeza, rejeição e outros. No entanto, seus sentimentos irão se revelar de forma muito particular para cada casal, de acordo com o momento e o desejo dos pais assim como de toda a história de cada relacionamento.

Considerando tais aspectos, ao se deparar com a chegada de um filho com genitália ambígua, freqüentemente os pais podem apresentar medos e angústias, ficar desorientados e experimentar, principalmente, um sentimento de luto diante da perda do filho inicialmente idealizado. Isto porque, de acordo com Telles-Silveira (2009), diante do diagnóstico de DDS – que impõe aos pais o enfrentamento entre o bebê imaginado e o real, representado pela diferença sexual –, não é possível aos pais, inicialmente, dar continuidade aos seus planos e expectativas em relação a seu bebê, de forma que a inserção deste na família se dará de maneira bastante específica dado que os pais são tomados de enorme frustração e estranhamento diante do filho que não podem identificar como aquele que idealizaram. Como conseqüência, a situação de ambigüidade genital faz com que o bebê *“fique em suspenso”*, à espera de uma definição, de um nome, de forma que também o acolhimento a esta criança permanece em suspenso, instalando-se um impasse que será encontrado em todas as escolhas e decisões dos pais no que se refere ao modo de educar a criança. Assim, Telles-Silveira (2009) aponta que, diante da constatação de uma DDS, é natural levantar a questão: *“De que modo e de que maneira estes pais podem sustentar o desejo de investir num filho que não podem nomear nem como menino e nem como menina?”* (p. 02).

Tal situação é, portanto, vivenciada pelos pais com muita angústia, um sentimento de desamparo muito grande porque, afinal, o ser humano não dá conta daquilo que representa um vazio, que não está localizado em lugar nenhum, aquilo que não pode ser nomeado. (LABAKI, 2001).

Poderíamos pensar, nos remetendo à Freud, que isto que não pode ser nomeado representaria algo estranho, o que é assustador pela própria incompreensão do que seja, pela falta de uma palavra que possa definir a circunstância. E, normalmente, aquilo que é novo tem potencial para tornar-se facilmente assustador e estranho, tal como a situação de uma não discriminação sexual, que constitui-se em algo absolutamente novo e inusitado. Essa situação onde não há possibilidade de definir um sexo masculino ou

feminino pode aproximar esses tipos de DDS da categoria do estranho (FREUD, 1969).

Por outro lado, o estranho poderia provir, também, de algo familiar que foi reprimido. Nisto podemos incluir os complexos infantis que podem ser revividos por meio de alguma impressão, ou quando crenças primitivas que já foram superadas se confirmam novamente através das experiências vividas pelo sujeito. Partindo deste raciocínio, podemos compreender que, para os pais, o diagnóstico da genitália ambígua pode ser percebido como uma impressão que pode remetê-los às suas próprias vivências primitivas relacionadas ao seu desenvolvimento sexual. E então, a maneira como eles reagirão a isso dependeria de como essas vivências são novamente despertadas pelo diagnóstico do filho.

Portanto, uma coisa é o sexo biológico e outra é o sexo psicológico. Este é definido a partir de algumas experiências infantis, conforme mencionado anteriormente, em que a criança precisa ser reconhecida em determinado sexo para ter um lugar enquanto sujeito. Mas e quando não há nem uma genitália, ou seja, um sexo biológico que possa contribuir com o desenvolvimento psicológico da criança? Como se dá essa situação, ao longo de sua educação, sob o ponto de vista dos pais?

Neste contexto, os pais se deparam com o bebê real em oposição ao bebê imaginado, de forma que um processo de luto pode ser desencadeado, onde ambos tentarão elaborar a perda daquele bebê em que já investiram emocionalmente, mas que não corresponde à realidade. E, desse modo, muitas são as possíveis reações dos pais em relação ao diagnóstico de genitália ambígua: há os que não entendem e se negam a entender, mantendo-se dentro dos planos iniciais desejados pelo casal de ter uma menina(o); há ainda outros que julgam que a causa da doença foi o atraso do nascimento, ou até mesmo algo que a mãe tenha feito de errado durante, ou até antes da gestação, e aí o “problema” do filho serviria de castigo.

Considerando esses aspectos levantados, ressalta-se ainda a importância de considerar cada caso individualmente em função da

multifatorialidade envolvida neste processo de doença, hospitalização e tratamento vivenciado pela tríade paciente, pais e equipe de saúde.

## **Método**

Este artigo pretende apresentar, a partir da perspectiva do trabalho da Psicologia, alguns aspectos psicológicos da vivência dos pais em relação a seus filhos quando estes são diagnosticados com HAC, no formato de um trabalho qualitativo, descritivo. A partir do relato dos profissionais da Psicologia, junto a dois casais com filhos portadores de genitália ambígua, na fase inicial da definição diagnóstica de HAC, pretende-se apresentar a experiência vivida, as ações desenvolvidas e as impressões destes profissionais em interação com a equipe médica e as famílias relatando os procedimentos utilizados para o desenvolvimento do trabalho. Considerando a incidência de 1 para cada 10 mil nascimentos por ano no Brasil (Silveira et al, 2008), ou seja, por constituir-se uma situação rara, a escolha dos casais deu-se de forma completamente aleatória e em virtude da coincidência do período de internação das mães e das crianças na mesma enfermaria. Foram realizadas observações, entrevistas em enfermarias ou em consultório durante o processo de internação, discussão de estratégias, de orientações e condutas pela equipe além de pesquisa bibliográfica atualizada a respeito do distúrbio em tela. A razão da escolha desta metodologia deve-se a dificuldades encontradas ao longo das pesquisas bibliográficas sobre o tema onde, identificou-se na produção científica, muita descrição teórica a respeito de conceitos e da definição de identidade de gênero, de identidade sexual, entre outros. Poucas foram as pesquisas falando a respeito do momento da identificação da desordem e das reações dos pais frente a esta e seus desdobramentos posteriores.

## **Resultados e Discussão**

Apesar de a mesma problemática ter sido vivenciada por ambas as famílias, cada conjunto familiar provinha de um contexto específico quanto a

sua constituição, experiências, ciclo de vida e, especialmente, frente a sua exposição em relação a descoberta da desordem. Tais fatores podem ser observados mais claramente por meio dos relatos dos casos atendidos, que seguem, em conjunto com a discussão que será apresentada posteriormente.

### **Casos Atendidos**

#### **CASE 1**

Pais jovens, na casa dos 30 anos, estão casados há 10 anos e têm uma filha de 8 anos. Em virtude da idade da parceira, o casal planejou e desejou ter um segundo filho. Durante o pré-natal, a mãe sentiu-se mal algumas vezes, mas, de maneira geral, considera que sua gestação transcorreu sem problemas. Neste caso, a configuração do par matrimonial se deu a partir de identificações positivas (sonhos, projetos de vida, afinidades, desejos, etc), que impactaram de forma importante na constituição deste casal. Este par direcionou todo seu investimento na constituição familiar, demonstrando-se suficientemente esclarecido e organizado, pois, tendo uma filha de 8 anos, planejou e preparou-se para um segundo filho, desejando e concretizando emocionalmente esta criança. Segundo relatos da mãe, na primeira gestação ela e seu parceiro tinham certeza de que tratava-se de uma menina, ficando a cargo do pai escolher seu nome. Essa menina atendia completamente ao desejo dos pais e ao nascer, a criança idealizada, quando confrontada com a criança real, ganhou seu espaço na vida mental e social desta família. Na segunda gestação, o desejo dos pais envolvia a idealização de um filho do sexo masculino e, segundo a mãe, o pai também tinha certeza de que essa criança seria um menino. Para lidar com esta expectativa, a mãe conta que fez diversos exames ultrassonográficos, mas que, apenas no 8º mês veio a notícia de que seria um menino. Os pais e a filha se preparam, portanto, para o nascimento de um menino, cujo nome a mãe escolheu. Durante o nascimento, ao ser questionada pelo profissional médico sobre “o que



vem vindo aí?” a mãe declara que é o (...<sup>5</sup>), declaração reafirmada pelo profissional que vendo a criança fora do ventre materno declara: “é isso mesmo, é um menino!”. Assim, ao nascer, esse filho idealizado parecia corresponder ao filho real e, portanto, toma forma, recebendo seu nome, adquirindo sua identidade ao ser registrado e, desta forma sendo reconhecido pelo seu sexo externo. Dentro do desenrolar normal destes fatos, seria então criado e orientado de acordo com os preceitos culturais característicos do sexo masculino. Entretanto, essa criança, ao nascer apresentava o que a mãe nomeou como um “probleminha” que seria facilmente resolvido, “segundo o doutor”. Tratava-se de um problema nos órgãos genitais da criança que, a princípio, foi identificado como hipospádia, algo que seria corrigido cirurgicamente de forma muito simples. Retornando para casa, passados 9 dias, a criança começa a apresentar cólicas e outros sintomas que persistiram e que acabaram por resultar num quadro grave de desidratação e desnutrição, com emagrecimento importante e, por este motivo, foi encaminhado para UTI Neonatal do Hospital, em estado grave. A partir deste momento, começa então uma nova fase e uma nova relação dos pais com esta criança, pois, apresentando sintomas compatíveis com HAC, tem início o levantamento por parte da equipe da UTI, da hipótese diagnóstica de DDS e a genitália ambígua. Os pais, inicialmente preocupados com a sobrevivência da criança, recalcam essa possibilidade, focando seu investimento emocional na sobrevivência da criança. A medida que o quadro fica estável e a criança evolui, surgem as dúvidas, as primeiras angústias e medos, sempre descritos como sentimento de confusão e não entendimento da realidade, num processo de negação. E, assim, mudam as prioridades e as ações em relação a criança. A mãe, muito sensível, relata de sua dificuldade para amamentar, pois seu leite diminuiu depois que tudo isso aconteceu. Além disso, tem medo que ela

---

<sup>5</sup> (apesar da mãe citar textualmente o nome da criança, optamos pela exclusão do mesmo cumprindo os aspectos éticos de sigilo).

tenha sido responsável pelo que está acontecendo com seu bebê, sentindo-se “culpada” por algo que ainda nem entende e sofrendo por essa indefinição.

## **CASE 2**

Pais jovens, na faixa etária dos 20 anos, estão casados há dois anos. Ele veio de um relacionamento anterior que durou 7 anos e no qual teve uma filha de 6 anos (que mora com ele) e ela em seu primeiro relacionamento, querendo conceber uma criança, desejo este a priori não partilhado com seu parceiro. Neste caso, a família constituiu-se a partir de uma configuração vincular de par matrimonial diferente do primeiro casal. Ele, vindo de um primeiro relacionamento e com uma filha deste relacionamento, e ela estando em seu primeiro relacionamento, resolvem morar junto depois de um ano de namoro. Apesar de sempre ter tido o desejo de ser mãe, apresenta dificuldades para engravidar. Mesmo este desejo não sendo partilhado por seu parceiro por considerar que “ainda não era a hora certa”, procura por tratamento para infertilidade e nos exames iniciais descobre-se grávida de um mês. Conta que, aos poucos, o parceiro aceitou sua gestação e que fez acompanhamento pré-natal durante toda sua gestação. No primeiro trimestre relata enjôo e vômitos, mas estes sintomas foram desaparecendo com o tempo. Fez ultrassom no 5º mês com a identificação da criança como sendo do sexo feminino, motivo pelo qual passou o restante da gestação esperando e investindo emocionalmente numa menina, cujo nome seria (...<sup>6</sup>). Cita não ter aparecido “nada de anormal” no USG, apesar de ter em seu histórico médico um mioma muito grande que, inclusive, levou-a a uma cesariana. Relata que enquanto voltava da anestesia, a médica havia conversado com seu parceiro e contado a ele a respeito da necessidade de uma investigação

---

<sup>6</sup> (apesar da mãe citar textualmente o nome da criança, optamos pela exclusão do mesmo cumprindo os aspectos éticos de sigilo).

diagnóstica para DDS em função da genitália externa ambígua apresentada pela criança. Assim que acordou, ambos lhe apresentaram a nova condição do bebê e, neste momento, os pais foram orientados a aguardar a realização de exames para a definição do sexo e a escolha do nome. Segundo relata, a médica disse que após alguns exames e uma pequena cirurgia, tudo ficaria bem novamente. Os pais foram também orientados a passar a chamar o recém-nascido de o bebê, a criança, evitando nomeá-lo. Apesar de seguirem as orientações que visavam evitar a frustração dos pais frente a esse bebê que já havia sido significado no imaginário dos pais como uma criança do sexo feminino, estes, inconscientemente, já lhe haviam feito uma designação. A mãe já havia feito seu enxoval, escolhido seu nome, preparado seu lugar na casa, entretanto as orientações dadas a “interditaram verbalmente”, fazendo com que o bebê ficasse “em suspenso”, como já apontado anteriormente. Essa situação de indefinição reaviva o conflito entre o casal, pois o parceiro vem visitar a dupla de forma irregular e a condição da criança parece mobilizar no pai um processo de raiva e negação. A mãe diz que quando ele soube e entendeu o que estava acontecendo com a filha, ficou muito nervoso, questionando o “porque disso acontecer” e, ainda, que apenas alguns parentes mais próximos sabiam da situação, mas também demonstravam não se conformar com isso. Acredita que as visitas que recebe são para ver a criança e não ela, o que a incomoda, motivo pelo qual resolveu “não contar para os outros para evitar falatório”. Procurou isolar-se e proteger-se da família e dos conhecidos. Queixa-se dos procedimentos invasivos realizados na criança para medicá-la e a para a realização de exames, e fala de sua preocupação com a amamentação, pois está tão nervosa que não consegue nem amamentar direito.

Para ambas as mães, a ansiedade da espera pelos resultados dos exames repercutiu de forma diferente em função de todo o suporte social e familiar, principalmente considerando os tipos de relação estabelecidos junto a cada par.

Inicialmente, a equipe de saúde criou uma expectativa em relação ao primeiro caso, acreditando que a situação apresentada era mais complexa e, portanto, poderia acarretar em maiores conflitos. Isto porque a problemática da genitália ambígua havia se colocado após o preenchimento de todas as expectativas dos pais e, também, em função desta criança já ter-se concretizado por alguns dias em seu núcleo parental e socialmente, já que já tinha inclusive sido registrada. Neste caso, o ataque era ao filho idealizado e ao desejo do pai de ter um menino.

Para o segundo casal, cujos conflitos começaram a se exacerbar ao longo dos dias, essa espera mobilizava mais o pai do que a mãe considerando que este distanciou-se da situação como defesa e, de certa forma, responsabilizava a parceira, pois a gestação não era fruto do desejo do casal e sim consequência do desejo da mãe, que, apesar de submeter-se as orientações da equipe, no fundo desejava que a filha idealizada pudesse concretizar-se com o resultado do exame. Apesar da interdição, todo seu discurso era voltado para o feminino e para seus projetos para a filha menina que fizera. Dizia que para ela tanto fazia se fosse menino ou menina, pois o importante é que a criança tivesse saúde, porém seus atos falhos revelavam que sua preferência era por uma menina, mesmo que esta não estivesse nomeada a priori.

A espera dos resultados aflorou uma angústia em ambas as mães, que era extravasada a partir da adoção de termos médicos a respeito do problema, muitas vezes sem ter noção do real significado de seu discurso. Essa reação é compatível com as descritas no trabalho de Telles-Silveira et al (2009), quando afirmam ter sido possível “verificar que eles repetiam, sem consciência, o que ouviam dos médicos, dizendo palavras sem conhecer o seu real significado” (p.1119).

Tal fato foi verificado na postura da mãe do primeiro caso que, com segundo grau completo, mostrava-se mais a vontade com estes discursos, descrevendo as passagens de plantão e as visitas médicas com bastante riqueza de informações. Estava em estado de alerta o tempo inteiro, tanto que

era capaz de descrever inclusive a postura de determinado membro da equipe no momento em que falavam a respeito da criança. A mãe do segundo caso, com menor grau de escolaridade, apresentava mais limitações a respeito do manuseio das informações, reportando-se diversas vezes a primeira, com quem compartilhava a enfermaria, no intuito de repartir suas dúvidas e buscar apoio. Essa situação favoreceu a construção de uma aliança entre ambas em função da forte identificação que ocorreu, que acabou por desdobrar-se ao longo da internação e no desfecho inicial dos casos.

Além da angústia da espera de ambas, a problemática envolvendo a questão da amamentação serviu para reforçar estes laços e influenciar a atitude de ambas em relação a seus bebês. A partir de seus medos em relação ao fato do bebê ser prejudicado pelo leite materno, passam a ser evidenciados também os dúvidas e as expectativas em relação aos procedimentos a serem adotados frente ao resultado esperado, aos medicamentos, ao manejo com a criança para explicar ao longo de seu desenvolvimento essa parte de sua história e de sua constituição enquanto sujeito e surgem fortemente as questões ligadas a perpetuação da família como a possibilidade de se casarem, de terem filhos, de serem férteis ou não e principalmente de terem filhos com o mesmo problema ou não.

As dúvidas e ansiedades foram se modificando na medida em que o tempo da espera do resultado dos exames diminuía e os resultados começaram a chegar. A mãe da criança que nasceu neste hospital recebeu seu exame alguns dias antes do casal do primeiro caso, que veio transferido. Ao receber o resultado do cariótipo, a mãe do segundo caso sente-se aliviada com a confirmação de que sua criança realmente é uma menina e finalmente assume que seu desejo sempre foi de que esse resultado se confirmasse. Logo após o resultado passa a referir-se a filha pelo nome escolhido e acha que tudo vai se resolver de uma forma ou de outra. Sua preocupação passa a ser em relação aos medicamentos e procedimentos que serão adotados a partir deste resultado, pois sua condição financeira é bastante precária.

A curiosidade da mãe do primeiro caso é despertada com a chegada do resultado do exame da outra criança e é esta mãe que explica, do jeito que sabe, que é um exame genético. Frente a nossa intervenção, identifica-se que mesmo sem entender o que é um exame genético, para a mãe, o que interessa de fato é a síntese do exame com a afirmação: trata-se de uma criança do sexo feminino. Seu foco vai para os dois X deste documento.

A reação da mãe da criança que nasceu fora do hospital, inicialmente registrado como menino é de expectativa e resignação. Fala de forma tranqüila que acha que sua criança na verdade também é uma menina. Fala sem ansiedade e sem angústia, voltando-se para aspectos positivos de ter duas meninas e de ter uma sobrinha, reafirmando que para elas será interessante crescer juntas, visualizando um futuro bem positivo.

### **Considerações Finais**

Sabemos que dentro de um padrão de normalidade, o nascimento de uma criança produz mudanças significativas na constituição e no clima emocional do sistema familiar. Quando este núcleo sofre modificações e o novo membro da família frustra de certa forma as expectativas, existe a necessidade de um novo olhar e posicionamento para que as provisões afetivas possam ser viabilizadas, favorecendo mecanismos de interação afetiva. É a família que vai servir de continente para as ansiedades existenciais de seus membros ao longo de seu desenvolvimento, motivo pelo qual valorizou-se os dados da constituição familiar de cada uma das crianças.

O primeiro casal, apesar de estar diante de uma situação muito mais complexa do que o segundo, mostrava uma cumplicidade muito grande. Essa aliança entre os dois favoreceu que, nos momentos em que a mãe da criança estava mais mobilizada, o pai pudesse servir de ponto de apoio a esta e nos momentos que o pai da criança sentia-se mais fragilizado, a parceira pudesse manter o equilíbrio da dupla.

O segundo casal, com uma história de constituição mais informal e com mais elementos histórico-constitucionais, mostrava-se de certa forma mais desorganizado e imaturo, deixando a mãe da criança sobrecarregada com a experiência vivida, com sentimento de abandono por parte do parceiro. O pai da criança, justificando-se em sua dificuldade de lidar com a situação (não aceitação, não compreensão do porque, etc) afastou-se da parceira e em alguns momentos cobrou-lhe a opção pela gestação, justificando-se em seu discurso, de que dizia que não era a hora. De forma imatura, atribuía individualmente a ela, a responsabilidade pelo resultado da gestação de uma criança “desse jeito”, não oferecendo continência e suporte psicológico necessários a sua parceira.

Os demais componentes do núcleo familiar e parental também tiveram papel importante no desfecho de ambos os casos. No primeiro caso, a preocupação do casal estendia-se também à sua filha, que já tinha convivido com o “irmão” por um determinado período de tempo. As principais angústias tinham a ver com o fato de definir como contar para a criança que havia a possibilidade do irmão ser uma irmã. Isto angustiava muito o pai que, também por resistência, ainda sem elaborar o fato de estar sendo frustrado em seu desejo de ter um filho homem, preferia adiar essa conversa com a criança, considerando a possibilidade de tudo isto constituir-se como um grande engano e de repente se confirmar que o menino que podia ser uma menina, na verdade fosse um menino mesmo. Passou alguns dias atrás deste discurso de negação, como se precisasse de um tempo para elaborar este luto até que finalmente, ao ir dando-se conta de que existia 100% de chance de sua criança ser uma menina afirma: *tudo bem, fazer o que, né? É minha filha de qualquer jeito*. Na medida em que abre esse espaço mental para a possibilidade de uma menina, discutimos, a respeito de como começar a posicionar-se frente a essa nova realidade e como começar a incluir a filha nesta nova situação. Sugerimos que a partir do nome, ou seja, da escolha de um novo nome, desta vez a ser efetuada por ele (já que o combinado é que o pai escolhia o nome das filhas) e a filha, eles pudessem falar a respeito dessa nova realidade e a filha pudesse estar sendo incluída neste processo.

Ampliando o núcleo parental, havia o fato de uma das irmãs da mãe do primeiro caso ter tido uma criança do sexo feminino com diferença de alguns dias como um evento facilitador para a comunicação familiar a respeito do problema. A avó materna e a tia materna, tendo conhecimento de todo o processo, mostravam-se continentas as angústias deste casal e extremamente afetivas, oferecendo apoio.

Os familiares do segundo casal, ao contrário, numa mesma linha de posicionamento do pai da criança, mostravam-se inconformados e incrédulos, questionando como é que “isso podia estar acontecendo?”. O parentes do lado paterno sentiam-se devastados com a situação, questionando e duvidando do diagnóstico e da condição da criança o tempo todo. Os demais membros do núcleo familiar (que incluía a filha do parceiro de seu primeiro relacionamento, a avó materna e seu marido (padastro da mãe do bebê), tinham muita dificuldade de entender e aceitar a condição da criança. Esta mãe, sentindo-se desprotegida e pouco apoiada pelo parceiro e pela família, alia-se e fortalece o vínculo com a outra mãe, que encontra-se na mesma enfermaria que ela e passando por uma situação semelhante. Este vínculo se solidifica ainda mais quando ambos os casais passam a pensar e procurar o medicamento necessário às crianças. O primeiro casal procura, após o resultado do exame, junto com a equipe, viabilizar a compra dos remédios necessários, enquanto o protocolo de medicamentos excepcionais não viabiliza o medicamento pelo sistema de saúde, ao passo que o segundo casal tenta, de forma desajeitada, efetuar a compra do mesmo medicamento, sem sucesso. De forma solidária, o primeiro casal oferece-se para ceder parte do medicamento que conseguiu adquirir, mostrando os denominados fatores curativos grupais com efeitos terapêuticos, apontados por Yalom (1985).

Encontramos os cinco fatores - coesão, universalidade, esperança, altruísmo, imitação, descritos por Zukerfeld apud Zimerman & Osório (1997) - permeando e favorecendo as identificações primárias entre ambas as mães. Esse processo grupal que estabeleceu-se na enfermaria favoreceu uma melhor adaptabilidade nas inter-relações familiares, profissionais e sociais,



possibilitando a manutenção de um estado de equilíbrio psíquico e o desvelamento de capacidades positivas desconhecidas. A experiência compartilhada pelas mães possibilitou a criação de alianças fraternais e uma atitude de auto-reflexão, criando um clima psicológico de apoio e solidariedade.

Segundo Telles-Silveira (2009), até 1920, os médicos eram os únicos responsáveis por decidir sobre o destino da criança com genitália ambígua, ou seja, se este bebê seria definido como menino ou menina. No entanto, hoje em dia, os médicos favorecem a participação da família nesses casos. Tal atitude está de acordo, inclusive, com o novo Código de Ética da Medicina (Resolução CFM n. 1931/2009), que prevê a autonomia dos pacientes atendidos quanto a seu tratamento. Com essa atitude, abre-se espaço para a comunicação da equipe com a família em prol de uma solução. Porém, nessa relação também podem surgir desavenças, uma vez que, nem sempre o que o médico sugere enquanto sexo biológico corresponde ao desejo dos pais ou a visão que os mesmos têm do filho.

Numa nova postura, a conduta desta equipe, discutindo todos os passos a serem tomados, visando identificar os sentimentos, anseios, percepções e modos de enfrentamento desde o início do processo diagnóstico até a definição de um protocolo de acompanhamento após a comunicação destes aos casais, demonstrou a importância deste trabalho interdisciplinar, nas tomadas de decisões, favorecendo que estes pais possam conceber, ressignificar e renascer sua criança em seu imaginário como afirmado textualmente pelo pai do caso 1: *“após o resultado do exame, meu neném vai nascer de novo porque tudo será diferente, desde o enxoval que vamos ter que comprar tudo novo até a forma como a família vai enxergar e cuidar da criança porque é diferente, né?”*. Afinal, como ele dizia: *“se for menino tem que cuidar de um jeito e se for menina, de outro”*.

## Referências

- Bortoletti, F. F. (2007). Psicodinâmica do ciclo gravídico puerperal. In: Bortoletti, F. F. et al.(org.). *Psicologia na prática obstétrica: abordagem interdisciplinar*. Barueri, SP: Manole, pp. 21-31.
- Freud, S. *O ego e o superego* (1923). In: Salomão, Eduardo (Coord.). *Edição eletrônica brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1969a. (Obras Completas, v. 19). CD-ROM.
- \_\_\_\_\_. *O estranho* (1919). In: Salomão, Eduardo (Coord.). *Edição eletrônica brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1969b. (Obras Completas, v. 17). CD-ROM.
- Labaki, M. E. P (2001). *Morte*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Silveira, E. L. et AL (2008). The actual incidence of congenital adrenal hyperplasia in Brazil may not be as high as inferred – na estimate based on a public neonatal screening program in the state of Goiás. *J Pediatr Endocrinol Metab*. 21(5): 455-60.
- Telles-Silveira, M. *Hiperplasia Adrenal Congênita: “quando o sexo precisa ser diagnosticado”: um estudo qualitativo com médicos, pacientes e familiares*. Dissertação de Mestrado em Ciências. São Paulo: UNIFESP – Escola Paulista de Medicina, 2009.
- Telles-Silveira, M. et al. Hiperplasia adrenal congênita: estudo qualitativo sobre doença e tratamento, dúvidas, angústias e relacionamentos (parte I). *Arq Bras Endocrinol Metab*, 53(9): 1112-24, 2009.
- Yalom, I.D. *The theory and practice of group psychotherapy* 3 ed. Nova Iorque: Basics Books, 1985.
- Zimmerman, D. E. & Osório, L.C. *Como Trabalhamos com grupos*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.