

**A Ultra-Sonografia Obstétrica e suas Implicações na Relação Mãe-Feto:
Impressões e Sentimentos de Gestantes com e sem Diagnóstico de Anormalidade Fetal**

Aline Grill Gomes

**Dissertação apresentada como exigência parcial para a obtenção
do grau de Mestre em Psicologia sob orientação do
Prof. Dr. Cesar Augusto Piccinini**

**Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Instituto de Psicologia
Curso de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento
Porto Alegre, maio de 2003**

Agradecimentos

Um mestrado não significa somente um trabalho árduo de dois anos e um aprendizado teórico e metodológico consistente; significa, sim, uma experiência importante na formação da identidade profissional, além de pessoalmente representar um processo de crescimento bastante singular. Como qualquer experiência dessa natureza, muitas pessoas são envolvidas e, no meu caso, algumas contribuíram, de forma diferenciada, para que fosse possível “engravidar, gestar e dar à luz” a este trabalho.

Em primeiro lugar, agradeço ao o Prof. Dr. César Augusto Piccinini, o meu orientador, que como a própria palavra mesmo diz, orientou meus passos ao longo desta trajetória, mas em momento algum se colocou à frente, impondo seu próprio ritmo ou destino preferido. Obrigada pela liberdade, pela confiança, mas também pela exigência. Obrigada pelos ensinamentos científicos, pela postura justa, ética e sensível, enfim, pela competência profissional e humana que levarei sempre de modelo.

Agradeço também à minha “mãe intelectual”, a Profa. Dra. Maria Lúcia Tiellet Nunes, quem me iniciou na pesquisa acadêmica, e acreditou que eu poderia crescer, me incentivando sempre, mesmo diante de momentos que poderiam deixar dúvidas do meu talento, como o meu primeiro pôster para um congresso, que realmente estava trágico, mas que acabou recebendo muitos elogios. Maria Lúcia, obrigada pela tranquilidade, pela tolerância e ao mesmo tempo exigência, pelo bom-humor e amizade.

Às participantes desta pesquisa, agradeço imensamente por terem me permitido entrar nas suas vidas e contar suas histórias, em um momento tão especial que é a chegada do primeiro filho. Sem elas, nada disso teria sido possível.

À equipe de Medicina Fetal do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, que abriu espaço em suas reuniões, seu serviço, acreditando na possibilidade e importância deste trabalho.

Aos colegas do Grupo de Interação Social, Desenvolvimento e Psicopatologia - GIDEP/CNPq/UFRGS, pelas valiosas contribuições nos momentos que eu mais precisava e estava exausta - ao final do projeto e da dissertação.

Às alunas de graduação, Tatiana De Nardi, Carolina Lima e Giovana Bavaresco, que se envolveram de diferentes formas neste trabalho, mas sempre com disponibilidade e dedicação.

À minha família, meu pai Cláudio e minha mãe Rosângela, à minha vó-mãe Hélia, obrigada por terem estado sempre comigo, sempre.

Agradeço, do fundo do coração, às minhas amigas, pessoas que eu escolhi para minha família, cada uma de vocês, a sua maneira, se mostrou presente, em especial: obrigada Ellen, pela proximidade constante; Rê, por trazer “o mar” pra perto de mim; Cláudia, “por tudo”; Nessa, pela escuta e pelas ajudas técnicas; Tagma e Ju, por compartilhar sempre; e muito obrigada Milena, pela sintonia tranquilizadora.

Ao CNPq, por viabilizar financeiramente a realização deste estudo.

Todos vocês foram essenciais para que eu chegasse até aqui e, sobretudo, para que, hoje, eu me sinta capaz e com desejo de seguir em frente. Obrigada!

SUMÁRIO

RESUMO	7
ABSTRACT	8
CAPÍTULO I	9
INTRODUÇÃO	9
Apresentação	9
A maternidade na gestação	10
O desenvolvimento fetal	16
A relação materno-fetal na constituição psíquica do feto	20
A ultra-sonografia obstétrica e suas implicações para a relação mãe-feto	23
O diagnóstico de anormalidade fetal e suas implicações na relação mãe-feto	31
Justificativa e Objetivos do Estudo	39
CAPÍTULO II	40
Estudo I: Impressões e sentimentos das gestantes sobre a ultra-sonografia e suas implicações para a relação materno-fetal no contexto de normalidade fetal	40
Método	41
Participantes	41
Delineamento e Procedimentos	42
Instrumentos e Materiais	43
Resultados	47
Parte I	47
Impressões e sentimentos sobre a ultra-sonografia e a relação mãe-feto	47
Impressões e Sentimentos das Gestantes Quanto à Ultra-Sonografia	51
Discussão sobre as Impressões e Sentimentos Quanto à Ultra-Sonografia	57
Impressões e Sentimentos das Gestantes Quanto ao Bebê	68
Discussão sobre as Impressões e Sentimentos Quanto ao Bebê	75
Impressões e Sentimentos Quanto à Relação Mãe-Bebê	85
Discussão sobre as Impressões e Sentimentos Quanto à Relação Mãe-Bebê	88
Impressões e Sentimentos Quanto à Maternidade	94
Discussão sobre as Impressões e Sentimentos Quanto à Maternidade	98
Parte II	104
Apego Materno-Fetal: O Antes e o Depois da Ultra-sonografia	104
Resultados	105
Discussão sobre o Apego Materno-Fetal Antes e Depois da Ultra-sonografia	105
Discussão Geral sobre as Impressões e Sentimentos sobre a Ultra-Sonografia e a Relação Mãe-Feto no Contexto de Normalidade Fetal	108
CAPÍTULO III	113

Estudo II: Impressões e sentimentos das gestantes sobre a ultra-sonografia e suas implicações para a relação materno-fetal no contexto de anormalidade fetal.....	113
Método.....	114
Participantes	114
Delineamento e Procedimentos	115
Instrumentos	116
Resultados.....	118
Caso Alessandra	119
Breve Histórico.....	119
A ultra-sonografia e o diagnóstico de anormalidade.....	120
O bebê com anormalidade fetal	124
A relação mãe-bebê.....	125
A maternidade no contexto da anormalidade fetal.....	127
Entendimento psicodinâmico do caso Alessandra	127
Caso Clara	136
Breve histórico.....	136
A ultra-sonografia e o diagnóstico de anormalidade.....	136
O bebê com anormalidade.....	138
A relação mãe-bebê.....	138
A maternidade no contexto da anormalidade fetal.....	139
Entendimento psicodinâmico do caso Clara	139
Caso Janice	143
Breve histórico.....	143
A ultra-sonografia e o diagnóstico de anormalidade.....	143
O bebê com anormalidade.....	146
A relação mãe-bebê.....	146
A maternidade no contexto da anormalidade fetal.....	146
Entendimento psicodinâmico do caso Janice	147
Discussão sobre as Semelhanças e Particularidades entre os casos	151
Discussão Geral sobre as Impressões e Sentimentos sobre a Ultra-Sonografia e a Relação Mãe-Feto no Contexto de normalidade Fetal	155
CAPÍTULO IV	158
DISCUSSÃO GERAL.....	158
Considerações finais.....	160
REFERÊNCIAS	165
ANEXOS	175

ANEXO A - CONSENTIMENTO INFORMADO	176
ANEXO B - FICHA DE DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS	177
ANEXO C - HISTÓRIA OBSTÉTRICA DA GESTANTE	178
ANEXO D - ENTREVISTA SOBRE A ULTRA-SONOGRAFIA OBSTÉTRICA E A RELAÇÃO MATERNO-FETAL - NO CONTEXTO DE NORMALIDADE FETAL -	179
ANEXO E - ENTREVISTA SOBRE A ULTRA-SONOGRAFIA OBSTÉTRICA E A RELAÇÃO MATERNO-FETAL - NO CONTEXTO DE ANORMALIDADE FETAL -	181
ANEXO F – ENTREVISTA SOBRE GESTAÇÃO E EXPECTATIVAS DA GESTANTE.....	183
ANEXO G - ESCALA DE APEGO MATERNO-FETAL.....	185
ANEXO H - ESTRUTURA DE EIXOS E CATEGORIAS TEMÁTICAS.....	187

RESUMO

O objetivo desta pesquisa foi investigar as impressões e sentimentos das gestantes sobre a ultra-sonografia obstétrica e suas implicações na relação mãe-feto, no contexto de normalidade e anormalidade fetal. Para tanto, foram realizados dois estudos. Participaram do primeiro estudo onze gestantes primíparas, com idades entre 18 e 35 anos e idades gestacional entre 11 e 24 semanas, que estavam sendo submetidas pela primeira vez à ultra-sonografia. Elas responderam a uma entrevista semi-estruturada e à Escala de Apego Materno-Fetal, antes e depois do exame. Análise de conteúdo qualitativa das entrevistas, mostrou que a ultra-sonografia foi vista com satisfação, além de tornar o bebê mais real e concreto, o que, em geral, intensificou os comportamentos de interação mãe-bebê e os sentimentos maternos. O Teste Wilcoxon revelou um aumento significativo no apego materno fetal após o exame. O segundo estudo contou com três gestantes com diagnóstico confirmado de anormalidade fetal, com idades entre 21 e 30 anos, e idades gestacionais entre 28 e 35 semanas. As participantes foram entrevistadas três meses depois da notícia do diagnóstico. Análise de conteúdo qualitativa das entrevistas revelou que a ultra-sonografia foi vista com ambivalência pelas gestantes que reconheceram tanto aspectos positivos como negativos do exame. Os resultados dos dois estudos indicam que a ultra-sonografia exerceu um impacto emocional importante nas gestantes influenciando a relação mãe-bebê, tanto no contexto de normalidade como de anormalidade fetal.

ABSTRACT

This research work aimed to investigate the impressions and feelings of pregnant women concerning ultrasound and their implications for mother-fetus relationship, in the context of fetal normality and abnormality. Two studies were carried out. Eleven primiparous pregnant women, aged 18 to 35, with gestational ages between 11 and 24 weeks, who were being submitted for the first time to ultrasound, took part in the first study. They answered a semi-structured interview and the Mother-Fetus Attachment Scale, before and after the examination. Qualitative content analysis of the interviews revealed that ultrasound was seen with satisfaction. It also made the baby more real and concrete, intensifying mother-infant interaction behaviours and maternal feelings. Wilcoxon Test revealed a significant increase in mother-fetus attachment after the examination. The second study involved three pregnant women with confirmed diagnosis of fetal abnormality, aged 21 to 31, and gestational ages between 28 and 35 weeks. The participants were interviewed three months after they were informed about the diagnosis. Qualitative content analysis of the interviews revealed that ultrasound was seen with ambivalence by pregnant women and that they acknowledged both positive and negative aspects of the examination. The results of both studies indicate that the ultrasound exerted an important emotional impact on pregnant women, influencing mother-infant relationship, in the context of both fetal normality and abnormality.

CAPÍTULO I

INTRODUÇÃO

Apresentação

As vivências pré-natais do bebê, especialmente as referentes à relação materno-fetal, tendem a afetar sua constituição psíquica assumindo, portanto, um papel importante na sua personalidade. A ultra-sonografia obstétrica inaugurou uma nova forma de contato entre mãe e feto, e desde o seu surgimento tem influenciado esta relação em diferentes aspectos. A maioria dos estudos aponta repercussões positivas da ultra-sonografia, tais como: fazer com que as gestantes sintam-se mais mães, tornar o feto mais real e próximo, e intensificar o vínculo materno-fetal. Porém, alguns outros reconhecem aspectos negativos do exame, na medida que este, ao trazer à tona um bebê mais real, interrompe as fantasias maternas e pode, com isso, prejudicar a relação mãe-feto. A literatura ainda dispõe de autores que permanecem incertos a respeito dos aspectos psicológicos envolvidos na ultra-sonografia.

A principal função do exame ecográfico é verificar as condições de saúde do feto. Assim, os efeitos da presença de um diagnóstico de anormalidade fetal são bastante impactantes para a relação mãe-feto, e a ultra-sonografia, nestas situações, tem um papel diferente. Contudo, a maioria das pesquisas que aborda os aspectos psicológicos da ultra-sonografia não investiga as situações de anormalidade.

Neste sentido, o presente estudo buscou examinar as impressões e sentimentos de gestantes com e sem diagnóstico de anormalidade fetal sobre a ultra-sonografia obstétrica. Além disto, investigou as implicações da ultra-sonografia obstétrica para a relação mãe-feto, em gestantes com e sem diagnóstico de anormalidade fetal.

Inicialmente, foram abordadas algumas questões teóricas a respeito da gestação como parte da maternidade, do desenvolvimento fetal, e do impacto da relação materno-fetal na constituição psíquica do feto. A seguir, apresentou-se a literatura referente à ultra-sonografia e suas implicações para a relação mãe-feto. Por fim, foram discutidos alguns aspectos do diagnóstico de anormalidade fetal e suas implicações para a relação mãe-feto.

A maternidade na gestação

O processo de construção da maternidade inicia-se muito antes da concepção, desde as primeiras relações e identificações da mulher, passando pela atividade lúdica infantil, a adolescência, o desejo de ter um filho e a gravidez propriamente dita (Brazelton & Cramer, 1992; Klaus & Kennel, 1992; Szejer & Stewart, 1997; Stern, 1997). Para alguns autores, a gestação é compreendida como uma preparação psicológica para a maternidade; é um período no qual ainda se está construindo a maternidade (Smith, 1999; Leifer, 1977; Raphael-Leff, 1997; Brazelton & Cramer, 1992; Szejer & Stewart, 1997; Bibring, Dwyer, Huntington & Valenstein, 1961). A visão de Stainton (1985) vem de encontro a esta concepção, uma vez que critica a utilização do termo “nova mãe” somente no período pós-natal. O autor acredita que a relação entre pais e filho começa desde a vida intra-uterina, configurando, desde já, os papéis paterno e materno. Nesta perspectiva, o processo de construção da maternidade corresponderia às etapas desenvolvimentais anteriores à gestação, passando, a partir daí, à maternidade propriamente dita. Por razões didáticas, a presente revisão será circunscrita ao período gestacional, entendendo que, desde então, a maternidade está sendo exercida.

A gravidez é um período marcado por mudanças de diversas ordens, além de representar para a mulher uma experiência única, repleta de sentimentos e emoções de muita intensidade (Brazelton & Cramer, 1992; Klaus & Kennel, 1992; Raphael-Leff, 1997, 2000; Soifer, 1980). Trata-se de um ser vivendo dentro de outro; o feto embora ainda na gravidez, construa seu próprio aparato biológico e psíquico, está intimamente conectado ao universo materno (Szejer, 1999). Ele depende da mãe nesta construção; ela, de fato, empresta seu corpo e seu psiquismo para que ele se constitua.

Assim como a puberdade e a menopausa, a gestação é considerada uma crise normativa do ciclo vital, uma vez que envolve a mulher em profundas mudanças biológicas, somáticas e psicológicas. É uma ida sem volta, isto é, uma vez mãe, torna-se impossível desvencilhar-se deste papel. Este momento incita a revivência de conflitos psicológicos primitivos e conta com as características individuais de cada mulher para serem vencidos com sucesso (Bibring & cols., 1961; Bibring & Valenstein, 1976).

Gestar é mais do que possibilitar o crescimento e desenvolvimento fetal; envolve mais do que uma adaptação biológica e corporal. É um momento de reformulação da

identidade, re-configuração de relações e re-ordenamento do espaço psicológico interno (Rubin, 1975). A gravidez é dotada de potencial para o crescimento, uma vez que prevê reavaliações do passado e planejamentos do futuro. Neste processo, conteúdos inconscientes podem tornar-se conscientes ou aparecerem disfarçados sob a forma de sonhos e sintomas. Assim, há possibilidade de que conflitos psíquicos sejam elaborados e, neste caso, a identidade da mulher passa por transformações importantes (Klaus & Kennel, 1992). É o que Smith (1999) esclarece como sendo a associação dinâmica entre a regressão da mulher grávida e sua progressão, seu crescimento. A oportunidade de contactar registros anteriores do seu próprio desenvolvimento possibilita que estes sejam melhor elaborados.

A gravidez é uma época de transição que envolve importantes reestruturações na identidade e nos papéis exercidos. A mulher tem que passar da condição de filha para mãe, reviver experiências anteriores, além de precisar reajustar seu relacionamento conjugal e sua situação sócio-econômica (Maldonado, 1997). Todas estas mudanças são mais impactantes nas gestantes primíparas (Bibring & cols., 1961; Klaus & Kennel, 1992; Maldonado, 1997), apesar de as múltiparas também as viverem com intensidade (Maldonado, 1997). O primeiro filho exige uma re-organização de toda a vida da mulher, na qual ela tem que se adaptar à condição de não ser mais responsável somente por si, tendo um ser totalmente dependente dela (Klaus & Kennel, 1992).

Diante de todas estas mudanças e revivências, a experiência de gestar faz com que a mulher exacerbe sua sensibilidade, o que a torna suscetível a muitos distúrbios (Raphel-Leff, 2000). Assim, a gravidez pode tanto desencadear uma crise emocional e um desfecho patológico para as gestantes, como inaugurar um potencial de adaptação e resolução de conflitos até então desconhecido (Bibring & Valenstein, 1976; Leifer, 1977; Maldonado, 1997). O resultado predominante deverá influenciar fortemente a relação futura com a criança (Maldonado, 1997).

Inúmeros fatores de ordem intrapsíquica e contextual tendem a influenciar o andamento da gravidez, tais como: a estrutura de personalidade da gestante, o nível de resoluções de seus conflitos, e o suporte familiar que ampara a mulher durante a gestação (Bibring & cols., 1961). Soifer (1980) acrescenta, ainda, os efeitos do estado psicológico atual da gestante, as condições do seu vínculo conjugal, sua aceitação de ter um filho e sua condição econômica. Os objetos internos da mulher influenciam, então, sua capacidade de

engravadar, manter a gravidez e dar à luz, isto é, têm grande poder no percurso da maternidade. Os mecanismos de defesa predominantes, as relações primeiras e edípicas, a tendência à compulsão à repetição são aspectos apontados nesta influência (Bradley, 2000).

A compreensão da psicodinâmica da gravidez parte desde a história individual dos pais, o encontro deles como casal, o desejo de ter um filho, até a concepção propriamente dita (Szejer & Stewart, 1997). Neste sentido, o ato de desejar um filho pode ter origens numa mescla de razões conscientes e inconscientes, tais como: garantir a própria continuidade, necessidade de fundir-se com outro ser, o desejo de espelhar-se em alguém – se autoduplicar, restaurar vínculos já comprometidos, aprofundar a relação do casal, competir com irmãos e com os próprios pais, agradar o pai ou a mãe, realizar ideais perdidos, e preencher vazios do casal (Brazelton & Cramer, 1992; Maldonado, 1994).

Além dos aspectos conscientes e inconscientes da gestação, os autores descrevem as mudanças e etapas próprias deste período. Para Nina (1997), são observadas três modificações psíquicas em todas as mulheres grávidas: a regressão psicoafetiva, a ambivalência e a crise de identidade. A primeira está representada na acentuação do narcisismo e na necessidade de fantasiar; é inerente à gestação, mas se muito acentuada, seria considerada patológica. A ambivalência traduz sentimentos opostos de amor e agressão à gestação, ao feto e à situação psicossocial determinada pela gravidez. A crise de identidade é, primordialmente, provocada pelas mudanças de papéis que a gravidez impõe. Estas modificações psíquicas constituem o que o autor chama de “cenário psíquico da gestação”, já que um mesmo pano de fundo cenográfico serviria aos diferentes movimentos psíquicos de cada gestante.

Existem quatro tarefas que a gestante deve alcançar durante o período gestacional, para que seu desfecho seja saudável (Rubin, 1975): zelar pela segurança do feto e de si mesma, assegurar que o feto será aceito e bem recebido pelos demais, vincular-se ao feto, e dar de si ao feto. A primeira corresponde à necessidade de proteger o feto e a si mesma de perigos externos evidentes, implícitos e/ou em potencial, que podem vir a prejudicar a saúde da dupla. Assim, constrói-se a capacidade materna de preocupação e cuidado da cria. A tarefa que diz da necessidade da gestante de assegurar que o feto será aceito pelos que a rodeiam é extremamente importante de ser cumprida. Ela precisa estar tranqüila de que terá as condições básicas para ela e seu filho, além de ter certeza de que será acolhida, para que

exerça melhor a sua maternidade. Aspectos de aceitação do feto passam a ser motivos de preocupação, tais como o sexo e a possibilidade de anormalidade; qualquer ameaça à certeza de que este será bem recebido e acolhido é vivida intensamente pela gestante. A terceira tarefa, segundo Rubin, corresponde à necessidade do estabelecimento do vínculo mãe-feto, que apesar de mais aparente após o nascimento, precisa se construir ainda no período pré-natal. No momento do nascimento já deverá existir uma sensação de “eu e tu”. Por fim, a quarta tarefa diz respeito à valorização de si e do feto, isto é, a gestante necessita não só ser capaz de dar de si para o feto, como precisa acreditar que tem algo de bom para lhe oferecer.

Um outro sentimento bastante comum às gestantes é a impressão de estranheza ao mundo externo (Rubin, 1975). A gestante vivencia sentimentos tão únicos e próprios da gravidez, que passa a sentir-se diferente das outras pessoas. Smith (1999) revelou que as gestantes centram-se preferencialmente no seu mundo interno, investindo menos no externo. O externo que faz parte de seus interesses refere-se às figuras familiares, pois os aspectos envolvidos à vida pública tendem a receber menos importância ainda. Para Winnicott (1956/2000), o retraimento materno e a necessidade de fuga do externo estão relacionados ao conceito de “preocupação materna primária”. Esta condição de sensibilidade aumentada da gestante com seu filho instaura-se durante a gravidez, especialmente nos últimos meses, e segue até as primeiras semanas após o parto.

Mesmo a gestante tendo atingido todas as etapas e tarefas da gestação, estão previstas ansiedades específicas a cada mudança que se instala (Soifer, 1980). Estas surgem de acordo com o período em que a gestação se encontra, como por exemplo, as ansiedades que ocorrem com a percepção dos movimentos fetais, com a versão interna do feto e com a preparação para o nascimento.

Para fins didáticos, vários autores dividem a gestação em diferentes momentos, comumente trimestres, com seus respectivos aspectos psicológicos (Brazelton & Cramer, 1992; Klaus & Kennel, 1992; Maldonado, 1997; Rubin, 1975; Soifer, 1980; Smith, 1999; Szejer & Stewart, 1997). É importante salientar que esta divisão de sentimentos por períodos da gravidez não é estanque, pois estes podem fazer-se presentes em todos os estágios da gestação. Dependendo da singularidade da gestante, os sentimentos serão mais ou menos predominantes.

O primeiro trimestre do período gestacional é um momento de preparação da gestante, de reconhecimento do seu estado atual. É um momento de ajustamento e de muitas reflexões e questionamentos, até pela falta da evidência física da gravidez (Smith, 1999). Ela está mais voltada para si mesma e o feto não é o centro de suas atenções, pois ainda representa uma abstração (Leifer, 1977; Rubin, 1975). A formação de vínculo não é com o feto e sim com o seu estado gravídico (Rubin, 1975). Neste início são freqüentes as incertezas, ambivalências e dúvidas da gestante em relação à sua gravidez e ao feto. A principal tarefa da gestante, nestes primeiros meses, é aceitar o “corpo estranho” que se implantou dentro dela (Brazelton & Cramer, 1992).

Logo depois da concepção, a gestante passa a perceber as primeiras alterações hormonais e metabólicas que causam sintomas secundários, tais como: a brandura dos seios, a consistência das excreções vaginais, o gosto metálico da saliva, um leve formigamento nas mãos ou nos pés, o aumento da sudorese, além de algumas mudanças na pele e muito cansaço (Raphael-Leff, 1997). É uma época de intensas modificações físicas e biológicas, que tendem a produzir extremo cansaço (Szejer & Stewart, 1997). Maldonado (1997) também chamou a atenção para a intensa hipersonia própria deste período. É como se a mulher estivesse se preparando para todas as vivências fisiológicas e psicológicas que tem pela frente, e segundo Soifer (1980) dormir é uma forma de regredir ao estado fetal, e identificar-se com o feto. As náuseas e vômitos também são bastante freqüentes e retratam a influência de fatores bioquímicos e psíquicos. Para alguns autores, estes sintomas poderiam estar representando o sentimento de ambivalência da mãe (Maldonado, 1997; Soifer, 1980). Os desejos e aversões comuns a este período são tanto relacionados a explicações bioquímicas que sugerem a necessidade de compensar certas substâncias produzidas no organismo, quanto associados à atitude regressiva, ambivalente e insegura da gestante (Maldonado, 1997).

No segundo trimestre, a mudança corporal fica mais evidente e a percepção dos movimentos fetais influencia significativamente a relação mãe-feto (Leifer, 1977; Szejer & Stewart, 1997). Os movimentos do feto o fazem mais real e próximo à mãe. Rubin (1975) também assinalou que a mãe torna-se mais consciente da presença do feto, e atribui mais importância a ele. A atenção da gestante é praticamente toda direcionada ao feto e este passa a ser o centro de suas fantasias e expectativas. O acompanhamento pré-natal torna-se

mais valorizado pela gestante em virtude da sua necessidade de proteger o feto. O autor ainda aponta que as transformações físicas deste período fazem com que a gestante sinta-se menos ágil e perceba a perda das suas formas corporais. Por isso, sente-se mais vulnerável, demonstrando atitudes de maior cuidado consigo mesma.

Este período é muitas vezes descrito como o estágio mais importante da gravidez, pois é neste momento que a mulher sente que está realmente grávida, isto é, que toma o feto como uma parte de si (Klaus & Kennel, 1992). O feto, através de manifestações físicas, anuncia realmente sua existência, fazendo com que a mãe o reconheça como um indivíduo independente. As fantasias, as expectativas, os sentimentos tornam-se mais fortes e presentes e é também nesse período que se dá um vínculo mais intenso entre mãe e feto. Para Raphael-Leff (1997), a gestante além de reconhecer o feto dentro de si tem de aceitar partilhar seu corpo com este novo hóspede.

A percepção dos movimentos fetais leva a uma mudança na relação mãe-feto. A gestante tende a sentir-se mais regredida e identificada com o feto, o que faz com que as fantasias de retorno à vida intra-uterina fiquem mais incrementadas, e por isso, neste período, a relação da gestante com a própria mãe interfere mais na sua relação com o feto (Brazelton & Cramer, 1992). A gravidez passa a ser vivida com mais seriedade (Rubin, 1975), além de a gestante começar a atribuir características de temperamento ao feto (Maldonado, 1997; Raphael-Leff, 1997). Os movimentos podem representar para a mãe a expressão de desejos do feto, como por exemplo, se ele se movimenta de forma ritmada, quer sair do útero, ou se é muito agitado, quer agredir a mãe (Maldonado, 1997). Essa interpretação é sempre relativa e varia de acordo com o mundo interno da gestante. A relação mãe-feto que antes era mais fusionada, depois da percepção dos movimentos fetais, passa a ser mais separada; o feto é visto pela mãe com mais autonomia e identidade (Brazelton & Cramer, 1992). Esse sentimento serve de preparação para a grande separação do nascimento.

No terceiro trimestre ocorre a preparação para o nascimento e a redução daquele investimento maciço no bebê ideal para dar mais lugar ao bebê real (Szejer & Stewart, 1997). Durante este período, conforme Rubin (1975), a preocupação da gestante é voltada tanto para os cuidados do feto quanto dela própria; até porque há a dificuldade de separar-se do feto; o que pode trazer repercussões para ela, trará também para o feto, e vice-versa.

Para o autor, o parto que nos dois primeiros trimestres era uma ameaça à dupla mãe-feto, é agora um tipo de esperança. A gestante mostra-se cansada da gestação e seu corpo está muito pesado. Porém, apesar de querer livrar-se da gravidez, não necessariamente deseja o parto. Este, além de representar ainda um momento perigoso, é o fim da gravidez e caso a mãe não se sinta pronta para o exercício ativo da maternidade, o parto significa o fim desta preparação. Neste final, a gestante se preocupa muito se o feto e até se ela mesma serão bem recebidos pelos demais. Raphael-Leff (1997) afirma que esses meses finais serão vividos conforme as expectativas que a gestante tem do momento do parto. Diante da incerteza e do desconhecido, os conflitos interiores são projetados nos acontecimentos externos, e o parto passa a ter o colorido dos conteúdos internos da gestante. Portanto, para o autor, a experiência do parto será fantasiada e até vivida de fato, sob a influência da subjetividade materna.

Como pode ser visto pelas idéias expostas acima, durante a gestação, a mulher vive profundas emoções e modificações corporais. Ela fantasia sobre o feto, constrói expectativas, idealiza-o e “desidealiza-o”; há uma convivência intensa entre estes dois seres. A gestante empresta seu corpo para o desenvolvimento do seu filho, mas também se desenvolve com ele. É por isso que ao se falar sobre os aspectos envoltos às vivências da mulher durante o período gestacional, não se pode esquecer que o feto é parte ativa desta experiência.

O desenvolvimento fetal

A crença no desenvolvimento do feto existe desde a antiguidade (Souza-Dias, 1996). Os chineses criaram os primeiros atendimentos pré-natais, pois há milênios já acreditavam na influência das emoções maternas sobre o feto. Entre os egípcios, cuja medicina era muito ligada à magia, já havia o conhecimento dos movimentos fetais. Na antiguidade grega, a embriologia já era estudada. Filósofos, como Platão, Aristóteles, Hegel, entre outros, já questionavam e descreviam a existência do universo fetal. Segundo Souza-Dias, uma mistura de postulados supersticiosos e científicos caracterizou o surgimento do estudo da vida pré-natal, e apesar de esta confusão ainda se manter na atualidade, observa-se cada mais o triunfo da ciência sobre o místico.

Já no início do século passado, Freud (1900) mencionava a existência de fantasias e sonhos relacionados às experiências da vida intra-uterina e do nascimento. Disse ele que um grande número de sonhos, acompanhados de angústia cujos temas envolviam atravessar espaços estreitos ou estar na água, baseavam-se em fantasias da vida intra-uterina, da existência no ventre e do ato do nascimento. Em 1926/1969 referiu que "há muito mais continuidade entre a vida intra-uterina e a primeira infância do que nos permite saber a impressionante cesura do ato do nascimento" (p.162). O autor enfatizava, nesta afirmação, a importância da mãe como objeto nos dois períodos; uma relação mais biológica na vida pré-natal e, após o nascimento, uma mãe mais objetal.

A existência de uma plena vida psíquica durante o período pré-natal foi particularmente defendida por Rascowsky (1954). Conforme o autor, os objetos internos herdados são armazenados no Id sob a forma de imagens plásticas bidimensionais. Desde o período fetal já existiria Ego e Id, e a relação entre estas duas instâncias seria permeável; não existindo objetos externos reais, o Ego poderia contactar livremente seus objetos internos, diferentemente da vida pós-natal. Através destes contatos entre Ego pré-natal e Id, a integração do Ego iria se tornando visível. Para Rascowsky, tudo que ocorre dentro do ventre materno é registrado em algum nível no primitivo aparelho psíquico do feto. Portanto, desde sempre haveria um esboço de organização – um “eu” ainda não unificado, mas como sendo um núcleo incipiente de organização das primeiras ligações e sínteses. Pequenos estímulos de energia sobre a pele ou membranas, modificações na estrutura química de alguma proteína materna ou de aporte da placenta formam configurações no aparelho psíquico.

Estudos sobre a vida intra-uterina e o psiquismo fetal, como os de Rascowsky (1954), já vêm sendo realizados há bastante tempo. Contudo, alguns autores mostravam receio em expor suas idéias, temendo tornarem-se alvo de críticas. Souza-Dias (1996) aponta que esta área passou a ser mais reconhecida com o advento da ultra-sonografia. Com este exame surge, então, uma nova dimensão de pesquisa que possibilitou investigar o comportamento fetal. As capacidades e o comportamento fetal puderam ser não só compreendidos como também visualizados através da ultra-sonografia. Isto permitiu revelar com segurança que feto é um ser humano, que reage a estímulos sonoros, visuais, tácteis e gustativos, tem sensibilidade à dor, além de perceber as reações emocionais maternas,

através das mudanças na pressão arterial ou da liberação de catecolaminas (Klaus & Klaus, 1989). Além disto, o feto busca posições preferenciais, boceja, dorme, acorda, espreguiça-se, chupa o dedo.

Em relação ao desenvolvimento físico e biológico, tem-se observado que os movimentos fetais têm objetivos específicos: a deglutição que visa a nutrição e a regulação do volume do líquido amniótico; os movimentos corporais que são importantes para o desenvolvimento dos ossos e articulações; e as experiências sensoriais auxiliam no desenvolvimento cerebral (Klaus & Klaus, 1989; Souza-Dias, 1996). Os fetos precisam movimentar-se para que haja estimulação do crescimento das células nervosas no cérebro, já que uma extensão destas cresce nos braços e nas pernas (Klaus & Klaus, 1989). Os movimentos ajudam neste crescimento e, ao mesmo tempo, criam novos caminhos para futuros nervos; se forem, portanto, impedidos causam a atrofia das articulações, ossos e músculos. Ademais servem a uma preparação e coordenação para depois do nascimento. Os estudos clássicos de Prechtl (1985) apresentam detalhadamente o desenvolvimento motor fetal, sendo que os primeiros movimentos visíveis surgem na 7^a e 8^a semana de gestação e a partir daí, até aproximadamente o final do segundo trimestre, estes vão se tornando cada vez mais complexos. Sabe-se que no terceiro trimestre, em virtude da diminuição de espaço no ambiente intra-uterino, o feto tende a se movimentar menos. Os aspectos ligados à qualidade e à quantidade dos movimentos fetais fornecem dados sobre o desenvolvimento do sistema nervoso e o bem-estar-fetal.

No segundo trimestre da gestação, a maioria dos sentidos fetais estão operantes. O feto responde a estímulos táteis, de pressão, térmicos, e dolorosos. Gradativamente vão se formando os sistemas olfativos, gustativos, auditivos e visuais, todos já consolidados no terceiro trimestre gestacional (Lecanuet, Granier-Deferre & Schaal, 1992). Wilhelm (1997, 1998) acredita, então, que o feto é um ser sensível que tem comunicação empática e fisiológica com sua mãe, sendo capaz de captar seus estados emocionais e sua disposição para com ele.

Na revisão feita por Caron (2000), a autora salienta que a ultra-sonografia possibilitou observar que existem trocas intra-útero; o feto não é totalmente isolado e protegido pelas paredes abdominais. As vocalizações da mãe e mesmo as atividades de seus órgãos têm, no líquido amniótico, um excelente condutor. O feto, principalmente depois de

vinte semanas, é bastante receptivo a estes estímulos, bem como aos que provêm do meio externo. Para Caron, o bebê quando nasce já traz, então, um repertório de comportamentos e capacidades sensoriais, que podem ser observados ainda na vida intra-uterina.

Com o início da vida embrionária, inicia-se também o desenvolvimento da personalidade humana, nas suas mais importantes bases (Souza-Dias, 1996). Para Wilhelm (2000), a vida mental do feto inaugura-se com os registros, as experiências, as inscrições de fatos traumáticos e não traumáticos que são mantidos em uma espécie de banco de dados inconsciente. Na medida que se considera que o período pré-natal vai desde antes da concepção até o nascimento, entende-se que este chamado banco de dados armazena também as experiências biológicas ocorridas na união do óvulo ao espermatozóide. Conforme a autora, todas estas informações vêm a ter uma representação mental enquanto emoção quando o aparelho psíquico estiver mais bem equipado. É importante salientar que estas afirmações, apesar de interessantes e viáveis para quem estuda o psiquismo fetal, provêm de estudos mais predominantemente teóricos, isto é, de pouca base empírica, o que faz com que seus achados sejam suscetíveis a questionamentos.

Conjectura-se a existência de uma organização psíquica pré-natal incipiente, a qual daria conta de registrar, através dos órgãos do sentido, as experiências sensoriais e emocionais deste período (Ferrão, 1998). O aparelho anímico tomaria estas experiências para produzir elementos alfa, isto é, aqueles conteúdos que se encontram sem decodificação, que falam mais de representações sem palavras, disponibilizando-os ao uso dos pensamentos oníricos. A pessoa vivenciaria, no período pós-natal, alucinações e sensações muito primitivas que mesmo aparecendo ligadas a alguns conteúdos mais explícitos, quando relatadas envolvem sentimentos que parecem não poder ser explicados com definições lógicas e atuais. O conteúdo mental, por vezes, é descrito como tendo qualidades sensoriais e essas que deveriam acompanhar uma idéia ou um sentimento parecem substituir ambos, passando a ser sentida como a “coisa-em-si”. Conforme o autor a pessoa, em determinadas situações, em geral de angústia, age de um modo automático, como se conhecesse o desfecho, é como se “existisse o negativo de um filme que seria reanimado pelas alucinações” (p.40). E isso, segundo ele, fala a favor de experiências pré-natais e perinatais, cujas impressões permanecem imodificadas e manifestam-se como tal em alguns momentos da vida.

A construção do psiquismo do feto é permeada pela forma com que seus pais se relacionam com ele (Mélega, 1993). Os fatores provenientes do meio social, cultural, familiar e, principalmente, da personalidade do casal são expressos no contato, manejo e cuidados com o filho, desde a vida fetal, seguindo pelo nascimento e primeiro ano de vida. Para Caron (2000), a história dos pais, suas fantasias e desejos inconscientes, seus conflitos transgeracionais, e o lugar que é por eles destinado ao bebê, influenciam a sua constituição e o seu desenvolvimento até o final da vida.

Pesquisas a partir de observações ecográficas demonstraram que os fetos têm seus próprios horários e hábitos, além de apresentarem repertórios de movimentos bastante diferenciados e individuais (Piontelli, 1995). A autora apresentou ainda evidências de continuidade desses comportamentos entre o período pré e pós-natal. O feto, para ela, já é dono de sua personalidade e seus comportamentos e movimentos não reproduzem instintos de ordem puramente orgânica. A metodologia utilizada neste estudo pode ser questionada na medida que a observação pré-natal e pós-natal foi realizada pela mesma pesquisadora; assim, há chances de que os dados da etapa anterior estivessem influenciando os da etapa posterior. Outro ponto ainda a destacar é o fato de a pesquisadora ter realizado, sem qualquer auxílio, uma coleta de dados extensa e uma análise de dados bastante complexa, o que, provavelmente, interfere de forma negativa, na fidedignidade dos achados. Porém, a importância de seus estudos é, indubitavelmente, reconhecida visto que estes são um marco no estudo do início da vida psíquica.

Com isto exposto, faz-se claro que as capacidades fetais são bastante complexas, o que contribui para que se estabeleça, desde muito cedo, uma relação íntima entre mãe e feto.

A relação materno-fetal na constituição psíquica do feto

Alguns autores referem-se à relação mãe-feto com outras nomenclaturas, tais como: vínculo mãe-feto (Condom & Corkindale, 1997; Fletcher & Evans, 1983; Sioda, 1984; Szejer, 1999) e apego mãe-feto (Brazelton, 1988; Cranley, 1981; Milne & Rich, 1981). Cranley (1981) definiu apego materno-fetal como sendo a intensidade com a qual a gestante manifesta comportamentos que representem a afiliação e a integração com seu bebê. Já para Sioda (1984), o vínculo mãe-feto é o sistema de dependências emocionais

entre a mãe e seu filho que se inicia no pré-natal. De modo parecido, Condom e Corkindale (1997) caracterizaram o vínculo mãe-feto como sendo a ligação emocional que se desenvolve entre a gestante e o feto. Como pode ser visto, os autores divergem mais em termos de nomenclatura do que quanto à concepção sobre a relação mãe-feto. Em função disto, no presente estudo, estas diversas formas de se referir à relação materno-fetal serão consideradas sinônimas.

Estudos demonstraram que a partir das respostas fetais a estímulos externos, é possível a construção de uma sintonia entre mãe e feto (Brazelton, 1987). Segundo o autor, os fetos já demonstram suas preferências, isto é, já existe um sistema precoce e inconsciente de sinalização comportamental às intenções da mãe. Assim, se a mãe é capaz de compreender esta mensagem que fala das preferências do filho, se as respostas da mãe forem ao encontro dos sinais do feto, pode se constituir a base de um sincronismo intra-uterino entre mãe e filho. Para o autor, a mãe e o feto têm, durante a gestação, a possibilidade de conhecer-se e adaptar-se um ao outro, e por isso, a convivência extra-uterina tende a ser uma continuidade da interação pré-natal. Diversas gestantes descrevem que existe, desde muito cedo, uma sintonia entre elas e o feto (Brazelton, 1988). Porém, ao sentirem as repostas fetais, mostram-se receosas em acreditar nesta relação, pois acham que podem estar sendo guiadas puramente por seus desejos. Sabe-se, no entanto, ser de fato verdade que algumas experiências do feto podem ser atingidas pelas da mãe, fazendo com que ele emita reações que funcionam como um *feedback*. O feto mostra sua forma de reagir e, assim, também molda a mãe no seu manejo com ele. Brazelton aponta que principalmente no final da gravidez, as respostas fetais tornam-se bastante apuradas e a sintonia mãe-feto pode ser ainda mais aperfeiçoada.

No período pré-natal, os pais já constroem a noção da individualidade do feto, reconhecendo alguns de seus comportamentos e características temperamentais (Stainton, 1985). Ademais, desde muito cedo os pais estabelecem um modo costumeiro de interação com o feto. Esta intimidade, segundo o autor, se constitui através de informações, tais como, sexo, maneira de movimentar-se, etc., e determinam a estruturação de um padrão de interação precoce entre pais e feto, que tende a continuar após o parto.

Para alguns autores, a mãe está envolvida em um diálogo com o feto, atrelando a ele seus níveis de atividades e seu estado emocional (Klaus & Klaus, 1989). A angústia e o

estresse da mãe durante o pré-natal são poderosos estímulos desencadeantes de sofrimento fetal (Souza-Dias, 1996). A gestante, quando se assusta ou se estressa, aciona reações orgânicas que secretam hormônios capazes de modificar também a bioquímica fetal. Assim, são provocadas angústias no feto que podem ressurgir na vida pós-natal. Para a autora, as conseqüências disto podem atingir tanto a esfera psíquica do feto, como seu desenvolvimento orgânico morfológico. O estresse fetal pode ser diagnosticado através de hiper ou hipoatividade dos comportamentos motores e do decréscimo no crescimento físico.

A intensa interação entre mãe e feto, da qual podem advir tanto conseqüências positivas como negativas, é capaz de promover um alerta à gestante de que é preciso proteger seu filho. (Busnel, 1997). Para o autor, o feto é sensível o bastante para receber as angústias maternas; e, caso a mãe esteja sintonizada com ele, poderá equilibrar este impacto. O feto necessita ser, desde então, acolhido emocionalmente pelos pais (Busnel, 1997; Szejer, 1999).

As imagens internas que a mãe faz de seu filho antes do parto, e todos os elementos que formam o bebê imaginário são elementos presentes na futura relação mãe-bebê (Caron, 2000). O bebê, mesmo depois do nascimento, segue recebendo maciçamente toda a carga de fantasias e expectativas que a ele foram destinadas desde a gestação. Neste sentido, as pesquisas de Müller (1996) e Condom e Corkindale (1997) revelaram que o apego materno-fetal pode ser positivamente correlacionado ao apego mãe-bebê. Se são estas primeiras relações as maiores responsáveis pela estruturação da personalidade (Brazelton & Cramer, 1992; Klaus & Kennel, 1992; Winnicott, 1975), as vivências do período pré-natal são fundamentais no desenvolvimento humano.

Contudo, a maneira como irá se construir a relação mãe-feto depende muito das condições emocionais da gestante. Siddique, Hägglof e Eisemann (2000) estudaram a influência das relações primitivas da gestante nas suas relações com o feto. Seus achados revelaram que as experiências infantis com os pais da gestante estão bastante relacionadas com o apego estabelecido entre ela e o feto. Caron (2000) chama também atenção que caso haja um desajuste na relação mãe-feto, a vida psíquica e/ou biológica do bebê podem estar ameaçadas.

Sabendo que os comportamentos e sentimentos maternos interferem no desenvolvimento físico, cognitivo e emocional do feto, alguns autores sugeriram

intervenções preventivas que visam assegurar uma melhor qualidade na relação mãe-feto. Chamberlain (1994) defende a necessidade de os pais tomarem conhecimento sobre a sensibilidade fetal e as possíveis interferências que seus comportamentos acarretam no feto, podendo assim modificar seu padrões de interação. O autor acredita que a psicologia pré-natal e a íntima relação mãe-feto deveriam ser mais divulgadas, para que eventuais prejuízos ao feto pudessem ser evitados.

Uma outra forma de profilaxia de possíveis danos à saúde física e psíquica do feto, é acompanhar psicologicamente a mulher durante o pré-natal (Bibring & cols., 1961). Para estes autores, o estado emocional da gestante pode abalar-se pelo turbilhão de mudanças do período gestacional, o que influencia, expressivamente, a relação materno-fetal. Logo, se as condições emocionais da gestante fossem acompanhadas, uma relação mãe-feto mais saudável poderia ser assegurada.

Durante o período gestacional, a mulher, por estar em um momento especial na sua vida, torna-se mais sensível, mais regressiva e os conteúdos inconscientes parecem estar mais disponíveis (Raphael-Leff, 1991). A psicoterapia é, portanto, muito indicada neste momento do ciclo vital, principalmente diante de uma crise. As emoções ameaçadoras, se trabalhadas no atendimento psicológico, podem ser banidas, evitando que as ansiedades não metabolizadas resultem em futuras desintegrações na personalidade da mulher e na relação mãe-filho.

Como pode ser visto acima, muitos autores enfatizam que a relação materno-fetal é extremamente importante na constituição psíquica do feto. Além disto, apresenta-se como um modelo inicial para a relação mãe-bebê. A ultra-sonografia obstétrica, por ter inaugurado um novo espaço para o contato mãe-feto, traz uma nova dimensão para esta relação.

A ultra-sonografia obstétrica e suas implicações para a relação mãe-feto

A ultra-sonografia é uma técnica de exame que se utiliza da interação de ondas sonoras de alta frequência com os diferentes tecidos e órgãos do corpo humano para originar padrões de eco (Fonseca, Magalhães, Papiche, Dias & Schmidt, 2000). Com a captação e transformação destes ecos em imagens que se concretizam em um monitor, é possível se ter acesso, no caso da ultra-sonografia obstétrica, à realidade do universo intra-

uterino. O ultra-som esclarece a real idade gestacional, o sexo do bebê, a localização do feto, o diagnóstico de gestações múltiplas e a previsão ou o diagnóstico de malformações fetais. É um exame não-invasivo, isto é, não estabelece contato direto com o ambiente fetal e possibilita a devolução imediata de seus resultados (Grebedenik, 1990; Isfer, 1997).

Este procedimento é um dos mais utilizados no diagnóstico pré-natal, e já é considerado exame de rotina em todos os países do mundo. A necessidade de solicitação dos demais procedimentos é, em geral, verificada a partir dos resultados da ultrasonografia. Nos seus primórdios, o exame ecográfico só era indicado quando havia suspeita de algum diagnóstico não desejado (Green, 1990). Não era permitido à gestante visualizar a tela de exame e o médico tinha de assegurar tal condição. O autor assegura que o contexto do exame ecográfico mudou bastante depois que a visualização passou a ser permitida.

O diagnóstico pré-natal (DPN) como um todo e, por conseguinte, também a ultrasonografia tem passado por recentes avanços técnicos os quais possibilitam que anormalidades fetais sejam cada vez mais precocemente identificadas (Quayle, Isfer & Zugaib, 1991; Nelson, 2001). Com isso, as hipóteses diagnósticas sobre as condições do feto podem ser mais precisamente confirmadas, e o planejamento de condutas pré e pós-natais antecipado. Os pais recebem, então, informações que comumente só lhes seriam transmitidas após o nascimento do bebê e passam a ter que lidar com estas. Esse processo traz implicações psicológicas e sociais importantes para a organização familiar (Quayle, Isfer & Zugaib, 1991). É como se ocorresse uma espécie de “teste da verdade” (Raphael-Leff, 1991) ou “controle/selo de qualidade” (Quayle, 1997), a partir do qual o casal é avaliado em sua capacidade procriativa de forma bastante direta. Toda a parte deles que estava projetada no bebê é, agora, alvo de pesquisa; o bebê a ser examinado está trazendo com ele o “eu” parental (Quayle, 1991; 1996; 1997a; 1997b).

A percepção do risco e do perigo inerentes a uma gestação é muitas vezes negada parcialmente a nível consciente pelas grávidas (Quayle, 1991; 1996; 1997a; 1997b) até para que seja possível levar adiante as suas gravidezes. A necessidade de constante reassseguramento de que tudo está indo bem e os receios em relação ao parto, revelam, principalmente, um medo primitivo do desconhecido, o qual fica representado pelo bebê. Os procedimentos do DPN, porém, escancaram estas preocupações e, por isso, são vividos pela maioria dos pais com muita ansiedade. A autora refere que a vivência deste momento

assemelha-se a de uma crise acidental circunscrita ao contexto de uma crise normativa que é o ciclo gravídico-puerperal, defendendo, assim, que mesmo aqueles procedimentos não considerados invasivos na conceituação por não exigirem contato direto com o ambiente fetal, o são sob o ponto de vista psicológico. A invasão da privacidade da cavidade uterina com finalidades diagnósticas equivale à vulnerabilidade com que a gestante se entrega, mesmo que por um só momento, a uma condição de dependência. O interior físico e emocional são adentrados concomitantemente em qualquer procedimento pré-natal.

Os resultados obtidos deste processo falam a favor ou não da continuidade da gravidez e da preparação da específica parentalidade daquele bebê (Augusto, 1995). Ademais os fatores psicológicos envolvidos nestas respostas, quaisquer que sejam, não dizem respeito somente àquele bebê em especial, e sim à identidade individual de cada genitor e sua capacidade de gerar filhos saudáveis, ao relacionamento do casal e deles com as suas famílias e ainda às futuras gestações que por ventura vierem a ocorrer.

A ultra-sonografia possibilita, então, desde um contato mais real com o feto, através do conhecimento do seu sexo e da visualização de algumas características físicas, até um diagnóstico de anormalidade fetal (Klaus & Kennel, 1992). Assim, a crescente utilização da ultra-sonografia parece estar afetando, de forma impactante, a reação dos pais sobre o bebê (Fonseca & cols., 2000; Klaus & Kennel, 1992). Piontelli (2000) acrescenta que a gestante, ao ter acesso a essa visão do corpo, da forma e do comportamento de seu filho, além de escutar seu coração e ver seu corpo se movimentar, concebe seu filho como mais real. É como se o encontro com o bebê real fosse parcialmente antecipado (Caron, 2000). Com os dados concretos que o exame disponibiliza a respeito do bebê, os pais podem, desde já, confrontar o bebê imaginário com o bebê real. É notável que este impacto é diferente para cada mãe e o potencial de ela lidar com estas expectativas e frustrações interferirá na relação que se estabelece com esta criança. Os efeitos da ultra-sonografia dependerão, segundo Caron, muito da história passada da mãe, suas necessidades e conflitos psíquicos, seu momento atual de vida e sua capacidade de elaborar as representações mentais de seu filho.

O exame ecográfico provoca uma sobrecarga emocional diante da rapidez do encontro mãe-feto através das imagens apresentadas na tela (Caron, Fonseca & Kompinsky, 2000). Diversos elementos aparecem de uma só vez, provocando uma reação de tamanha

intensidade na mãe que conteúdos inconscientes podem vir à tona. Assim, o ambiente do exame ecográfico tem um impacto bastante importante nos pais, isto é, nunca é algo que produz indiferença; “pode gerar amor ou ódio, mas sempre algum sentimento é produzido pelas imagens que aparecem na tela do aparelho de ultra-sonografia” (Fonseca & cols., 2000, p. 113).

Estudos que observaram o comportamento das gestantes durante o exame ecográfico revelaram que elas permaneceram muito atentas às imagens apresentadas na tela do aparelho, e suas expressões faciais são de muita atenção, seriedade e “absorção” (Milne & Rich, 1981). O que acontecia no ambiente não era capaz de lhes chamar atenção, elas mantinham-se fixas às imagens. A ultra-sonografia é, geralmente, tão esperada pelos pais, que alguns deles chegam a trazer amigos e parentes para conhecer o filho, enquanto outros aproveitam para fotografar e filmar o feto (Fonseca & cols., 2000).

Nesta mesma direção, os autores apontam que não foram somente os pais que modificaram a sua visão sobre o feto. Os médicos têm, agora, um novo contato com o ambiente fetal, pois ao ver o feto com mais acuidade, podem diagnosticar com mais segurança, garantindo melhores condições de saúde à dupla mãe e feto (Fonseca & cols., 2000). Piontelli (2000) assegura que a ultra-sonografia mudou a maneira dos médicos de lidar com a gestante e com o feto. Os estudos de Villeneuve, Laroche, Lippman e Marrache (1988) mostraram os aspectos de maior relevância para a experiência emocional da gestante durante a ultra-sonografia. Além do resultado do exame e da percepção das imagens, a atitude do médico ecografista durante a ultra-sonografia foi expressivamente citada. Desta forma, a postura do ecografista e/ou de qualquer profissional de saúde que acompanhe o exame são de bastante valia para tornar positivas ou negativas as repercussões daquelas imagens para a relação mãe-feto. Caron e cols. (2000) referem que o impacto emocional diante do estranho-familiar revelado na ultra-sonografia deve ser acolhido por alguém treinado, seja este um ecografista ou até um observador do exame. Para os autores, a ultra-sonografia é um nascimento antecipado cuja parteira é o ecografista. Ao revelar uma imagem real do feto, o ecografista lhe confere um *status* de paciente, o que parece interferir no tipo e na qualidade de vínculo que é estabelecido entre mãe-pai-feto (Quayle, 1997).

O estudo do psiquismo fetal também tem sido beneficiado com a tecnologia ecográfica, a qual é utilizada ainda para identificar traços de personalidade do feto (Negri,

1997; Piontelli, 1995, 1999, 2000). Estes autores mostraram que desde a vida intra-uterina já é possível, através de movimentos e reações fetais, prever futuros comportamentos do bebê.

Diversas pesquisas apontam para repercussões positivas da ultra-sonografia para a gestante e para a relação materno-fetal. É notável o número de gestantes que referem que somente após a primeira ultra-sonografia é que começam a sentir-se realmente grávidas e é também neste momento que elas conseguem vislumbrar que os seus filhos não são completamente indefinidos, mas que já possuem a forma de ser humano (Fonseca & cols., 2000). Estes achados foram também encontrados por Sioda (1984), que mostrou que as gestantes não apenas viam a ultra-sonografia como incrementando a relação mãe-feto, como também sendo capaz de fazê-las sentirem-se mais mães e, ainda, tornar o feto mais concreto e real. Nos estudos de Caccia, Johnson, Robinson e Barna (1991), as gestantes referiram que as imagens da ultra-sonografia as fizeram sentir-se menos ansiosas e mais perto do bebê. Além disto, permitiu que elas o vissem como mais real e contribuiu para incrementar seus sentimentos de mãe. Baillie, Mason e Hewison (1997) apóiam estas idéias ao mostrarem estudos salientando que a ultra-sonografia facilita a transição para a parentalidade, intensifica o vínculo com o feto, diminui a ansiedade e aumenta a adesão das gestantes às recomendações médicas. As imagens do feto oferecidas pelos exames ecográficos instauram um vínculo mais intenso entre mãe-feto (Fletcher & Evans, 1983). Uma das gestantes que participou deste estudo referiu sentir-se realmente mãe depois da ultra-sonografia, enquanto que outra, que estava ambivalente em relação à gravidez, decidiu, após o exame, manter a gestação.

Tornar o bebê mais personalizado e aumentar a união pré-natal são efeitos da ultra-sonografia descritos por Raphael-Leff (1997), que chama atenção que na ocorrência de um aborto, após a realização de um exame ecográfico, a perda fica mais difícil de ser elaborada. Diante da decisão de dar fim a uma gravidez com feto mal-formado, muitos casais tendem a optar por não realizar o exame ecográfico, já que este torna o processo mais sofrido (Garrett & Carlton, s.d.). Contudo, há pessoas que preferem e precisam conhecer seus filhos para poder despedir-se deles, sendo esta uma situação na qual a ultra-sonografia tem muito a auxiliar.

Para Villeneuve e cols. (1988), a percepção dos movimentos fetais tende a ser vista, pelas mães, como mais importante do que a visualização do feto através da ultra-sonografia; porém, quando ambas as sensações puderam ser vivenciadas juntas, as gestantes sentiram-se ainda mais satisfeitas. Os estudos de Milne e Rich (1981) corroboraram esta idéia, ao revelarem que os movimentos fetais vistos pela ultra-sonografia combinados com as representações maternas sobre o bebê, asseguraram as gestantes de que seus filhos estavam vivos e saudáveis, além de ter incrementado o sentimento das mães de que os fetos estavam realmente dentro delas. Raphael-Leff (1991) chama atenção para o fato de a percepção materna dos movimentos fetais ser importante no aumento do vínculo da mãe com o bebê e de a ultra-sonografia possibilitar a antecipação da consciência destes movimentos. Uma vez que o ativo bebê é visto, não há mais dúvida sobre sua existência e vivacidade.

Embora quanto aos aspectos médicos não haja dúvidas da contribuição da ultra-sonografia obstétrica em relação aos aspectos psíquicos, os estudos nem sempre apontam na mesma direção. Contrapondo-se aos estudos acima que assinalaram efeitos positivos da ultra-sonografia, alguns autores referem repercussões negativas do exame. Entre eles alguns enfatizaram que a ultra-sonografia seria capaz de interromper e destruir as fantasias da mãe em relação ao feto (Courvoisier, 1985). É como se a exposição visual à que a mãe é submetida trouxesse a realidade muito precocemente, como um “curto-circuito” momentâneo no imaginário parental, fazendo com que a imagem real do feto substitua as sensações viscerais e a mãe se sinta invadida. Para Soulé (1987), o exame ecográfico dá um fim a todas as fantasias maternas, constituindo as chamadas “interrupções voluntárias do fantasma” (p. 142). É como se a mãe abortasse, estagnasse e bloqueasse o bebê fantasmático, originando diversas dificuldades para o vínculo da gestante com o feto. A partir desta vivência, a gestante pode passar por alguns transtornos passageiros, especialmente no plano narcísico, na medida que se “sentiu vista pelo seu bebê” (Mazet & Stoleru, 1990). A ultra-sonografia pode, ainda, reavivar as angústias de fragmentação pela visão fracionada emitida do feto desde a vigésima semana do período gestacional. Esta visão substituiria uma percepção visceral profunda e completa que a mãe tem do bebê. Ademais, quando a ultra-sonografia é realizada antes dos movimentos fetais serem percebidos pelas mães, estas podem experimentar um choque ao reconhecerem que aquele

feto lhes pertence (Fletcher & Evans,1983). Piontelli (2000) aponta que as gestantes passaram a se sentir mais vulneráveis com a ultra-sonografia, já que a possibilidade de “algo dar errado” pode ser descoberta antes do nascimento. Antes da ultra-sonografia, as mulheres se sentiam suficientes para gerar e proteger o feto, e, hoje, sabem que seus corpos não são totalmente capazes de preservar sua cria. A gestante pode vivenciar o momento da ultra-sonografia com alto grau de ansiedade, principalmente por temer os resultados e por não compreender o que está sendo dito e mostrado pelo médico (Quayle, 1997). Assim, a autora acredita que o exame pode trazer conseqüências disruptivas e potencialmente iatrogênicas para a relação mãe-pai-bebê. Raphael-Leff (1991) corrobora esta idéia quando traz a relação assimétrica que se estabelece entre ecografista e gestante durante o exame de ultra-sonografia. Esta, por si só, denuncia uma distância entre estes dois olhares: de um lado alguém acostumado a lidar com estas respostas rápidas e iniciais, e com habilidade técnica para enxergar tudo o que se apresenta na tela, e de outro, uma pessoa mais vulnerável e frustrada por não compreender em profundidade as imagens de seu bebê. Caso essa disparidade não seja bem manejada pelo médico, o que deveria ser um encontro da mãe com o seu bebê, poderá se tornar um pesadelo.

Um terceiro conjunto de estudos não chegou a conclusões sobre o predomínio dos aspectos positivos ou negativos da ultra-sonografia. Por exemplo, Klaus e Kennel (1992) não se dizem certos das repercussões positivas da ultra-sonografia para a formação do apego. Os autores descreveram algumas situações de decepção e outras de satisfação dos pais perante os resultados ecográficos, isto é, momentos que pareciam mais positivos e outros mais negativos; apontando que são necessários mais estudos para se compreender os aspectos psicológicos envolvidos no exame. Para outros autores, é importante que se avalie o desejo dos pais de conhecerem seu bebê antes mesmo do nascimento (Villeneuve & cols., 1988). Há casais que manifestam este interesse e demonstram querer saber tudo que se passa com o feto. Para estes, a ultra-sonografia é um momento bastante prazeroso. No entanto, mesmo que em menor número, existem pais que preferem esperar o nascimento para se deparar com seus filhos; o que exige dos profissionais uma postura mais cautelosa com relação aos exames ecográficos e às informações gerais sobre o feto. Os pesquisadores defendem, portanto, que os aspectos positivos e negativos da ultra-sonografia se manifestam muito conforme as expectativas internas dos pais.

A literatura apresenta, ainda, um grupo de pesquisas puramente quantitativas que não encontrou quaisquer efeitos da ultra-sonografia no apego materno-fetal (Heidrich & Cranley, 1989; Kemp & Page, 1987). Estas utilizaram uma escala para medir o apego materno-fetal antes e logo depois do exame ecográfico.

Na verdade, o momento da ultra-sonografia é carregado de alto grau de ansiedade para as gestantes, o que pode ser evidenciado pelas expressões faciais, gestos e verbalizações (Milne & Rich, 1981). Segundo os autores, para algumas gestantes, o fato de visualizar o feto e seus movimentos é suficiente para livrá-las deste estado perturbador; porém, para outras, as fantasias de malformações fetais persistem.

A diminuição da ansiedade materna após o exame ecográfico é descrita por diversos estudos (Cox, Wittman, Hess, Ross, Lind & Lindahl, 1987; Villeneuve & cols., 1988; Zlotogorsky & cols., 1996). Este efeito é também influenciado pelo nível de *feedback* médico durante o exame. Um alto *feedback* envolve respostas visuais e verbais, e pode incluir até mesmo uma foto do feto ao final da ultra-sonografia, enquanto que um baixo *feedback* envolve apenas comentários verbais (Zlotogorsky, Tadmor, Duniec, Rabinowitz & Diamant, 1996). Estes autores apontam para a importância de um alto *feedback* durante a ultra-sonografia para reduzir a ansiedade materna e, inclusive, para causar uma impressão mais positiva do exame (Cox & cols., 1987). Contudo, para alguns autores (Hunter, Tsoi, Pearce, Chudleigh & Campbell, 1987; Milne & Rich, 1981; Stewart, 1986), a redução da ansiedade materna é transitória e se deve à ocorrência de um aumento de ansiedade prévio ao exame. Na verdade, não só os efeitos da ansiedade parecem ser transitórios, mas também os efeitos dos aspectos positivos. Pesquisas que relataram um aumento na intensidade de sentimentos positivos da gestante pelo feto logo após o exame ecográfico não constataram continuidade deste efeito (Hunter & cols., 1987; Michelacci, Fava, Grandi, Bovicelli, Orlandi & Trombini, 1988).

Além das repercussões das imagens da ultra-sonografia em si, há que se considerar os efeitos de determinadas informações recebidas pelas gestantes durante o exame. Uma das questões de maior preocupação dos pais é o sexo do feto (Fonseca & cols., 2000). Desta forma, estudos têm investigado os aspectos psicológicos envolvidos no desejo dos pais de saber o sexo e nas repercussões desta informação na relação mãe-bebê. Segundo Villeneuve e cols. (1998) alguns achados mostraram que, em geral, as mulheres que desejavam saber o

sexo do bebê já tinham outros filhos. As mulheres que estavam grávidas pela primeira vez mostraram-se menos preocupadas com o sexo do seu bebê, enquanto as que já tinham filhos demonstraram uma maior preferência por algum dos sexos. Wu e Eichmann (1988) encontraram que as mães que apresentavam um maior apego materno-fetal, medido através de uma escala, eram aquelas que não desejavam saber previamente o sexo do bebê. Este grupo revelou que preferia manter a surpresa até o nascimento, além de não se importar com o sexo do bebê, e sim com sua saúde. Para os autores, não desejar saber o sexo do bebê parece estar relacionado a uma aceitação natural da gravidez e incondicional do feto.

De modo geral, os procedimentos médicos do pré-natal são, muitas vezes, percebidos como uma ameaça à integridade do feto, e, por isso, são vivenciados com ansiedade pelas gestantes (Hertling-Schaal, Perrotin, Poncheville, Lansac & Body, 2001). Essa ansiedade aumenta expressivamente após o diagnóstico de uma anormalidade fetal. É por esta razão que os autores sugerem que a equipe de medicina fetal precisa estar preparada para lidar com os aspectos psicológicos envolvidos em uma situação de anormalidade surgida durante o exame ecográfico.

O diagnóstico de anormalidade fetal e suas implicações na relação mãe-feto

O diagnóstico de anormalidade fetal engloba tanto as malformações fetais associadas a anomalias cromossômicas como aquelas que se apresentam sem alterações no cariótipo do feto. As primeiras podem ser sugeridas através das medidas de substâncias do sangue materno e de resultados ultra-sonográficos¹. Caso seja detectada alguma alteração em algum destes exames, podem ser solicitados procedimentos mais específicos, como a amniocentese², a cordocentese³ e a biópsia de vilos coriais⁴ para que seja confirmada ou

¹ Estes podem ser: malformações fetais isoladas ou múltiplas - este diagnóstico aumenta a possibilidade de anomalia cromossômica associada e/ou presença de marcadores ecográficos, que são imagens detectadas no exame sugestivas de necessidade de investigar a presença de uma anomalia cromossômica. Dentre os principais marcadores ecográficos sugestivos de anormalidade fetal estão: o edema nucal, visão alterada das quatro câmeras cardíacas, intestino hiperecogênico, fêmur curto, foco ecogênico cardíaco, cisto do plexo coróide, leve dilatação das pelvis renais e alterações no volume de líquido amniótico (Pilu & Nicolaidis, 1999).

² Procedimento diagnóstico invasivo que consiste na obtenção de uma certa quantidade de líquido amniótico para analisar o cariótipo fetal; utilizado mais adequadamente no período de 16 a 18 semanas de gestação (Magalhães, 2001).

³ Procedimento diagnóstico invasivo que consiste na obtenção de sangue fetal para análise diagnóstica; pode ser realizado a partir de 18 semanas de gestação (Magalhães, 2001).

não a presença de anomalias cromossômicas. Para o diagnóstico das segundas, isto é, das malformações fetais estruturais ou anatômicas, a ultra-sonografia é o exame de escolha. Esta permite o diagnóstico de, aproximadamente, 70 a 80 % dessas malformações (Magalhães, 2001). A confiabilidade de um diagnóstico ecográfico, segundo o autor, está relacionada à acuidade diagnóstica, à experiência do ecografista, ao tempo despendido para o exame, e à qualidade técnica do aparelho utilizado.

Ter um filho nos dias de hoje tende a ser uma decisão planejada e muito refletida. Os casais desejam ter poucos filhos, mas filhos perfeitos. Assim, quando o bebê apresenta algum problema, ocorre uma “destruição” de um grande sonho, e quanto mais a criança real for diferente da dos sonhos dos pais, mais difícil é a adaptação destes ao seu nascimento (Pelchat, 1992). A rejeição inicial por parte dos pais pode converter-se em um estado de superproteção em relação ao filho, o qual também prejudica o seu desenvolvimento psíquico (Sinason, 1993).

Raphael-Leff (2000) afirma que o diagnóstico de anormalidade e a detecção de sofrimento fetal e/ou de doença materna são fatos que vêm incrementar significativamente as dificuldades de uma gravidez; e frente a situações extremas envolvendo aborto espontâneo ou até morte intra-uterina, a elaboração da perda da gravidez é um passo bastante doloroso. Para a autora, lutos precisam ser elaborados diante de todas estas situações, mesmo aquelas em que o feto não teve uma morte concreta, embora o filho perfeito, idealizado, precisa, agora, ser enterrado.

Esse confronto do filho imaginário com o filho real já pode, por si só, para muitas famílias, inclusive em gravidezes normais, causar um importante foco conflitivo que, se não bem elaborado, vem a interferir na relação com essa criança (Lebovici, 1992). Na ocorrência de anormalidade, este confronto assume uma dimensão maior (Klaus & Kennell, 1992; Solnit & Stark, 1962). A profunda perda que se instala na mãe devido ao diagnóstico de um filho malformado acarreta o que se chama de “ferida narcísica”, afeta diretamente sua auto-estima, na medida que seu bebê é considerado como sendo sua extensão (Ramona-Thieme, 1995). Sobre esta questão, Moura (1986), refere que o filho é para a mãe a

⁴ Procedimento diagnóstico invasivo que consiste na obtenção de uma amostra do tecido trofoblástico (localizado na placenta) para análise genética; realizado com segurança entre 11 e 13 semanas de gestação (Magalhães, 2001).

reedição da sua própria infância, o que torna a situação de anormalidade muito dolorosa para a mulher. Esta descoberta marca a relação dos pais com a criança por toda a vida (Quayle, 1997a). Um estudo realizado em Porto Alegre investigou a influência do diagnóstico pré-natal de malformação fetal na relação mãe-feto, utilizando uma escala de apego materno-fetal, e verificou que o nível do apego em gestantes com diagnóstico foi menor do que àquelas que apresentavam uma gravidez normal (Sukop & cols., 1999).

A identificação maciça da mãe com a criança e, por conseguinte a ferida narcísica que se instala diante de um diagnóstico de anormalidade fetal deve-se, conforme Caron e Maltz (1994), especialmente a um estado de regressão da mulher. Em geral, este tipo de notícia é dada no segundo trimestre de gestação, quando as estruturas do bebê são melhor visualizadas no exame ecográfico. Assim, o choque do diagnóstico provoca uma abrupta e dramática interrupção do processo normal de gestação, levando a uma regressão da mulher ao primeiro trimestre de gestação, quando a discriminação mãe-bebê está pouco evidente, isto é, o feto é sentido pela mãe como uma parte sua.

Autores que investigaram situações de risco para anormalidade fetal, mostraram que, em geral, as mulheres deixam o envolvimento com seu feto suspenso até a chegada dos resultados confirmatórios (Heidrich & Cranley, 1989; Raphael-Leff, 1997). Os estudos de Roelofsen, Kamerbeek e Tymstra (1993) também retratam esta realidade, ao mostrarem respostas de gestantes que disseram que até que vissem os resultados iriam ignorar a gravidez e não se sentiriam conscientes de seu estado; outras referiam que deixariam de lado qualquer atividade ligada à gravidez, como falar sobre o bebê e usar roupas de gestante. Maldonado (1997) aponta que a certeza quanto ao estado de saúde do bebê só vem com o seu nascimento, o que nos faz pensar que em situações de diagnóstico de anormalidade fetal, os sentimentos maternos parecem ficar, por defesa, resguardados até a certeza da sobrevivência do bebê.

A singularidade com que cada mulher lidará com a gestação, com a maternidade e até com a decisão de manter ou dar fim a uma gravidez com diagnóstico de anormalidade fetal propriamente dita, dependerá de diversos fatores, tais como: severidade do problema, experiência com este tipo de situação, idade gestacional, efeitos da ultra-sonografia, estrutura familiar, questões sócio-econômicas e culturais, aspectos psicológicos, opiniões dos outros e efeitos do aconselhamento (Garrett & Carlton, s.d.). Explorando mais

detalhadamente os aspectos psicológicos envolvidos na gravidez, os autores comentaram sobre o fato de a gravidez ter sido ou não planejada, se esta foi muito desejada, incluindo até recursos de fertilização, os valores do casal sobre qualidade de vida e sua capacidade de lidar com situações difíceis. É importante relacionar estes fatores não somente à decisão a ser tomada, mas também, à forma que cada gestante, que cada casal, lidará com a situação de um diagnóstico confirmado de anormalidade fetal.

Mesmo em situações que não envolvem anormalidade fetal, ao aperceber-se que abriga em si um ser que logo a deixará, o momento próximo ao final da gravidez, é vivenciado pela gestante como uma castração. Ela precisa renunciar a esta possessividade e conceder ao seu filho a vida que lhe é própria. Szejer (1999) fala aí de um primeiro luto. Durante a gestação, é natural que ocorra um processo de idealização do bebê, porém após o nascimento, ocorre o encontro com o filho real, o que configura um segundo luto para a gestante. Este luto pode seguir sendo elaborado durante todo o ciclo vital, dependendo da intensidade do funcionamento projetivo da família. Ambas vivências de lutos fazem parte do desenvolvimento normal (Cramer, 1993; Lebovici, 1992; Raphael-Leff, 1997; Soifer, 1980; Szejer & Stewart, 1997). No entanto, a notícia de uma anormalidade fetal corresponde a um processo de luto que não faz parte do curso normal do desenvolvimento, sendo, portanto, vivido com mais sofrimento pelos envolvidos (Quayle, 1997a). Desencadeia-se um processo de luto equivalente ao luto por perda/morte (Quayle, 1997b), o que evidencia a gravidade da repercussão do diagnóstico de anormalidade fetal no âmbito familiar. O luto é pelo que é diferente do imaginado. O bebê começa a ser real, adquirir rosto, forma e identidade; e o casal, frente a uma situação de anormalidade, precisa decidir prosseguir com a gestação, ou que se for obrigado a isto, precisa se adaptar a esta nova realidade. Esse processo de adaptação segue um ritmo de desenvolvimento particular, porém é possível falar de algumas etapas comuns àqueles que passam por um processo de luto. As reações parentais frente a notícias de uma malformação fetal foram estudadas por Drotar e cols. (1975), que a partir de suas observações propôs fases de organização dessas reações. São elas: choque, negação, tristeza e cólera, equilíbrio e reorganização. A primeira fase é quando ocorre uma perturbação abrupta do equilíbrio psíquico, levando a comportamentos de fuga, crises de choro e descontrole emocional. Em geral, os casais, especialmente as mães, tendem a sentir-se desamparadas e com uma sensação de que tudo

está perdido. É nesse momento que surgem as perguntas de necessidade de justificativa: Por que comigo? O que foi que eu fiz? Estas questões ocupam parte do discurso inicial ao diagnóstico e costumam retornar em alguns outros momentos do desenvolvimento gravídico e mesmo pós-nascimento. Em seguida, surge um período de descrença nos fatos e a necessidade de confirmação da verdade do diagnóstico. O casal, nesta fase, costuma procurar outros médicos e realizar novos exames, chegando a, por vezes, esconder a informação já sabida como uma tentativa de obter resultados diferentes. Esse estado de negação vai, paulatinamente, dando lugar à tristeza, pesar e raiva, o que constitui um momento bastante difícil para o casal que se encontra com sua capacidade racional tomada por sentimentos muito intensos. O casal começa a desejar compreender o que de fato ocorreu e as suas causas, além de pensar em como será após o nascimento e como eles pode se preparar para esperar o bebê. Aí já começou um período de equilíbrio e organização.

Moura (1986) entende que as fases que seguem à notícia do diagnóstico de anormalidade fetal podem assumir um outro percurso. Para ela, após as fases de choque e negação, nas quais o bebê ainda não é visto como separado pelos pais, surge uma fase de liberação das reações impulsivas que consiste em dirigir todo o sentimento de tristeza e raiva e decepção para um bebê que agora já assume uma identidade. A rejeição, nesse momento, pode levar a um desejo de que o bebê morra. Esse sentimento de não-aceitação desencadeia a fase de busca do culpado, na medida que o pai e/ou a mãe não podem tolerar sua própria culpa de estar rejeitando o bebê. Assim, essa é projetada, em geral, para o parceiro, o médico e/ou para a ascendência familiar de cada um. A fase da depressão vem para elaborar parcialmente este luto, enterrando os sonhos e enxergando a realidade. Segue, então, a fase da aceitação, quando o casal encontra um significado e um lugar para o bebê na família. Pode-se pensar que dependendo do casal, um modelo ou outro poderá ser melhor aplicado, o que desde já denota a subjetividade individual de cada um.

Todas estas fases, na prática, aparecem muito relacionadas, o que faz com que reações próprias a uma fase sejam manifestadas em meio a outras, o que se explica pelo dinamismo psíquico. A individualidade de cada pai, de cada mãe e de cada casal vai influenciar não somente na forma de viver cada fase (Irvin, Kennel & Klaus, 1993), mas também no tempo despendido em cada uma delas e na capacidade de chegar ou não à fase de reorganização. A intensidade das repercussões emocionais é dificilmente avaliada, mas

existem fatores reconhecidos como fundamentais na qualidade de elaboração do luto, tais como: a idade gestacional em que o diagnóstico é recebido, a gravidade da malformação e a paridade do casal (Kroeff, Maia & Lima, 2000).

A precocidade na comunicação do diagnóstico é entendida por estes autores como minimizador do problema na medida que há mais tempo para preparar-se emocionalmente para a realidade. Esse preparo diz respeito, principalmente, à aquisição dos pais de clareza sobre o problema do bebê e sobre as atitudes necessárias à condição (Kroeff & cols., 2000). Saber antecipadamente de um problema que não oferece soluções imediatas possibilita que o indivíduo lance mão de defesas para adaptar-se à situação (Quayle, 1996). Esta autora cita um estudo realizado no Hospital de Clínicas de São Paulo sobre reações iniciais face ao diagnóstico de malformação fetal, no qual 95% das gestantes responderam que desejavam conhecer os resultados desfavoráveis, alegando que, desta forma, poderiam se preparar melhor para a situação. Paradoxalmente, muitas destas gestantes optaram por não investigar em profundidade o problema do bebê, rejeitando a realização de procedimentos mais específicos, o que denota um comportamento de total ambivalência.

Quanto às implicações emocionais em receber as notícias previamente, os estudos demonstram a ocorrência de um impacto emocional expressivo após o diagnóstico. Uma pesquisa desenvolvida por Hunfeld e cols. (1993) investigou as repercussões emocionais do diagnóstico severo de malformação fetal informado após vinte e quatro semanas de gestação. Os achados mostraram que mais da metade das gestantes do estudo expressaram reações de muita tristeza e raiva após o diagnóstico, além de terem sofrido dificuldades em relação à alimentação e ao sono. Quase a metade evidenciou sentimentos de fracasso e medo e 45% apresentou instabilidade emocional grave. Outra pesquisa desenvolvida com respeito a estas repercussões (Kowalcek e cols., 2003), investigou a ansiedade antes e logo depois do exame em gestantes que apresentaram ou não resultados positivos de malformação fetal. Os autores verificaram que a redução da ansiedade só ocorreu no grupo com diagnóstico normal, enquanto que o outro se manteve estável.

Sabe-se que alguns fatores tendem a interferir para as repercussões emocionais serem mais ou menos graves. Dentre os que tendem a intensificar o nível do processo de luto, Hunfeld e cols. (1993) cita o fato de a mulher não ter tido problemas para engravidar e/ou o parto acontecer mais precocemente do que trinta e quatro semanas. Quayle (1996)

aponta para a questão da anormalidade ser ou não perceptível visualmente, o que também influencia a dinâmica psíquica vivida pelos pais. Caso se trate de um problema interno, ou dito “invisível” externamente, a autora comenta que se materializa nos genitores a idéia de que um deles tem um caráter ruim provocando a expectativa de constante fracasso. Já aquelas malformações “visíveis” levam a uma culpa imediata e intensa nos pais, fazendo com que muitos deles abandonem suas vidas particulares para dedicação exclusiva ao bebê. Ademais, sobre a paridade, sustenta-se que as gestantes primíparas vivenciem o diagnóstico de anormalidade fetal com mais sofrimento do que as múltiparas, caso estas últimas tenham tido filhos saudáveis. Por fim, Quayle (1996) chama atenção que mesmo em gravidezes não planejadas e não desejadas, nas quais poderia se supor uma maior ambivalência das gestantes do que as planejadas e desejadas, essas situações são igualmente desorganizadoras.

Observa-se, no entanto, que independente das particularidades de cada caso, o diagnóstico de anormalidade fetal provoca em muitas gestantes uma postura de submissão e passividade (Caron & Maltz, 1994). Evidencia-se, então, um aspecto masoquista de aceitação a qualquer tipo de exames e medicamentos, como significando a esperança de salvar o bebê. Esse tipo de reação, segundo as autoras, pode ser entendida, ainda, através de uma necessidade de preservar a figura do médico por este ser visto como o único que pode reverter a situação. Na verdade, o médico terá de saber lidar com esta carga de projeções dos pais, tanto quando estas forem de idealização quanto de culpa, para que a relação médico-paciente e, por conseguinte, mãe-bebê seja preservada com mais tranquilidade e segurança. Deutrax, Gillot-de-Vries, Vanden, Courtois e Desmetz (1998) enfatizaram que a qualidade da relação entre os pais e os profissionais é importante para a estabilidade emocional da relação da mãe com o bebê.

Nesse sentido, Gotzmann e cols., (2001) verificaram que a dificuldade emocional enfrentada diante da notícia de um diagnóstico de anormalidade não parece ser enfrentada somente pelo casal e pela sua família, mas também pelo médico. Estes, principalmente os do sexo feminino, tenderam, a expressar altos níveis de estresse no momento que precisavam transmitir a informação, além de descreverem um sentimento de impotência em ajudar a paciente. Por esta razão, acredita-se na necessidade de treinamentos em comunicação diagnóstica para médicos nas unidades de medicina fetal. Os profissionais

precisam se sentir bem assistidos com relação às questões psicológicas da relação médico-paciente, especialmente em situações de intenso impacto emocional como o vivenciado durante a notícia de um diagnóstico de anormalidade fetal.

No que concerne especialmente à idéia das gestantes sobre a ultra-sonografia obstétrica em situações nas quais foi revelado um resultado positivo para anormalidade fetal, as pesquisas evidenciam uma visão positiva da ultra-sonografia mesmo na presença de sentimentos ambivalentes (Deutrax & cols., 1998; Gotzmann e cols., 2002). Os aspectos mais globais relacionados à saúde do bebê foram mais valorizados em importância no discurso das gestantes em detrimento daqueles mais subjetivos como a visualização do bebê (Gotzmann & cols., 2002). Além disso, a competência da comunicação do diagnóstico foi descrita como menos satisfatória do que a qualidade dos aspectos técnicos, o que, segundo os autores, reforça a necessidade de uma maior atenção à comunicação do diagnóstico e ao apoio psicológico envolvendo tanto a gestante quanto o médico ultra-sonografista.

Assim, Tedesco (1997) sustenta que os cuidados médicos para as gestações de risco parecem ter se tornado mais eficientes no combate à mortalidade materna e perinatal, mas estes avanços não incluíram uma melhora das condições psicológicas associadas a estas situações. A necessidade de hospitalização e/ou repouso, bem como a realização de infindáveis exames e procedimentos, trazem um alto nível de ansiedade à gestante. Assim, embora, nestas situações de anormalidade fetal, esteja atualmente assegurada a melhoria do prognóstico clínico materno e fetal, o mesmo não foi atingido em termos do necessário auxílio para o equilíbrio pessoal e para as relações inter-familiares. É necessário, diz o autor, que os profissionais da psicologia possam compreender e atuar nestes aspectos, promovendo um estado de maior tranquilidade emocional à dupla mãe-feto.

Os estudos até aqui mencionados, embora não apontem achados na mesma direção, reconhecem a ultra-sonografia como sendo um momento muito importante para a gestante e para a relação materno-fetal, tanto em situações de normalidade como de anormalidade fetal. Diante da inquestionável permanência e massificação da ultra-sonografia como importante recurso do pré-natal, é necessário investigar os aspectos psicológicos deste exame, não esquecendo a sua importância, particularmente, nas gestações com diagnóstico de anormalidade fetal.

Justificativa e Objetivos do Estudo

Considerando a revisão da bibliografia exposta acima, pode-se perceber a importância da ultra-sonografia obstétrica, tanto no contexto de normalidade quanto no de anormalidade fetal. Este procedimento parece conferir uma nova configuração à vivência da maternidade na gestação e ao vínculo mãe-bebê no período pré-natal, principalmente por possibilitar importantes esclarecimentos sobre o feto, além do acesso ao universo intra-uterino até então obscuro. Mesmo já se tratando de um exame considerado de rotina, pouco se sabe a respeito de suas repercussões emocionais para a gestante e para a relação materno-fetal.

Neste sentido, o objetivo desta pesquisa foi examinar as impressões e sentimentos de gestantes com e sem diagnóstico de anormalidade fetal sobre a ultra-sonografia obstétrica e suas implicações para a relação mãe-feto. Para tanto, esta pesquisa foi organizada em dois estudos: o primeiro buscou investigar estas questões no contexto de normalidade fetal, e o segundo estudo no contexto de anormalidade fetal.

CAPÍTULO II

Estudo I: Impressões e sentimentos das gestantes sobre a ultra-sonografia e suas implicações para a relação materno-fetal no contexto de normalidade fetal

A ultra-sonografia obstétrica, além de determinar características gerais do feto e identificar gestações múltiplas, é também capaz de dirimir dúvidas quanto à saúde e o bem-estar fetal. Pode-se dizer, então, que a partir do exame ultra-sonográfico introduziu-se uma nova forma de contato com o bebê, possibilitando à gestante visualizá-lo e conhecê-lo antes de seu nascimento.

No entanto, a literatura apresenta divergências quanto às repercussões da ultra-sonografia para a relação materno-fetal. A maioria dos estudos revelou uma influência positiva da ultra-sonografia na relação mãe-feto (Baillie & cols., 1997; Caccia & cols., 1991; Fletcher & Evans, 1983; Garrett & Carlton, s.d.; Kohn & cols., 1980; Raphael-Leff, 1997; Sioda, 1984). Estes autores mostram que a ultra-sonografia possibilita que a gestante se apodere mais do seu papel de mãe, incrementando seus sentimentos maternos, e perceba o feto como mais real e próximo. O exame facilitaria, então, a transição para a parentalidade, e intensificaria a união pré-natal entre mãe e feto, além de aumentar a adesão das gestantes às recomendações médicas e causar um decréscimo de sua ansiedade. Por ser uma vivência descrita como bastante profunda, auxilia no apego materno-fetal, principalmente para aquelas mães com histórias de dificuldades vinculares.

Interferências negativas também foram apontadas por algumas pesquisas (Courvoisier, 1985; Fletcher & Evans, 1983; Piontelli, 2000; Soulé, 1987). Estes autores indicaram que a ultra-sonografia traz à tona uma realidade muito precoce, fazendo com que a imagem real do feto destrua as fantasias maternas e a gestante se sinta invadida. Ademais, o exame pode causar um choque pelo reconhecimento real do feto e provocar um sentimento de vulnerabilidade na gestante, que percebe que os diagnósticos ecográficos podem apresentar problemas cujas soluções não estão ao seu alcance. Sabe-se que as gestantes, mesmo passados dias do exame, seguem elaborando as imagens reais da ultra-sonografia, na tentativa de construir uma imagem mental de seu filho (Milne & Rich,

1981). No entanto, grande parte dos estudos que tratam do tema investiga as repercussões da ultra-sonografia somente no momento imediato após o exame.

Assim, o presente estudo buscou investigar, longitudinalmente, as impressões e sentimentos das gestantes sobre a ultra-sonografia e suas implicações para a relação materno-fetal no contexto de normalidade fetal. Com base na literatura espera-se que a ultra-sonografia, ao possibilitar um contato bastante real com o feto, contribua para a instauração do sentimento materno. Espera-se que estas gestantes reajam positivamente ao exame, que representa um momento para conhecer melhor o feto. Acredita-se que, após a ultra-sonografia, o feto torne-se mais real e seja, então, mais personalizado pela gestante, devendo, portanto, ser visto com expectativas e investimentos mais positivos, contribuindo para a qualidade da relação materno-fetal.

Método

Participantes

Participaram deste estudo onze gestantes em situação de normalidade fetal. As gestantes eram primíparas, sendo que nove eram primigestas e duas já tinham tido pelo menos um aborto espontâneo. A Tabela 1 apresenta as características demográficas das participantes. As gestantes tinham idade entre 18 e 35 anos ($M=23,45$; $dp=5,56$), e eram de nível sócio-econômico baixo a médio, com base na sua escolaridade ($M=9$ anos estudados; $dp=2,53$ anos) e profissão. A idade gestacional variou de 11 a 24 semanas de gestação ($M=15,09$; $dp=4,44$) e todas elas estavam sendo submetidas pela primeira vez na vida à ultra-sonografia obstétrica. Quanto a atividade profissional, quatro gestantes exerciam atividades no lar, quatro trabalhavam com serviços gerais, uma era estudante, e duas tinham atividades técnicas. Algumas participantes tinham primeiro grau incompleto ($n=2$), ou completo ($n=3$) e as demais, segundo grau completo ($n=4$) ou incompleto ($n=2$). Todas mantinham relacionamento estável com o pai do bebê.

Tabela 1 – *Dados demográficos das gestantes*

Gestante	Idade	IdadeGestacional (semanas)	Paridade	Escolaridade	Ocupação	Situação Marital (c/ pai do bebê)
G1	23	11	Primípara*	1° G incompleto	Empregada doméstica	Mora junto há 5a
G2	20	13	Primípara**	2° G completo	Sem atividade	Mora junto há 3m
G3	22	11	Primigesta	2° G completo	Sem atividade	Namora há 1a e 2m
G4	18	20	Primigesta	2° G incompleto	Estudante	Mora junto há 2a
G5	21	24	Primigesta	2° G incompleto	Serviços gerais	Noiva há 4a
G6	26	13	Primigesta	1° G incompleto	Serviços gerais	Casada há 5a
G7	33	20	Primigesta	2° G completo	Aux. administrativa	Mora junto há 3a
G8	19	11	Primigesta	1° G completo	Sem atividade	Namora há 3a e 3m
G9	18	15	Primigesta	2° G completo	Sem atividade	Namora há 1a e 2m
G10	24	12	Primigesta	2° G incompleto	Estudante/Camareira	Casada há 6a e 6m
G11	34	13	Primigesta	3° G incompleto	Técnica enfermagem	Mora junto há 5 a

* com um aborto espontâneo; ** com dois abortos espontâneos

Dos casos inicialmente contatados, foram excluídos seis casos, sendo um deles por motivos de mudança de cidade durante a coleta de dados, outro pelo fato de a gestante ter referido somente na terceira entrevista que já havia sido submetida a uma ultra-sonografia anterior, dois outros por diagnóstico de gravidez interrompida⁵, um por ter apresentado, durante o exame, suspeita de fator de risco para anormalidade fetal e um último por ter recebido, através da análise do líquido amniótico (amniocentese), o diagnóstico de que o bebê era portador de uma síndrome genética⁶. As participantes foram recrutadas entre as que estavam sendo submetidas à ultra-sonografia obstétrica no Serviço de Medicina Fetal do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

Delineamento e Procedimentos

Foi utilizado um delineamento longitudinal de estudo de caso coletivo (Stake, 1994). Foram investigadas as impressões e sentimentos das gestantes sobre a ultra-

⁵ As gestantes foram acompanhadas pela pesquisadora que suspendeu qualquer procedimento de coleta de dados e lhes prestou atendimento clínico.

⁶ A gestante foi atendida pela pesquisadora e encaminhada ao Serviço de Psicologia do HCPA, onde ficou em tratamento até o nascimento do bebê.

sonografia antes e depois da realização do exame, bem como suas implicações para a relação materno-fetal.

Antes da entrada das gestantes para a sala de exame, elas foram convidadas pela pesquisadora a passar em uma ante sala, onde foram convidadas a participar do estudo. De todas as que foram convidadas a participar, nenhuma recusou o convite. O **Consentimento informado** foi, então, assinado e a **Ficha de dados demográficos** preenchida pela pesquisadora. As gestantes foram, então, solicitadas a responder a **Entrevista sobre a história obstétrica da gestante** e a **Entrevista sobre a ultra-sonografia obstétrica e a relação materno-fetal**. Por último foi aplicada a **Escala de apego materno-fetal**.

Em seguida, a pesquisadora acompanhou as gestantes para a sala onde foi realizado o exame ultra-sonográfico. As ultra-sonografias tiveram a duração de quinze a trinta minutos e foram realizadas por médicos ginecologistas e obstetras ou radiologistas, com especialização em ultra-sonografia fetal. O equipamento utilizado para o exame foi um Aloka SSD - 1700, que reproduz uma imagem dinâmica em duas dimensões. A pesquisadora acompanhou todo o procedimento. Após o término da ultra-sonografia, as gestantes foram encaminhadas a uma outra sala onde foi realizada a **Entrevista sobre a ultra-sonografia obstétrica e a relação materno-fetal**.

Três semanas após a ultra-sonografia, as gestantes retornaram ao hospital, quando foram solicitadas a responder novamente à **Entrevista sobre a ultra-sonografia obstétrica e a relação materno-fetal**. Neste momento foi novamente aplicada a **Escala de apego materno-fetal**. O intervalo de três semanas para este contato foi escolhido para permitir às gestantes um período de reflexão em relação à ultra-sonografia e para que as eventuais implicações na relação mãe-feto pudessem ser percebidas. Não foi considerado um intervalo de tempo maior, tendo em vista que esta entrevista deveria ser realizada antes de qualquer outro procedimento médico e algumas gestantes, dependendo da sua idade gestacional, são logo encaminhadas para a realização de novos exames.

Instrumentos e Materiais

Consentimento informado (GIDEP, 1998a): este documento visou informar as participantes dos objetivos do estudo de forma sucinta, bem como das etapas da pesquisa.

Foi assinado em duas vias pelas participantes, que ficaram com uma cópia, deixando a outra aos cuidados da pesquisadora. Cópia no Anexo A.

Ficha de dados demográficos (GIDEP, 1998b): visou obter os dados de identificação das participantes, tais como sexo, idade, status social, estado civil, escolaridade, profissão e endereço. Alguns dados desta ficha serviram à comprovação de que as participantes preenchiam os critérios de inclusão da amostra da presente pesquisa. Cópia no Anexo B.

Entrevista sobre a história obstétrica da gestante (Gomes & Donelli, 2001): pretendeu investigar questões referentes à história obstétrica da gestante, bem como obter informações sobre os dados da história obstétrica das mulheres e de sua família. Alguns dados desta ficha foram usados para caracterizar as participantes desta pesquisa, quanto a sua história obstétrica. Cópia no Anexo C.

Entrevista sobre a ultra-sonografia obstétrica e a relação materno-fetal (Gomes & Piccinini, 2001): buscou examinar as expectativas, impressões e os sentimentos das gestantes em relação à ultra-sonografia, e suas implicações na relação mãe-feto. Foi realizada em três momentos: antes, logo em seguida e três semanas após o exame. Esta entrevista sofreu algumas adequações para se adaptar ao momento no qual foi realizada. Por exemplo, antes da ultra-sonografia, as questões giraram em torno das expectativas sobre o exame e da relação mãe-bebê naquele momento (*Como você descreveria o seu bebê?; O que você imagina sobre o seu bebê?; Como é a sua relação com o seu bebê?; Você se sente mãe?; Como é este sentimento?; O que você espera do exame?*). Depois do exame, as questões enfatizaram as impressões e os sentimentos despertados com a ultra-sonografia e o impacto da experiência na visão sobre o bebê (*O que você achou do exame?; Você esperava que fosse diferente? O quê?; Como você se sentiu durante o exame?; Que imagens chamaram mais sua atenção?; Como você se sentiu diante destas imagens?; Que pensamentos lhe vieram à cabeça no momento em que via estas imagens?; O que você achou do seu bebê?; O que mudou na sua visão sobre seu bebê?; Quando você viu o seu bebê, o que você sentiu?; O que a ultra-sonografia traz de importante para você?; Qual foi o sentimento mais forte que você sentiu durante o exame?; Você já tinha sentido isto antes?, etc.). Três semanas após o exame, foram repetidas as questões feitas logo em seguida do exame e também incluídas questões sobre eventuais mudanças que*

ocorreram desde o exame, em relação aos sentimentos da mãe e à relação da mãe com o feto (*O que você mais lembra da ultra-sonografia ainda hoje?; O que você ficou pensando depois da ultra-sonografia, nestes últimos dias?; Você acha que mudou alguma coisa depois da ultra-sonografia, em você, na sua família, com o seu bebê?; Como você descreveria seu bebê hoje?; Como tem sido a sua relação com seu bebê?; Você acha que sua relação com o bebê mudou depois da ultra-sonografia?; Você se sente mãe?; Como é esse sentimento?, etc.*). As entrevistas foram gravadas e transcritas. Cópia no Anexo E.

Escala de apego materno-fetal – MFAS (Cranley, 1981): a aplicação deste instrumento se deu em dois momentos: antes do exame ultra-sonográfico e após três semanas. A Escala de apego materno-fetal foi criada por Cranley (1981) para medir a intensidade de apego da mãe com o bebê, no período pré-natal. Sua construção se baseou nas tarefas/comportamentos que a mulher desenvolve durante a gravidez, e se deu a partir da combinação da literatura, experiência clínica e os julgamentos de alguns profissionais especializados no assunto, além da consulta a um grupo de gestantes. Cranley (1981) definiu apego materno-fetal como sendo a intensidade com a qual a mulher manifesta comportamentos que representem a afiliação e a integração com seu bebê. O instrumento consta de 24 itens, divididos em 5 subescalas que representam diferentes aspectos desta relação: Diferenciando-se do feto (item 5 – *Eu estou louca para ver como será a cara do bebê*), Interação com o feto (item 1 – *Eu converso com o meu bebê*), Atribuindo características ao feto (item 12 – *Eu me pergunto se o bebê escuta sons dentro de mim*), Entregando-se ao Feto (item 2 – *Eu acho que todo o desconforto da gravidez vale a pena*), Desempenhando um papel (item 8 – *Eu me imagino cuidando do bebê*). Para cada uma das questões, são oferecidas cinco opções de respostas em uma escala do tipo *Likert*, que se refere a quanto um determinado comportamento ou sentimento é mais ou menos comum, variando de “quase sempre” “freqüentemente” “às vezes” “raramente” e “nunca” numa pontuação de 5 a 1 respectivamente. O item 22 tem pontuação invertida, uma vez que a afirmação é negativa. O índice de consistência interna original da escala total (Alpha de Cronbach) é 0.85. A validade de constructo foi evidenciada através da comparação dos escores com outra escala que tinha objetivo semelhante (PAI – Prenatal Attachment Inventory - Müller, 1993); os escores foram relacionados num nível de 0.73 (Beck, 1999). A tradução e validação para o

português foram realizadas por Feijó⁷ (1999) em uma amostra de 300 gestantes no Rio de Janeiro. Na validação brasileira, o índice de consistência interna da escala total (Alpha de Cronbach) foi de 0.63. Para fins deste estudo a tradução foi novamente checada por três bilíngües *experts* no tema, todos membros do GIDEP/UFRGS⁸, tendo sofrido, então, uma pequena adaptação que nada interferiu na estrutura essencial da escala. A ficha que continha os itens da escala foi preenchida pela pesquisadora a partir das respostas dadas pela participante. Cópia da escala no Anexo G.

⁷ Apesar de inúmeras tentativas, não foi possível conseguir contato com a autora.

⁸ Grupo de Interação, Desenvolvimento e Psicopatologia – GIDEP/UFRGS/CNPq

Resultados

Os resultados serão apresentados em duas partes. Na primeira, examina-se as impressões e sentimentos das gestantes em relação à ultra-sonografia antes e depois do exame, e suas implicações na relação mãe-feto. Para tanto, foram analisados os relatos das gestantes na **Entrevista sobre a ultra-sonografia e a relação materno-fetal**. Na segunda parte, examina-se o apego materno-fetal antes e depois do exame ultra-sonográfico, com base na análise dos escores obtidos na **Escala de Apego Materno Fetal**.

Parte I

Impressões e sentimentos sobre a ultra-sonografia e a relação mãe-feto

O objetivo desta seção foi o de examinar as impressões e sentimentos das gestantes a respeito da ultra-sonografia obstétrica e suas implicações na relação materno-fetal. A **Entrevista sobre a ultra-sonografia e a relação materno-fetal** foi realizada antes do exame, logo após sua realização e três semanas depois. A realização da entrevista antes do exame visava investigar em especial as expectativas em relação à ultra-sonografia. A entrevista realizada logo após o exame visava investigar, em especial os primeiros impactos do exame. Por fim, a realização da entrevista três semanas depois do exame, visava investigar o impacto a médio prazo do exame, após a mãe ter tido tempo para refletir e elaborar suas impressões e sentimento sobre o exame. Com base nestas entrevistas buscou-se também investigar o impacto da ultra-sonografia para a relação mãe-bebê.

Com base na leitura exaustiva das entrevistas, na experiência da pesquisadora e na literatura, foram criados quatro eixos temáticos denominados: *Impressões e sentimentos das gestantes sobre o exame*, *Impressões e sentimentos das gestantes sobre o bebê*, *Impressões e sentimentos das gestantes sobre a relação mãe-bebê*, e *Impressões e sentimentos das gestantes sobre a maternidade*. Estes eixos temáticos já estavam implícitos nas entrevistas e nortearam toda a análise que será apresentada a seguir.

O primeiro eixo temático denominado *Impressões e sentimentos das gestantes quanto à ultra-sonografia*, se refere às expectativas das gestantes antes do exame, seus sentimentos e pensamentos durante a realização do exame e imediatamente após o

procedimento e também três semanas depois da sua realização. Algumas questões foram especialmente consideradas para investigar os relatos das gestantes em relação a este eixo temático, ao longo dos três momentos investigados: antes do exame: “*O que você espera do exame?*”; logo depois do exame: “*Eu gostaria que você me falasse um pouco da ultra-sonografia que você acabou de fazer*” “*O que você achou do exame?*” “*Você esperava que fosse diferente?*” “*Como você se sentiu durante o exame?*” “*Eu gostaria que você me falasse do que você viu durante a ultra-sonografia*” “*As imagens estavam claras?*” “*Deu para compreender as imagens?*” “*Como você se sentiu diante destas imagens?*” “*Que pensamentos lhe vieram à cabeça no momento em que via estas imagens?*” “*Como você está se sentindo agora após ter feito a ultra-sonografia?*” “*Você gostaria que alguma coisa fosse diferente? (Se sim, o quê?)*” “*O que a ultra-sonografia traz de importante para você?*”; três semanas após o exame: “*Eu gostaria que você me falasse um pouco da ultra-sonografia que você realizou há três semanas*” “*O que você mais lembra da ultra-sonografia ainda hoje?*” “*O que você ficou pensando depois da ultra-sonografia, nestes últimos dias?*” “*Você acha que mudou alguma coisa depois da ultra-sonografia, (em você, na sua família, com o seu bebê)?*”.

O segundo eixo temático denominado ***Impressões e sentimentos das gestantes quanto ao bebê***, diz respeito a como o bebê foi percebido na ultra-sonografia, e aos efeitos do exame na visão da gestante sobre o bebê, ao longo do período investigado. As questões das entrevistas que foram particularmente consideradas ao se investigar os relatos das mães a este tema são as seguintes: antes do exame: “*Como você descreveria seu bebê?*” “*Como você imagina que seu bebê seja?*”; logo após o exame: “*Eu gostaria que você me falasse um pouco do que você viu do bebe*” “*O que você achou do seu bebê?*” “*Era como você imaginava? (Se não, o que foi diferente?)*” “*O que mudou na sua visão sobre seu bebê?*” “*O que nele lhe chamou mais atenção?*”; e, três semanas depois do exame: “*Eu gostaria que você me falasse como está o bebe*” “*Como você descreveria seu bebê hoje?*” “*Você acha que a ultra-sonografia mudou alguma coisa do teu marido ou família em relação ao bebê?*”.

O terceiro eixo temático denominado ***Impressões e sentimentos da gestante quanto à relação mãe-bebê*** engloba os sentimentos das gestantes em relação ao bebê, os meios utilizados pelas gestantes para interagir com o bebê e as possíveis interferências da ultra-sonografia nesta relação. As questões consideradas especialmente à investigação deste tema foram as seguintes: antes do exame: “*Como é a sua relação com o seu bebê?*”; logo depois do exame: “*Quando você viu o seu bebê, o que você sentiu?*”; e três semanas depois do exame:

“Você acha que mudou alguma coisa depois da ultra-sonografia, (em você, na sua família, com o seu bebê)?, “Como tem sido a sua relação com seu bebê?” “Você acha que sua relação com o bebê mudou depois da ultra-sonografia?” “Você acha que a ultra-sonografia mudou alguma coisa do teu marido ou família em relação ao bebê?”.

O quarto e último eixo temático denominado ***Impressões e Sentimentos das gestantes quanto à maternidade***, diz respeito aos sentimentos de maternidade expressos pelas gestantes e às possíveis repercussões da ultra-sonografia na identidade materna. As principais questões consideradas para incluir os relatos das gestantes neste tema foram: antes do exame: *“Você se sente mãe?” “Como é este sentimento?”*; logo depois do exame: *“Como você se sentiu durante o exame?” “Quando você viu o seu bebê, o que você sentiu?” “Qual foi o sentimento mais forte que você sentiu durante o exame?” “Você já tinha sentido isto antes?”*; e três semanas depois do exame: *“Você se sente mãe?” “Como é esse sentimento?”*.

Análise de conteúdo qualitativa (Bardin, 1977; Laville & Dionne, 1999) foi utilizada para se examinar as respostas das mães em relação a esses quatro eixos temáticos. Para tanto obedeceu às seguintes etapas: transcrição das entrevistas; delimitação de unidades temáticas - definidas como idéias relatadas pelas gestantes; e, criação de categorias dentro de cada eixo temático a partir da literatura e das respostas das gestantes às entrevistas. Apresenta-se seguir a estrutura de quatro eixos temáticos bem como das categorias incluídas em cada eixo⁹.

⁹ A estrutura completa de categorias e subcategorias de cada eixo temático está apresentada no Anexo G.

Estrutura de Eixos e Categorias Temáticas

1. Impressões e sentimentos das gestantes quanto à ultra-sonografia

- 1.1. Expectativas antes do exame
- 1.2. Impressões e sentimentos durante e logo após o exame
- 1.3. Impressões e sentimentos três semanas depois do exame

2. Impressões e sentimentos das gestantes quanto ao bebê

- 2.1. O bebê antes do exame
- 2.2. O bebê durante e logo após o exame
- 2.3. O bebê três semanas depois do exame

3. Impressões e sentimentos das gestantes quanto à relação mãe-bebê

- 3.1. A relação mãe-bebê antes do exame
- 3.2. A relação mãe-bebê durante e logo após o exame
- 3.3. A relação mãe-bebê três semanas depois do exame

4. Impressões e sentimentos das gestantes quanto à maternidade

- 4.1. A maternidade antes do exame
- 4.2. A maternidade durante e logo após o exame
- 4.3. A maternidade três semanas depois do exame

Para fins de análise, duas psicólogas classificaram separadamente os relatos das mães em cada categoria e subcategoria e, em casos de discordância, utilizou-se um terceiro profissional também psicólogo. É importante salientar que o critério para a inclusão das verbalizações nos momentos citados (antes, logo após ou três semanas depois do exame) baseou-se na referência das próprias gestantes ao momento que tinham sentido e/ou pensado determinado conteúdo e não necessariamente ao momento cronológico em que foram coletados os dados. Além disto, afora as questões incluídas na análise de cada eixo temático, caso as gestantes tenham referido conteúdos pertinentes a um determinado eixo em outros momentos da entrevista, estes também foram incluídos, independente do momento em que foram mencionados.

Apresenta-se, a seguir, os resultados desta análise, com breve descrição de cada categoria temática, exemplificando-as com trechos de relatos das próprias gestantes. Por fim, ao final da análise de cada eixo temático apresenta-se uma discussão dos principais aspectos analisados, com base na literatura e experiência pessoal da autora.

Impressões e Sentimentos das Gestantes Quanto à Ultra-Sonografia

Este primeiro eixo se refere às expectativas das gestantes antes do exame, seus sentimentos durante e logo após o procedimento e também três semanas depois da sua realização. Os relatos incluídos neste eixo temático foram classificados em três categorias: Expectativas antes do exame; Impressões e Sentimentos durante e depois do exame; e, Impressões e Sentimentos três semanas depois do exame.

Expectativas antes do exame

As expectativas antes do exame dizem respeito às crenças, ansiedades e preocupações das gestantes frente à ultra-sonografia. Quando questionadas sobre o que esperavam do exame, muitas gestantes referiram a ultra-sonografia como uma possibilidade de obter esclarecimentos sobre características do bebê, como o sexo *“é a única coisa que eu quero saber mesmo, que todo mundo quer saber, é o sexo do bebê e eu quero saber do sexo”* (G7)¹⁰; o estado de saúde *“eu acho que é pra isso, pra ver se ele [nenê] tá perfeito, se tá bem”* (G7); *“espero, ah, ter certeza de como é que tá aqui, que às vezes o bebê tá fora do útero”* (G2); bem como aspectos gerais do bebê e do ambiente intra-uterino, *“olhar, ver como é que tá (...) porque a gente não sabe como é que tá dentro da gente”* (G1). Ao mesmo tempo em que desejavam obter esclarecimentos sobre o bebê, as gestantes se mostraram, também, ansiosas a respeito dos resultados do exame uma vez que estes revelariam em poucos minutos, dados importantes do bebê. Esta ansiedade fez-se clara em verbalizações que expressavam desde desejo de que os resultados fossem satisfatórios *“eu espero que esteja tudo bem, muito bem!”* (G10); *“espero que não aconteça nada de errado”* (G3); até medo de um diagnóstico indesejado *“eu só achei assim, pensei que ia dar alguma coisa errada assim”* (G1). O procedimento em si também gerou preocupações nas gestantes que acreditavam que não compreenderiam e/ou não enxergariam as imagens com clareza *“eu sei que não vai dar pra ver muita coisa”* (G9), além de algumas terem ficado receosas com a possibilidade de que o exame lhes causasse dor *“ah, eu espero (...) aí não dói, né?”* (G3); *“ah imaginei que sentia alguma dor, alguma coisa”* (G4).

¹⁰ A letra G significa Gestante e o número corresponde à identificação usada para cada participante neste estudo, conforme descrito na Tabela 1.

Impressões e sentimentos durante e logo após o exame

Os sentimentos despertados pela ultra-sonografia durante e depois do exame variaram desde vivências mais positivas, englobando tanto sensações de satisfação e felicidade ao ver as imagens do bebê no monitor “*eu fiquei contente, eu gostei de ver ele pulando!*” (G1); “*eu to super feliz (...) é tão bom, é gostoso ver!*” (G2); como de alívio/tranqüilidade ao receber bons resultados sobre o estado de saúde do bebê “*Daí eu fiquei descansada. Daí eu respirei mais, mais leve, porque eu não tava respirando. Depois que eu vi ali na tela, eu vi que tava bem, daí (...)* [suspira], *daí eu respirei né*” (G6); “*ah não sei, tô parece que tô leve assim, não sei, estranha, mudou assim, parece que mudou alguma coisa (...) sai mais leve da sala*” (G8), até vivências mais negativas, como o nervosismo descrito por algumas gestantes por não saberem como seria o procedimento “*eu fiquei um pouco nervosa (...) porque eu não sabia, né como ia ser (...) nervosa pelo exame (...) ah, como é que era o exame, se doía, eu tinha medo de fazer*” (G3).

O que pareceu comum a quase todas as manifestações foi o fato de a ultra-sonografia ter sido sentida pelas gestantes como uma experiência bastante intensa e única na medida que lhes provocou reações e pensamentos bem particulares nunca antes vivenciados “*não, nunca, nunca, nunca, nunca, nunca, nunca, é muito bonito*” (G7); “*não, primeira vez, agora, é uma sensação boa né, é a primeira vez, tô me sentindo boba, mas é dra, é verdade, não tem hoje o que eu faça, acho que eu nem vou trabalhar hoje, vou embora pra casa*”; “*é um momento único, não tem coisa igual*” (G6); “*eu nunca tinha imaginado uma coisa assim, apesar que eu já tinha visto mas sendo teu é diferente, nunca é igual*” (G10). A maior parte das gestantes referiu sentimentos de emoção ao enxergar o bebê “*sei lá, foi uma emoção tão forte, que eu nem sei*” (G4); “*quando a gente olha a imagem do bebê, é muito emocionante, né, tu não acredita que aquilo possa tá, aquela pessoinha tá dentro de ti*” (G5), sendo que algumas manifestaram, ainda, desejo em externalizar essa emoção “*vontade de chorar, só o que eu senti, vontade de chorar. Fiquei emocionada (...) assim, sabe rir e chorar*” (G1); “*ah eu senti vontade de chorar só. Na hora quando eu vi assim, deu vontade de chorar, de vê ali o meu primeiro filho, ali olhando na tela*” (G6); “*ai fiz questão de chorar certo*” (G7). Nestes exemplos pode-se constatar que a ultra-sonografia se constituiu em um momento catártico de expressão, o qual propiciou às gestantes o sentimento de que poderiam exteriorizar seus sentimentos e emoções.

Outras expressaram a intensidade da experiência ao referirem que durante a realização do exame lembraram de situações importantes do passado, experienciando uma revivência de experiências anteriores “*eu só achei, pensei que ia dar alguma coisa errada assim (...) porque eu já tinha perdido outro né*” (G1); “*assim eu fiquei imaginando como é que seriam os outros coitadinhos (...) o que eu senti, deixa eu voltar no tempo (...) eu fiquei impressionada como é a natureza (...) me deu vontade de perguntar: tem certeza que essa aí é a minha barriga? até com as outras que eu perdi eu pensei que não ia poder ter (...) tinha medo de não aparecer (...) fiquei pensando será que era pra ter perdido? Não sei porque essas coisas acontecem*” (G2); “*eu nem sei, a gente lutar pra fazer né, porque surgiu a possibilidade de fazer o tratamento e eu pensei e eu ter engravidado assim sem mais nem menos, eu falei, ah é muito bom*” (G6). É como se a ultrasonografia tivesse precipitado, nestas gestantes, o re-surgimento de conteúdos traumáticos, tornando presentes dúvidas, medos e pensamentos decorrentes de outros eventos já vividos.

A carga emocional do momento do exame e das imagens do bebê ali mostradas provocou também sentimentos mais ligados a uma condição de paralização, a qual se fez presente no discurso das gestantes relacionada tanto a um estado emocional de choque e/ou confusão “*ah um pouco nervosa, sufocada, sem palavras*” (G1); “*porque eu to assim meio em estado de choque, de repente até agora na segunda eu até consigo perguntar mais*” (G11), como à dificuldade de explicar com palavras o que foi sentido durante a realização da ultrasonografia “*é difícil, é muito difícil (...) ah meu deus, é estranho, não tem palavra, porque é lindo demais, é lindo demais (...) não dá para explicar, porque é uma coisa fantástica, fantástica*” (G7); “*não sei explicar o que sente (...) não tem explicação*” (G11). Verificou-se, ainda, que essa condição de paralização também foi relacionada à percepção das gestantes de que seus pensamentos ficaram bloqueados durante a ultra-sonografia “*eu não pensei né, não consegui pensar assim, parar e pensar, porque foi um negócio muito rápido, mas eu gostei de olhar, assim, acompanhei cada momento emocionada, só (...) fazia horas que eu queria chorar*” (G1); “*não, eu nem pensava em perguntar nada*” (G3); “*não só fiquei feliz por ver ela, não pensei em nada (...) só pensei nela, só tava no momento vendo ela, mais nada (...) naquele momento ali eu não pensava em nada, mas antes eu já tinha pensado e mesmo assim continuei pensando depois, mas no momento não pensei nada disso*” (G5); “*o pensamento assim, é a coisa mais bonita que tu quer olhar, tu quer ver direitinho, não consegue pensar em outra coisa*” (G7), e/ou com a dificuldade de acreditarem na veracidade do que estava acontecendo no momento do exame, o que pode ser exemplificado em manifestações como: “*no começo eu não tava acreditando no que eu tava*

vendo, fiquei meio confusa, mas depois passou (...) eu não tava acreditando que eu tava enxergando ele” (G4); “logo no início eu imaginei assim oh, será que é verdade? Será que é verdade? Eu fiquei naquela dúvida, né, no início então foi isso que eu senti” (G7).

A grande maioria das gestantes referiu desejo em compartilhar com outras pessoas a experiência do exame e os sentimentos e vivências decorrentes. Estas expressaram o desejo de que o companheiro tivesse estado presente durante a realização da ultra-sonografia, aparecendo em forma de “queixa” e protesto em relação à ausência do companheiro “é, eu queria repartir esse momento com o Beto¹¹ né, meu marido, porque ele ia adorar ver, é muito bom sabe, é uma emoção bem forte, gostosa” (G1); “eu até pensei que pena que o Justo não veio junto né, pra poder ver a ecografia, eu acho super legal, eu queria que ele tivesse visto também. Eu pensei nisso” (G11), e/ou uma vontade quase que urgente de logo contar a alguém as notícias sobre o exame “tô louca pra sair daqui pra contar pras pessoas, o que eu tô sentindo e como é que ele é, tô bem feliz mesmo” (G5).

As gestantes revelaram muitos de seus sentimentos em relação ao exame quando atribuíram sua importância a algumas de suas funções. Foram citadas funções desde a concretização da realidade da gravidez e do bebê “é diferente quanto tu vê a eco, tu sabe mesmo que tu tá grávida” (G11); “eu não tinha certeza, às vezes eu pensava assim ‘será que eu to grávida?’ Agora eu tenho certeza absoluta que ele está aqui dentro de mim, muito bom!” (G1), como a possibilidade de ter um contato mais visual com o bebê, permitindo que elas possam vê-lo e conhecê-lo “é uma coisa boa que fizeram pra gente ver o nenê, porque antigamente nasciam assim sem saber né, como ia ser, como estava ali dentro da gente e agora a gente pode ver, sentir, é tão bom, é gostoso ver” (G1). Algumas gestantes citaram, ainda, o exame como tendo o papel de informar sobre o bebê “ela me traz a notícia do meu filho (...) se tava gordinho, se tava crescendo, tudo eu posso saber!” (G10) e, sobre sua saúde “a certeza de que a criança tá bem, que é perfeitinha assim pelo menos olhando (...) o resultado do exame, (...) pelo menos eu sei que tá tudo bem com a criança” (G11); “é importante porque tu vê se ele é normal” (G1), além de possibilitar intervenções precoces diante de um diagnóstico indesejado “é importante porque se falta alguma coisa e que tu possa tomar alguma remédio, alguma vitamina, para remover aquilo ali que tá faltando nele” (G1); “porque eu acho que se não tiver bem, tu tem a chance de poder tratar, de ajudar o nenem para que quando ele nasça ele não nasça com sofrimento” (G5).

Um sentimento bastante referido pelas gestantes foi o de surpresa pelo fato de terem compreendido e/ou enxergado as imagens com qualidade, o que pode ser exemplificado em relatos como: *“eu levei um susto, porque eu achava que não ia ver, porque eu não conseguia prestar atenção na tela” (G3); “mais claras do que eu imaginava, eu imaginava até que não fosse tão, que não desse pra ver tão né, que eu vi assim, eram perfeitas” (G8).*

Sobre a postura do médico, as gestantes demonstraram bastante contentamento, referindo terem se sentido bastante assistidas, além de terem recebido as informações desejadas e/ou solicitadas *“fantástica, porque ela fez questão de ver, de me mostrar como é que tava o nenê, quando ela mediu tudo” (G7); “ah deixou bastante eu ver ele” (G2); “explicou tudo, eu achei que ficou muito claro pra mim, (G9).*

Impressões e sentimentos três semanas depois do exame

As gestantes manifestaram que os sentimentos despertados pela ultra-sonografia três semanas depois do exame apareceram muito ligados a vivências positivas envolvendo tanto a continuidade dos sentimentos de felicidade e segurança experimentados logo após o exame *“com certeza, eu tô mais segura, eu tô mais feliz, eu tô tentando fazer as coisas direitinho pra que tudo saia certo” (G5); “tava, tô tão feliz por saber que o nenê tá bem, então eu só penso assim oh ele tá bem, ele em seguida vem” (G7),* como dos sentimentos de tranquilidade *“eu tô melhor, tô mais tranqüila” (G2)* diante dos resultados satisfatórios do exame e das condições de saúde do bebê.

A intensidade da experiência da ultra-sonografia, mesmo após passadas três semanas, permaneceu evidente em algumas verbalizações das gestantes, principalmente as que referiram ainda uma condição de paralização diante do que foi vivido. Esta condição foi expressa por um estado emocional de choque e/ou confusão *“eu tô meio assim em estado de choque até agora” (G7),* e pela dificuldade das gestantes em explicar seus sentimentos em relação ao exame *“eu não sei (...) ah vou começar a chorar aqui” (G6).* Na verdade, a vivência do exame como um todo apareceu ainda muito atual para as gestantes, que referiram que tinham, até o momento, todas as imagens muito presentes em sua memória *“a imagem tá na minha cabeça, não consegui esquecer nada” (G1).*

¹¹ Os nomes próprios que, por ventura, aparecerem citados nas verbalizações foram alterados para manter a confidencialidade dos dados dos participantes.

O que parece ter se modificado diz respeito à familiaridade em relação à situação de ultra-sonografia, na medida que as gestantes, depois de três semanas, já demonstravam se sentir mais apropriadas do exame. Essa idéia foi descrita através de relatos que evidenciavam não somente uma necessidade e/ou um desejo de submeter-se novamente à ultra-sonografia *“eu tô com vontade de fazer a outra de uma vez pra vê de novo ele, assim que eu to me sentindo”* (G2), como também uma maior exigência quanto às condições do futuro exame *“é agora na próxima vez eu vou tá mais, a primeira vez né, eu nunca tinha feito (...) na próxima ver eu vou fazer ele me mostrar muito mais (...) não perguntei nada, de tão nervosa, agora a próxima vez eu vou perguntar (...) agora eu to pensando é na outra, não na que passou”* (G1).

Esse intervalo de tempo transcorrido fez, também, com que as gestantes identificassem que a ultra-sonografia lhe serviu como um estímulo para imaginar mais sobre o bebê, o que pode ser evidenciado através de verbalizações do tipo: *“depois eu fiquei pensando qual será o tamanho dele? Qual será o peso dele? Aí eu vou nas revistas e procuro tudo né, fico lendo o tempo todo”* (G2); *“acho que as expectativas vão aumentando em torno da criança”* (G11).

Os sentimentos das gestantes ligados à importância de algumas funções da ultra-sonografia foram novamente citados, sendo que a concretização da gestação e do bebê teve maior ênfase *“agora eu to acreditando que ele tá dentro de mim, antes eu não tava”* (G10). Uma nova função referida foi a de que o exame, na ocorrência de um diagnóstico de anormalidade, poderia preparar emocionalmente as gestantes para enfrentar uma realidade diferente da que estavam imaginando *“que é pra mim ficar preparada assim se tiver alguma coisa de errado, daí pra mim saber já, se tá tudo certo, se tem alguma coisa errada, isso aí pra mim eu acho importante, eu acho que na época da minha mãe não tinha isso daí”* (G2). As gestantes demonstraram, então, que, no caso de um diagnóstico indesejado, preferiam saber antes do nascimento do bebê e que a ultra-sonografia poderia lhes servir como recurso para antecipar esta notícia.

Passadas três semanas da realização do exame, algumas gestantes manifestaram seus sentimentos, ligando-os às repercussões da ultra-sonografia já percebidas em si próprias e/ou em suas relações interpessoais. As implicações variaram, então, desde mudanças em nível individual, que a gestantes perceberam nelas próprias após a realização do exame, bem como sobre outras pessoas *“só que agora eu me encorajei e falei pra ele [pai da gestante] cheguei em casa e mostrei a ecografia”* (G5), como no companheiro *“porque depois da*

ecografia ele ficou mais bobo ainda” (G4) e/ou em familiares “minha mãe já tava feliz, agora ficou mais ainda!” (G10).

Também foram relatadas mudanças nas suas relações interpessoais, como o aumento de cuidados dos outros em relação a si e ao bebê *“ah é que agora na minha casa ninguém deixa nada, mesmo que eu quiser lavar um prato ninguém deixa” (G4); “ah depois que eu falei pra ele né do nenezinho ta tudo bem, daí ele falou que é pra mim me cuidar, pra manter ele sempre bem. E aí ele tem esse cuidado comigo, pra mim não fazer muito esforço, essa coisa assim” (G6), uma maior aproximação na sua relação com o companheiro “ah mudou, ta mais apegado a mim né, porque não era muito né, agora ele ta sempre ali em volta de mim, faz janta pra nós, até isso (...) antes ele não fazia” (G6); “acho que a gente ficou mais unido” (G9) e com alguns familiares “a minha mãe também ta mais apegada a mim” (G6) e, por fim, a ocorrência de reconciliações das gestantes com seus familiares *“daí acho que ele [pai da gestante] gostou também, aí ele já fala né, bem melhor agora (...) aí eu disse: olha as coisas da tua neta, daí acho que quebrou um pouco o coração, agora ta bem melhor” (G5), e/ou entre seus familiares “eu, minha família, meu namorado, a minha mãe também, não se dava muito com ele (...) agora tá melhor um pouco!” (G9).**

Percebe-se que o exame precipitou o surgimento de sentimentos de alegria, de alívio, ansiedade, além de ter provocado revivências, questionamentos e até transformações individuais e interpessoais na vida das gestantes. Assim, pode-se começar a pensar nas diversas representações psíquicas que a situação de ultra-sonografia ocupa para uma gestante, além das suas implicações na relação mãe-bebê.

Discussão sobre as Impressões e Sentimentos Quanto à Ultra-Sonografia

A análise dos relatos das gestantes revela que a ultra-sonografia despertou, mesmo antes de sua realização, diversas expectativas, que indicam o intenso impacto emocional que o exame já estava causando no psiquismo das gestantes. Após a sua realização e inclusive três semanas mais tarde, os sentimentos relatados também traduzem a intensidade da experiência e suas diversas implicações.

No que concerne às expectativas sobre o exame, as gestantes revelaram o desejo de que a ultra-sonografia pudesse lhes trazer esclarecimentos sobre o bebê demonstrando, desta forma, uma necessidade de elas saberem o que de fato estava ocorrendo dentro de seus corpos, ou seja, como estavam as condições do bebê, como ele era e como vivia. Para

sustentarmos as razões de tal necessidade, podemos pensar nas possíveis representações do bebê para a gestante. A relação da mãe com o bebê já começa no período pré-natal e é necessário que o bebê já tenha sido reconhecido como um ser dono de uma identidade própria para que a interação seja estabelecida (Stainton, 1985). Esse processo de constituição de identidade se constrói para os pais através das informações obtidas sobre o bebê, como sexo, tamanho e condições de saúde, o que explica parte da necessidade das gestantes de serem esclarecidas sobre características gerais do bebê. Nesta situação, o bebê representa para a mãe um ser mais separado dela, com identidade e autonomia.

Porém, o bebê pode assumir um outro tipo de representação no universo materno, a qual envolve um estado mais indiferenciado entre quem é a mãe e quem é o bebê, como relatado por uma das gestantes (*“olhar, ver como é que tá ... porque a gente não sabe como é que tá dentro da gente” G1*). Aqui, o bebê ainda é visto pela gestante como muito misturado consigo, significando, inclusive, uma parte sua, ou como refere Ramona-Thieme (1995), uma extensão sua. Saber sobre o bebê, neste caso pode representar para a mãe saber sobre ela mesma. A mãe deseja conhecer o seu “produto” deseja enxergar o que é isso que tem dentro dela e isso nesse momento é representado pelo bebê. Por exemplo, o fato de o bebê ser do sexo feminino pode ser compreendido pelas mães como uma possibilidade de desenvolver mais sua feminilidade (Piccinini, Gomes, Moreira & Lopes, 2002). Isto é, ao invés de a mãe servir de modelo de identificação feminina para a filha, será esta quem fará este papel. É como se o bebê, durante o seu desenvolvimento, fosse servindo também como um espelho para a mãe, revelando para ela a natureza do seu interior.

O papel exercido pela ultra-sonografia nesse processo de esclarecimento do bebê para a mãe foi destacado por Magalhães (2001) ao salientar que atualmente as informações sobre o bebê e sobre o ambiente intra-uterino são alcançadas, com alta acuidade, através deste exame. A literatura médica o considera, atualmente, um procedimento de rotina no pré-natal, uma vez que é capaz de informar a real idade gestacional, o sexo do bebê, a localização do feto, identificar gestações múltiplas e, ainda, prever risco e/ou diagnosticar anormalidades fetais. Além de se tratar de um exame não-invasivo, isto é, não estabelecer contato direto com o ambiente fetal, este possibilita a devolução imediata de seus resultados (Grebedenik, 1990; Isfer, 1997). Diante de todas estas possibilidades concretas de *feedback* sobre o bebê, o exame também apareceu nas falas das gestantes do presente estudo como

meio possível para obter o esclarecimento que elas necessitavam, e nesse sentido, foi alvo de uma carga maciça de expectativas.

As expectativas das gestantes também envolveram diretamente suas ansiedades em relação aos resultados do exame, refletindo tanto desejos por achados satisfatórios como medos da ocorrência de alguma anormalidade na gestação. A ultra-sonografia aparece, nas verbalizações das gestantes, muito ligada ao seu resultado, o que pode ser explicado pelo fato de ser considerada no psiquismo dos pais, uma espécie de “teste da verdade” (Raphael-Leff, 1991) ou “controle/selo de qualidade” (Quayle, 1997). Os pais sentem-se avaliados em sua capacidade procriativa de forma bastante objetiva, na medida que tudo o que deles esteve projetado no bebê é, agora, objeto de estudo (Quayle, 1996; 1997a). Caron (2000) discorre sobre o acerto que precisa ocorrer entre mãe, feto e placenta para que a gravidez evolua com sucesso; o que acaba, novamente, enfatizando o caráter indissociável da dupla mãe-bebê. Assim, as gestantes estavam, no momento da entrevista, prestes a receber notícias decisivas não somente sobre si e sobre o bebê em separado, mas, sobretudo sobre o andamento desta relação fusional.

As gestantes referiram também preocupações quanto ao procedimento em si, revelando uma crença de que teriam um nível limitado de compreensão das imagens, além do receio diante da possibilidade de que o exame lhes causasse dor. Constata-se, especialmente na rede de saúde pública um certo desconhecimento em relação ao exame ultra-sonográfico, no tocante a sua função e ao procedimento e esta parece ser uma das razões para estas preocupações. Esta falta de clareza em relação à ultra-sonografia pode repercutir de forma negativa nas condições do pré-natal no Brasil, uma vez que este tipo de crença, por vezes, faz com que a gestante não procure o atendimento médico para realizar exames e procedimentos necessários a sua saúde e a do bebê.

No que diz respeito, em especial, a crença numa limitada compreensão das imagens do exame, Milne e Rich (1981) ressaltaram também terem encontrado tal achado ao entrevistarem gestantes sobre seus sentimentos antes da realização do exame. Os autores entenderam este dado como reflexo da atual imagem mental das gestantes sobre o bebê, a qual está baseada somente em dados de fantasia e por isso ainda muito confusos e pouco concretos. Logo, baseada na natureza confusional de sua imagem mental sobre o bebê, as gestantes esperam que assim seja também sua compreensão/visão das imagens ultra-

sonográficas. Porém, diante de imagens definidas e de boa qualidade, pode-se pensar que as gestantes, que dispõem de capacidade psíquica para ver o bebê de maneira mais real e integrada, aproveitam as imagens e podem atingir uma representação materna do bebê mais real. Supõe-se que, caso se trate de gestantes que, por ventura, não possuam esta disposição, as imagens permanecerão sendo vistas de forma confusa e desintegradas.

Durante e logo após o exame, os sentimentos das gestantes revelaram o impacto da ultra-sonografia sobre o seu estado emocional. Considerando que se tratam de gestantes que tiveram um resultado satisfatório no exame, percebeu-se um predomínio de sentimentos positivos em suas verbalizações, envolvendo sensações de alívio e felicidade. Alguns estudos referem que esse tipo de reação é esperado principalmente pelo incremento de ansiedade que antecede o procedimento (Milne & Rich, 1981; Stewart, 1986). No caso das participantes deste estudo, percebe-se que essa satisfação não parece responder apenas ao bom resultado do exame, mas também ao fato de atender à expectativa de esclarecimentos sobre o bebê. O alcance tecnológico da ultra-sonografia garante, mesmo que parcialmente, a possibilidade de saciar as motivações e as necessidades da mãe de conhecer o bebê e, ademais, as gestantes referiram a postura do médico como satisfatória e esclarecedora, o que reforça o aspecto técnico do exame. A literatura aponta claramente a importância do nível de *feedback* emitido pelo médico durante o exame ultra-sonográfico, como sendo talvez mais relevante do que a própria qualidade da aparelhagem utilizada (Cox & cols., 1987; Zlotogorsky, 1996).

A intensidade da experiência vivenciada pelas gestantes durante o exame parece estar na origem dos sentimentos de emoção tão presentes nos discursos das gestantes, bem como no desencadeamento da condição de “paralização” responsável pelo estado de choque e, pelo bloqueio de pensamentos, dificuldade de explicar os sentimentos, e até pela sensação de incredulidade diante das imagens do exame. Caron e cols. (2000) também nos falam da sobrecarga emocional incitada no psiquismo materno diante das imagens da ultra-sonografia que apresentam o bebê à mãe de forma rápida e clara. Poder-se-ia pensar até em uma espécie de trauma no psiquismo que fica paralizado, sem poder pensar, com sentimentos confusos e sem explicação.

Corroborando a literatura, a reação das gestantes expressou um estado quase que de caos após o exame, na medida que, na entrevista logo após o exame, não conseguiam se

expressar com clareza, além de algumas terem, inclusive, manifestado reação de choro na presença da pesquisadora. Ligado a este fato, as gestantes referiram que a ultra-sonografia lhes favoreceu um desejo de externalização de emoções, tais como choro, risos e vontade de gritar. Reações desta natureza são comuns em situações cuja carga de intensidade supere a capacidade do aparelho psíquico de absorção e controle. Assim, a ultra-sonografia representou, indubitavelmente, um choque no psiquismo das gestantes deste estudo, e indícios dessa manifestação apareceu mesmo naquelas participantes que não haviam demonstrado muitas expectativas e/ou desejos em relação ao exame.

É possível compreender que este estado emocional se deve ao nível de intensidade que parece ser inerente ao momento de ultra-sonografia. Cabe-nos compreender as razões dessa intensidade e as suas repercussões. Começamos pelo principal recurso do qual se utiliza o exame ultra-sonográfico, as imagens. As informações, mesmo que em parte sejam faladas e depois entregues em forma de laudo médico, são transmitidas, predominantemente através do visual, do estético, o que parece atingir mais diretamente o inconsciente. Seria como reduzir o caminho desse acesso, como já apontava Freud (1900) no clássico estudo sobre a interpretação dos sonhos, dizendo que por estes serem constituídos basicamente por imagens, retratavam com mais fidedignidade os conteúdos do inconsciente. Tal possibilidade do exame de ultra-sonografia de ter acesso ao inconsciente também é apresentada na literatura (Caron & cols., 2000), e nos auxilia a compreender o porquê de as gestantes terem expresso a revivência de experiências anteriores. As imagens do bebê e o decorrente encontro mãe-bebê parecem favorecer o desencadeamento, no inconsciente, de um processo de associação¹², através do qual são acessados os conteúdos psíquicos.

Assim, pôde-se perceber que algumas vivências passadas foram recuperadas, e passaram a ocupar o pensamento consciente da gestante. Foram referidos, com maior frequência, conteúdos que estavam ligados diretamente à situação de maternidade, como dificuldades para engravidar e abortos espontâneos sem causa concreta. Além disso, percebeu-se que, logo após o exame, as gestantes discorreram sobre diversos outros assuntos que transcendiam aos abordados nas questões das entrevistas, demonstrando com

¹² Aqui definida como qualquer ligação, consciente ou não, entre dois elementos psíquicos, cuja série constitui uma cadeia associativa (Laplanche & Pontalis, p. 36-37).

isso que a ultra-sonografia deu vazão a outros aspectos do inconsciente que não tinham, necessariamente, uma ligação tão clara com a maternidade. Trata-se, então, de um estado emocional de liberação de inconsciente, ou melhor, de regressão¹³, através do qual é desobstruído um canal que estava fechado e, liberada uma via de passagem de pensamentos e sentimentos. Etchegoyen (1987) aponta que este fenômeno é inerente ao processo psicoterápico cujo *setting*¹⁴ impõe a ocorrência de uma regressão dita terapêutica, a qual viabiliza o acesso a um sistema que, costumeiramente, se apresenta fechado no início do tratamento. Tal realidade parece semelhante no ambiente do exame de ultra-sonografia, que conforme observações de Fonseca e cols. (2000) não conta com quaisquer reações de indiferença, tamanha a singularidade da experiência. Em um trabalho recente, Caron e cols. (2002) descreveram brevemente este ambiente envolvendo aspectos físicos e emocionais:

“Sala ligeiramente escura, silenciosa, de tamanho aconchegante; portas e janelas fechadas – como que uma realidade separada da lá de fora. A gestante está ali, deitada, com mais do que o abdômen a mostra, coberto com um gel viscoso e lambuzante. *Abdômen nu, interior nu*. Imagens aparecem rapidamente no monitor, imagens do ser que a habita, imagens de um novo e desconhecido ser que agora se desenvolve em seu velho e conhecido corpo. E estão todos ali fazendo a mesma coisa, *olhando para dentro*. Ninguém sai, circula, transita. As angústias e ansiedades que ali surgem, ali permanecem; não se dissipam através do desvio de atenção ou da fuga em outra atividade qualquer ... É tudo muito “apertadinho” isto é, todos estão muito próximos, como que dentro de uma mesma moldura. O bebê está ali, independentemente solto se movimenta sem obedecer a nenhuma ordem externa, por mais impositiva que seja. Não há controle sobre ele, sobre sua espontaneidade. As respostas são sempre surpresas ...” (p. 5).

Este ambiente acaba possibilitando que a gestante regreda e tenha, portanto, uma maior facilidade de acesso a conteúdos do seu inconsciente. Como já descrito anteriormente, algumas gestantes choraram na entrevista após o exame e contaram experiências e sentimentos não perguntados na entrevista, o que pareceu também estar muito relacionado à natureza das questões e à presença da pesquisadora. Vale ressaltar que já havia um vínculo entre pesquisadora e participante, uma vez que uma entrevista prévia fora realizada, além do contrato e acompanhamento ao exame. Assim, pode-se pensar que durante a realização do exame, tivesse havido uma maior abertura no caminho de acesso ao inconsciente e as questões da entrevista e o vínculo com a pesquisadora funcionaram como estímulos à externalização destes conteúdos, seja por meio de palavras e/ou externalização

¹³ “Num processo psíquico que contenha um sentido de percurso ou de desenvolvimento, designa-se por regressão um retorno em sentido inverso desde um ponto já atingido até um ponto situado antes desse” (Laplanche & Pontalis, p. 440).

de emoções. Algumas gestantes, inclusive, referiram que seguraram esse desejo de externalização enquanto estavam na sala de exame, mas depois “liberaram” durante a entrevista.

A intensidade dos sentimentos diante do exame ultra-sonográfico se reflete, também, nas gestantes, em um desejo de compartilhar a experiência com outras pessoas. Tratando-se de um hospital público que não permite a presença nem mesmo do pai do bebê na sala de exame, esse sentimento pode ser claramente identificado durante as entrevistas. Pode-se pensar que, além da necessidade de dividir essa carga de sentimentos, existe uma busca por, através de *outrem*, discriminar a fantasia da realidade. É como se encontrando “cúmplices” para o acontecido a experiência se tornasse mais real. Por vezes, esse papel foi buscado na pesquisadora através de questionamentos confirmatórios, os quais contavam com a uma resposta afirmativa desta de que o que a gestante vira havia de fato ocorrido. A gravidez, por si só, já produz na mulher um estado de afastamento da realidade para se concentrar em si e no bebê (Smith, 1999). A figura do pai e de outras pessoas de referência parecem atender não somente à possibilidade de manter esse estado, como em alguns momentos a rompê-lo em favor da saúde psíquica da gestante e da família. No caso de uma experiência da natureza da ultra-sonografia, esse movimento de voltar-se para dentro foi exacerbado, fazendo surgir, então, uma necessidade de discriminação entre fantasia e realidade, representada pelo desejo de compartilhar a experiência com outras pessoas.

No que diz respeito, especialmente, ao desejo pela presença do companheiro, Stern (1999) aponta que em virtude do amor da mãe pelo companheiro, e pela escolha dele para ser o pai do seu filho, há um desejo de oferecer-lhes o seu produto mais precioso. Além disso, o apoio emocional à gestante constitui uma importante função atribuída ao pai (Klaus & Kennell, 1992) e, a aceitação do bebê pelo pai é um fator fundamental para o estabelecimento e para a qualidade do apego da mãe com o bebê. Pensa-se, então, que desejar a presença do companheiro no exame fala da necessidade de lhe apresentar e até exibir esse produto precioso, garantindo a continuidade do seu amor e do cumprimento da paternidade. Estudos demonstraram que o acompanhamento aos exames de ultra-sonografia foi uma das formas que os pais reconheceram como mais viáveis de exercer a paternidade

¹⁴ “Procedimentos que organizam, normatizam e possibilitam o processo psicanalítico” (Zimmerman, 1999, p.301).

(Bornholdt, 2001), uma vez que, através do exame, eles puderam se sentir mais incluídos no processo gravídico já que se encontravam numa posição mais próxima à da mãe - os dois visualizam juntos e com igual alcance a imagem do bebê no monitor. Zlogorsky, Tadmor, Rabinovitz, e Diamant, (1997) estudaram os efeitos da presença do companheiro no exame e verificaram que esta não foi um fator que contribuiu para a redução da ansiedade, porém influenciou no aumento do vínculo entre o casal. Assim, mesmo para as gestantes deste estudo que não tiveram seus companheiros presentes, a ultra-sonografia foi referida como sendo uma possibilidade de lhes assegurar com mais garantia o cumprimento da paternidade e de compartilhar o sentimento de parentalidade, o que nos faz questionar a postura de alguns hospitais e/ou clínicas de não permitir a entrada no companheiro, uma vez que este parece ser um fator relevante para o bem-estar materno, para o vínculo conjugal e, por conseguinte, para a relação pais-bebê.

As gestantes referiram que obtiveram um nível de compreensão das imagens maior do que o esperado. Nesse sentimento, parece estar presente uma idéia de que o exame foi capaz de reproduzir, com qualidade e fidedignidade, imagens do ambiente intra-uterino. É como se as gestantes estivessem manifestando que, diferentemente do que imaginavam, se sentiram, após a ultra-sonografia, conhecedoras do que está acontecendo dentro de si e com seu o bebê, dando um caráter de competência ao exame. Seguindo novamente o raciocínio iniciado por Milne e Rich (1981) quanto à compreensão das imagens estar relacionada à natureza da imagem mental materna sobre o bebê, pode-se dizer que diante da apresentação de dados concretos e informações também satisfatórias, elementos organizadores foram propiciados à gestante, levando a uma imagem mental mais clara. Assim, as imagens da ultra-sonografia também foram vistas e referidas com clareza.

Esta realidade organizadora foi expressa no discurso das gestantes quando estas relacionaram a importância do exame às funções de concretizar a gravidez e o bebê, viabilizar o contato com o bebê e informar sobre características e condições de saúde deste. Outra função referida foi a de no caso de um diagnóstico suspeito e/ou confirmado de anormalidade, a ultra-sonografia possibilitar intervenções precoces com a dupla mãe-bebê. Em respeito a esse aspecto, Magalhães (2001) salienta uma série de procedimentos específicos que são indicados nestas situações, tanto para dar continuidade à investigação como para amenizar e/ou reverter algum quadro clínico já instalado.

Três semanas após a realização do exame ultra-sonográfico, percebe-se que algumas gestantes continuaram manifestando sentimentos positivos de felicidade/segurança e tranqüilidade, o que questiona alguns estudos que revelaram um efeito emocional do exame só de curto prazo (Hunter & cols., 1987; Michelacci & cols., 1988; Stewart, 1986). Embora três semanas possa ser considerado um espaço de tempo ainda curto, acredita-se que novas pesquisas poderão mostrar que os efeitos emocionais permanecem por muito mais tempo e, por vezes, estas imagens ultra-sonográficas, marcam as pessoas por muitos anos.

Os efeitos de paralização ainda apareceram em algumas verbalizações, e foram expressos pelo estado de choque e confusão e pela dificuldade de explicar os sentimentos vivenciados no exame. Acredita-se que embora o tempo transcorrido tenha contribuído para que as gestantes elaborassem melhor a experiência do exame e atenuassem os sentimentos de paralização, não foi suficiente para que pudessem expressar com clareza a sua vivência. Ademais, o fato de ainda permanecerem pode ser também explicado pelo significativo grau de intensidade da experiência. Parece ser também por esta razão que as gestantes consideraram o exame, mesmo após passadas três semanas, uma experiência inesquecível.

Um outro sinal de que o impacto da vivência emocional do exame foi relativamente elaborado está nas verbalizações que referem apropriação das gestantes pelo exame, que se mostraram mais familiarizadas e exigentes em relação à próxima ultra-sonografia. O desejo de ser novamente submetida ao exame parece estar ligado a esta nova chance para utilizar outra postura, agora mais racional e crítica. Além disso, pode-se pensar que a ultra-sonografia, para algumas gestantes, esteja significando uma forma diferente das até então utilizadas para contatar e se relacionar com o bebê. Entretanto, é importante estar atento para que a ultra-sonografia não seja vista como a única forma dessa relação e sim como uma oportunidade complementar e/ou diferenciada de contato. Apesar de ser possível observar que as gestantes, após a realização do exame passaram a considerá-lo uma forma bastante diferenciada de contato, não se pode afirmar que as demais foram subjugadas.

A ultra-sonografia foi percebida pelas gestantes, depois de três semanas, como tendo servido de estímulo para que elas imaginassem/pensassem mais sobre o bebê. Zlotogorski e cols. (1997) reportaram que as imagens do bebê no exame de ultra-sonografia influenciaram profundamente no aumento de fantasias e idealizações das gestantes sobre o bebê, o que também apareceu nos achados deste estudo. O exame parece servir então como

um elemento que personifica, dá um corpo ao bebê na mente da mãe, possibilitando que ela o imagine mais, e interaja mais com ele, pelo menos em pensamento. Assim, as concepções de que o exame, por trazer uma realidade muito precocemente, interromperia as fantasias da mãe em relação ao bebê (Courvoisier, 1985, Soulé, 1987) não parece receber apoio nas falas das gestantes deste estudo.

As gestantes continuaram referindo que a importância do exame estava no fato de lhes proporcionar um sentimento de concretização da gravidez e do bebê, e de possibilidade de conhecer o bebê antes do nascimento, o que novamente parece resultado de um processo de elaboração. O intervalo de três semanas, neste caso, parece ter, então, servido para reforçar a idéia de concretização vivida no dia do exame. A preparação emocional que a ultra-sonografia possibilita em casos de diagnósticos indesejados foi expressa pelas gestantes como função importante, o que corrobora a literatura que acredita que a precocidade na comunicação de um diagnóstico de anormalidade reserva aos pais um maior espaço de tempo para terem uma maior clareza psíquica e prática sobre a realidade (Kroef & cols., 2000; Quayle, 1996). No entanto, pode-se pensar que estas participantes verbalizaram tal idéia por terem tido seus resultados satisfatórios, o que não nos possibilita dizer que as gestantes, em geral, realmente desejem saber precocemente sobre resultados indesejados.

As repercussões da ultra-sonografia na vida das gestantes parece ter envolvido bastante as suas relações interpessoais com os seus familiares. As gestantes, após a realização do exame, passaram a ter uma relação de mais proximidade com o companheiro e com familiares, e a receber mais cuidados destes, além de terem se reaproximado e se reconciliado com pessoas da família que não estavam aceitando a gravidez. Percebe-se que algumas gestantes referiram já terem observado mudanças após a notícia da gravidez, mas que estas se intensificaram ainda mais após o exame. Tais transformações parecem decorrer de uma maior concretização da gravidez e do bebê também para os familiares, bem como do desejo por manter as boas condições de saúde do bebê verificadas no exame. É como se, após a ultra-sonografia, as pessoas se sentissem mais incluídas no processo gravídico que até então só podia ser mais percebido pela gestante. Agora há de fato uma imagem a ser mostrada, o bebê, através do monitor e/ou de fotos, aparece “fora do útero” para quem quiser ver. Assim, após a realização do exame de ultra-sonografia, a gestante passa a

ocupar um lugar de real destaque na família e, portanto, de mais merecedora de cuidados e afeto.

Pode-se inferir que a experiência da ultra-sonografia teve um importante impacto emocional para as gestantes, mesmo antes da sua realização, trazendo implicações para as gestantes e para a sua relação com o bebê. Hyde (1986) estudou as atitudes das gestantes em relação a este exame e constatou que, independente de suas condições, o uso do diagnóstico ultra-sonográfico que mostra o bebê no útero da mãe é sempre muito significativo, tanto do ponto de vista social como psicológico. Assim, o exame não é passível de ser considerado com indiferença pelos profissionais que direta ou indiretamente estão ligados a esta área, exigindo uma postura de cautela e sensibilidade para lidar com as situações que envolvem o contexto de ultra-sonografia mesmo diante de resultados de normalidade fetal.

Impressões e Sentimentos das Gestantes Quanto ao Bebê

Este segundo eixo temático concerne a como o bebê era percebido antes do exame e como passou a ser logo após e três semanas depois da ultra-sonografia, ou seja, investiga as implicações do exame na visão da gestante sobre o bebê, ao longo do período investigado. Está organizado, então, em três categorias: o bebê antes do exame, o bebê durante e logo depois do exame, e o bebê três semanas depois do exame.

O bebê antes do exame

As impressões e sentimentos das gestantes a respeito do bebê antes do exame envolveram a imagem mental que elas tinham, naquele momento, acerca do bebê. Na medida que não havia qualquer vivência pessoal prévia de ultra-sonografia, essa imagem, se existente, apareceu baseada somente em dados imaginários. Já os sentimentos expressaram os medos, dúvidas e desejos/expectativas das gestantes em relação ao bebê antes do exame.

Sobre as impressões, algumas gestantes relataram não possuir uma imagem mental sobre o bebê, ou por nunca terem imaginado quaisquer dados a seu respeito *“ah, eu nunca pensei sobre isso” (G3); “ah (...) eu não imagino muito assim” (G9); “eu não tenho a mínima idéia, não sei, não posso dizer” (G1)*, ou por duvidar da sua existência real *“tinha medo que eu não visse nada (...) tinha medo de não ver nada (...) eu imaginava que não tinha nada” (G2); “às vezes eu pensava assim, será que eu to grávida? Será que existe esse bebê né?” (G1); “eu não tava acreditando ainda muito” (G8)*. Estas gestantes, por alguma razão, não chegaram a imaginar o seu bebê, nem mesmo através de desejos e/ou pensamentos fantasiosos. Com relação às gestantes que referiram dispor de uma imagem mental sobre o bebê, o desenvolvimento foi um dos aspectos sobre o qual elas se basearam para explicitar suas impressões. Os relatos apontaram impressões de um desenvolvimento muito inicial, como sendo o bebê ainda muito pequeno *“eu fico imaginando ele todo transparente, pequeninho” (G2); “ah, acho que é pequeno, ah que é pequeno ainda, porque eu tô com poucas semanas!” (G9)*.

Outros aspectos que serviram de base para que as gestantes construíssem uma imagem sobre o bebê foram as características físicas, que envolveram detalhes individuais imaginados, como cor de pele, olhos e/ou cabelos, formato de rosto, etc., aparecendo sempre relacionados a atributos de um ou de ambos os genitores *“eu acho que ele é loirinho,*

um pouco careca, se puxar a mim os olhos verdes, não muito grande, nem muito pequeno, só assim” (G5); “acho que ele assim vai sair parecido comigo, um pouco parecido com ele, não sei (...) carinha redondinha acredito que assim é meio loirinho, meio, acho que assim” (G8); “acho que a cor da pele vai ser mais parecido comigo, porque ele é só um pouquinho mais claro que eu (...) só imaginei assim que ele ia nascer não muito parecido comigo porque o pai é japonês, acho que vai ser mais parecido com ele” (G3); “ah eu descreveria que ele seria assim parecido com o pai dele, não tem como explicar, mas eu tenho essa coisa comigo, que ele seria igual ao pai dele” (G6), e as características emocionais “de personalidade eu acho que ele vai ser quietinho” (G5). Algumas gestantes salientaram, ainda, que suas impressões incluíam o sexo do bebê “uma menininha” (G4); “eu acho que é uma menina!” (G10).

No que concerne aos sentimentos em relação ao bebê antes do exame, grande parte das gestantes expressou medo de que o bebê portasse algum tipo de anormalidade “*coisa chata o bebe nascer deformado, alguma coisa assim, só o que eu tenho medo que aconteça no exame, bah chego a tremer” (G1); “eu tinha medo que ele tivesse, que ele não fosse perfeito, que ele não tivesse um bracinho, uma perninha, não que ele deixaria de ser meu filho, lógico né, mas mudou bastante” (G5); “e a gente sempre tem aquele medinho, será que tá bem? Será que não tá?” (G7), demonstrando com isso incerteza a respeito de como estava se desenvolvendo o bebê. Esse sentimento de incerteza apareceu também em uma referência quanto ao número de bebês que estavam sendo gestados “*com medo de não ser um só também, de ser dois” (G2), o que demonstra uma sensação de descontrole e desconhecimento das gestantes sobre o que está ocorrendo, de fato, dentro de si mesmas.**

Uma vez que até então a imagem mental materna sobre o bebê estava contando somente com elementos imaginários, os sentimentos das gestantes antes do exame evidenciaram uma grande variação de desejos e expectativas em relação ao bebê, os quais envolveram tanto características físicas, diretamente comparadas aos genitores “*mas eu queria que ele fosse mais parecido comigo (...) porque ele já tem duas filhas e elas são a cara dele, não tem nada a ver com a mãe, é incrível” (G3); “queria que ele puxasse mesmo alguma coisa do pai dele (...) porque ele tem umas partes, algumas coisas assim que eu acho bonito que eu queria que ficasse no meu filho ou na minha filha” (G10), preferência por um dos sexos “acho que eu quero menina” (G11), como condições de saúde, aspecto manifesto pela grande maioria das gestantes “*né bastante saúde, que é o que mais interessa, gordinho, bem saudável, acho que uma boa saúde pra ele já me deixaria feliz” (G4); “só que nasça com saúde, né, que seja saudável, o resto” (G9).**

O bebê durante e depois do exame

As impressões do bebê durante e depois do exame, tiveram, de fato, influências da ultra-sonografia. Não houve quaisquer relatos de dúvida quanto à existência real do bebê, nem verbalizações expressando impossibilidade de imaginar dados acerca do bebê, como ocorreu antes do exame. Ao contrário, muitas gestantes expressaram a idéia de um bebê mais concreto e real, através de relatos como: *“mas quando eu vi, realmente tem um bebezinho ali (...) ah agora mudou bastante, agora é real, antes não era, parecia que não era assim, não tava acreditando, agora é real, agora eu sei que existe mesmo, apesar de já ta comprando roupinha, que agora é real”* (G2); *“agora eu vi que ele tá aqui, agora eu sei que ele tá ali, que ele tá bem”* (G5); *“antes parecia que não era real, agora é real, agora eu sei que, então agora mudou, bah, mudou mais ainda, pra melhor (...) comecei a enxergar de outra maneira né, comecei a, que aí já, até ali não era, como se fosse um fato e depois dali eu vi que era real mesmo, eu não tava acreditando ainda muito”* (G8). No entanto, essa concretização do bebê pareceu ainda ser diferente da idéia do bebê do nascimento *“não, eu não sei, eu não sei, é diferente assim porque ali não vê ele aqui fora né”* (G5).

No que se refere ao desenvolvimento do bebê, grande parte das gestantes teve a impressão de que o bebê era bem mais desenvolvido do que elas imaginavam e demonstraram surpresa pelo seu nível de formação *“eu achava que não era formado, que já tinha a cabeça, também não sei como é que é (...) ah, levei um susto, porque achava que não ia ver!”* (G3); *“tudo, o coração batendo bem grande, porque eu não imaginava que ia ta tão grande assim, é muito bacana bah”* (G7); *“eu até me assustei quando eu vi porque eu não imaginava que já tava assim, tudo (...) achei que fosse uma coisinha assim sem, uma bolinha ... não sabia que tava bem, bem perfeitinho né”* (G8); *“que ele não ia ta bem formado como ele tava, sabe eu achei que ia ta menos evolução assim sabe, menos evolução”* (G9); *“tudo, o coração batendo bem grande, porque eu não imaginava que ia tá tão grande assim”* (G7), como pelo fato de o bebê já ter movimentos, uma vez que estes ainda não eram percebidos pelas mães *“até eu me impressionei que ele mexia muito e eu não sentia isso, eu nem sabia que ele mexia tanto assim”* (G2); *“ah eu pensava que eu tava olhando ele e ele se mexendo toda hora né, como é que pode né? Ele se mexendo tanto e eu não sentir ele se mexendo assim”* (G6). Ainda sobre o desenvolvimento, as imagens do bebê no exame deram a impressão, para muitas gestantes, de saúde/perfeição *“eu vi ele ali né, ta bem, tá bem perfeitinho ele né”* (G6); *“agora eu já sei que ele tá grandão, que tá perfeito”* (G7). Em contrapartida, algumas gestantes acharam o bebê

pequeno ou até menor do que tinham imaginado, o que pode ser explicitado em verbalizações como: *“tão pequenininho (...) 43 milímetro (...) ele ainda é pequenininho”* (G10); *“bem pequenininho, eu imaginava que ele fosse um pouco maior né”* (G2); *“ele magrinho, espremidinho (...) pensei que tivesse maior claro, pela minha inexperiência eu achei que ele taria maior, mas tudo bem, lógico né, graças a Deus”* (G5).

As impressões das gestantes sobre o bebê se deram, também, através de algumas características físicas percebidas na imagem do monitor de ultra-sonografia. O bebê além de ter sido visto como fisicamente atrativo por muitas gestantes *“eu achei ele lindo, mesmo não vendo perfeitinho ainda, eu achei ele lindo”* (G6); *“eu achei bonitinho, eu gostei, achei bonitinho assim, olhando!”* (G9); *“eu achei bonito depois de ver na tela”* (G3), foi comparado ao aspecto físico de seus genitores *“ah o que eu vi assim, que eu achei, eu olhei pra ele e achei ele parecido comigo”* (G2); *“acho que ele vai ser parecido com o pai, não sei porque, mas eu achei”* (G5). Não se pode perceber, com muita clareza, se estas impressões provinham dos dados visualizados nas imagens da ultra-sonografia ou estavam mais relacionadas aos desejos das gestantes.

Em virtude das imagens da ultra-sonografia mostrarem o bebê em tempo real e dinâmico, as gestantes tiveram acesso não somente ao seu aspecto físico, como também a sua maneira de se movimentar, o que complexizou a imagem mental materna sobre o bebê. Assim, a mobilidade do bebê foi expressa no discurso das gestantes, como um elemento que lhes chamou especialmente a atenção, sendo o bebê descrito como mais ativo do que o imaginado *“ah eu nem imaginava que ele ia se mexer tanto assim”* (G2); *“ah o jeito dele toda hora se mexendo, dele não parar de se mexer toda hora, se virando né, isso me chamou mais atenção”* (G6). A partir deste dado, as gestantes imaginaram, também, características emocionais do bebê, o que pode ser evidenciado nas seguintes verbalizações: *“vai ser agitado, bem, mexendo toda a hora”* (G8); *“mexendo, ta, nervoso também que nem a mãe, tadinho”* (G10).

Os sentimentos em relação ao bebê durante e depois do exame evidenciaram que os dados fornecidos pela ultra-sonografia serviram para que algumas gestantes se sentissem satisfeitas e esclarecidas a respeito do bebê *“eu tô sentindo que ficou mais claro pra mim né, porque antes eu não tinha visto nada e não tava claro pra mim, aí depois eu fiz o exame, foi o primeiro né, ficou tudo mais claro”* (G9), enquanto outras mães, talvez até pelas informações recebidas sobre o bebê, demonstraram curiosidade em saber outros detalhes sobre o filho,

numa tentativa de uma visão ainda mais completa *“fiquei com aquela vontade de querer clarear mais, queria ver mais, gostei de estar vendo!” (G1)*. De qualquer forma, a imagem de um bebê mais real, mais formado, e já com movimentos provocou em um grande número de gestantes um desejo de tê-lo logo ao seu lado *“ah eu senti uma vontade muito grande de ficar com ele né meu lado, que eu não vejo a hora de ficar com ele, foi isso que eu senti” (G4)*; *“to feliz, muito feliz, to louca pra ver ele aqui fora, cuidar dele” (G5)*.

Em contrapartida aos sentimentos de surpresa e satisfação pelo nível de formação do bebê, de esclarecimento a respeito do bebê ou de curiosidade por mais detalhes e de vontade de tê-lo logo perto, algumas mães referiram, durante o exame, um sentimento de apreensão e nervosismo diante da possibilidade de que algum diagnóstico de anormalidade fosse, a qualquer momento, noticiado. Eis algumas verbalizações que exemplificam: *“expectativa, assim, com muita expectativa de que alguma coisa desse errado, fiquei” (G1)*; *nervosa pelo bebê também, porque eu tenho medo que possa ter algum problema” (G3)*.

O bebê três semanas depois do exame

As impressões sobre o bebê três semanas após o exame denotaram um bebê ainda mais concreto e real *“ah agora, depois do exame mudou bastante, se tornou mais real” (G8)*, dono, inclusive, de uma identidade própria. Essa idéia apareceu, mais explicitamente, em relatos que expressaram a crença das gestantes de que o bebê era um ser separado delas, com autonomia própria, para, por exemplo, lhes expressar suas próprias vontades *“fez assim com a mão, assim com o dedinho assim, como se dissesse – pára de mexer a barriga da mãe (...) que ele fez aquilo pra dra parar (...) foi o que eu pensei na hora” (G6)*, para lhes escutar/compreender *“ah eu acho que o nenê escuta o que eu to conversando com ele, (G6)*; *“me parece que ele sabe coisas que to pensando, ele sabe que eu gosto dele, essas coisas” (G2)*. O bebê também foi visto como além de independente, poderoso para interferir no bem-estar das gestantes *“a gente se entende, eu converso com ele, peço para ele me ajudar a parar de fazer mal e de vez em quando ele me dá uma trégua” G10*; *“às vezes ela chuta bastante assim, eu digo: tu não vai fazer isso com a mamãe aqui fora? (G5)*, e até nos seus gostos e hábitos *“às vezes tem certas coisas que eu escuto, um tipo de música que eu escuto e que eu não gosto, imagina eu adoro música. Tem coisas que eu sou assim apaixonada. Por churrasco, por exemplo, e eu não suporto mais carne. Eu disse que quando eu ganhar o nenê (...) que eu acho que vai mudar né, meus gostos vão ser meus gostos e não os gostos dele” (G2)*.

Apesar de mais identificado, o bebê visto na ultra-sonografia continuou sendo diferenciado do bebê do nascimento, o que pode ser exemplificado em relatos como: *“não dá pra ver como ela será aqui fora do monitor”* (G5); *“ah eu achei ele lindo, mesmo ainda sem ver pessoalmente, mas eu já acho ele lindo já (...) ah eu não sei, eu não vi ainda”* (G6); *“o amor que eu vou ter por uma pessoa que eu não conheço ainda, que vai ser só depois de nascer e que eu sei que ela ta ali, porque ta dizendo que ela ta ali, ta mostrando que ela ta ali”* (G10).

No que diz respeito às impressões sobre o desenvolvimento do bebê, a maior parte das gestantes referiu imaginar que o bebê deveria estar maior e mais bem formado do que três semanas atrás, expressando a idéia de crença na continuidade do crescimento do bebê *“eu imagino que ele já tá mais um pouquinho mais grandezinho né, ah já é quase perfeitinho assim já né, não sei eu penso assim na minha cabeça né, eu acho que já ta um pouco grande né”* (G8); *“imagino que ele deva estar maior, deve ter crescido!”* (G9); *“ah eu acho que ele tá um pouquinho maior, mais formadinho”* (G1).

As impressões das gestantes sobre o bebê também foram referidas com base nas características físicas do bebê, as quais apareceram ligadas a uma mescla de dados reais, observados nas imagens da ultra-sonografia, com dados imaginários, provenientes das fantasias e dos desejos das gestantes. Ao compararem o bebê com os genitores, as impressões foram baseadas desde, preferencialmente, em dados do exame *“bem parecidinho comigo, narizudinho”* (G1); *“deu pra ver direitinho assim, até a semelhança com a parte da boquinha aqui assim, semelhança com o pai dele (...) mostrou bem assim essa parte da boca assim, é bem semelhante, o meu marido ele é, então eu achei bem semelhante”* (G7), até numa mistura mais evidente destes dados com os desejos e fantasias das gestantes *“acho que ele tem olhos azuis, ele tem a boca do pai dele, mais assim. As orelhas muito grandes e as orelhinhas perfeitas, ele disse que eu tenho as orelhas muito grandes, que tem que ser a orelha dele, então ta, então vai ser orelhinha. A cabeça do nenê eu não achei muito grande, mas vai ser grande que nem a dele”* (G2); *“mas eu acho que ela vai ser parecida com o pai dela, eu não sei quando eu olhei o rosto dela eu pensei no pai dela, eu vi o pai dela ali no monitor. Não sei se tem alguma coisa a ver, de repente até não né, mas foi o que eu vi naquele momento (...) ah eu ia gostar porque ele é bonito, é porque pelo menos ia ser parecida com ele (...) como eu disse eu não sei se ela é parecida com ele, ou se é comigo, mas ela é como eu queria que ela fosse, ela é assim como eu queria que ela fosse”* (G5); *“ah eu imagino assim que quando ele nascer vai ser igual ao pai dele, sei lá, eu acho o pai dele tão bonito, daí eu quero que puxe o pai dele né”* (G6). Algumas gestantes ainda demonstraram que a sua imagem mental sobre o bebê estava formada com base em tantos

aspectos reais e/ou fantasiosos, que não era possível discriminá-los, o que pode ser visualizado na seguinte verbalização: *“são tantas formas que aparecem na minha cabeça que eu não sei, ah é tanta imagem que aparece na minha cabeça sabe, eu não sei se é uma menina, aí junta tudo que eu nem sei mais”* (G4).

Fisicamente, o bebê foi referido como muito atrativo em alguns discursos, como por exemplo: *“lindo, lindo, lindo, lindo, lindo, vamos dizer assim, cada dia ele tá ficando melhor, ficando mais bonito, né”* (G7). Já emocionalmente, as gestantes referiram novamente a mescla de dados reais e de fantasia, demonstrando que sua imagem sobre o temperamento do bebê estava formada a partir dos movimentos visualizados na ultra-sonografia e dos seus desejos de que o bebê fosse de determinada maneira *“e eu acho que na minha barriga também ela é calminha assim (...) vai ser calminha assim (...) acho que ela vai ser calma, meio assim pro lado de meiga, calminha (...) eu espero que a minha filha seja assim”* (G5), ou somente a partir dos desejos *“eu espero que ele seja uma pessoa muito calma, que eu sou uma pessoa muito calma, esse é o meu jeito e eu espero que ele seja assim, o Jorge é muito impulsivo, muito impulsivo”* (G2).

Os sentimentos em relação ao bebê três semanas depois do exame envolveram, por um lado, a certeza de que o bebê estava bem *“me trouxe muita coisa - referindo-se à ultra-sonografia, agora eu sei que tá tudo bem né”* (G8); *eu só penso assim, oh ele tá bem, ele em seguida vem”* (G7), e por outro a permanência de dúvidas sobre suas condições de saúde *“eu descrevo ele, eu acho que perfeito, ah eu rezo, eu peço a Deus todos os dias e todas as noites que ele seja perfeitinho, com bastante saúde, sabe, todo dia eu rezo. Faço orações”* (G1).

Neste momento, assim como nos relatos referentes ao dia do exame, descritos acima, as gestantes também referiram um sentimento de curiosidade em saber mais detalhes do bebê, expressando que o tempo transcorrido lhes deixou pensando em novas informações *“eu to tri assim ansiosa para saber se é menino ou menina, na porque ta todo mundo, uns falam, ah é menino, outros, ah não, é menina (...) daí eu fico assim, eu quero saber o que que é”* (G9); *“fiquei pensando, ah, o que será?, se é uma menina ou um menino”* (G4). A ultra-sonografia parece ter propiciado às gestantes pensarem mais a respeito do bebê, numa tentativa de ter uma imagem mais clara deste. Além disso, algumas mães demonstraram desejo de que o bebê nascesse logo *“ah eu fiquei imaginando né, quando ele chegar né, a hora dele vim né, ah eu fiquei imaginando tomara que chegue numa vez né, numa vez né, pra mim ter ele já nos meus braços”* (G6), demonstrando com isso que gostariam de um outro tipo de contato com o bebê, que transcendesse o visual e chegasse a um nível mais corporal, de toque.

Pode-se perceber que a imagem mental materna sobre o bebê sofreu uma evolução ao longo dos três momentos investigados, passando de uma impressão mais vaga do bebê até uma maior concretização da sua existência. Ademais, o bebê além de real foi sendo visto como um ser mais separado da mãe e autônomo. No entanto, a imagem mental materna sobre o bebê, por mais baseada que estivesse em dados concretos do exame, apareceu sempre carregada de dados da fantasia e/ou desejos da gestante. Desta forma, pode-se começar a discutir o que de fato está implicado na evolução da visão da mãe sobre o bebê e como isso influencia na relação entre a dupla.

Discussão sobre as Impressões e Sentimentos Quanto ao Bebê

As impressões das gestantes sobre o bebê, antes da realização do exame, traduziram uma imagem mental materna bastante incipiente. Além de muitas gestantes nunca terem imaginado dados sobre o bebê e/ou nem acreditarem, de fato, na sua existência, as que referiram já ter tido esta experiência, falaram de um desenvolvimento bastante inicial. Sabe-se que o primeiro trimestre de gravidez se caracteriza por um momento em que a mulher está mais voltada para si mesma e para seu próprio estado gravídico do que para o bebê, propriamente dito. Já no segundo trimestre é esperado que as mães imaginem mais sobre o bebê e criem até mais expectativas a seu respeito (Cramer, 1992; Maldonado, 1997; Raphael-Leff, 1991, 1997; Stern, 1991). Na medida que grande parte das participantes deste estudo se encontravam no final do primeiro trimestre do ciclo gravídico, poder-se-ia pensar que a isto se deve a postura de não imaginar o bebê ainda como muito real, ou imaginá-lo recém iniciando seu desenvolvimento. O desenvolvimento do bebê corresponderia, então, à imagem mental materna sobre ele, ou seja, estando elas no final do primeiro trimestre, estariam começando a imaginar o bebê e por isso em sua fantasia, o bebê também estaria recém iniciando seu crescimento.

No entanto, esta hipótese entra, parcialmente, em descrédito ao observarmos que logo após o exame, passada então, no máximo, uma hora, as gestantes passaram a referir impressões de um bebê mais concreto e real, além de bastante desenvolvido e com um nível de formação mais avançado do que esperavam. Se o momento gestacional coordenasse, por si só, a visão materna sobre o bebê, essa não poderia tão rapidamente se modificar sem que passasse um tempo maior. Podemos pensar então que as gestantes estavam, primeiramente,

mostrando uma visão sobre o desenvolvimento do bebê conforme a evolução normal da gravidez, e que a ultra-sonografia, ao mostrar a imagem do bebê em tempo real e dinâmico, influenciou a imagem materna sobre o bebê, acelerando este processo. A consciência sobre a existência real do bebê que, pelo modo natural, ocorre mais tarde com a percepção dos movimentos do bebê, ou com a transformação física da gestante (Klaus & Kennel, 1992) parece acabar, pela ultra-sonografia, se iniciando mais precocemente. Piontelli (2000) de fato acrescenta que a gestante, ao ter acesso a essa visão do corpo, da forma e do comportamento de seu filho, além de escutar seu coração e ver seu corpo se movimentar, concebe seu filho como mais real. Achados semelhantes de que o exame levou à idéia de um bebê mais real foram reportados por Hyde (1986), Kovacevic (1993) e Sioda (1984) que examinaram as repercussões psicológicas da visualização do bebê através do exame de ultra-sonografia nas gestantes.

Após três semanas, as impressões das gestantes sobre o bebê se referiram a uma imagem ainda mais real e autônoma dele, salientando gostos próprios, comunicações e até capacidade do bebê para interferir nos hábitos maternos. Como já descrito, no momento da realização do exame, a maioria das gestantes estava no final do primeiro trimestre, o que acrescido de três semanas levaria ao segundo trimestre, momento no qual a gestante perceberia mais o bebê, e construiria mais expectativas em relação a ele (Stern, 1991). Seria, então, também esperado que as gestantes demonstrassem uma idéia mais interdependente do bebê. Pode-se dizer, então, que a intensificação da idéia de um bebê mais concreto e real deve-se, a além do fator desenvolvimental/temporal, aos efeitos do exame que, conforme Milne e Rich (1981) seguem também sendo elaborados, isto é, processados e significados de acordo com as vivências singulares de cada mãe.

Além disso, o bebê, depois de três semanas do exame, foi visto como estando bem maior e mais desenvolvido do que no dia da ultra-sonografia, o que revela que este espaço de tempo foi suficiente para representar psiquicamente um processo dinâmico de evolução seja para imaginar mais o bebê, e/ou para elaborar a experiência como um todo. Pode-se pensar, ainda, que as mães demonstraram não depender de um novo exame de ultra-sonografia para acreditar que seus bebês estavam maiores e se desenvolvendo normalmente, podendo se basear nas imagens do exame anterior junto com a relação estabelecida entre a dupla. Soma-se a isso que algumas gestantes, nesse período passaram a

perceber os movimentos fetais e as alterações físicas decorrentes da gravidez, o que deve ter influenciado nesta certeza.

O bebê foi percebido como saudável e atrativo, além de mais ativo do que o esperado. Esses dados corroboram a pesquisa realizada por Langer, Ringler e Reinold (1988) que investigaram a influência da ultra-sonografia na imagem mental da mãe sobre o bebê. Os autores, através da aplicação de uma escala *likert* sobre imagem do bebê antes e depois do exame, encontraram evidências de que o bebê, no segundo momento, pareceu às gestantes mais forte, ativo, bonito e familiar. Os autores assinalaram ainda que algumas respostas orientam-se em favor do feto conforme o que é socialmente esperado em relação à opinião materna.

No entanto, diferente do estudo de Langer e cols. (1988), a metodologia do presente estudo não contou com alternativas polarizadas de respostas (feio-bonito, ativo-passivo, forte-fraco, familiar-estranho), o que pode ter favorecido expressões menos direcionadas e talvez mais genuínas sobre o bebê. A impressão de um bebê atrativo e saudável deve ter relação com os movimentos do bebê, que pareceram ser uma surpresa para as gestantes, tanto por mostrar um nível avançado de desenvolvimento como pelo fato de estas, em sua maioria, ainda não tê-los sentido. Na verdade os movimentos tendem a ser sentidos pelas gestantes em torno de vinte semanas e, por isto, várias das participantes ainda não os tinha sentido. Os movimentos dão uma idéia de saúde e vida, o que se faz notar na satisfação com que as gestantes expressaram a atividade/os movimentos do bebê. A impressão de saúde baseou-se também no fato de o bebê aos três meses de gestação já possuir formas humanas definidas. Chudleigh e Pearce (1992) definiram que a transformação do feto de uma forma indefinida para uma forma de ser humano se dá, aproximadamente, com 10 semanas de gestação, e que esta imagem, desde então, já se torna acessível por meio da ultra-sonografia transvaginal. Essa imagem deve ter também contribuído para que as gestantes concebessem o bebê como saudável e atrativo.

As impressões das gestantes também foram baseadas em características físicas imaginadas para o bebê, as quais, antes da ultra-sonografia, partiam somente de atributos de um/ou de ambos os genitores, e características emocionais, formadas nitidamente de desejos das gestantes em relação ao bebê. Já após o exame, passaram a conter também alguns dados informacionais decorrentes da própria ultra-sonografia. Milne e Rich (1981)

revisaram as idéias de McKellar (1957) e Horowitz, (1970) a respeito da formação da imagem mental, a qual englobaria as imagens de memória e as imagens imaginárias, respectivamente. As primeiras dizem respeito a constructos mentais que não são fotográficos, mas que se aproximam do objeto e/ou situação original atual e que ajudam a identificar e compreender o que está sendo percebido; formam-se, então, a partir da percepção de algo. As imagens imaginárias, por outro lado, nada têm a ver com o percebido e sim com os elementos internos e fantasiosos do indivíduo. Dizem os autores que a imagem mental pode conter mais ou menos imagem de memória e imagem imaginária, e que o resultado desse processo imaginativo acessa conteúdos cognitivos e afetivos que vêm a influenciar o comportamento em relação aquele objeto imaginado. Pode-se entender que a ultra-sonografia propicia a evocação de imagens de memória e também de imagens imaginárias, ou seja, é um estímulo que atinge a percepção, evoca memórias e acessa afetos, acabando por influenciar a idéia da mãe sobre o bebê.

Antes do exame, a imagem materna pareceu mais imaginária, uma vez que não contava com estímulos concretos/perceptivos e esteve então relacionada a elementos internos e conhecidos, os genitores, fisicamente representados pelos atributos e emocionalmente pelo desejo. O bebê ainda não real, não existindo por si, como já foi discutido, e representando uma extensão dos pais (Ramona-Thieme, 1995) só poderia ser imaginado a partir dos genitores. Além disso, essas características apareceram muito mais relacionadas a desejos que as mães direcionavam ao bebê - querendo que ele fosse parecido e/ou diferente de um dos genitores e/ou que fosse de determinado temperamento - do que as impressões propriamente ditas.

Durante e depois do exame, as impressões sobre as características físicas e emocionais do bebê foram justificadas, parcialmente, com dados do exame, mas ainda pode-se perceber uma mistura com os desejos/expectativas das gestantes em relação ao bebê. É como se as imagens do exame tivessem sido “utilizadas” para confirmar desejos e/ou fantasias que já existiam no mundo interno das gestantes. A idéia de atratividade/beleza, em especial, apareceu mais como significado de afeto pelo bebê do que, propriamente, uma idéia de beleza. Já três semanas depois do exame, algumas das impressões das gestantes sobre as características físicas do bebê referidas foram justificadas com base em dados mais concretos do exame. Além disto, a maioria revelou uma mistura

ainda mais indiscriminada desses dados às idéias imaginárias e fantasiosas a respeito do bebê. Igualmente em relação às características emocionais, as quais foram justificadas a partir da soma dos dados do exame com os desejos das gestantes. O tempo de três semanas parece ter servido não para discriminar realidade de fantasia e sim para integrar ainda mais estes dados na construção da imagem mental materna. Esta parece se formar, então, a partir da imagem de memória, dados do exame, e da imagem imaginária, desejos e fantasias conscientes e inconscientes da mãe, ocupando estas últimas maior espaço na etiologia da imagem mental materna.

Poderíamos dizer, então, que antes do exame, as impressões foram somente oriundas de desejos/expectativas e, portanto, mesmo aquelas mães que verbalizaram crenças em uma determinada imagem do bebê, não puderam calçar-se em nenhum dado concreto. Durante e depois da ultra-sonografia, o aparecimento dos dados da realidade incitou uma impressão de início de discriminação entre a realidade e a fantasia. Na verdade foi só uma inclusão da realidade à predominante fantasia de antes do exame, pois as impressões das gestantes a respeito do bebê seguiram marcadas por elementos, em sua maioria, imaginários. Três semanas depois, apesar de algumas gestantes terem baseado seus relatos em dados concretos do exame, a maioria delas deixou explícito na sua fala, novamente, a confusão entre o que foi mostrado realmente e o que foi percebido por elas. Não podemos ignorar a influência dos dados do exame na construção da imagem mental materna sobre o bebê, porém percebeu-se que o bebê na ultra-sonografia parece ser visto mais com os olhos do desejo e do inconsciente materno do que com os da realidade concreta; as mães vêem o que precisam, querem e podem ver e não exatamente o que está sendo mostrado como claramente dito por um gestante *“ela é assim como eu queria que ela fosse” (G5)*.

Até aqui, pode-se perceber uma influência mais clara e direta da imagem do exame na imagem mental materna nos dados mais gerais e expressivos sobre o bebê, como por exemplo, os referentes à concretização da sua existência e ao desenvolvimento. Já os que falam mais de detalhes, como as características físicas, parecem permitir mais livremente a inserção de fantasias e desejos da mãe para a representação do bebê. É possível que as mães, mesmo referindo sua impressão de que o filho se pareça com um dos genitores, que tenha essa ou aquela característica, possam saber, inconscientemente, que estão construindo

uma imagem não real do bebê, ou pelo menos uma imagem confusa como dito por uma das gestantes *“são tantas formas que aparecem na minha cabeça que eu não sei, ah é tanta imagem que aparece na minha cabeça sabe, eu não sei se é uma menina, aí junta tudo que eu nem sei mais”* (G4). Essa idéia se faz presente na diferença apontada pelas gestantes entre a imagem do bebê na ultra-sonografia, e a imagem esperada no nascimento. A primeira, apesar de já sentida como concreta e real aparece para as gestantes como em um nível diferente da concretização que assumirá o bebê do parto. É como se elas expressassem o conhecimento, mesmo que de forma inconsciente, que o bebê visto no exame é mais carregado de projeções e, por isso, corresponde menos à imagem do bebê real que o bebê que será visto no parto.

Sabe-se que o bebê imaginário nunca é somente imaginado, assim como o bebê real nunca é somente real; ambos carregam uma dose da essência um do outro, cujo equilíbrio vai depender tanto das etapas do desenvolvimento como também e principalmente das características particulares de cada dupla e de cada família. Em geral, o auge do bebê imaginário se dá no segundo trimestre de gravidez, e a partir deste momento vai-se liberando, aos poucos, mais espaço ao bebê real. Aproximadamente no sétimo mês de gravidez, como definiu Stern (1997), há um recuo imaginativo da mãe que se prepara para a chegada do parto, momento este reconhecido como palco de uma transição do bebê imaginário para o real. Porém, apesar de existirem de fato etapas mais centrais para cada uma destas dimensões representativas do bebê, as duas, bebê imaginário e bebê real, acabam sempre coexistindo.

Caron (2000) salientou que todos os elementos que formam o bebê imaginário são elementos presentes na futura relação mãe-bebê, assim como o bebê, mesmo depois do nascimento, segue recebendo maciçamente toda a carga de fantasias e expectativas que a ele foram destinadas desde a gestação. Assim a reconhecida diferença pelas participantes deste estudo entre o bebê visto no exame e o bebê que será visto no parto parece ser reflexo da discriminação psíquica do imaginário e do real, e ademais a mistura, ou até a integração de realidade e fantasia de algumas verbalizações é prova da coexistência das duas dimensões. Poder-se-ia dizer, por isso, que o bebê visto no exame não corresponde, como em um pensamento linear e lógico, ao bebê imaginário e o bebê que será visto no parto ao bebê real, apesar de cada um deles conter um número maior de elementos dessas naturezas.

É provável que devam existir continuamente, o bebê do primeiro ano de vida, o bebê pré-escolar, escolar, adolescente, e até o bebê adulto, ou seja, bebês imaginários sempre existirão no psiquismo materno, não importando a idade do filho, assim como dados reais deles estarão fazendo mais ou menos parte dessa construção da imagem mental da mãe sobre o filho.

Afora as impressões e concernente mais especificamente aos sentimentos das mães, predominaram, antes do exame, sentimentos de incerteza e medo em relação ao desenvolvimento do bebê, seja através de dúvidas sobre o número de bebês que estavam sendo gestados e/ou pelo medo da ocorrência de alguma anormalidade fetal. Essa incerteza, conforme, Lumley (1980) foi descrita por dois terços das gestantes de primeiro trimestre da sua pesquisa, que demonstraram que o bebê ainda não significava uma pessoa conhecida e real. Assim, pode-se compreender que a idéia de incerteza e quanto à caracterização do bebê nos remete a este início ainda indiscriminado na mente da mãe. Já em seguida ao exame as gestantes se mostram mais esclarecidas sobre o bebê. A ultra-sonografia parece ter propiciado a algumas gestantes conhecer mais o bebê e se sentir mais apropriada da sua imagem. Assim, à medida que o exame foi favorecendo uma descoberta sobre o bebê e este se tornando mais personalizado, apareceu o desejo das gestantes de tê-lo nos braços; é como se ao ver sua imagem já pudessem concebê-lo mais pronto para nascer, além também de se imaginar mais pronta para recebê-lo. Este tipo de reação emocional de prontidão para a situação de parto é mais característica de terceiro trimestre de gestação (Maldonado, 1997). Uma vez que o desejo de ver o bebê já nascido foi verbalizado já em seguida ao exame e também três semanas depois, parece ter havido, então, uma aceleração no processo de concepção do bebê real, provavelmente associada ao próprio exame.

Pensando de uma outra maneira, esse desejo de ver o bebê já nascido pode estar representando não uma imagem mental mais completa e sim uma infundável necessidade em obter esta imagem. Esta idéia se torna mais possível se observarmos as gestantes que demonstraram, tanto em seguida como três semanas depois do exame, terem tido sua curiosidade ainda mais aguçada. É como se os dados fornecidos na ultra-sonografia as tivesse incitado a querer saber ainda mais sobre o bebê e a até vê-lo logo nos seus braços, forma esta pela qual alcançariam uma maior totalidade da imagem real.

Passamos, então, novamente a uma questão que já foi discutida no primeiro eixo: a necessidade de esclarecimento das gestantes em relação ao bebê. Porém, naquele momento a análise foi um pouco mais atrelada ao papel da ultra-sonografia e agora será enfocando mais concretamente os sentimentos pelo bebê. Stephens, Montefalcon e Lane (2000) examinaram, entre outras questões, algumas das razões que levavam as gestantes a desejarem ser submetidas ao exame ultra-sonográfico, e constataram que todas as listadas eram relacionadas a esclarecimentos sobre o bebê. Foram apresentadas expectativas quanto ao esclarecimento da saúde, sexo, localização, tamanho, tempo e número de bebês. Assim, pode-se perceber o quanto há uma necessidade das gestantes de conhecerem o ser que está dentro do seu corpo. Essa necessidade é, segundo Villeuneuve e cols. (1988), variável, sendo total em alguns casais que solicitam toda a informação possível sobre o bebê, e parcial em outros que desejam saber somente sobre alguns aspectos. Os autores chamaram atenção que os primeiros parecem utilizar estes dados para a elaboração de algumas fantasias sobre o bebê e sobre a gravidez, enquanto os casais que não demandam muitos dados, consideram que este processo imaginativo não deve partir de dados de exames e que a gravidez deve guardar até o final alguns mistérios.

Assim, esse desejo em saber mais pode tanto servir, como já explicado, à construção de uma imagem mental do bebê que com o exame se antecipa e dá logo lugar ao desejo pelo parto, como também pode tratar-se de uma necessidade em ser saciada sobre uma curiosidade infinita, mais própria da raça humana. Tem-se a impressão que após o nascimento, esse sentimento se estenderia, a saber, como seria dali a uma semana, quando o bebê caminhar e quando fizesse um ano de vida. Pensa-se que a gravidez é de fato um processo misterioso, e que com o advento da ultra-sonografia se tornou um pouco menos obscuro. Ainda não se sabe muito como ocorrem os fenômenos da vida intra-uterina que estão associados ao próprio início da vida, curiosidade esta que impera em cada um de nós. Tolerar e obter limitadas informações não é uma tarefa recebida igualmente por todos e por isso algumas mães sentiram suas curiosidades e incertezas saciadas com a ultra-sonografia, assim como se sentiram satisfeitas pelo esclarecimento fornecido no exame. Já outras ficaram ainda mais curiosas com o que não foi mostrado, mesmo durante o exame e talvez até mais após três semanas do exame, quando novas fantasias e questões foram surgindo. Outras, ainda, se imaginavam com o bebê nos braços, como sinal de um desejo que o

exame não seria mais capaz de dar conta, e que sua curiosidade só seria saciada no momento posterior ao parto.

Fala-se, conforme Klein (1952/1991), da manifestação do impulso epistemofílico que corresponde à necessidade da criança em conhecer, explorar e se apossar do que há dentro do corpo da mãe. Esta força não se restringe à primeira infância, mas segue presente ao longo do desenvolvimento, movendo o indivíduo para o processo de conhecimento, isto é, pelo movimento de ir adiante na busca do saber. As mulheres na gravidez parecem estar ainda mais em contato com o seu impulso epistemofílico, provavelmente pela condição regressiva em que se encontram. Esta condição é explicada por Raphael-Leff (1997) pelo fato de a gravidez atualizar uma experiência já vivida, de coabitar um só corpo e de ser envolvido por uma mesma pele com *outrem*; o que muda agora é que os papéis estão invertidos, o ser que ontem era o bebê é hoje a mãe. Assim, a gestante se sentiria identificada com ela bebê desejando saber o que há dentro do seu corpo, como uma oportunidade de suprir a velha curiosidade de saber o que há dentro do corpo da mãe, e também se sentiria identificada com a mãe quando se vê tendo que saber o que há de fato ali dentro de si.

Quanto às boas condições de saúde do bebê diagnosticadas no exame, algumas gestantes, após três semanas, se mostraram seguras, mas outras revelaram ainda incerteza e medo de que o bebê venha a ter algum problema. Retomando Villeuneuve e cols. (1988) quando falam que alguns casais pedem limite nas informações transmitidas sobre seu bebê, já que não querem construir uma imagem somente baseada em dados do exame, pode-se pensar que há mães que se orientam mais e outras menos pelas respostas do exame. Algumas se asseguram com o diagnóstico e outras duvidam deste, desejando sempre outras informações e/ou duvidando das respostas dos médicos. Essa maior ou menor ligação com o exame na construção de uma imagem mental do bebê parece estar mais relacionada à concepção inconsciente que as mães têm sobre os bebês. Se estas acreditarem que de fato pode ou deve haver algum problema, a ultra-sonografia pode até amenizar o seu medo e a sua crença nesta realidade, mas em seguida estes podem voltar a fazer parte dos pensamentos e sentimentos das gestantes; e, vice-versa, se houver uma maior tranquilidade e/ou até negação quanto à possibilidade da ocorrência de uma anormalidade fetal, as

respostas do exame, por mais superficiais e/ou imprecisas que sejam darão conta de assegurar a saúde do bebê.

Portanto, as impressões e sentimentos das gestantes pareceram ter sido norteados pelas informações transmitidas na ultra-sonografia, porém o que mais parece contribuir para a imagem mental materna do bebê são os seus próprios desejos, necessidades e medos; enfim, a sua realidade psíquica e a concepção inconsciente de cada mãe sobre cada bebê.

Impressões e Sentimentos Quanto à Relação Mãe-Bebê

Este eixo temático envolve os sentimentos das gestantes em relação ao bebê, os meios utilizados pelas gestantes para interagir com o bebê e as possíveis interferências da ultra-sonografia nesta relação. Para fins de análise, este eixo foi dividido em três categorias: a relação mãe-bebê antes do exame, a relação mãe-bebê durante e logo após o exame, e a relação mãe-bebê três semanas depois do exame.

A relação mãe-bebê antes do exame

Dentre os modelos de relação atual mãe-bebê identificados nas falas das gestantes antes do exame, destacam-se verbalizações referindo-se à falta de contato “*ah eu não sei responder, como assim relação? não, eu não penso, eu não penso nisso!*” (G3); “*relação com ele? [bebê] sinceramente eu não sei se é porque eu não senti ele aqui dentro, parece que ainda não tem nada aqui dentro, só um carocinho assim*” (G2)” e/ou um contato relativamente vago e pouco definido “*normal, normal, como todas as mães sentem*” (G1), além de outras que falaram da relação reportando-se ao futuro “*ah ensinar coisas boas e amá-lo, respeitar, acho isso aí*” G1; “*fico me imaginando com ele nos braços*” (G4); “*ah eu imagino eu protegendo ele, cuidando dele, dando tudo de mim, vai ser o resto da minha vida, vai ser isso*” (G7), expressando, com isso, que o modelo relacional atual era baseado em imaginações, em conjecturas para depois do nascimento do bebê.

Uma perspectiva de uma relação mãe-bebê um pouco mais presente apareceu através da postura de cuidado de algumas gestantes consigo mesmas “*agora eu me cuido pra não acontecer o que aconteceu com o outro né*” (G2); “*tento ta sempre bem, ficar bem, não fazer coisa que eu fazia antes, assim sempre que eu vou fazer alguma coisa, eu penso né que eu to grávida, que eu tenho que me cuidar*” (G8), mostrando que a sua relação com o bebê acontecia através delas próprias, ou seja, do cuidado consigo mesmas. Por fim, foram citadas formas de interação mais diretamente dirigidas ao bebê, as quais envolveram desde o comportamento de tocar a barriga “*ah eu passo bastante a mão (...) passo a mão na minha barriga*” (G6), conversar com o bebê “*ah eu fico conversando com ele*” (G4); “*a gente conversa bastante, passa horas e horas conversando!*” (G10); “*eu converso assim, apesar de ser cedo, mas eu falo com ele e tal*” (G9), perceber seus movimentos “*quando ele chuta, eu pergunto se ele ta com fome, quando ele ta com o joelhinho ou cotovelo assim (...) que ele tá me machucando eu peço*

para ele tirar daí que tá machucando a mamãe” (G5), até o ato de pensar nele “acho que a maioria do tempo eu fico pensando mais nele do que em mim mesma” (G4).

A relação mãe-bebê durante e depois do exame

Algumas mães perceberam durante e depois do exame um surgimento e/ou intensificação dos sentimentos de afeto pelo bebê *“ah eu comecei a gostar mais né (...) acho que está diferente! (G3); “ah mudou, no ver ele ali na tela mudou, ah eu não sei explicar” (G6); “sentimento de amor por ele eu senti, de ver ele se mexendo” (G2), e/ou de posse “feliz porque é um fruto meu, uma coisa que eu vou cuidar e criar do meu jeito e ninguém vai poder se meter, uma coisa que é só minha, ninguém mais me tira!” (G10). Logo em seguida da ultra-sonografia, algumas gestantes manifestaram sua intenção de intensificar os cuidados que estavam tendo consigo mesmas e com a gravidez “ah mudou [minha visão], agora eu tenho que me cuidar mesmo né, que apareceu aí, tava tudo bem, agora eu tenho que me cuidar né” (G3); “ah agora mudou tudo, agora eu vou me cuidar pra não machucar ele né (...) tem que cuidar né” (G6); “eu vou comer mais para ficar bem grandão (...) tenho que me cuidar mais!” (G10); é acho que agora mudou que acho que agora eu tenho que me cuidar mesmo” (G11).*

A relação mãe-bebê três semanas depois do exame

Quando questionadas sobre sua relação com o bebê três semanas após o exame, as gestantes referiram que durante esse período, de fato, se tornaram mais conscientes sobre a necessidade de iniciar e/ou mesmo intensificar seus cuidados consigo mesmas e com a gravidez *“até me cuidar mais eu to me cuidando” (G5); “ah mudou em tudo né as coisas que eu fazia agora não tô fazendo mais pra não prejudicar ele né (...) é mudou um pouco né, ah eu me cuido mais né, não faço mais esforço no meu trabalho né. É, eu to sempre me cuidando, não consigo fazer muito peso, essas coisas” (G6); “eu vi que eu tenho que me alimentar, eu tenho que caminhar (...) eu vi que eu não posso ficar, mais que tenha vontade de ficar só deitada, desanimada, eu não posso, porque tem alguém dentro de mim que precisa, que merece, que depende de mim e eu tenho que ter força” (G2); “ah eu fiquei pensando que eu tenho que me cuidar, fazer os exames, essas coisas assim” (G3), acreditando que desta forma estariam também cuidando do bebê.*

Algumas gestantes passaram a perceber, neste período, uma intensificação também dos sentimentos de afeto pelo bebê *“mudou muita coisa, eu fiquei apaixonada por ele” (G2);*

“ter mais carinho” (G7), bem como do contato estabelecido com ele, fosse por meio das conversas “agora eu converso mais com ela, antes eu não conversava, era mais a minha mãe” (G5); “agora eu converso mais com ele, ah é que eu acho que ele escuta o que to conversando” (G6); “eu comecei a conversar muito mais” (G7), do comportamento de tocar a barriga “agora tô sempre passando a mão na barriga” (G6), ou de planejamentos “porque agora falta pouco né (...) a gente já se preocupa com ele, com as coisinhas dele, comprar as coisinhas dele e tudo” (G7). Essa relação de maior proximidade com o bebê foi diretamente atribuída, por algumas gestantes, ao fato de, após a realização da ultra-sonografia, estarem mais cientes da concretização da gravidez e da existência do bebê “desde que eu fiz o exame [de gravidez], eu já comecei a passar a mão na barriga e conversar com o nenezinho, ah depois da ecografia mudou muito mais ainda (...) porque naquela época eu não sabia nem quantos meses certo eu tava (...) agora não, agora eu tenho certeza de quantos meses tem, eu já acho assim que eu posso tocar na barriga, conversar assim, ter um sentimento gostoso pra bem do nenê sentir também, porque ele sente” (G1); “eu não sei, porque a gente identifica melhor, vamos dizer, o menino, o nome, eu acho que até tu trata com mais carinho do que tu ficar na dúvida, será que é menino, será que é menina, ah é só por causa disso (...) claro eu vi ele, eu sei” (G7); “ah agora depois do exame mudou bastante, agora é mais real, sempre me lembro dele” (G8); “até a eco assim tu pode conversar, mas depois da eco, daí sim tu sabe que pode conversar, que a criança tá ali mesmo, daí tu conversa e tu sabe que existe” (G11). Houve um relato que demonstrou dúvida sobre o que de fato teria contribuído para esta relação de maior proximidade da mãe com o bebê, se teria sido o exame, a percepção dos movimentos do bebê ou a diminuição de sintomas físicos desagradáveis “eu acho que mudou sim, depois do exame, eu não sei se é por que eu tava com três meses e eu não sentia ele, não sei se mudou a relação porque ele tá mexendo mais, eu não sei exatamente o que é (...) to comendo melhor, não to vomitando mais comida assim” (G2).

Um dado bastante enfatizado nas entrevistas diz respeito à inserção da ultra-sonografia como uma via de contato com o bebê, seja para favorecer que as gestantes lembrassem melhor e pensassem mais no bebê “e depois fiquei pensando, cada vez que eu penso no meu nenê, eu imagino ele ali, na telinha, tri legal, bem bom (...) quando eu penso no bebê eu me lembro daquela imagem (...) aí tu tem aquela imagem pra te lembrar, a imagem do nenezinho ali dentro de ti, então tu fica com aquela imagem sabe” (G1); “ah eu me lembro ele na tela, assim aparecendo na telinha assim (...) eu fico lembrando assim, louca pra ver de novo, pra ver como é que ele tá, louca que chegue esse dia pra mim fazer de novo, pra ver como é que tá” (G6); “lembro dele e aí vem aquela imagem assim, sempre né, sempre quando eu lembro a

primeira imagem que vem é como eu vi ele ali né (...) cada vez que eu lembro, do que eu vi assim, aí já existe, aí cada vez que eu lembro, eu lembro daquelas fotos que eu vi assim dele né (...) quando eu tô conversando eu imagino aquelas fotos, é o que vem na minha cabeça” (G8), seja para lhes assegurar de que a saúde do bebê continuava em boas condições “agora a gente fica preocupada de novo, não sabe como é que ele tá de novo né, ah pra ouvir o batimento cardíaco só eu vou ter que fazer de novo a ecografia, ah eu fico preocupada né pra ver como é que ele tá” (G6).

O modelo de relação mãe-bebê passou a contar também com o princípio da interferência, que envolveu uma postura mais reflexiva das gestantes em relação às suas atitudes já que, após o exame, perceberam sua influência sobre o bebê “*eu acho que coloquei um pouco a minha cabeça no lugar, pensei bastante (...) tô pensando de outra forma (...) claro depois de ver ela, ver que ela é perfeita, mudou bastante, daí eu penso diferente (...) pra mim mudou bastante, eu penso bastante em tudo” (G5); “mudou, mudou, tu pensa diferente, minha atenção, o carinho, né, tu age diferente” (G7).*

Ao serem questionadas a respeito do exame ter influenciado na sua forma de relação com o bebê, algumas gestantes responderam negativamente “*não mudou” (G3); “ah eu passo a maior parte do tempo conversando com ele, cuidando das coisinhas dele ou dela (...) eu pego passo a mão na barriga (...) não mudou” (G4),* expressando não terem percebido diferenças significativas entre seu comportamento com o bebê antes e depois da ultra-sonografia.

Percebe-se que a relação mãe-bebê foi marcada por diversos fatores de natureza e origem diferentes, tais como: àqueles relacionados à própria gestante, representados pela postura delas de refletir mais sobre suas atitudes, e de cuidar de si mesmas; às formas de contato/interação, reportadas, basicamente, pelo toque, conversa, e pensamento; à intensificação de sentimentos de afeto pelo bebê; e, ainda, à ultra-sonografia como recurso de contato. Com isso, pode-se dizer que a relação mãe-bebê durante o período gestacional se mostrou bastante vulnerável a influências tanto internas quanto externas, as quais interferiram na elaboração de um modelo relacional específico.

Discussão sobre as Impressões e Sentimentos Quanto à Relação Mãe-Bebê

Os dados antes do exame mostraram que algumas gestantes ainda não tinham estabelecido um contato mais direto com o bebê. Considerando que a maioria das gestantes estava no final do primeiro/início do segundo trimestre de gravidez, e que neste período a

mãe está recém começando a desviar suas atenções de si mesmas para o bebê (Maldonado, 1997; Raphael-Leff, 1991, 1997) esta atitude poderia ser considerada como parte da evolução esperada da gestação. O fato de algumas gestantes reportarem-se ao futuro para falar da atual relação com o bebê reforça esta idéia, demonstrando que naquele momento esta relação não existia, mas que futuramente iria tomar espaço; como se realmente o momento gestacional fosse muito inicial para uma relação mais presente entre mãe e bebê. Estas gestantes mostraram que o bebê ainda não se constituía para elas, um ser separado, real, enfim alguém com quem se estabeleça uma relação.

No entanto, além do fator desenvolvimental, não há como desconsiderar outros fatores de ordem individual que podem estar implicados, como uma dificuldade em perceber e imaginar a existência do bebê, personalizando-o, mesmo que fantasiosamente, para com ele estabelecer um vínculo. Lumley (1980) referiu que somente um terço das gestantes de primeiro trimestre do seu estudo, percebiam o bebê como uma pessoa real. E somente nesta parte da amostra, a relação mãe-bebê se apresentou como já estabelecida, seja através do reconhecimento das mães sobre a interferência do bebê nelas mesmas e vice-versa, da certeza de seu sofrimento caso algo de ruim acontecesse ao bebê ou à gestação, de uma menor frequência de reações e sentimentos de ambivalência e/ou de uma menor percepção de sintomas físicos desagradáveis. Logo, percebe-se que conceber o bebê como mais real está diretamente relacionado ao estabelecimento da relação mãe-bebê.

Ainda em relação à literatura que aponta, neste primeiro trimestre, um movimento da mãe mais voltado à adaptação de si com seu estado gravídico (Cramer, 1992), pode-se pensar que as mães deste estudo que verbalizaram uma relação ainda inexistente estão precisando, então, realmente, utilizar este período inicial para tal adaptação. Já outras passam mais rapidamente por este período e/ou estabelecem uma relação com o bebê mesmo que ainda misturado consigo, como aquelas que referiram contato através do cuidado com seu estado gravídico. Algumas se mostraram ainda mais diretamente conectadas, relatando formas de interação já estabelecidas entre a dupla, seja por conversas, toque e/ou pensamentos.

Na relação mãe-bebê durante e após o exame, apareceu o surgimento e/ou intensificação de sentimentos de afeto e de posse pelo bebê, elementos que não tinham sido referidos antes do exame por várias gestantes e que talvez expliquem o início de uma visão

mais separada de si e do bebê. Ele, um ser diferente, autônomo, é passível de “ser gostado” de receber mais sentimentos de afeto. É como se o exame, ao mostrar o bebê de fato, inviabilizasse reações de indiferença, além de propiciar para aquelas gestantes que ainda não tinham uma imagem mental do bebê, um estímulo real sobre o qual elas poderiam construir uma representação estética e daí começassem a lhe dirigir sentimentos de afeto. Porém, o sentimento de posse, que também foi evidente em alguns relatos, embora mostre o reconhecimento da existência de outro que não sou eu, é ainda de um outro que é meu, nos dando ainda a idéia da relativa extensão e indissociabilidade entre mãe e bebê. Nesta mesma direção apareceu a intenção em aumentar os cuidados consigo mesmas, pois seria através de si que as gestantes contactariam com o bebê.

Três semanas depois da ultra-sonografia, permanecem visíveis os mesmos dois níveis de relação, o primeiro representado pelo cuidado das gestantes consigo mesmas, que denota uma relação ainda indiscriminada da dupla, e o segundo pelas formas de interação mais diretas, o qual já destina ao bebê um espaço específico e interdependente, mas ambos foram referidos como tendo sido intensificados. Além dos efeitos do desenvolvimento normal, isto é, de que o apego materno-fetal tende a ser fortalecido com o progresso da gestação (Grace, 1989), o exame parece ter contribuído para este efeito, uma vez que as gestantes referiram intensificação dos sentimentos de afeto, dos cuidados consigo mesmas, e da frequência do contato interacional com o bebê, seja através de conversa, toque, e/ou pensamento.

Estas duas dimensões relacionais, mãe e bebê mais ou menos indiscriminados, certamente coexistem, uma vez que a gestante, por mais preparada que esteja para receber o bebê como um ser separado dela, vai sempre senti-lo como uma parte sua e talvez assim siga acontecendo após o nascimento. No entanto, pode haver uma preponderância de um dos níveis, o que caracteriza o modelo de relação entre a mãe e o bebê. O exame de ultra-sonografia parece ter influenciado não na modificação radical dos níveis de relação, mas sim na intensificação e talvez até num estímulo para a transição de um nível para outro.

A ultra-sonografia parece ter tido uma influência positiva, especificamente, sobre o fato de as gestantes terem intensificado os cuidados consigo mesmas, preocupando-se com a alimentação e sono, até uma maior adesão às recomendações médicas, como realização de exames e controle de atividades. Outras pesquisas referidas por Baillie e cols., (1997) já

salientaram que após a realização do exame, as gestantes passaram a atender com mais facilidade às recomendações médicas, o que foi reconhecido como uma atitude decorrente de um maior vínculo entre mãe e bebê.

O impacto do exame aparece também com relação a intensificação e diversidade no uso de formas de interação direta da mãe com o bebê. Conforme Stainton (1985), o padrão de relação entre a mãe e o bebê não é estabelecido após o parto e sim continuado a partir deste evento, já que inicia no período pré-natal. Esta é também a opinião de Muller (1996) que correlacionou positivamente o apego pré-natal e pós-natal e de Caron (2000) que falou da relação materno-fetal como prelúdio da relação mãe-bebê. Logo, o fato das gestantes estarem mais em contato com o bebê confere, desde já, uma maior qualidade ao vínculo entre a dupla, o que contribui para uma futura relação mãe-bebê mais saudável.

As gestantes referiram que o fato de se sentirem mais cientes da existência do bebê, além de mais esclarecidas quanto a sua saúde, sexo, idade, etc, lhes propiciou uma aproximação e um maior contato com o bebê. É como descobrir que o bebê está de fato ali, está desenvolvido e é capaz, então, de reagir aos seus comportamentos. Logo, não se pode dizer que a relação mãe-bebê se torna mais intensificada simplesmente porque o bebê se tornou mais real para a mãe, mas também porque esta se sentiu mais real para o bebê. A ultra-sonografia mostra a imagem do bebê dentro de seu corpo e com isso escancara ao mesmo tempo a intensidade da ligação e dependência entre a dupla. Neste contexto, algumas mães justificaram a mudança de sua atitude em razão de terem percebido sua interferência sobre os bebês, tornando-as, então, mais reflexivas quanto às suas atitudes.

Algumas das mães parece que estavam, até o exame, em um caminho mais de adaptação ao ciclo gravídico, e de lento reconhecimento do bebê (Cramer, 1992; Rubin, 1975). Com o exame, o bebê não só se tornou reconhecido por elas, elas viram sua imagem, como também se sentiram reconhecidas pelo bebê, elas o vêem dentro delas.

A relação mãe-bebê depois de três semanas apareceu muito ligada às lembranças das imagens do bebê no aparelho de ultra-sonografia. É como se pensar e imaginar aspectos e situações envolvendo o bebê remetesse as gestantes ao bebê visto no dia do exame. Aquele é o bebê que elas conhecem, o que elas viram, aquele bebê visto no exame é o seu bebê, é o bebê que elas passam a imaginar. Pode-se dizer, então, que a imagem do exame influencia na representação mental da mãe sobre o bebê, personalizando-o, dando-lhe um

corpo e isso parece facilitar a relação da mãe com o bebê e, para algumas gestantes se poderia até mesmo falar que parece que é precursor da instauração desta relação.

Milne e Rich (1981) ao referirem que as mães, durante o procedimento de ultrasonografia, demonstraram, a partir de alguns comportamentos, uma tentativa de utilizar as imagens do exame para formar uma imagem mental sobre o bebê, também dão a idéia de personalização e facilitação do vínculo. Porém se estas imagens necessitarem sempre ser evocadas pela gestante, substituindo a sua capacidade de imaginar o bebê sem estímulos tecnológicos, já se estaria diante de uma desvantagem e de um uso não benéfico do exame, pelo menos no que se refere ao vínculo mãe-bebê.

Houve também algumas gestantes que verbalizaram não terem percebido a influência da ultra-sonografia na sua relação com o bebê. Percebe-se que as duas gestantes que referiram esse sentimento demonstravam formas de relação polarizadas, uma revelando que desde sempre estabeleceu intensa interação com o bebê *“ah eu passo a maior parte do tempo conversando com ele, cuidando das coisinhas dele ou dela (...) eu pego passo a mão na barriga (...) não mudou”* (G4), e outra que parecia ainda não ter estabelecido nenhum nível de contato *“não mudou”* (G3). Assim, pode-se pensar que a ultra-sonografia serviria mais para intensificar sentimentos dentro de um mesmo nível ou levar a uma resolução de sentimentos mais ambivalentes. Porém quando estes sentimentos se encontram bastante consolidados para qualquer que seja o lado, o exame por si só, não parece suficiente para acarretar transformações expressivas nestes sentimentos.

A relação mãe-bebê foi traduzida na fala das gestantes do presente estudo a partir de dois modelos relacionais padrões: um mais indiscriminado, representado por uma interação mãe-bebê através dos cuidados das gestantes consigo mesmas, e outro, no qual o bebê foi considerado como um ser mais independente, que apareceu em interações dirigidas mais diretamente ao bebê, como através de conversa, toque e/ou pensamentos. A ultra-sonografia, ao mostrar o bebê mais meio redundante real, e ao revelar a intensa ligação que existe entre “os corpos” incitou várias mães a intensificarem seus comportamentos de interação, a tornarem-se mais reflexivas quanto às suas atitudes, além de ter fornecido uma base para que as gestantes personalizassem o bebê. Assim ao utilizarem a imagem do exame estas passaram a conseguir visualizar melhor o bebê na sua fantasia e, por isso, se relacionar melhor com ele. Apesar de estas serem consideradas repercussões benéficas para

a qualidade vincular entre a dupla, o exame não pareceu ser capaz de modificar padrões extremos, fossem eles caracterizados pela pobreza na interação ou pela interação muito rica.

Impressões e Sentimentos Quanto à Maternidade

Este quarto e último eixo temático diz respeito aos sentimentos de maternidade expressos pelas gestantes e às possíveis repercussões da ultra-sonografia na identidade materna. Para fins de análise, as verbalizações foram organizadas em três categorias: a maternidade antes do exame, a maternidade logo após o exame e a maternidade três semanas depois do exame.

A maternidade antes do exame

Antes do exame, quando questionadas a respeito da maternidade, algumas gestantes responderam que ainda não se sentiam mães “[você se sente mãe?] *não*” (G3), enquanto que outras referiram a presença deste sentimento. Dentre estas últimas, pode-se perceber em suas verbalizações uma predominância tanto de sentimentos negativos, representados, principalmente, pela preocupação em não dar conta do papel materno “*é difícil, porque a gente tem medo de não conseguir certas coisas, de não conseguir educar (...) e mais tarde vem a ser uma criança que sei lá*” (G5), de sentimentos positivos, que falaram da maternidade como algo bom de sentir, embora difícil de explicar “*ah eu já me sinto mãe, ah eu nem sei explicar pra sra., é a primeira vez e eu não sei explicar ainda (...) mas é uma coisa boa né, que a gente sente*” (G6); “*ah é bonito (...) eu acho que é muito, muito bom bah (...) começa a me dar um calor no peito, não sei assim descrever assim, bah é muito bom*” (G8); “*tri legal, é uma sensação tri boa, gostosa (...) é um sentimento bonito, é um amor próprio que eu acho que a gente tem de mãe. É gostoso*” G1, como também de sentimentos ambivalentes “*é legal, só que, acho que eu não sei (...) eu fico revoltada, não me sinto bem, aí eu fico pensando que eu vou ter esse e que eu não quero mais nenhum, não sei porque eu penso assim*” (G2); “*é bom, é gostoso, ao mesmo tempo tu fica com medo (...) medo que façam alguma coisa errada pra ele*” (G4).

A maternidade, além de definida como ainda inexistente ou com uma predominância de sentimentos negativos, positivos ou ambivalentes, foi referida tanto como relacionada ao próprio bebê como também a outras vivências. No primeiro caso, quando as gestantes expressaram o sentimento materno ligado ao próprio bebê, foi expressa uma percepção de estranhamento, conferindo ao sentimento materno por aquele bebê o caráter de uma experiência nova e diferente que não podia ser reconhecida como familiar em nenhuma das suas vivências anteriores “*uma coisa diferente (...) como é que eu vou dizer, uma*

coisa que eu sonhei muitos anos, pra mim uma coisa especial, diferente”; (G7); “mas quando me chamam de mãezinha assim parece um pouco estranho, é a primeira vez” (G5); “é legal [se sentir mãe], só que, acho que eu não sei é a primeira vez, mas as coisas que acontecem são muito estranha (...) eu me sinto diferente das outras pessoas” (G2); “não tem outro [sentimento] igual (...) eu acredito que não tenha outro igual né” (G8), “ah é diferente, né, apesar de não ter nascido ainda, a gente já se sente mãe quando fica grávida” (G9). Além disso, ainda concernente ao bebê, a maternidade foi definida a partir de um sentimento de proteção “tu tens assim, aquele instinto de proteção, né, apesar de a criança tá dentro da barriga ainda, às vezes tu quer proteger, tu quer o melhor, apesar dele não ter nascido ainda, tu quer o melhor pra ti e por teu filho” (G9); “é uma coisa especial, de proteção” (G7).

Na segunda situação, na qual o sentimento materno foi ligado a outras vivências, apareceram relatos evidenciando que “o sentir-se mãe” estava relacionado mais a si próprias, como decorrendo, por exemplo, dos sintomas físicos da gravidez “eu fico toda hora enjoada e eu acordo com fome e eu como e não me sinto bem (...) eu me sinto diferente das outras pessoas (...) as pessoas comem e eu não consigo comer, me sinto estressada” (G2), e/ou a experiências anteriores de cuidado com outras crianças e/ou mesmo adultos “me sinto até porque eu já criei duas sobrinhas” (G4); “claro que eu me sinto mãe, tanto que eu tenho duas enteadas” (G7); “eu já me sentia porque eu cuidava bastante da minha mãe, eu já sei mais ou menos como é que é” (G10).

A maternidade durante e depois do exame

Os sentimentos maternos referidos durante e logo após o exame estiveram, para algumas gestantes, ligados tanto a uma concretização do sentimento de maternidade, revelando uma inauguração/transformação do sentimento em algo mais concreto e real “ah, a gente sente, como é que eu vou explicar, assim eu, a gente se sente mãe né (...) tu quer proteger teu filho” (G9) “ah não sei, não dá pra, muito, me senti mãe eu acho assim, é que eu não acreditava sabe que (...) assim que eu tava grávida, não sei explicar direito (...) um sentimento de mãe, agora é real mesmo, agora começou a escorrer as lágrimas assim, sem muito, muito, não tem nem como explicar” (G8); “ah sei lá, acho que eu pensei ah existe mesmo, eu acho que vou ser mãe mesmo” (G1), “mudou tudo agora, só no ver ali na tela mudou, ah eu não sei explicar” (G6); “então muda, assim tu tem certeza, tu viu, tu vê, tu sente, e isso é diferente” (G7), como também à intensificação deste “o sentimento eu já tinha sentido (...) mas a intensidade foi maior” (G9). Verny (1986) reportou que um dos benefícios da ultra-sonografia é justamente possibilitar

às gestantes, através da imagem do bebê no seu útero, a concretização da sua gravidez em um momento que esta ainda não seria possível através de outros meios, favorecendo, desta forma, a resolução de possíveis sentimentos de preocupação e/ou de ambivalência em relação ao bebê e à gestação.

Esse sentimento de concretização se estendeu, em algumas participantes, para uma maior conscientização de que não seriam mais responsáveis somente por elas mesmas, que agora teriam um ser dependente, demandando responsabilidade e preocupação *“preocupada como mãe e só (...) responsabilidade (...) agora eu não posso mais pensar só em mim, só em mim, eu tenho outra pessoa pra me preocupar, pra não dormir de noite (...) eu senti um pouco de medo assim, uma insegurança de saber ou não criar, se eu vou ter valor pra ela”* (G5); *“eu já tava nervosa, agora eu tô mais ainda, porque eu sei que eu tenho uma filha dentro de mim, eu tenho que me cuidar mais, agora são duas”* (G10).

A maternidade se fez presente também através da satisfação diante da natureza feminina/da condição feminina de gestar, percebida através da imagem da ultra-sonografia de “um corpo dentro do outro” *“o sentimento mais forte foi ver que ele tá dentro de mim”* (G5); *“imagina, sabe que tu tem um nenezinho dentro de ti (...) é uma coisa tão bonita da gente ver, tu imaginar que tem uma criança dentro de ti, viva, um ser vivo, né, perfeito”* (G7); *“a gente se sente especial, se sente realizada em ver o nenezinho dentro da gente, é bom”* (G2); *“ah sei lá, uma sensação assim (...) imagina eu sempre queria ter um filho e nunca conseguia, então (...) uma coisa assim que tu espera, espera ter né, ah me senti super bem, acho que realizada”* (G11).

A maternidade três semanas depois do exame

Os sentimentos envolvidos com a maternidade estiveram, três semanas depois do exame, para algumas gestantes, mais intensificados que antes *“agora eu tô me sentindo mais mãe”* (G5); *“ah agora já me sinto, já, já, agora já me sinto mãe, bah”* (G8); *“sim, eu me sinto mãezona, bem coruja”* G1; *“me sinto mais ou menos, mas agora eu já tô mais acostumada”* (G3). Além disso, houve verbalizações expressando desde uma conscientização da maternidade, do fato de ter agora um ser dependente de si *“a primeira coisa é pensar no que deve ser feito, pensar que não é brincadeira, que aquilo é verdade (...) acho que tudo vem no momento só, quando tu começa a pensar vem tudo o que tu tem que fazer, então isso vai evoluindo pro pensamento, antes do exame eu não tinha pensado”* (G5); *“é fantástico, não tem como explicar, não tem, não tem. É proteção, é carinho, é como eu digo, daqui pra frente a minha vida vai ser toda ele, toda ele”* (G7); *“acho que tu te sente responsável, responsável por alguma coisa a não ser tu, por outra*

“pessoa, tu te sente muito responsável” (G11); “eu achei que eu mudei bastante depois do exame, sabia? (...) eu não tava acreditando, minha mãe que diz: tu não tá acreditando, tu tá levando na brincadeira e agora eu não to mais” (G10); “pode até ter outras pessoas (...) mas tu sabe que tu que tem que cuidar, que depende de ti, do que tu comer, do que tu se alimentar, do que tu fazer, pra criança nascer bem” (G11), até uma preocupação mais específica com o bebê e com o exercício do papel materno “eu tenho bastante medo no mundo lá fora, como eu vou criar, se eu vou saber educar, se ela vai dar valor ao meu amor (...) eu acho que é preocupante, acho que é uma palavra para simplificar tudo, eu acho que preocupa bastante” (G5); “ah fiquei pensando que eu vou ser mãe (...) e que responsabilidade é ser mãe (...) mas eu não consigo eu gosto de tá brincando e bobeando (...) é mudou, mudou tudo, eu tenho ficado agitada às vezes, porque eu tô me sentindo mal, eu acho, piorei depois da ecografia, porque daí eu vi, e às vezes brigam comigo e eu fico chateada né, não respeitam a vida que tá vindo aí, eu fico nervosa” (G10); “mãe é proteger o nosso filho, cuidar dele e não deixar que nada venha a acontecer com ele né”.

Outros relatos revelaram, mais uma vez, a satisfação pela natureza feminina e condição de gestar, o sentimento de destaque pela maternidade *“eu fiquei impressionada, como é a natureza né? Como é as coisas? E fiquei assim, mas será que é a minha barriga mesmo que ela ta mostrando ali? Fiquei realizada mesmo com aquilo, era de mim aquilo, era de mim aquilo que eu tava vendo e me senti uma mulher, uma mãe mesmo, que pra gente sentir só quando a gente vê o nenê realmente dentro de ti (...) é diferente, é mais uma coisa de mãe assim, mas uma coisa particular, uma coisa da gente, que acho que nenhum homem vai sentir isso, eu acho que homem por mais que seja pai não é a mesma coisa (...) o homem a gente diz tem mais coragem de bater no filho, acho que a mãe defende. Não é assim né, pô a gente sofreu tanto com o nenê ali, como tu vai conseguir machucar uma coisinha tão importante que ta dentro de ti, é um pedacinho da gente, não tenho coragem de machucar” (G2); “quando a gente olha a imagem do nenê é muito emocionante né, que tu não acredita que aquilo possa ta, aquela pessoinha pode ta dentro de ti, é bastante importante” (G5); “eu paro pra pensar, como é que é pode né? A natureza fazer tão perfeita as coisas” (G10). É como se o papel feminino de mãe pudesse ser absorvido e a mulher se sentisse não somente em evidência por poder ocupá-lo, mas também triunfante diante dos homens e daqueles que não têm ou não estão tendo essa possibilidade.*

As gestantes descreveram o sentimento materno por seu bebê como diferente e mais intenso do que o vivenciado com outras crianças em momentos anteriores da sua vida *“ah assim o sentimento vai ser maior ainda, porque vai tá sempre comigo, não com a minha mãe, daí (...) eu vou entender ele, porque meus irmãos não, eu não entendo eles, por mais que eu me sinta*

mãe deles eu não entendo, eles são muito difíceis e não é meu entendeu? Quando é da gente, a gente vai saber compreender melhor” (G2); “às vezes tu pega uma criança, um sobrinho, um irmão, sei lá, que não é teu e aquela ali é tua, que tu tem que dar caráter para essa criança” (G5); eu sempre me senti mãe, mesmo não tendo meu filho eu sempre me senti mãe (...) da minha sobrinha, e agora vem o meu imagina” (G7); “eu já me sentia mãe dos filhos dos outros, então agora eu me sinto mais mãe ainda” (G11).

Algumas gestantes falaram da maternidade como uma condição ainda estranha e confusa *“nem eu entendo meus sentimentos, é uma coisa confusa. Não sei se é por causa da gravidez, é muito confuso meu sentimento (...) o que tem assim é que a gente fica diferente, eu não sei se isso vai mudar depois que eu ganhar, aí é muito estranho” (G2); “é um sentimento [o de se sentir mãe] diferente, mas é bom (...) sabe vinha todo mundo dar dia das mães, é diferente, é bom” (G9), enquanto que outras já expressaram uma tentativa de defini-la diferenciando o exercício da maternidade atual da que será exercida após o nascimento do bebê “eu já me sinto mãe dele, mas eu só fico imaginando como que vai ser depois que nascer, as noites de sono que a gente passa sem dormir, muitas coisas boas” (G7); “a gente tá sempre ali protegendo ele, enquanto ele tá aqui ele tá protegido né, mas depois que ele nascer, daí eu tenho que tá mais em cima né, pra cuidar dele” (G6); “até já imagino quando ela tiver deitada e eu tiver no banho e ela começar a chorar bem na hora do banho (...) eu não sei o que eu vou fazer” (G5).*

Percebe-se que os sentimentos de maternidade passaram, ao longo dos momentos investigados, de mais vagos e menos relacionados diretamente ao bebê, antes do exame, à mais concretos e “conscientes” depois do exame, e ligados mais diretamente ao bebê, três semanas depois do exame. Nos dois momentos depois do exame, apareceu uma notável satisfação pela possibilidade de gestar, que parece estar inerentemente presente à constituição e ao desenvolvimento do papel materno, o qual será mais profundamente discutido a seguir.

Discussão sobre as Impressões e Sentimentos Quanto à Maternidade

Os sentimentos de maternidade antes do exame apareceram como ainda inexistentes em alguns relatos, enquanto que naqueles nos quais se fizeram presentes, se mostraram de difícil explicação e definição por parte das gestantes. Apesar de definidos com uma predominância de sentimentos positivos, negativos ou ambivalentes, percebe-se diversas expressões de incerteza, como se uma sensação de não estar conseguindo compreender ou

explicar estivesse constantemente presente. É como se ainda se tratasse de um sentimento incipiente, novo, e que por isso se tornava difícil de traduzir e transmitir. Olhando mais profundamente estas verbalizações, pode-se notar, ainda, que estas parecem estar baseadas mais nas vivências psíquicas pessoais de cada gestante em relação à maternidade e menos na experiência atual com aquele bebê. São manifestações de preocupação, felicidade, descontentamento, enfim, de sentimentos que sugerem um estado emocional das gestantes mais em relação a elas mesmas com a gravidez do que ao bebê propriamente dito.

Algumas ainda referiram a maternidade a partir dos sintomas físicos percebidos ou da vivência de experiências anteriores de cuidado com outras pessoas, mostrando que a sua representação não estava ainda baseada naquele bebê. Em contrapartida, houve relatos que destacaram mais diretamente o bebê, mas mesmo nestes, o sentimento preponderante foi o de estranhamento, o qual, conforme Rubin (1975) é próprio da gestação e decorre da singularidade e da intensidade da gravidez na vida da mulher, que a faz se sentir estranha em relação ao mundo externo. Com base em alguns autores (Maldonado, 1997; Raphael-Leff, 1997) podemos compreender a postura de algumas das gestantes do presente estudo quando não fazem referência a sentimentos maternos de forma definida e relacionada tão diretamente ao bebê. Para estes autores no primeiro trimestre de gestação, os sentimentos de maternidade estão ainda dirigidos a uma adaptação à condição de gravidez, deixando que o lugar do bebê exista mais a partir do segundo trimestre. Porém, durante e logo após o exame, as gestantes já relataram uma idéia de concretização da gravidez, da maternidade e do próprio bebê. Algumas se disseram, ainda, mais conscientes sobre a realidade de ter agora um ser dependente de si. Este achado corrobora os apresentados por Sioda (1984) em um estudo sobre os efeitos psicológicos da ultra-sonografia, os quais mostraram que as gestantes, logo após o exame, reportaram se darem conta de que eram de fato mães e que esse sentimento parecia decorrer da consciência de que o bebê existia e estava vivo.

Klaus e Kennel (1992) afirmam que é necessário que a mulher primípara se adapte à condição de não ser mais responsável somente por si, tendo um ser totalmente dependente dela e que esta tarefa deve fazer parte do processo de re-organização da sua vida. É notável, ainda, que esta transição ao mesmo tempo em que é impactante e sofrida para a maioria das mulheres, é também esperada e almejada por elas tanto em função de uma demanda social como psíquica. Badinter (1980) afirma que no séc XVIII a mulher estava, quase que

exclusivamente, destinada à maternidade, seu corpo servia a esta função e foi somente no séc XIX que se acirrou a separação entre a função de mulher e de mãe. Atualmente, por mais que as mulheres tenham se lançado no mercado de trabalho e conquistado um papel mais transcendente ao tradicional, ainda lhes cabe ser também mães se quiserem garantir um lugar social mais privilegiado. Assim, as participantes do presente estudo referiram, a partir das imagens ultra-sonográficas, imensa satisfação pela sua natureza feminina e pela possibilidade de gestar. Essa satisfação reflete um sentimento de completude, de cumprimento do papel social e psíquico de mãe e mulher. Szejer (1997) complementa estas idéias dizendo da natureza da gestação de um corpo dentro do outro, envolvidos por uma só pele, e as verbalizações das gestantes revelam um sentir-se em evidência diante da condição “espaçosa e competente” de carregar e gestar alguém dentro de si.

A partir destes dados pode-se começar pensando a respeito do porquê antes do exame, os sentimentos estavam mais vagos e menos definidos e, logo em seguida, depois de no máximo duas horas, passaram a mais concretos. Por que somente depois do exame muitas das gestantes falam da satisfação de gestar? Porque só depois muitas referem consciência sobre o bebê se antes elas já sabiam que estavam grávidas? Primeiramente, é importante assinalar que pela idade gestacional da maioria das gestantes deste estudo, isto é, entre o meio e final do primeiro e início do segundo trimestre, elas não tiveram, além de alguns sinais físicos e do teste de gravidez, qualquer manifestação mais concreta da existência do bebê, nem pelo crescimento da barriga ou mudanças físicas mais expressivas, pela percepção dos movimentos fetais e tampouco pela ultra-sonografia, já que este exame estava sendo realizado pela primeira vez. Com isto se está dizendo que elas sabiam sim sobre a gravidez, tinham uma comprovação concreta pelo teste, mas sobre o bebê não, muitas delas nunca tinham sentido a sua presença. Assim, saber da gravidez, mesmo por uma prova concreta, não parece ser suficiente para que muitas gestantes se sintam grávidas. Parece que só podem se sentir como tal através da prova concreta da existência do bebê. Logo, poder-se-ia dizer que, ao longo da gravidez, o sentimento de estar grávida vai se tornando mais e mais real, e juntamente a este o sentimento de maternidade pode também, paulatinamente, ir sendo mais exercido. É também através da concretização do bebê que elas referem à satisfação pela natureza feminina; talvez seja só assim que elas podem se sentir mulheres, mães, quando vêem no seu corpo um outro corpo. Elas tiveram essa prova

com a ultra-sonografia, e para a maioria delas esta foi a primeira prova, já que apenas três haviam relatado movimentos do bebê.

A literatura nos diz que a construção da maternidade se inicia muito antes da concepção, desde as primeiras relações e identificações da mulher (Brazelton & Cramer, 1992; Klaus & Kennel, 1992; Szejer & Stewart, 1997; Stern, 1997), passando pela adolescência, e pela gravidez, propriamente dita. Contudo os dados deste estudo sugerem que a gestação não pode ser igualada a outras etapas anteriores da construção da maternidade - aqui algo de muito importante se instala, a existência real de um bebê. É esta consciência da gestante sobre a existência real do bebê que contribui para que os sentimentos maternos sejam definitivamente estabelecidos.

Após três semanas do exame, os sentimentos de maternidade apareceram nos relatos das gestantes mais intensificados que antes, mesmo entre aquelas que tinham referido antes do exame ainda não tê-los percebido, passaram a se perceber “*um pouco mais mães*”. É possível notar, diferentemente do momento logo após o exame, a ausência de conteúdos de concretização do bebê, passadas três semanas. Parece que a consciência da existência real do bebê adquirida na ultra-sonografia acabou por acionar os sentimentos maternos de forma ainda mais dirigida ao bebê, traduzindo-os sob a forma de preocupação com ele e com o papel materno.

As gestantes referiram também com mais afincos e detalhes a sua satisfação pela natureza feminina e pela possibilidade de gestar, relatando, inclusive sentimentos de triunfo com relação aos homens ou àqueles que não têm esta oportunidade. Mais uma vez, parece que o exame somado a um período de reflexão de três semanas serviu para uma maior elaboração da idéia da maternidade, tornando-a mais evidente no psiquismo da gestante. O fato de algumas gestantes terem também assinalado e diferenciado este período de grávida, de outros momentos anteriores em que cuidaram de outras pessoas também revela a singularidade da vivência atual.

Pode-se dizer, então, que a construção da maternidade começa antes, mas que há algo que acontece na gestação e, principalmente, no sentimento de gravidez instaurado após a certeza da existência do bebê que confere um outro estágio à maternidade, no qual as gestantes passam a descrever um sentimento materno mais definido, além de não só conhecerem seu estado de grávidas, mas sim se sentirem como tal e se reconhecerem como

mães daquele bebê. A ultra-sonografia, na medida que apresentou o bebê em um momento que muitas gestantes ainda não haviam tido uma comprovação concreta da sua existência, parece ter tido um papel importante nesta transição de um momento onde o centro era a própria gestante, para um estágio em que o próprio bebê passa a ser reconhecido como foco de atenção. O exame antecipa algo que ocorreria mais tarde, com a percepção dos movimentos fetais ou talvez também com as alterações corporais mais expressivas da gestante.

Apesar destas novas elaborações, decorrentes em parte do exame realizado, algumas gestantes mostraram que o sentimento materno ainda estava sendo sentido como confuso, e que seria diferente do que será futuramente após o nascimento do bebê. Klaus e Kennel (1992) e Rubin (1975) nos falam da gestação como um momento de reformulação de identidade para a mulher, durante o qual conteúdos inconscientes podem tornar-se conscientes, as relações podem ser re-configuradas e o espaço psicológico interno reordenado. Logo, o sentimento de confusão referido pelas participantes do presente estudo pode também ter raízes neste movimento de reestruturação psíquica, que confere à mulher durante a gravidez um estado de transição em diversos aspectos da sua vida: pessoal, conjugal, econômico e social.

Os dados deste estudo sugerem que durante a gestação, e mais precisamente, após a consciência da existência real do bebê, seja pelos movimentos fetais, seja pela ultra-sonografia, ocorre uma evolução da maternidade para um estado mais concreto e direcionado ao bebê, mas ao mesmo tempo esta ainda é sentida como confusa e diferente do exercício futuro imaginado para depois do nascimento do bebê. Esta proposição não apóia plenamente a idéia de que a gestação seria um estágio preparatório para a maternidade (Smith, 1999; Leifer, 1977; Raphael-Leff, 1997; Brazelton & Cramer, 1992; Szejer & Stewart, 1997; Bibring & cols., 1961), pois acredita-se que nesse momento já há um exercício de cuidado, proteção, preocupação, embora compatível com as atividades e necessidades próprias da gravidez. Obviamente esse exercício é diferente do que ocorre após o parto, quando o bebê acaba demandando mais ativamente os cuidados da mãe. Poder-se-ia concordar, então, que a gestação seria um período no qual ainda se está construindo a maternidade, mas que é diferente do antecedente, pois já existe concretamente um bebê e do posterior porque este ainda não nasceu. Stern (1997)

acrescenta que muitas transformações na identidade da mulher já começam antes do nascimento do bebê, mas após o seu nascimento estas ocorrem em maior número, além de causarem maior impacto. Segundo o autor, a construção da maternidade pode seguir, mesmo para algumas mulheres, após o nascimento do bebê, sendo necessária à sua consolidação o cumprimento de algumas tarefas psíquicas.

A construção da maternidade estaria acontecendo então desde as experiências infantis da mulher e seguiria durante a gravidez e até o puerpério, até que o papel materno pudesse ser mais consolidado, mas o tornar-se e sentir-se mãe não dependeria do nascimento do bebê e sim da consciência e da representação psíquica da existência real do bebê para a gestante, que, em geral, ocorre ainda durante o processo gestacional. A ultrasonografia parece facilitar que este estágio de consciência do bebê e do papel materno seja alcançado mais cedo na gestação. Cabe se perguntar até que ponto esta consciência só é antecipada ou também modificada, uma vez que este processo não foi investigado, no presente estudo, em mulheres que não tinham sido submetidas ao exame. Um artigo de Lowenkron (2001) que explora as novas configurações da maternidade, afirma que as mudanças provindas das revoluções sociais e tecnológicas atingiriam também a construção e a configuração do papel materno. Podemos então concordar que a ultra-sonografia repercute na maternidade, embora a intensidade deste efeito não pode ainda ser determinada.

Parte II

Apego Materno-Fetal: O Antes e o Depois da Ultra-sonografia

Nesta parte examina-se o apego materno-fetal antes e depois do exame ultrasonográfico. A **Escala de Apego Materno Fetal** (Cranley, 1981) foi aplicada antes da realização da ultra-sonografia e três semanas depois. Os escores obtidos foram submetidos a uma análise estatística através do teste Wilcoxon para verificar existência de diferenças significativas entre os totais dos dois momentos observados.

O Teste Wilcoxon é o equivalente não paramétrico do teste t de Student e é escolhido, conforme Siegel (1975), quando se tem duas amostras relacionadas e se deseja obter escores de diferenças que podem ser ordenados segundo seus valores absolutos. Ademais, baseia-se nos postos das diferenças intrapares, dando maior importância às diferenças maiores do que menores entre os pares, o que impede a anulação dos tratamentos entre si (Callegari-Jacques, 2003). A autora propõe, ainda, os critérios para a utilização desta prova, que são: as condições não atendem as exigências do teste t de Student, os dados são não independentes dentro do par, mas são independentes entre os pares, a variável é medida em uma escala intervalar ou ordinal, e as diferenças intrapares constituem uma variável contínua, de distribuição simétrica ao redor da mediana.

Para a apresentação dos resultados, a significância (p) será apresentada no seu valor real. Essa é definida como a probabilidade estatística de o teste de revelar uma diferença entre grupos ou uma associação entre variáveis tendo por base os resultados encontrados na amostra (Lewin, 1987). O critério escolhido para significância estatística foi $\alpha = 5\%$, sendo o p considerado $< 0,05$.

Para este estudo, os itens da escala que investigam comportamentos e/ou sentimentos a respeito da percepção dos movimentos fetais¹⁵ foram excluídos uma vez que não são apropriados para gestantes com idades gestacionais inferior a vinte semanas¹⁶. Mesmo as gestantes (G4, G5 e G7) que quando responderam à escala já tinham atingido esta idade gestacional, não tiveram suas respostas aos itens excluídos consideradas na análise.

¹⁵ Correspondem aos números das seguintes questões: 3, 9, 16, 17, 20, 21, 24.

¹⁶ A partir de aproximadamente vinte semanas de gestação, torna-se possível à gestante perceber os movimentos do bebê (Chudleigh & Pearce, 1992).

Outros estudos referiram a realização de um tipo semelhante de adequação, como o de Caccia & cols. (1991) que investigou gestantes no primeiro trimestre de gestação e, por isso excluiu itens sobre movimentos fetais e, o de Berryman (1993) que igualmente adaptou a escala em função da idade gestacional das participantes.

Resultados

A Tabela 2 apresenta média, desvio padrão e escores mínimos e máximos obtidos pelas participantes na Escala de Apego Materno-Fetal aplica antes e depois da ultra-sonografia. Como pode-se constatar o escore médio total obtido pelos participantes antes do exame foi menor ($M=61$; $dp=7,8$) do que três semanas depois do exame ($M=66,8$; $dp=8,0$). O teste Wilcoxon revelou diferenças significativas entre os dois momentos ($Z = -2,53$; $p = 0,01$) indicando que o apego materno fetal foi mais intenso após o exame do que antes do exame. Das 11 participantes, 10 obtiveram um escore maior na escala de apego materno fetal após o exame enquanto apenas uma gestante teve resultado inverso com escore mais alto antes do exame.

Tabela 2 - Média, desvio padrão e escores mínimos e máximos, antes e depois da ultra-sonografia.

	N	Mínimo	Máximo	M	dp
Antes do exame	11	44	74	61	7,82
Depois do exame	11	51	77	66,81	8,02

Discussão sobre o Apego Materno-Fetal Antes e Depois da Ultra-sonografia

A análise dos dados revelou que os escores de apego materno-fetal foram significativamente mais altos após a ultra-sonografia do que antes do exame. Estes resultados corroboram os achados de outros estudos que, através de entrevistas (Fletcher & Evans, 1983; Milne & Rich, 1981), questionários (Kohn & cols., 1980), diferentes escalas (Kovacevic, 1993; Michelacci & cols., 1988) e da própria escala utilizada no presente estudo (Caccia & cols., 1991) também verificaram uma intensificação no apego mãe-bebê após a realização da ultra-sonografia. De modo geral, estes autores salientaram que o

conhecimento sobre o bebê e a possibilidade de visualizá-lo provoca um aumento de bem-estar da mãe, além do aumento de sentimentos de afeto pelo bebê, o que, por sua vez, propicia uma relação mãe-bebê de melhor qualidade.

Assim, constata-se através dos dados do presente estudo, que após ver a imagem do bebê no monitor de ultra-sonografia e de ter notícias sobre seu bebê, as gestantes passaram a se vincular mais ao bebê e, por conseguinte, a emitir com mais frequência comportamentos de apego em relação a ele. Essa reação pode provir principalmente da concretização da gravidez e do bebê (Verny, 1986; Villeneuve & cols., 1988), ocorrida depois do exame de ultra-sonografia. No presente estudo, diz-se que é como se com o passar das semanas, o bebê fosse reconhecido como mais personalizado, sendo, portanto, mais “merecedor” da interação materna. O aumento do apego fez, então, com que as gestantes provavelmente dirigissem ao bebê mais frequentemente comportamentos de afeto e interação, como conversar mais com o bebê, imaginar mais ele, escolher o nome, imaginar-se cuidando dele, aspectos estes avaliados pela escala respondida pelas gestantes.

É importante salientar que o momento da realização da ultra-sonografia parece ser um fator importante na avaliação do apego materno-fetal. Por exemplo, quando a ultra-sonografia é realizada no terceiro semestre predomina mais a idéia de separação e discriminação entre a gestante e o bebê, como preparando-a para o parto (Villeuneuve, 1988), diferentemente da realizada no primeiro trimestre que acaba sendo um meio de concretizar a realidade da gravidez. No presente estudo, as participantes estavam, no máximo, no segundo trimestre de gravidez e, portanto, a ultra-sonografia pode ter tido uma conotação diferente do que se realizada mais tardiamente. Assim, o estabelecimento da relação mãe-bebê tende a ocorrer mais no período inicial e, principalmente, intermediário do ciclo gravídico, servindo o final mais como preparação para a separação e construção do bebê real (Maldonado, 1997; Raphael-Leff, 1991, 1997; Soifer, 1980). Logo, o apego materno-fetal medido no terceiro trimestre pode ter uma outra representação que não tão diretamente ligada aos elementos do estabelecimento do vínculo inicial mãe-feto.

Quanto ao procedimento de aplicação das escalas antes e depois da ultra-sonografia, alguns aspectos merecem ser discutidos. As participantes, na segunda aplicação da escala, referiram não lembrar muito de algumas das questões e nem das respostas emitidas por elas na primeira aplicação. Desta forma, as gestantes parecem não ter sido demasiadamente

influenciadas pelo que responderam antes do exame, já que não manifestaram lembrar da primeira aplicação. Além disso, três semanas depois, as gestantes não estavam mais sofrendo o impacto recente da vivência da ultra-sonografia, o que provavelmente poderia influenciar as respostas, em virtude do estado de confusão emocional que, geralmente, o exame causa. A imagem do bebê também recém visualizada poderia direcionar as respostas das gestantes para algo mais socialmente aceito; a culpa em manifestar menos sentimentos de afeto logo após ter visto o bebê possivelmente seria intensificada. Assim, o fato de o segundo momento da aplicação da escala ter sido depois de três semanas, e não logo em seguida do exame, parece ter favorecido respostas menos relacionadas às emitidas no primeiro momento de aplicação e mais livres do impacto confusional do exame, o que oferece mais fidedignidade aos dados. No entanto, as transformações internas e externas vividas pelas gestantes durante o período transcorrido entre as duas mensurações não foram controladas, o que compromete a atribuição dos resultados unicamente ao exame. Em relação à ordem de utilização dos instrumentos, optou-se, nos dois momentos de investigação, por manter a aplicação da escala antes das entrevistas para que suas respostas não sofressem a influência desta última, o que parece ter diminuído o provável viés que a entrevista acarretaria.

Com referência ao instrumento, a razão da sua escolha, em detrimento do Inventário de Apego Materno (Muller, 1993) que objetiva avaliar um conceito semelhante, se deve à larga utilização da Escala de Apego Materno-Fetal (Cranley, 1981) em estudos sobre relação mãe-bebê durante o período gestacional. Assim, apesar de alguns aspectos tanto metodológicos como psicométricos não terem sido ideais, os resultados do presente estudo revelam aspectos importantes das implicações da ultra-sonografia no apego materno-fetal.

***Discussão Geral sobre as Impressões e Sentimentos
sobre a Ultra-Sonografia e a Relação Mãe-Feto no Contexto de Normalidade Fetal***

Antes do exame, muitas gestantes mostraram sentimentos ainda incipientes e vagos sobre a relação mãe-bebê e a maternidade, além de uma impressão também indefinida quanto à imagem do bebê. Apesar de algumas mães terem referido já se sentirem experienciando a maternidade, se relacionando com o bebê ou vendo-o como mais personalizado, seus relatos traziam uma idéia constituída mais de conteúdos, expectativas e desejos conscientes e inconscientes sobre ela mesma e menos sobre o bebê.

Tendo em vista que as participantes estavam, em sua maioria, no primeiro trimestre de gestação, no qual os investimentos da gestante estão mais voltados à adaptação do seu estado gravídico e menos ao bebê (Cramer, 1992; Maldonado, 1997, Raphael-Leff, 1997; Soifer, 1980), os achados do presente estudo apóiam estas idéias. O bebê não ainda não existiria completamente no universo emocional materno, pois ela precisaria primeiro aceitar a presença deste novo ser dentro de seu corpo, para depois voltar a ele outras expectativas e desejos. Aí sim haveria espaço para sentimento materno propriamente dito e para uma relação mãe-bebê mais elaborada. Logo, este momento inicial para muitas gestantes parece ser caracterizado pela representação do bebê estar ainda inexistente ou muito vaga, por sentimentos de maternidade pouco definidos, muitas vezes relacionados a outras vivências passadas e por uma relação mãe-bebê ainda inconsistentemente estabelecida, caracterizada por estranhamento. No entanto, logo após o exame, percebeu-se uma diferença significativa nos relatos tanto no que concerne ao bebê, à relação mãe-bebê e também à maternidade. O bebê passou a ser visto como mais real e personalizado, o que parece ter tornado a relação mãe-bebê mais próxima, pois as gestantes manifestaram o surgimento ou a intensificação de sentimentos de afeto pelo bebê, além da intenção de aumentar os cuidados consigo mesmas, e o sentimento de maternidade se apresentou mais evidente, corroborando diversos estudos que também encontraram tais resultados (Baillie & cols., 1997; Caccia & cols., 1991; Fletcher & Evans, 1983; Garrett & Carlton, s.d.; Kohn & cols., 1980; Raphael-Leff, 1997; Sioda, 1984). Pode-se então atribuir estes efeitos diretamente ao exame, e não a uma evolução natural da gestação, uma vez que apenas duas horas antes, na entrevista que antecedeu o exame, as gestantes não haviam referido estas impressões. Assim, a ultrasonografia parece antecipar algumas características emocionais e de comportamento da

gestante para com o bebê, que provavelmente aconteceriam mais tarde, após a percepção dos movimentos fetais ou a manifestação mais expressiva de transformações físicas.

Poderíamos questionar como e por que o exame ultra-sonográfico teria esta capacidade de transformação tão rápida, e o que aconteceu de fato para que as repercussões emocionais observadas nas gestantes em relação ao bebê fossem tão expressivas. Examinando as impressões e sentimentos das gestantes referidos logo após o exame, percebe-se claramente uma idéia quase constante de ter se tratado de uma experiência bastante intensa e diferenciada. Esta intensidade apareceu tanto através das vivências positivas dirigidas ao exame – já que todas as participantes tiveram exames sem problemas - como devido à satisfação e ao alívio que foram repetidamente referidos nas verbalizações das gestantes. Indicadores da sobrecarga emocional daquele momento podem ser constatados nas falas das gestantes terem se sentido paralizadas, em choque ou confusas, percebido seus pensamentos bloqueados, além de um desejo de extravasar emoções, de não conseguir explicar o que se passou e, ainda, com dificuldades em acreditar no ocorrido. Para Caron (2000), as imagens que são apresentadas, de modo rápido e de uma só vez, poderiam desequilibrar o psiquismo por alguns instantes. Isto pode ter acontecido com várias das gestantes do presente estudo que parecem ter revivido experiências marcantes do passado e sentiram muita necessidade e desejo em compartilhar aquele momento com alguém. Parece que era preciso um cúmplice – expresso no desejo de que o companheiro estivesse presente - para lhe assegurar do ocorrido, para lhe trazer de volta à realidade.

Pode-se dizer que durante a experiência da primeira ultra-sonografia, o passado, o presente e o futuro se juntaram, não havendo tempo e espaço definidos, nem muita lógica nos pensamentos. O bebê talvez representasse outros bebês que não puderam nascer, ou que não chegaram nem a existir, pode ser também a própria gestante encontrando-se bebê, o companheiro dentro de si, e o pai presentificando o incesto. Para cada gestante, obviamente diferentes representações e associações, sobrepondo-se num curto espaço de tempo. Diante dessa sobrecarga emocional, se instaura uma nova visão do bebê, que passa a existir mais concretamente, desencadeando-se, então, uma maior aproximação ao bebê, e uma conscientização do papel materno, e da dependência daquele ser. É como se depois de enxergar o bebê, se tornasse mais difícil para a mãe negar a presença dele dentro do seu

corpo. Assim, tornam-se mais claros os efeitos da ultra-sonografia na visão da mãe sobre o bebê, na relação mãe-bebê e na maternidade.

Sobre a atuação médica durante o exame, as gestantes se mostraram bastante satisfeitas, o que reforça ainda mais a idéia de a ultra-sonografia ser sentida como uma experiência positiva. A literatura aponta a importância do nível de *feedback* do profissional para que a impressão da gestante sobre o exame seja, predominantemente, de contentamento (Cox & Cols., 1987). Dessa forma, entende-se que a competência profissional não deve ser somente técnica, mas também com relação à gestante. Para tanto é importante que haja treinamentos específicos e capacitação relacional para os médicos desta área, já que este relacionamento médico-paciente pode ser ainda melhorado.

Outro ponto a ser ressaltado diz respeito à presença do companheiro ou de alguma outra pessoa junto à gestante durante a realização do exame. Estudos salientaram que o vínculo conjugal aumentou depois de exames nos quais o companheiro pode estar presente (Zlotogorsky & cols., 1997) e que a participação no exame foi vista por alguns pais como uma das formas mais ativas e importantes para o sentimento de paternidade (Bornholdt, 2001). Assim, é importante se questionar a proibição da entrada de acompanhantes, e especialmente, dos pais durante a realização do exame ultra-sonográfico, que ocorre em algumas clínicas e hospitais. Sabe-se que essa postura impera na maioria dos hospitais públicos e que isso se deve ao elevado número de pacientes para serem atendidas, requerendo maior agilidade no procedimento, além do reduzido espaço físico onde são realizados os exames. Porém, diante das evidências do presente estudo e de outros relatados na literatura e compreendendo a importância emocional da ultra-sonografia para as gestantes, para os pais, para o casal, para os familiares, e conseqüentemente, para o bebê, sugere-se que esta postura seja revista nos locais de exames pré-natais. Isto teria repercussões muito positivas para todos os envolvidos, especialmente para a relação mãe-pai-bebê, presente e futura, sem custo financeiro maior.

Passadas três semanas do exame, houve um incremento no sentimento de concretização do bebê, além de a relação mãe-bebê ter sido intensificada e de o sentimento de maternidade ter sido mais incorporado. No entanto, estes três aspectos foram diferenciados pelas gestantes daqueles que elas imaginam para depois do nascimento do bebê, dando a idéia de evolução desde antes do exame, mas não de estagnação. Ou seja,

tanto a visão sobre o bebê, como a relação mãe-bebê e a maternidade vão seguir se integrando mais e, eventualmente até se desintegrando, dependendo do caso, durante a gestação e, numa dimensão diferente, também depois do parto. A ultra-sonografia foi um catalisador do processo, acelerando o percurso que cada mãe já tinha potencial interno para percorrer, tanto em nível psíquico como social, podendo, em algumas situações ambivalentes, também auxiliar na resolução em favor do bebê. Contudo o exame não pareceu um finalizador, nem um transformador tão radical de modelos de relações, que eventualmente já estavam estabelecidos ou que estavam por se estabelecer.

Poderíamos pensar, então, sobre os possíveis benefícios ou malefícios desta antecipação na qualidade da relação da mãe com o bebê. Alguns autores referiram que a precocidade das imagens ultra-sonográficas - caso estas fossem apresentadas antes da percepção dos movimentos fetais - levaria a uma ruptura no processo de fantasmática da gestante em relação ao bebê, repercutindo negativamente na relação da dupla (Courvosier, 1985, Soulé, 1987). Já outros que examinaram esta hipótese, não verificaram este efeito (Vulleuneuve & cols., 1988). Os resultados do presente estudo não apóiam a idéia de uma interrupção no processo de fantasmática devida ao exame. Ao contrário, parece que o exame levou a uma estimulação das fantasias da gestante, fazendo com que elas dispusessem de dados que, servindo à personalização do bebê, permitissem que este fosse mais imaginado e investido de novos desejos e sentimentos de afeto, além de merecedor de mais cuidados para preservar as boas condições de saúde diagnosticadas no exame. As mães passaram a imaginá-lo mais, a interagir mais com ele, e passaram a se preocupar também mais com o exercício do papel materno atual e futuro. Ademais, as diferenças estatisticamente significativas na avaliação do apego materno-fetal das participantes do presente estudo, antes e depois do exame, reforça o impacto positivo da ultra-sonografia na relação materno-fetal.

Logo, o exame parece ter possibilitado às gestantes perceberem o bebê como mais real, dedicando-lhe então momentos mais frequentes de interação, o que expressou uma relação mãe-bebê mais intensa, além do aumento no apego materno-fetal. O sentimento de maternidade também ficou mais evidente após o exame, fazendo com que houvesse uma maior consciência do papel materno. Tais resultados confirmam as expectativas iniciais propostas neste estudo.

Vale salientar, ainda, que a ultra-sonografia não parece ser capaz de modificar os padrões inconscientes de relação e de representação já estabelecidos pelas gestantes em relação ao bebê. As gestantes parecem seguir vendo o bebê a partir da sua subjetividade psíquica, embora a ultra-sonografia interfira em sentimentos ambivalentes e em idéias que estejam ainda vagas e indefinidas. Ou seja, ao personalizar o bebê, este traz a tona algumas resoluções e sentimentos que já estavam por eclodir. Os desejos e as expectativas seguem presentes, parecendo, inclusive utilizar os dados do exame para serem confirmadas nas idéias das gestantes. Podemos pensar, então, que a ultra-sonografia, com a concretização do bebê, acaba criando uma tela de projeção, que servirá de recipiente aos conteúdos internos da mãe, sejam estes positivos ou negativos. Percebeu-se, no entanto, que diante de sentimentos vagos ou ambivalentes, o exame parece reforçar os positivos em detrimento dos negativos - pelo menos no caso de exames sem diagnóstico de risco - enquanto transformações radicais destes sentimentos não foram observadas período examinado.

CAPÍTULO III

Estudo II: Impressões e sentimentos das gestantes sobre a ultra-sonografia e suas implicações para a relação materno-fetal no contexto de anormalidade fetal

O impacto emocional de um diagnóstico de anormalidade fetal na gestante e na relação mãe-bebê é bastante discutido na literatura, sendo destacados aspectos sobre o incremento das dificuldades da gestação (Raphael-Leff, 2000), o processo de luto pelo bebê e pela gestação ideal (Drotar, 1975; Irvin & cols., 1993; Klaus & Kennell, 1992; Lebovici, 1992; Moura, 1986; Quayle, 1996; 1997a; 1997b; Solnit & Stark, 1962), a ferida narcísica pela incapacidade de gerar um filho saudável (Caron e Maltz, 1994; Ramona-Thieme, 1995), além das possíveis dificuldades instauradas na relação da mãe com o bebê caso este sobreviva (Pelchat, 1992; Sinason, 1993; Sukop & cols., 1999). Entre os estudos revisados, poucos examinam especificamente o impacto da ultra-sonografia nas impressões e sentimento maternos neste contexto. Algumas investigações apontaram que nestes casos não foi verificada uma redução da ansiedade materna após o exame, como ocorreu com gestantes em condições de resultados normais (Kowalcek & cols., 2003). Além disso, foram expressos, nos discursos das gestantes, sentimentos de ambivalência em relação a ter realizado a ultra-sonografia, mas mesmo assim predominaram manifestações de satisfação sobre o exame (Deutrax & cols., 1998; Gotzmann & cols., 2002). Em situações de risco para anormalidade fetal, os sentimentos maternos ficaram relativamente suspensos até que fosse confirmado que o bebê era saudável (Roelofsen & cols., 1993).

Diante da inquestionável relevância da ultra-sonografia como importante recurso do pré-natal, a extensa revisão da literatura realizada por Baillie e cols. (1997), sobre os efeitos psicológicos deste exame, sugeriu a necessidade de mais estudos envolvendo a repercussão emocional em gestantes que apresentam fatores de risco ou diagnóstico de anormalidade fetal e em sua relação com o bebê. Nesse sentido, o presente estudo buscou investigar as impressões e sentimentos das gestantes sobre a ultra-sonografia e suas implicações para a relação materno-fetal no contexto de anormalidade fetal.

Espera-se que as gestantes com diagnóstico de anormalidade fetal tendam a representar o momento da ultra-sonografia como mais ansiogênico e/ou ameaçador, na medida que foi através dele que “os defeitos” de seu feto se tornaram reais. O diagnóstico de anormalidade fetal poderá trazer à tona fantasias da gestante sobre sua incapacidade de ter uma gravidez normal, além de representar concretamente uma ameaça, pois pode mostrar que, a qualquer momento, poderá ocorrer um fracasso na sobrevivência do bebê. A relação mãe-feto deve ficar, então, prejudicada, podendo o feto ser negado e rejeitado por algumas mães. Para outras, será motivo para superproteger e idealizar o feto, como uma forma de afastar a possibilidade real da morte. Os sentimentos maternos devem ficar relativamente suspensos até que haja mais certeza de que o bebê vai sobreviver.

Método

Participantes

Participaram deste estudo três gestantes cujos bebês apresentavam diagnóstico confirmado de anormalidade fetal. Todas as malformações eram isoladas compatíveis com a vida e sem alterações cromossômicas associadas. O diagnóstico havia sido comunicado a elas em um outro hospital, quando, então, foram referidas à equipe de Medicina Fetal do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, que se constitui em um centro de referência para estes casos. Em todos os casos o diagnóstico havia sido dado há aproximadamente três meses, variando em uma ou duas semanas de uma gestante para outra. As gestantes eram todas primigestas, e foram denominadas neste estudo Alessandra, Clara e Janice¹⁷. A primeira delas, Alessandra, tinha 27 anos, era enfermeira, nível superior completo, e estava com 34 semanas de gestação. Ela era noiva de Sérgio, 30 anos, comerciário. Desde a ocasião do diagnóstico do bebê, Sergio rompeu o relacionamento com a Alessandra. A segunda gestante investigada chamada Clara tinha 30 anos, era comerciarista, tinha o segundo grau completo, estudava em um curso técnico na área de saúde e estava com 35 semanas de gestação. Ela era casada há quatro meses com César, 32 anos, agricultor. Por fim, a terceira gestante chamada Janice, tinha 21 anos, era comerciarista e estava com 28 semanas de

¹⁷ Estes nomes, assim como quaisquer outros nomes próprios apresentados neste estudo, são fictícios para preservar a real identidade das participantes.

gestação. Ela mantinha um relacionamento estável há sete anos com Mauro, 21 anos, desempregado. A Tabela 3 apresenta algumas características das gestantes e dos bebês.

As participantes foram recrutadas a partir do agendamento para a primeira ultrasonografia obstétrica a ser realizada no Serviço de Medicina Fetal do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Um caso foi excluído em razão da baixa qualidade do material de áudio que impossibilitou uma boa transcrição.

Tabela 3 – *Dados demográficos das gestantes*

	Idade	Escolaridade	Ocupação	Paridade	IG ¹	IG ²	Diagnóstico fetal
Alessandra	27	3º grau completo	Enfermeira	primigesta	34	21	Meningomielocele
Clara	30	2º grau completo	Comerciária	primigesta	35	23	Meningomielocele
Janice	21	2º grau incompleto	Comerciária	primigesta	28	17	Gastrosquise

¹ Idade gestacional na data da entrevista; ² Idade gestacional na data do recebimento do diagnóstico de anormalidade do bebê

Delineamento e Procedimentos

Foi utilizado um delineamento de estudo de caso coletivo (Stake, 1994). Em cada caso foram investigadas as impressões e sentimentos das gestantes sobre a ultra-sonografia, bem como suas implicações para a relação materno-fetal.

Na reunião da equipe de Medicina Fetal do HCPA, a pesquisadora tomava conhecimento dos casos e entrava em contato com as gestantes, através do telefone, convidando-as para virem ao hospital, em um horário diferente dos destinados a exames e/ou consultas, para participar do presente estudo. Todas as três contatadas aceitaram participar. O **Consentimento informado** era assinado pelas participantes e a **Ficha de dados demográficos** preenchida pela pesquisadora. As gestantes eram solicitadas a responder a **Entrevista sobre a história obstétrica da gestante**, a **Entrevista sobre a história obstétrica familiar da gestante** e a **Entrevista sobre a ultra-sonografia obstétrica e a relação materno-fetal**. Por último as gestantes respondiam a **Entrevista sobre a gestação e expectativas da gestante**.

É importante salientar que a duração desse encontro variou de, no mínimo, uma hora até duas horas e meia, e incluiu para todas as gestantes, uma abordagem mais clínica por parte da pesquisadora, com intervenções psicoterápicas, quando necessário, principalmente ao final da entrevista e depois do término desta. Foram abordadas questões

relativas a esclarecimentos do problema do bebê e manejo com ele após o nascimento, necessidade de cuidados consigo mesma em relação também ao seu estado emocional, como se permitir chorar quando sentissem necessidade e pedir ajuda de amigos, familiares e até profissionais, seus sentimentos de culpa sobre o diagnóstico, além de se incentivar a gestante a questionar os médicos sobre o que ainda não estava compreendido por elas. Ademais, foram trabalhados aspectos sobre os repetidos e inúmeros exames aos quais as gestantes eram submetidas e a quantidade de médicos que, em geral, as examinavam a cada consulta no hospital, sendo necessário que a pesquisadora escutasse e tolerasse os questionamentos e as angústias decorrentes destas situações, enfocando inclusive o seu próprio papel naquele momento.

A todas as participantes foi oferecido, nesta mesma ocasião, acompanhamento psicológico gratuito pela autora deste estudo, caso sentissem necessidade de acompanhamento no parto e pós-parto. Depois da entrevista e antes do parto, as três gestantes entraram em contato por telefone com a autora, solicitando mais alguns esclarecimentos sobre o bebê e sobre o parto, sendo que duas delas, Alessandra e Clara, solicitaram acompanhamento no momento do parto. Estas foram vistas então, desde a sua chegada no hospital, acompanhadas no pré-parto e durante todo o trabalho de parto. No pós-parto, o acompanhamento destas gestantes e de seus bebês teve seguimento, em uma frequência média de duas vezes na semana, dependendo do período de evolução do bebê e das necessidades de cada gestante, até a alta dos bebês. Janice também recebeu acompanhamento durante a internação do bebê na unidade de terapia intensiva da neonatologia.

Instrumentos

Consentimento informado (GIDEP, 1998a): este documento visou informar a participante dos objetivos do estudo de forma sucinta, bem como das etapas da pesquisa. Foi assinado em duas vias pela participante, que ficou com uma cópia, deixando que a outra ficasse aos cuidados da pesquisadora. Cópia no anexo A.

Ficha de dados demográficos (GIDEP, 1998b): visou obter os dados de identificação das participantes, tais como sexo, idade, estado civil, escolaridade, profissão e endereço. Alguns dados desta ficha serviram à comprovação de que as participantes preenchem os critérios de inclusão da amostra da presente pesquisa. Cópia no Anexo B.

Entrevista sobre a história obstétrica da gestante (Gomes & Donelli, 2001): investigou questões referentes à história obstétrica da gestante e às suas condições de saúde bem como obter informações sobre os dados da história obstétrica das mulheres de sua família. Alguns dados desta ficha foram usados para caracterizar as participantes desta pesquisa, quanto a sua história obstétrica. Cópia no Anexo C.

Entrevista sobre a ultra-sonografia obstétrica e a relação materno-fetal (Gomes & Piccinini, 2001): buscou examinar as impressões e os sentimentos das gestantes em relação à ultra-sonografia, e suas implicações na relação mãe-feto. Algumas questões foram direcionadas ao momento no qual foi realizado o exame, referindo-se, então, às impressões e aos sentimentos de forma retrospectiva (*O que você achou do exame?; Você esperava que fosse diferente? o quê?; Como você se sentiu durante o exame?; Que imagens chamaram mais sua atenção?; Como você se sentiu diante destas imagens?; Que pensamentos lhe vieram à cabeça no momento em que via estas imagens?; O que você achou do seu bebê?; O que mudou na sua visão sobre seu bebê?; Quando você viu o seu bebê, o que você sentiu?; Qual foi o sentimento mais forte que você sentiu durante o exame?; Você já tinha sentido isto antes?, etc.*). Outras se reportaram ao momento atual, já passado um determinado tempo do exame (*O que você mais lembra da ultra-sonografia ainda hoje?; O que você ficou pensando depois da ultra-sonografia, nestes últimos tempos?; Você acha que mudou alguma coisa depois da ultra-sonografia, em você, na sua família, com o seu bebê?; Como você descreveria seu bebê hoje?; Como tem sido a sua relação com seu bebê?; Você acha que sua relação com o bebê mudou depois da ultra-sonografia?; Você se sente mãe?; Como é esse sentimento?, etc.*). Além disso, investigou o impacto do diagnóstico de anormalidade fetal nas gestantes e na relação mãe-bebê (*Que problemas foram identificados durante o exame?; Como você se sentiu ao receber esta informação?; Como você está se sentindo?; Quais foram os achados do médico?; Como você se sentiu ao receber os resultados?*). Tratou-se de uma entrevista semi-estruturada, que foi gravada e posteriormente transcrita. Cópias no Anexo E.

Entrevista sobre a gestação e expectativas da gestante (GIDEP, 1998c): esta entrevista investiga aspectos bastante amplos da maternidade na gestação e sobre as expectativas quanto ao futuro exercício do papel materno. A entrevista era semi-estruturada e investigou temas como a gestação, o relacionamento da gestante com a família e com o marido, a relação pai-bebê, e a relação mãe-bebê atual e futura. Estes temas eram apresentados à gestante através de questões principais e, quanto necessário, caso a resposta não atendesse ao que era investigado, eram feitas sub-questões, já previstas na entrevista. Para este estudo, foram utilizados somente as questões relacionadas com os sentimentos e expectativas da gestante em relação à maternidade e ao bebê (*ex. como te sentiste ao receber a notícia da gravidez? como tu te imaginas como mãe? como tu te imaginas atendendo teu bebê?*). A entrevista foi gravada e posteriormente transcrita. Cópia no Anexo F.

Resultados

Os dados foram analisados através de análise de conteúdo qualitativa (Bardin, 1977; Laville & Dionne, 1999), a qual possibilitou a reconstrução do material colhido através de uma compreensão psicodinâmica a partir do modelo psicanalítico. Para tanto utilizou-se de todo material coletado durante a realização da **Entrevista sobre a ultra-sonografia e a relação materno-fetal** e da **Entrevista sobre a gestação e expectativas da gestante**.

Em um primeiro momento, foram examinadas as singularidades e os aspectos subjacentes envolvidos em cada um dos três casos, examinando-se mais especificamente quatro eixos temáticos: 1) A ultra-sonografia e o diagnóstico de anormalidade; 2) O bebê com anormalidade; 3) A relação mãe-bebê; e, 4) A maternidade no contexto da anormalidade fetal. Num segundo momento, analisou-se os aspectos comuns dos casos estudados. Cada um dos três casos investigados serão apresentados, separadamente, iniciando por um breve histórico e, a seguir, analisando as falas das gestantes a partir dos quatro eixos temáticos.

Caso Alessandra

Breve Histórico

Alessandra tinha 27 anos, era primigesta, estava com trinta e quatro semanas de gestação, tendo engravidado de forma acidental por falhas no uso do preservativo que rebentou durante a relação sexual. Não havia conhecimento de história prévia de anormalidades fetais na família do casal. Com quadro de epilepsia desde os nove anos de idade e medicação controlada desde os vinte e três anos, Alessandra foi orientada, mesmo após o resultado positivo de gravidez, a continuar a medicação, com doses reduzidas, uma vez que a droga podia causar malformações fetais. Sua primeira ultra-sonografia obstétrica foi realizada em uma clínica particular em Porto Alegre, quando ela estava com doze semanas de gestação e apresentou resultado normal.

Ela estava na vigésima-segunda semana gestacional, quando foi submetida a um segundo exame ultra-sonográfico, cujo diagnóstico informou que o bebê, chamado de Caio, era portador de meningomielocelo¹⁸. Nesta ocasião, ela estava acompanhada de Sérgio, o pai do bebê, em um outro estado onde residia no momento. Alessandra havia se mudado para lá há seis meses aproximadamente, a fim de estar mais próxima do companheiro, com quem mantinha um relacionamento estável há um ano e meio. O casal pretendia em breve unir-se em concubinato e só não o tinha feito em razão dos empregos, ele comerciante e ela enfermeira, serem ainda em cidades diferentes, apesar de próximas. Por enquanto, moravam separados, mas mantinham contato aos finais de semana, enquanto aguardavam a já esperada transferência de Alessandra para a cidade de Sérgio.

Dez dias depois da notícia do diagnóstico, o companheiro mudou-se repentinamente para uma localidade desconhecida, sem avisar nem mesmo a sua própria família. Alessandra também parou de trabalhar e depois de tentar diversos contatos com Sérgio, acabou retornando à sua cidade natal, no interior do Rio Grande do Sul, para a casa de seus pais. Mudou-se em seguida para Porto Alegre, a fim de ser acompanhada pela equipe do

¹⁸ Esta anormalidade, também conhecida como espinha bífida, se caracteriza por uma falha no fechamento do tubo neural, que normalmente ocorre na sexta semana de gestação, acarretando inadequação nas vértebras e pele que cobre a coluna (Nicolaides, Sebire & Snijders, 2000). As conseqüências podem ser motoras, especialmente paralisia ou disfunção de membros inferiores e/ou neurológicas, como dificuldade de aprendizagem e incontinência. O nível de severidade das seqüelas depende, principalmente, do tipo,

Serviço de Medicina Fetal no HCPA. Durante o ciclo gravídico, às trinta e uma semanas de gestação, teve uma internação neste hospital, em razão de uma crise de cálculos renais, durante a qual teve muitas dores, tendo, inclusive, sido impedida de receber muitas medicações analgésicas em função da gravidez.

A ultra-sonografia e o diagnóstico de anormalidade

Ao se referir ao segundo exame de ultra-sonografia, Alessandra salientou que as suas principais expectativas na época eram saber o sexo do bebê. Conta que ela e Sérgio estavam bastante ansiosos pelo momento do exame, já que iriam, pela primeira vez, juntos ver o bebê *“e a gente tava assim, quando a gente tava esperando ficava na expectativa assim de saber se era guri ou guria, né, e a gente entrou bem contente, né, pra fazer assim o exame, daí no que eu deitei assim ele tava do meu lado”*. Ela descreve com visível contentamento os preparativos para a ultra-sonografia, e, principalmente o investimento e o cuidado do companheiro em relação a ela e ao bebê *“o tempo que a gente tava esperando pra fazer o exame, (...) ele saiu e voltou com um litro de iogurte pra mim, queria que eu tomasse (...) porque ele ficava assim preocupado comigo e com o nenê (...) ele saiu também pra comprar uma fita (pra gravar o exame), voltou com a fita bem animado assim (...) e a gente pegou até o catálogo que tinha que a gente podia escolher uma roupinha”*.

Durante o exame, Alessandra diferencia o momento inicial, no qual foi informado o sexo do bebê em que predominaram sentimentos de satisfação *“daí ele disse assim ‘ah, vocês já sabem o que que é? Querem saber? (...) a gente disse que sim (...) daí ele falou ‘é um guri’, a gente ficou contente”* do momento que começou a perceber uma mudança de postura e expressão do médico, quando, então, passou a ficar muito preocupada *“só que logo depois ele continuou fazendo, começou a fazer, a medir o bebê e fazer, só que ele ficou quieto assim, sabe, então ele não falou mais nada, ficou quieto assim ficou fazendo e a gente, daí eu comecei a ficar preocupada, porque não falava, não falava nada assim, né, eu fiz até uma pergunta, daí ele não respondeu logo, (...) saiu e daí ele chamou um outro médico, que eu acho que era mais específico assim de má-formação, alguma coisa, (...) a gente assim se preocupou muito (...) aí os dois começaram a ver ‘é’, ‘é’, sabe, aquela coisa e eu fiquei apavorada, porque não falavam, não falavam muita coisa e ao menos tempo os dois ‘é’, ‘é’, assim, né”*. A gestante referiu que este

localização e extensão da lesão e da presença ou não de anomalias cromossômicas associadas (Reece, Hobbins, Mahoney & Petrie, 1996; Sauerbrei, Nguyen & Nolan, 2000).

tempo de preocupação foi demasiadamente longo, que achou muito demorada a notícia dos médicos, uma vez que ficaram muito tempo olhando a imagem da coluna do bebê sem dizer nada ao casal, só conversando entre eles e que tudo isso foi suficiente para que ela percebesse que havia algo de errado e que devia se tratar, ainda, daquela região das costas do bebê *“ele ficava daí só olhando a coluna, a coluna e a gente ficava mais nervoso ainda porque ele só ficava olhando a coluna e atrás assim, né, (...) sabe, sem ele falar, pra ele não ter dito logo, eu logo vi, né, que tinha alguma coisa que não tava certo porque daí ele começou a focar mais aonde tinha o problema na coluna, aí eu vi, sabe. Eu quero dizer, eu mesmo fiquei sabendo antes dele ter dito, porque eu entendi, né, eu comecei a ver que ele tava vendo só mais ali, daí eu notei, né que tinha alguma coisa”*.

Contou, então, que depois desse momento, eles explicaram o que estava acontecendo, informando o diagnóstico de meningomielocele, e ressaltaram a necessidade de se fazer um outro procedimento mais específico *“disse que eu tinha que fazer mais uns exames detalhados assim”*. Alessandra não refere muitos sentimentos relativos a este exato instante em que recebeu a informação, até as palavras do médico que comunicaram o diagnóstico, ela diz *“ele disse da coluna, do problema”*, mas não refere verbalizações mais completas, a não ser sobre o seu sentimento de incompreensão do porquê aquilo havia acontecido *“eu perguntava por que? Por que que tava acontecendo aquilo?”*. Comentou mais a respeito do momento logo em seguida do exame, o impacto em receber algo novo, para o que ela não estava preparada, levando primeiro a um estado de choque pela mudança abrupta do sentimento de felicidade para o de susto e tristeza *“só que eu sai de lá com, eu e ele a gente saiu muito mal, muito assustada assim, ah (...) eu com o macacão sem abotoar até, a gente entrou lá pra ver se era menino ou menina, antes era uma expectativa assim a gente entrou bem contente, aí a gente saiu de lá totalmente perdido assim (...) me assustei a gente só chorava, a gente saiu chorando de dentro da (...) eu e ele, né, então foi uma coisa assim que a gente saiu chorando de lá”*. Apontou ainda um sentimento de culpa por ter continuado a medicação anticonvulsivante, a que provavelmente se devia a causa da anormalidade fetal. Esta medicação tinha sido indicada em menor dose pela médica da gestante que até pensou em parar, mas resolveu seguir as suas orientações, o que a fez sentir-se culpada diante do diagnóstico *“que provavelmente o problema maior é por causa do meu medicamento, [o médico] falou assim, mas que não podia dizer com certeza, mas que provavelmente era isso, se não tinha nenhuma história em família (...) ah, eu fiquei muito triste, eu me culpei muito (...) porque logo que*

eu soube que eu tava grávida eu falei com a médica e ela disse que era pra mim diminuir [o remédio] pro nenê não vim com problema, daí eu lembro que eu já disse assim pra ela ‘não, mas eu acho que agora eu posso parar com tudo assim, né porque eu tenho medo de alguma coisa’. Daí ela ainda me disse que não, que não era pra mim me preocupar e que eu parasse devagarinho como ela tinha dito (...) então quando eu sai do consultório lá que a gente ficou sabendo eu, eu me culpei muito assim por não ter parado de vez”.

Ainda em relação à ultra-sonografia, e mais especificamente em relação ao médico que fez o exame, Alessandra lamentou que ele não tivesse mostrado outras partes do bebê tanto quanto mostrou a coluna “*a nossa vontade era de ver o nenê todo, né, a gente queria ver assim o rostinho, ver tudo assim, né (...) ele ficava daí só olhando a coluna, a coluna e a gente ficava mais nervoso ainda porque ele só ficava olhando a coluna e atrás assim (...) eu, a gente, parecia que a gente queria ver mais o nenê todo pra ver se não tinha mais nada de errado assim (...) mostra mais só a coluna, a parte que tá mais com problema mesmo”.* Ademais, na sua opinião, ele também forneceu poucas informações sobre o problema, especialmente a respeito das implicações e da possibilidade de hidrocefalia, as quais teve que descobrir sozinha, por meio de leituras, e através de outros exames e médicos. Além disso, no laudo ele apresentou dados que não tinham sido ditos no momento do exame causando bastante confusão e solidão para o casal “*eu achei que ele explicou pouco, nesse primeiro, nessa primeira ecografia (...) porque quando a gente chegou, daí a gente viu que ele tinha escrito assim, né, da alteração do cerebelo e tal, então ali a gente se apavorou assim a gente ficou muito assustado porque (...) na hora ele não disse (...) ele disse da coluna e que tinha que fazer mais uns exames detalhados assim. Então ele não tinha dito nada (...) eu vi sozinha. Então quando eu li foi muito ruim, sabe, porque eu tava sozinha e ele [marido], eu e ele, né, daí a gente ficou assim sem saber se, o que queria dizer isso ou não, né, até hoje eu queria saber, sabe, até hoje tem, eu não sei ainda um monte de coisa”.*

Em relação às repercussões do exame, a gestante referiu ter percebido mudanças nela própria, tais como não conseguir mais dormir direito, ter dores de cabeça e sentir-se tensa “*eu senti assim nos primeiros dias foi assim que eu tive um pouco de dor de cabeça, mas eu acho que até pela tensão que eu tava, não dormia, (...) eu cheguei a acordar várias noites assim logo depois, dessa ecografia eu gritei de noite assim, sabe, eu me acordei assim e isso eu sempre me lembro assim, porque foi muito ruim”.* No entanto, a implicação mais enfatizada no discurso de Alessandra diz respeito à dificuldade do casal de lidar com a situação, e ao afastamento e subsequente abandono do companheiro “*a gente saiu chorando de lá e desde ali*

assim o nosso relacionamento não ficou bem (...) desde aquele dia (...) a gente não conseguia se ajudar porque eu precisava que ele me ajudasse e ele precisava que eu ajudasse ele também, porque ele não entendia nada e ao mesmo tempo assim eu acho que a gente precisava de alguém ali. Não sei, foi uma coisa assim que hoje eu penso né, porque mudou muito pra gente que a gente tava bem (...) então desde ali a gente ficou mais, ficou diferente porque a gente só chorava assim (...) aí dum dia pro outro assim eu não vi mais ele, ele sumiu com tudo assim". Ela contou que Sérgio foi embora na véspera da outra ultra-sonografia solicitada pelo médico, a qual serviria para ver mais detalhadamente o problema do bebê e que eles tinham combinado de irem juntos, mas que neste dia ele não atendeu mais o telefone e saiu da cidade *"Não voltou mais. Ele desligou o telefone na mesma noite, ele tinha o celular, aí eu tentei ligar pra ele de noite, ele tinha dito que ia vim, fiquei preocupada, aí eu ligava e chamava e ninguém atendia (...) eu sei que no outro dia eu liguei pra irmã dele, daí eu falei, 'aí eu queria falar com o Sérgio, né, porque ele não veio aqui, eu não sei o que aconteceu", daí ela me disse 'olha a gente não sabe o que aconteceu, mas a gente só sabe que ele sumiu' (...) e até hoje eles não sabem onde ele tá direito (...) e foi muito triste assim porque eu, eu não queria acreditar, não queria acreditar, porque no dia que eu mais precisava, que eu ia fazer o exame mais detalhado, né, mas até hoje".* Alessandra salientou a necessidade que tinha de ter alguém presente nos exames, e que ficar sozinha não lhe parecia possível *"a ecografia pra mim, ela foi muito difícil aquele dia que a gente foi junto, que ele foi junto, então, quando eu fui fazer a outra ecografia mais detalhada, eu não ia conseguir ir sozinha, sabe, eu não ia suportar assim ouvir mais coisa e não ter ninguém".* Sobre esta nova ultra-sonografia, a gestante diz que a forma de comunicação do médico lhe pareceu mais clara e tranquilizadora *"fiquei bem mais tranqüila assim (...) ele me deixou mais calma, me explicou melhor as coisas, coisas que eu poderia ter ficado sabendo antes",* o que na idéia de Alessandra, se tivesse ocorrido no exame anterior, poderia ter evitado o abandono do companheiro *"talvez tivesse sido diferente".*

Quando questionada sobre se a sua escolha teria sido realmente por ter feito a ultra-sonografia, ou na verdade ela teria preferido não saber do diagnóstico antes do nascimento, Alessandra se mostra ambivalente dizendo que até queria, mas que as implicações deste conhecimento em si mesma e no companheiro lhe foram tão sofridas que até duvida do benefício do exame *"talvez seria pior se não soubesse, se soubesse depois, né, mas eu não sei, porque até então, até antes de fazer naquele dia, eu tava mais contente, ah eu fazia coisas assim, eu tirava mais fotos, sabe (...) tipo assim, hoje, tem uns dias que eu não tô legal e se alguém vier tirar*

uma foto, eu não quero tirar, e antes eu tirava mesmo com a cara emburrada, isso mudou pra mim (...), por outro lado fica difícil assim, talvez se, talvez se a gente não tivesse sabendo a gente tivesse junto hoje”. Quando se refere à primeira ultra-sonografia quando ainda não havia sido informado o diagnóstico de anormalidade fetal, a gestante reforça esta idéia ambivalente de que talvez por detrás do sentimento de querer saber, existisse um não querer “daí eu fiz a primeira ecografia aqui com o meu pai junto, e foi muito legal (...) ai, não foi visto o problema do bebê (...) eu não fico mal assim com isso, porque ao mesmo tempo foi a primeira ecografia que eu fiz e de repente era pra mim não saber, porque foi muito legal assim de ver o nenê se mexendo, ver as mãozinhas, ver os pezinhos (...) e aquela imagem eu sempre me lembro assim, (...) essa ecografia gravou um monte assim pra mim pelo lado bom de ter visto o bebê sabe, apesar de hoje assim, foi tão legal”.

Algumas situações envolvendo os diversos tipos de exames que realizou e os contatos com médicos permaneceram sendo sentidos como ameaçadoras no discurso de Alessandra que referiu sentir-se incomodada e exposta diante da sistemática de alguns profissionais do serviço público de saúde “*exposta assim (...) eu não tava acostumada a chegar assim no consultório e alguém me dizer, aí tira toda a roupa, senta aqui e fica esperando*”, principalmente aqueles que, por inexperiência, não entendiam sobre o problema “*mais novo assim que não entendia o problema do nenê, tanto que eu tive que explicar, tanto que foi muito ruim pra mim, eu tinha vontade de colocar minha roupa e ir embora*” e/ou que demonstraram explícita curiosidade em relação ao seu caso “*sei lá eu me senti que eu tava sendo estudada*”¹⁹. Já outras experiências, ocorridas no mesmo hospital, porém com médicos vistos como mais competentes e seguros foram sentidas de forma positiva “*ele me explica direitinho, eu me sinto mais segura*”.

O bebê com anormalidade fetal

A respeito da sua imagem sobre o bebê, Alessandra refere que sempre imaginou que ele fosse do sexo masculino, o que acabou se confirmando na ultra-sonografia e lhe deixando bastante satisfeita “*a gente sempre achou que era guri, né, daí ele falou “é um guri”, a gente ficou contente*”. Diz que após o primeiro exame, quando viu o bebê realizando diferentes movimentos e teve uma impressão saudável dele e não recebeu nenhuma

¹⁹ A partir desta verbalização, o papel da pesquisadora deste estudo, foi discutido com a gestante, o que possibilitou que ela externalizasse suas angústias a respeito da sua exposição nestas situações .

informação indesejada - ficou imaginando mais dados sobre o bebê, especialmente curiosidade em saber o sexo, o que a fez então procurar a segunda ultra-sonografia *“pra ver se era menino ou menina (...) a primeira coisa assim que nós queria saber era se era menino ou menina”*. A partir daí, passou a dirigir ao bebê muitas preocupações *“depois eu mudei um pouco parece que eu me preocupei muito mais”*.

Quando questionada sobre como imaginava o bebê, Alessandra respondeu ter a impressão de que ele seria mais parecido com o pai *“eu acho assim, eu acho que ele tem um cabelinho mais escurinho, mais pretinho assim, porque o meu é mais claro, mas eu acho que ele é mais parecido com o Sérgio porque o Sérgio tem o cabelo bem preto, então eu acredito que ele tenha um cabelo mais escurinho. O olho eu não sei, assim, se ele for parecido com ele vai ser bem bonitinho”*, além de ter salientado características de beleza e perfeição, deixando que o problema ficasse bem ao final da verbalização, parecendo de menor importância *“ai e tem assim as mãozinha bem bonitinha também, assim os pezinhos, tudo assim bonitinho, só tem o problema mesmo é na coluna”*. Sobre suas características emocionais e de comportamento, a mãe enfatiza que Caio vai ser muito de mexer os pés, impressão esta que advém do contato que já estabelece com ele através dos movimentos fetais *“de jeito eu acho que ele vai nascer e não vai parar de mexe os pés sabe, porque ele mexe muito os pés e eu acho que quando, quando eu fizer assim, alguma coisa (...) ele vai ficar batendo na minha mão depois que ele nascer, por causa que eu sempre faço isso né”*.

A relação mãe-bebê

A relação com o bebê, segundo Alessandra, passou a se modificar desde a primeira ultra-sonografia, que segundo ela, fez com que ela conversasse mais com o bebê *“foi dali que eu comecei a conversar mais porque daí eu começava a falar assim, que eu sabia que ele tava se mexendo um monte mas que eu não sentia”*. Já após a segunda ultra-sonografia, quando ela ficou sabendo do diagnóstico de anormalidade de Caio, a mãe refere que as mudanças foram mais em razão do seu estado emocional de tensão e tristeza, mas que não deixou de interagir com o bebê *“a relação nossa com o bebê não mudou, só que a gente ficou muito triste, né, a gente não tava conseguindo assim, a gente tava com muita dúvida”*. As maiores mudanças, na sua opinião, ocorreram após o abandono de Sérgio, quando ela passou a se sentir ainda mais triste. Desde então, sentiu-se ainda mais próxima do bebê, uma vez que naquele momento só existiam os dois *“foi aquele momento assim que eu me senti totalmente sozinha (...)”*

foi aí que eu comecei a ter uma relação bem maior com o bebê”. A mãe referiu preocupações de que seu estado de tristeza profunda viesse a interferir negativamente no bebê, o que a fez instaurar algumas estratégias para lidar com a situação, como, por exemplo, conversar e explicar sempre tudo que estava acontecendo para o bebê, tendo a certeza de que ele a ouviria “falar muito disso, então eu sempre me preocupava em falar muito disso porque eu sabia que ele tava ouvindo né”; oferecer a ele suas forças “eu sempre comentava assim pra ele não ficar muito triste com isso que era pra ele assim o máximo que ele pudesse tirar de mim pra ficar forte, era pra ele tirar”; além de combinações comportamentais “é e eu fiquei mais preocupada ainda com o nenê porque daí eu não queria ficar triste por causa do bebê (...) porque eu sabia que ele ia sentir também, então eu lembro que eu disse que não era pra ficar triste, que quando ele sentisse que eu ficasse muito triste era pra ele (...) bater na barriga, e todas as vezes que eu fico triste ele fica batendo e cada vez mais forte assim”.

Depois deste momento, ela passou também a intensificar ainda mais os cuidados consigo mesma, levando-a a banir hábitos e passatempos muito próprios da sua rotina, acreditando que qualquer atitude poderia prejudicar o bebê “depois do que eu soube, eu tinha medo de dançar e de repente não ser bom pra ele assim, tem coisas que eu não fiz mais, que até o quarto mês um pouco antes eu saía e dançava, e agora não”.

A gestante se mostrou, por outro lado, segura sobre a sua relação atual com o bebê, acreditando, inclusive, que enquanto ele estava dentro dela tudo ficaria bem “é que eu me preocupo muito com ele assim, quando ele não tiver mais comigo. Parece assim que enquanto ele tá aqui comigo assim, a gente tem uma relação bem legal assim, daí às vezes eu tenho medo né, de quando ele nascer como é que vai ser”; e, confiante também de que ele a reconheceria após o nascimento em virtude da proximidade e da singularidade estabelecida entre os dois “porque eu imagino assim que mesmo de repente ele tendo que fazer cirurgia e não me ver logo, uma coisa assim, de eu pegar nele ele vai saber que sou eu. Eu acho que é assim (...) que eu acho que o jeito, que, ele sabe quem sou eu, eu que bato assim pra ele, porque ele bate bem mais quando tá comigo sozinho do que quando for com outra pessoa assim”.

Após o diagnóstico da ultra-sonografia, Alessandra refere que percebeu mudanças nos seus planejamentos e atitudes, sentindo-se mais vulnerável e impotente quanto ao que poderia acontecer “antes de saber de todo o problema eu me imaginava sempre dando de mamar pra ele, eu sonhava com isso, de botar ele assim, aqui na frente, caminhar com ele, sabe, tão bonitinho né. E agora depois eu parei de pensar nisso porque eu não sei como é que vai ser, (...) então tudo mudou, até isso mudou (...) é mas não sei, antes eu tinha certeza de como eu ia fazer”.

Além disso, se tudo correr bem, a mãe evidencia um início de relação de mais posse e dependência para com ele, enfatizando seu sentimento de que agora só existiam os dois “*eu não quis comprar o berço porque assim que ele sair do hospital ele vai dormir comigo. (...) não penso em colocar ele no berço pra dormir sozinho, tanto nesse lado eu to assim, de ficar bem pertinho dele né (...) antes não era assim, antes era eu, o Sérgio e ele né, então a gente já tinha olhado um bercinho, já tinha olhado, daí depois eu fiquei pensando assim mas de repente ele pode dormir comigo né, porque eu vou tá sozinha*”.

A maternidade no contexto da anormalidade fetal

Com relação aos seus sentimentos sobre a maternidade, Alessandra não expressa um discurso específico, a não ser através da relação atual intensa com o bebê, já referida no eixo temático anterior. Manifesta, no entanto, preocupações quanto ao exercício futuro da maternidade quando diz “*então eu sempre me preocupo muito assim, como que vai ser logo depois que ele nascer, se eu não vou poder pegar ele, como que eu vou fazer? Porque já tenho bastante leite e fico pensando assim que eu quero dar o meu leite logo*”.

Entendimento psicodinâmico do caso Alessandra

Através de seus relatos, Alessandra demonstra que o exame ultra-sonográfico lhe apresentou uma realidade extremamente difícil, mostrando que o seu bebê portava uma anormalidade fetal. Seus sentimentos, neste momento, foram basicamente de incompreensão, o que a fez sair do exame “desorientada”, com as roupas desarrumadas e sem saber direito o que estava acontecendo. A descrição que ela faz destes momentos corresponde, de maneira clara, à primeira fase da elaboração do luto - a do choque - frente à notícia de anormalidade fetal, proposta por Drotar (1975). Nesta fase ocorreria uma perturbação abrupta do equilíbrio psíquico, levando a comportamentos de fuga, crises de choro, descontrole emocional, além de uma sensação de desamparo e da necessidade de busca de justificativas pelo que está acontecendo.

A partir do momento da ultra-sonografia, Alessandra começou a referir perdas importantes na sua vida, englobando desde o emprego, o companheiro, o pai do seu bebê, além da sua tranquilidade emocional e de hábitos da sua rotina. Passou também a ter dificuldades com o sono, acordando-se no meio da noite, além de dores de cabeça e tensão. Tudo isto corrobora os achados de Hunfeld e cols. (1993) que encontraram manifestações

de distúrbios alimentares e do sono e inconstância emocional em gestantes que recentemente tinham recebido o diagnóstico de anormalidade fetal do seu bebê. É notável que Alessandra pouco se refere ao problema do bebê propriamente dito, dirigindo seu discurso mais aos resultados do exame. É como se a responsabilidade pelas mudanças da vida de Alessandra tivessem sido, de certa forma, atribuída a estes resultados. Esta idéia fica clara quando ela relata insatisfação em relação a como os resultados foram transmitidos, deixando claro que esta forma de comunicação do médico fez com que ela e o companheiro ficassem perdidos, sem saber como lidar com a situação, o que culminou no abandono de Sérgio na véspera da seu terceira ultra-sonografia, aquela que detalharia ainda mais o problema de Caio. Poderíamos pensar que, na concepção de Alessandra, Sérgio não tolerou a carga emocional de ter um bebê com anormalidade fetal, mas isto foi bastante exacerbado pela própria maneira com que o médico deu o diagnóstico. A comunicação do diagnóstico ocupou, por vezes, no discurso de Alessandra, mais peso para o abandono do companheiro do que o diagnóstico em si. Essa idéia fica clara quando Alessandra verbaliza explicitamente a dúvida em ter realizado o segundo exame, o que revelou os resultados, dizendo ainda que a terceira ultra-sonografia foi bem melhor, e que talvez se Sérgio estivesse lá, ou se o segundo exame tivesse sido assim, ele não a teria deixado e *“talvez tivesse sido diferente”*.

Além disso, Alessandra refere satisfação em relação à sua primeira ultra-sonografia, quando o diagnóstico não fora ainda apontado. Era como se ela pudesse ter tido momentos bons, pelo menos por algum tempo. Ela refere que antes do resultado de anormalidade, costumava tirar fotografias de si mesma para mostrar a evolução da gravidez, mesmo em dias que estivesse se achando desarrumada ou de mau-humor, mas depois do diagnóstico passou a evitar estas situações, especialmente quando estava triste. Podemos pensar em qual registro Alessandra não queria deixar, ela parecia não querer “marcas”, nem no bebê, nem nela mesma, queria fotos alegres, tristezas normais, mau-humor até poderiam ser registradas, mas quando estes passaram a decorrer da situação de anormalidade não deveriam mais ser registrados. Não queria “marcas” no bebê, queria um bebê sem defeitos, além de querer ser uma mãe sem anormalidades; queria ser uma mãe normal na foto e por isso passou a não permitir mais que as fotografias revelassem os “defeitos”, as tristezas,

podendo só serem tiradas em dias alegres, nos quais os problemas, as anormalidades, as tristezas e os mau-humores ficariam melhor disfarçados.

Sabe-se que diante de um diagnóstico de malformação fetal - na medida que o bebê representa uma extensão da mãe - instaura-se uma ferida narcísica e a mãe sente-se também “malformada” (Ramona-Thieme, 1995). Em geral, a indiscriminação entre mãe e bebê está mais presente no primeiro trimestre de gestação, mas Caron e Maltz (1994) referem que uma situação de diagnóstico de malformação, mesmo no segundo trimestre, acarreta uma regressão da gestante para um novo estado emocional de fusão. Alessandra demonstra esta regressão - mesmo já estando no segundo trimestre na ocasião do diagnóstico - parece ter se sentido igualmente, como o bebê, portadora de um “defeito”, não querendo aparecer nas fotos. Acrescenta-se a isso a sua culpa pela anormalidade do bebê - ela tomava uma medicação para seu problema crônico e com isto possivelmente já se considerava também “defeituosa” - passando o seu defeito para o bebê. Assim, ao querer evitar registros, fotos, parece estar evitando provas desta transmissão de “defeitos”.

Estaria ela falando também dos registros da ultra-sonografia? Do laudo médico que ela disse que falava de dados que não tinham sido ditos pelo médico? A gestante referiu que as informações estavam escritas e que, então, ela e Sérgio quando chegaram em casa, as leram e não compreenderam, mas tiveram mesmo assim que enfrentá-las, ainda que sozinhos. Além disso, a gestante se mostrou descontente com o fato de as imagens da coluna terem sido muito mostradas e priorizadas em detrimento daquelas do bebê como um todo, como querendo ter visto mais as partes saudáveis do bebê e menos registros do seu problema. Talvez Alessandra também estivesse dizendo que não queria fotos, para não revelar os problemas de Caio, as suas anormalidades; que não queria exames que mostrassem imagens “defeituosas” e nem mesmo médicos que informassem a verdade. Parece referir-se aos médicos que não fizeram o diagnóstico, os do primeiro exame, preferia as imagens do bebê todo, gostaria que as informações não tivessem sido escritas no laudo, enfim, preferia, talvez inconscientemente, não saber do diagnóstico.

Ela inclusive verbalizou que o intuito de realizar aquele segundo exame era para saber o sexo do bebê, não referindo intenção de saber sobre a saúde de Caio, como se esta já tivesse livre de preocupações diante dos resultados do primeiro exame, mesmo sabendo que sua medicação fora considerada como capaz de afetar o bebê. Com isso, Alessandra

pode estar nos dizendo, mais uma vez, que não fora àquela clínica para saber sobre uma malformação fetal e sim sobre o sexo de seu bebê, e que para essa informação sim estava preparada. Conta com satisfação os preparativos dela e de Sérgio para o exame, a espera, o desejo de gravar as imagens, as roupinhas escolhidas para ilustrar a fita. Para a notícia de anormalidade fetal, não havia qualquer preparação, e provavelmente se sobrepujam, naquele momento, mecanismos de negação desta possibilidade. Assim, ela enfatizou a abrupta passagem de um estado de felicidade e emoção para o de tristeza e desespero durante o exame, como tendo lhe causado um choque e um impacto de muita intensidade.

Esta idéia dos resultados do exame separada de eventuais problemas do bebê fica mais claramente expressa quando a gestante refere sua concepção sobre ele destacando sua beleza e perfeição, deixando o problema da malformação menos valorizado, além de ignorado quando diz que acredita que o bebê mexe muito os pés e que vai manter este comportamento após o nascimento, quando, no entanto, se sabe que a limitação motora de membros inferiores é justamente uma das mais prováveis seqüelas da anormalidade que Caio apresenta. Assim, parece que o problema está mais sobre os resultados que foram comunicados ou mal comunicados, pois na percepção dela o bebê estaria bem, bonito, e motoramente ágil.

Este conteúdos trazidos pela Alessandra poderiam ser melhor compreendidos a partir da teoria psicanalítica. Percebe-se, predominantemente, uma notável dissociação através da qual os resultados do exame ficaram representando a parte má da situação, enquanto que a anormalidade do bebê ficou minimizada, tendo sido entendida como uma parte não tão má. É como se o contexto de anormalidade como um todo não tivesse sido apreendido - uma parte sim é aceita e causa sofrimento e a outra é negada, ocorrendo então, a dissociação.

Sabe-se que uma situação de anormalidade fetal desencadeia um processo de luto equivalente ao de morte (Quayle, 1997b), o qual comporta diversas fases no seu desenvolvimento. A primeira fase seria caracterizada pelo choque, e a segunda fase pelo luto (Drotar, 1975; Moura, 1986). Seguir-se-ia, então, uma fase de tristeza e cólera, seguida por rejeição e busca pelo culpado (Moura, 1986) ou equilíbrio (Drotar, 1975), levando, por último, a um estado de aceitação e reorganização psíquica/pessoal. Alessandra revela o choque inicial da notícia quando se questiona sobre as razões de aquilo estar acontecendo

com ela, passando logo para um estado de tristeza e instabilidade emocional. Percebe-se, no caso de Alessandra, que a negação é parcial e que não cessou após o estado de tristeza e até aceitação. Na verdade esta dissociação foi percebida pela pesquisadora até o final da gestação através do acompanhamento da Alessandra, após a realização do presente estudo. Assim, não seria a negação parcial essencial para que se alcançasse a aceitação? Através dos sentimentos de Alessandra poderíamos dizer que o mecanismo de negação, ainda que de forma parcial, lhe foi necessário para chegar à reorganização psíquica.

Talvez isso tenha sido exacerbado no caso de Alessandra em função das conseqüentes perdas sofridas, especialmente a do companheiro, o que incrementou ainda mais o seu sofrimento e dificuldades. Diante de tantas frustrações, caso o psiquismo dispensasse o mecanismo de negação, o bebê ficaria imbuído de muitas projeções maléficas, levando à representação materna de um bebê destruidor. Este pôde, através do mecanismo de negação, ficar preservado e se manter bonito e saudável no psiquismo da gestante, fazendo com que seu lugar de amor ficasse resguardado. Klein (1952/1991) sustenta que a dissociação dos objetos bons e ruins, própria da fase esquizo-paranóide, perdura parcialmente no desenvolvimento humano como uma forma de defesa contra os impulsos agressivos e avassaladores. Alessandra parece ter utilizado o exame como uma personificação da parte má, dos impulsos de ódio, permanecendo com o bebê os impulsos de amor. É difícil avaliar o quanto contribuiu para isto a postura real de alguns profissionais que por inexperiência técnica ou de comunicação diagnóstica não saibam como dar continência ao terem que relatar o diagnóstico de malformação às pacientes. Isto pode ter ocorrido com Alessandra, sem falar na sua eventual necessidade de encontrar uma falha na situação que lhe servisse de depositária da sua agressão. Parece-nos mais adequado pensar que ambos os fatores podem ter contribuído para a sua apreensão da situação, uma vez que Alessandra, por um lado, refere satisfação pelo primeiro exame que não revelou resultados negativos, mostrando que seu incômodo em relação ao segundo exame não se deveu somente à postura médica mas ao conteúdo da comunicação. Assim como, por outro, descreveu positivamente alguns médicos e situações de exame posteriores, o que evidenciou que as projeções sobre estes não era tão generalizadora. Parece que a atitude médica não-contingente facilitou a necessidade pessoal de Alessandra de dissociar, negar e projetar os afetos doloridos provenientes da situação.

Nesse sentido, vale-nos lembrar das concepções de Deutrax e cols., (1998) e Gotzmann e cols., (2001; 2002) que enfatizaram a necessidade que os profissionais de medicina fetal disponham de uma boa capacidade emocional para comunicar os resultados de um diagnóstico de anormalidade fetal. Estes autores verificaram que o exame foi visto com ambivalência por algumas gestantes com resultados indesejados de patologia fetal e a capacidade de comunicação do médico foi questionada nestas situações. Assim, se o exame já serve de antemão por suas próprias características a projeções e ambivalências, nas situações de anormalidade fetal, o profissional precisa se utilizar de uma boa qualificação na relação médico-paciente para conduzir de forma adequada as ansiedades e conseqüências do que é dito à paciente. No caso de Alessandra, sua interpretação foi que a própria separação do casal foi devida a esta condução inadequada do médico que realizou o segundo exame.

No entanto, poderíamos pensar, então, que se a negação e conseqüente dissociação estivessem servindo à saúde emocional e à preservação da qualidade da relação mãe-bebê, estes processos deveriam ser permitidos e até incentivados. Porém, conforme Bion (1963/1977), o indivíduo sofre pelo desconhecimento da verdade, e por isso está desde a infância impulsionado, inatamente, à sua procura. O autor refere, ainda, que a verdade e o conhecimento da verdade absoluta é intolerável ao psiquismo, o que o faz lançar mão de falsidades auto-enganadoras para se defender das verdades, sempre que necessário, ou seja, independentemente da realidade externa. Assim, parece-nos adequado oferecer à gestante condições facilitadoras para receber a verdade e para a integração desta no seu psiquismo, seja através da sensibilidade e habilidade médica para comunicar o diagnóstico de anormalidade fetal, seja pelo atendimento psicológico oferecido às gestantes nestas situações. Independente disto tudo, é plausível se pensar que o processo de negação e outros tipos de defesa egóica se façam necessários para as gestantes, pelo menos nestes momentos iniciais após o diagnóstico, e deverão ser permitidos, uma vez que estarão a serviço da preservação da saúde emocional, nesta situação de extrema dificuldade por que passam todas gestantes e futuros pais que recebem um diagnóstico de anormalidade fetal.

Este mecanismo dissociativo parece ter sido necessário para Alessandra manter-se emocionalmente equilibrada e para estabelecer com Caio uma relação de proximidade. A gestante referiu que logo após os resultados do exame, sentiu-se muito triste e tensa, o que

interferiu na relação dela e do companheiro com o bebê. Após o abandono de Sérgio, o sofrimento ficou intensificado, o que a levou a ficar então mais próxima do bebê, uma vez que ela sentiu que eram só os dois no mundo. Neste momento, foram instaurados comportamentos que, na concepção da mãe, poderiam proteger o bebê da sua tristeza, como por exemplo, combinações que ela criou visando uma comunicação mais próxima entre a dupla. A gestante passou a cuidar também mais de si e do bebê, extinguindo hábitos próprios que pensava que pudessem causar-lhe mal.

Pode-se perceber que, após o abandono de Sérgio, Alessandra passou a encontrar em Caio as forças e as sinalizações necessárias para conseguir manter-se emocionalmente equilibrada. O bebê ficava com a responsabilidade de lhe avisar quando ela estivesse demasiadamente triste, isto é, quando a sua tristeza o estava incomodando, o que faria então com que ela fizesse algo para reagir. Sabe-se que esta função de suporte e companhia durante a gravidez pertence comumente ao pai (Stern, 1991), que seria o responsável por manter a mãe mais livre de tensões. Neste caso, na ausência do pai, a gestante elegeu o próprio bebê para desempenhar esta função, que este passou a ser seu companheiro e sinalizador dos comportamentos e sentimentos inadequados. Assim, através de um modelo de relação bastante próximo e singular, ela pareceu poder se sentir segura que estava protegendo o bebê e que ele, por sua vez, estava retribuindo e reconhecendo seu amor. Esta indiscriminação de papéis e acúmulo de funções/representações que o bebê passou a desempenhar no psiquismo materno fica mais evidente quando Alessandra refere que após o abandono de Sérgio, ela passou a pensar em ficar mais perto, inclusive, fisicamente do bebê, revelando que o lugar do pai poderia ser ocupado não só psiquicamente, mas também fisicamente pelo bebê.

A intensa proximidade que Alessandra passou a estabelecer com Caio também pode ser reflexo de seu sentimento de culpa em ter lhe causado o problema. O entendimento médico realmente parece supor que a meningomielocle de Caio foi em decorrência do uso do anticonvulsivo pela Alessandra, o que fez com que ela se sentisse diretamente responsável pelo quadro do bebê, embora houvesse recomendação médica para que ela usasse esta medicação, e garantias de que não haveria problemas. Em decorrência dessa culpa, apresentada explicitamente no discurso da gestante, ela precisou estabelecer com o bebê uma relação muito singular e intensa, a qual ela refere que é diferente de qualquer

outra. Ela ainda diz que sabe que dentro dela ele está bem, mas quando sair não sabe se o mundo cuidará tão bem dele, como ela. Além disso, o medo de perder o bebê, isto é, de que ele venha de fato a falecer - comumente presente em gestações com diagnóstico de malformação fetal - pode ter contribuído para uma ligação ainda mais forte entre ela e o bebê, garantindo uma relação mais atual e menos futura. Não há certeza do depois, e o momento precisa ser investido de intensidade e comunicações já interacionais, como por exemplo, a combinação sobre seus comportamentos que Alessandra estabeleceu com Caio.

Poderíamos, neste momento, pensar a respeito de como ficaria a representação psíquica do bebê com diagnóstico de anormalidade fetal. Em primeiro lugar, sabe-se que mesmo em gravidezes ditas normais, a mãe reveste o bebê de projeções, as quais, em uma certa medida, são consideradas saudáveis até para permitir a constituição psíquica do bebê (Caron, 2000). O confronto deste bebê imaginário com o bebê real vai acontecendo durante a gestação, através dos dados reais que já podem ser conhecidos, e segue depois do nascimento (Caron, 2000; Raphael-Leff, 1991). Em bebês com algum tipo de anormalidade, esta passa muitas vezes a atuar no psiquismo materno como única característica do bebê. Como se constitui em uma marca forte de identificação, o bebê passa algumas vezes a ser visto como sinônimo daquela anormalidade. É comum em alguns hospitais, os próprios profissionais de saúde identificarem os bebês através dos seus diagnósticos, como “aquele da meningomielocele” ou “aquele Down”. Assim, a identidade do bebê parece ficar escondida por detrás do seu tipo de anormalidade. E assim também poderia ser para as mães, a identidade do bebê como menos valorizada e mais passível de projeções. O que é fixo, seguro e certo é o seu diagnóstico, o resto passa a ser menos importante, mais fluido, aceitando, então, uma carga projetiva maior. No caso de Alessandra, Caio, mesmo sendo descrito mais como saudável, bonito e parecido com o pai e pouco pelo seu diagnóstico, parece que carrega um papel bastante pesado de indiscriminação, que é o de fazer o que seu pai se recusou, acompanhar e sustentar sua mãe, ajudando-a a enfrentar a sua tristeza e a sua solidão.

Um sentimento de vulnerabilidade também aparece no discurso de Alessandra, que se diz insegura sobre o que de fato vai acontecer com o bebê e mesmo com ela. Sobre a maternidade, Alessandra também refere um sentimento dessa natureza, dizendo que não saberá como vai cuidar do bebê, se e como de fato exercerá futuramente o papel materno. O

diagnóstico de anormalidade fetal acarreta uma incerteza ainda maior de como será o final da gravidez, fazendo com que a imaginação futura do desempenho do papel materno possa ficar parcialmente suspensa. A gestante não sabe se vai poder dar o seu “leite” para o bebê, se ele, de fato, vai estar ali para poder receber. Por esta razão, mais uma vez, pode-se pensar que o sentimento materno e o exercício da maternidade em gestações com diagnóstico de anormalidade fetal parecem ser sentidos e vivenciados como mais presentes e menos futuros.

Enfim, através do relato de Alessandra, é possível perceber que após o diagnóstico de anormalidade fetal sucederam-se muitas perdas importantes na sua vida, tais como, o emprego, o companheiro, e a possibilidade de fazer planos futuros com relação ao bebê e à maternidade. Por esta razão, a situação do exame, incluindo as imagens da coluna e a forma de comunicação do diagnóstico, passou a ser visto como responsável pela sua situação. Parece-nos clara a utilização do mecanismo de negação parcial da realidade e, por conseguinte de dissociação, ficando o exame como a parte má da situação o que livra a carga negativa do bebê e até do companheiro, pois o primeiro permanece sendo visto como bonito e saudável, enquanto ao segundo não é dirigida qualquer manifestação de raiva, pelo contrário, ele parece ser até esperado de volta e ainda desejado pela gestante. A identidade de Caio fica então distorcida, uma vez que partes dela estão sendo ignoradas, o que o torna mais suscetível a projeções. Ele parece ocupar, na representação materna, o papel do companheiro, de suporte e companhia à gestante, que parece que continuará depois do nascimento, quando passará a dormir na mesma cama que ela. Essa forma de relação pode ser entendida também por outro lado, que não o da patologia. Alessandra utilizou-se, sim, de mecanismos de defesa, mas pôde, desta forma, estabelecer um padrão de interação bastante próximo com Caio, através do qual ele estava sendo valorizado e esperado por ela. A dúvida pelo exercício futuro da maternidade fez com que ela desfrutasse do seu sentimento materno atual²⁰.

²⁰ Após a sua participação no presente estudo, Alessandra solicitou acompanhamento no momento do nascimento de Caio, que nasceu de cesariana, com boas condições de saúde. O bebê foi diretamente para o bloco cirúrgico para a primeira correção da lesão, sendo levado, logo após, para a UTI neonatal, onde permaneceu internado aproximadamente 40 dias. Durante este período, a dupla mãe-bebê recebeu atendimento psicoterápico da pesquisadora, que atendeu algumas vezes a mãe junto ao leito do bebê e outras nas quais foi prestado atendimento individual à Alessandra. Nestas ocasiões foram enfocadas, basicamente, questões referentes à maternidade e à relação de Alessandra com a sua própria família e com o bebê. Caio teve alta após passar por algumas complicações infecciosas e mais duas cirurgias. Suas condições de saúde e

Caso Clara

Breve histórico

Clara, trinta anos, primigesta, trinta e cinco semanas de gestação, era casada com César há quatro meses. O casal, em virtude de um problema vascular na genitália de César não necessitava, conforme orientações médicas, utilizar métodos contraceptivos. A gravidez aconteceu, então de forma não planejada, já que eles a desejavam para dali a um ano e meio aproximadamente, quando tomariam as providências para reverter o quadro clínico de infertilidade. Clara ficou bastante assustada quando soube da gravidez, pensou, inclusive, em abortar, pois achava que não era o momento, mas César referiu que tudo bem, desde que viesse com saúde. O diagnóstico de anormalidade fetal de meningomielocoele foi feito há três meses, no segundo exame ultra-sonográfico, quando ela estava na vigésima-segunda semana de gestação. Não havia conhecimento de nenhum caso de anormalidade fetal na família do casal, o que se sabia era que na família de Clara um bebê morrera com uma semana de vida sem explicações médicas. As condições de saúde do casal eram normais.

Ele, agricultor e ela funcionária do comércio e estudante de um curso técnico na área de saúde, ainda não residiam juntos em função do horário do estágio de Clara, mas a mudança estava programada para logo depois do nascimento do bebê, chamado de Vitória. De modo geral os relatos da Clara, durante as entrevistas, foram mais concisos do que do caso anterior, mas são igualmente explorados em torno dos mesmos eixos temáticos.

A ultra-sonografia e o diagnóstico de anormalidade

Sobre a primeira ultra-sonografia, Clara refere que foi emocionante, pois pôde ter certeza da existência real do bebê *“a primeira [foi] bastante interessante porque a gente sabe que tá grávida mas como é a primeira vez não imagina como é que é, é um bebê assim, dentro da gente assim”*. As expectativas em relação ao segundo exame giravam principalmente em

o prognóstico, inclusive para a aquisição de movimentos de membros inferiores, foram considerados muito positivas. Depois de quatro meses da sua saída do hospital, em uma de suas vindas a Porto Alegre, Alessandra telefonou para a pesquisadora, demonstrando desejo em marcar um encontro para mostrar Caio, mas não houve compatibilidade de horário. Desde então, não se teve mais notícias sobre ela e o bebê. Todos os atendimentos prestados foram oferecidos gratuitamente.

torno do desejo em conhecer o sexo do bebê *“já na segunda eu fui bastante assim, bastante expectativa porque era pra ver o sexo do bebê”*. A mãe afirmou que somente no final do exame, o médico informou que havia um problema com o bebê, o que a deixou, inicialmente em choque, sem saber muito o que estava de fato acontecendo, uma vez que nem imaginava que isso pudesse acontecer *“foi um choque assim, porque o que a gente espera é que seja tudo perfeito, que seja saudável, tipo assim, vai chegar na hora do parto, vai ganhar um nenê no outro dia, um dia ou dois tu vai pra casa a com ele e pronto né, essa é a expectativa de todo mundo né, aí você recebe uma resposta assim, na hora eu fiquei meio sem reação”*. Aos poucos, referiu que foi tomando consciência e que então se sentiu invadida por um estado de tristeza e angústia intensa, pois não sabia o que iria acontecer e tampouco como iria lidar com a situação *“mas depois que eu fui tomando conscientização daí eu fiquei bastante nervosa (...) assim a preocupação de ter que enfrentar isso, (...) eu fiquei preocupada assim com o que podia ser, o que ia acontecer dali pra frente (...) triste, fiquei triste, fiquei triste assim”*. Clara verbalizou sua necessidade de obter mais esclarecimentos sobre o problema do bebê, o que a fez logo procurar sua ginecologista *“a primeira coisa que eu fiz foi ir direto ao ginecologista pra ele me explicar do que se tratava”*.

A ultra-sonografia para Clara foi vista como um exame de suma importância, uma vez que possibilitou que atitudes de ordem preventiva fossem tomadas para minimizar os problemas de Vitório além possibilitar melhores condições para o seu nascimento *“mas assim se eu não fizesse a ecografia não soubesse o que ia acontecer, seria um parto normal e poderia prejudicar o bebê né então tendo a ecografia tem todo um acompanhamento e eu tô sabendo que é melhor pra mim uma cesárea então isso pode não prejudicar tanto o meu bebê quanto se fosse parto normal”*. No entanto, afirmou que o fato de saber antes do diagnóstico do filho, apesar de ter preparado algumas questões práticas, a deixou angustiada e impotente uma vez que ela só era orientada a esperar até o nascimento para verificar com mais clareza o tamanho e as implicações da lesão e que nada ela poderia fazer para *“curá-lo”* *“tem esse lado, a ecografia tem o lado bom que quando tá perfeito, tudo em ordem, é ótimo, maravilhoso. Mas aí quando tu vê esse probleminha, fica a angústia né que tem que acompanhar, claro com pensamentos positivos, pensar no melhor mas no fundo sempre tem aquela preocupação”*. Além disso, a gestante explicitou um desejo quase que constante de realizar as ultra-sonografias, parecendo ser um momento reassegurador de que o bebê estivesse vivo *“até agora mesmo sabendo do problema eu gosto de vir fazer a eco e ver o bebê, é bom (...)”*

é bastante tranquilizador, é que assim tu sabe que ele ta se mexendo mas tu não ta vendo e ali tu tá vendo os movimentos”, e que não há mais nenhum problema além do já conhecido “na expectativa assim, cada uma é uma expectativa até mesmo porque pode aumentar né ou não, então eu fico na expectativa e sempre procurando pensar positivo pra que não tenha aumentado nada, tenha estabilizado”, ou até mesmo uma esperança de que o diagnóstico seja alterado para um quadro de normalidade “eu fiquei louca pra fazer mais uma pra ver né que aí tinha que, às vezes por medida podia não se manifestar realmente aquilo que ele tinha visto na primeira, eu fiquei na expectativa de fazer uma próxima vez pra ver se isso acontecia”.

O bebê com anormalidade

A imagem materna sobre o bebê apareceu no relato de Clara como saudável “*é, então eu vejo ele bem, sadio, normal né (...) vejo ele bem, sadio, normal*”, e delicada, salientando a pele e o pé “*muito fofo, fofinho assim, pele macia, a maior vontade que eu tenho é de pegar o pezinho*”. Além disso, a gestante expressou a crença de que ele seria parecido com o marido “*acho que vai ser parecido com o meu marido*”.

A relação mãe-bebê

A relação mãe-bebê foi intensificada, conforme o discurso de Clara, após a primeira ultra-sonografia, quando os seus sentimentos de afeto e os cuidados consigo mesma ficaram mais intensos “*é, daí quando eu vi pela primeira vez, o bebê tava ali, daí eu comecei a acho que me apegar mais ao bebê (...) gostar mais da idéia né que vai ter um bebê, (...), procurar melhor tipo alimentação, os hábitos né, não fazer tanto esforço*”.

Depois do segundo exame, a relação foi transformada no sentido da necessidade de Clara de conversar mais com o filho, assegurar o seu amor por ele apesar do seu problema e de lhe explicar o que estava acontecendo, até para dar forças a ele para enfrentar a situação que lhe espera “*mudou mas assim eu procurei conversar mais com ele, é, conversar mais, (...) ah que a mamãe gosta muito dele, que apesar de tudo ele é amado né, que eu vou ta fazendo todo o possível pra ajudar (...) procuro explicar as coisas que tão acontecendo*”. Além disso, Clara começou a ter atitudes para minimizar e saber mais sobre o diagnóstico de Vitória “*procurar informação pra ver se não podia fazer alguma coisa que ajudasse, tanto que eu achei na internet que se tomasse mais ácido fólico (...) me alimentar melhor, né, aí eu procurei comer coisas que contem né dentro da alimentação, procurei trazer a alimentação mais pra esse lado*”.

A maternidade no contexto da anormalidade fetal

Clara referiu que o sentimento de maternidade ficou mais claro para ela depois que tomou conhecimento do problema de Vitório, na medida que passou a se sentir mais preocupada e responsável por ele “*agora sim [me sinto mãe], logo no início não, não, agora foi ficando (...) até mesmo quando eu passei a saber do problema dele acho que eu tive mais essa idéia, passei a mais, essa idéia assim, me apegar mais a essa idéia de mãe (...) fiquei mais preocupada, aí eu pensei né, tem que cuidar bem dele, dar atenção*”. Ela descreve o sentimento materno através também do prazer pelo exercício futuro da maternidade, depois do nascimento do bebê “*eu adoro a idéia assim de daqui a pouco tá com ele no colo, poder dar de mamar, ter que dar né, brincar, ensinar as coisas, é muito bom*”.

Entendimento psicodinâmico do caso Clara

Em relação ao exame, Clara refere que o primeiro, no qual não tomou conhecimento sobre o diagnóstico de anormalidade do bebê, foi bastante emocionante, pois teve certeza da existência real do filho. Deixa claro que realizou o segundo exame para saber sobre o sexo do bebê e que teve, então, a notícia sobre o diagnóstico de anormalidade. É como se ficasse implícito em seu discurso que o intuito do exame era outro que não o de saber sobre um problema na saúde do bebê.

Sobre o momento da comunicação do diagnóstico, a gestante, então, reconhece inicialmente um estado de choque pelo inesperado, o que foi seguido por um sentimento de tristeza profunda e incerteza de que dispunha de forças emocionais suficientes para lidar com a situação, o que nos faz lembrar as fases iniciais do processo de luto descritas por Drotar (1975) e Moura (1986).

Diante desses sentimentos, diz ter sentido necessidade de obter mais esclarecimentos sobre o problema do bebê, buscando, então, ajuda da sua ginecologista assim que terminou o exame. Poderíamos pensar que após um diagnóstico de anormalidade fetal, que sempre vai ser sentido como surpresa e abrupto, instaura-se uma sensação de não compreensão, interrogação do porquê e o que de fato está acontecendo, enfim, de algo que não pode ser nomeado/compreendido. E esse sentimento incita a gestante, o pai e a família a buscar mais informações, como uma forma de identificar, dar nome e organizar o que está

acontecendo. A busca de esclarecimentos estaria, então, não somente a favor de uma preparação para o que fazer, que cuidados tomar e sim também de sistematizar um pouco mais o estado confusional sentido diante do choque da notícia.

Mesmo tendo se deparado com este estado de choque e tristeza, Clara verbalizou satisfação em ter sabido desse resultado precocemente, na medida que poderia se cuidar mais e preparar-se emocionalmente para uma cesariana. Ela disse que nunca tinha querido engravidar pelo medo do parto, pelo forte receio que tinha com relação a médicos, hospitais, o que parecia evidenciar que encarar uma cesariana sem preparação prévia poderia ser também traumático para Clara. Este achado corrobora o estudo de Quayle (1996) sobre reações iniciais face ao diagnóstico de malformação fetal, no qual 95% das gestantes responderam que desejavam conhecer os resultados desfavoráveis, alegando que desta forma poderiam se preparar melhor para a situação. A precocidade na comunicação do diagnóstico, para algumas, tende a minimizar o problema na medida que daria tempo para que a gestante se prepare emocionalmente para a realidade. Ela poderá, dessa forma, ter mais clareza sobre o problema do bebê e sobre as atitudes necessárias à sua condição (Kroeff & cols., 2000), além de lançar mão de defesas para adaptar-se à situação (Quayle, 1996).

Clara referiu, apesar disso, que o problema de saber do diagnóstico antecipadamente foi o fato de se instaurar um sentimento de impotência reconhecido por ela como causador de muita angústia. Essa idéia vai ao encontro de Piontelli (2000) quando apontou que com o advento da ultra-sonografia e o conhecimento prévio de problemas maternos e fetais, a mãe teve de abdicar do sentimento onipotente de mulher forte e grávida suficiente para proteger seu bebê. Antes, caso houvesse algo errado, ela só saberia após o nascimento, ou em decorrência de um aborto espontâneo. Já com o surgimento do diagnóstico pré-natal, ela pode saber antes, mas via de regra, não pode fazer muito além de se cuidar mais e preparar-se, em alguns casos, para um tipo diferente de parto e de relação com seu bebê.

Sobre as ultra-sonografias subseqüentes, a gestante sentiu como um momento de se reasssegurar sobre a vida do bebê e sobre a estabilidade do seu quadro clínico. Podemos pensar que havia sempre uma ameaça de morte na relação de Clara com Vitória, e talvez a percepção, mesmo que inconsciente, de que a presença destes fantasmas mórbidos não findasse nem mesmo após o seu nascimento. Em razão da natureza severa da anormalidade

de Vitório, são inevitáveis as implicações limitadoras no seu desenvolvimento, por melhor que este possa ocorrer. É essa sensação de morte proeminente que aparece no discurso de Clara, uma certeza de que seu filho será sempre um indivíduo que carregará uma anormalidade, seja como feto, bebê, criança e até adulto. Ao mesmo tempo, ela fala do novo exame como representando uma esperança de que o problema tenha desaparecido. Esse sentimento parece vir em defesa da ameaça de morte constantemente sentida por ela em relação ao bebê.

Um certo nível de negação, próprio da segunda fase do processo de luto descrita por Drotar (1975) apareceu naquele momento ainda presente no relato de Clara, especialmente quando ela fala a respeito da sua visão sobre o bebê. Ela enfatiza o aspecto saudável do bebê sem qualquer referência à anormalidade. Salienta, ainda, o pé do bebê, dizendo sobre sua vontade de tocá-lo. Sabe-se, como já foi dito anteriormente, que a meningomielocele tem como uma das mais prováveis seqüelas, limitações motoras dos membros inferiores. E estes movimentos são justa e unicamente os que a gestante refere na sua verbalização. Entende-se que esse mecanismo de defesa parece necessário para que Clara acredite na possibilidade de vida de Vitório, e que tenha, inclusive, disposição emocional para levar a gravidez até o final.

A relação mãe-bebê parece ser construída em cima deste investimento de vida em detrimento da sensação de morte falada anteriormente. Clara relatou que após o conhecimento do diagnóstico, passou a conversar ainda mais com o bebê, visando com isso explicar-lhe o que estava acontecendo e assegurar o seu amor por ele. Houve também uma intensificação dos cuidados consigo mesma e da busca por alternativas e informações que viessem a minimizar o problema do bebê. Estes dados denotam uma concepção integrada em relação ao bebê - amor e preocupação coexistindo - além de uma discriminação clara de papéis, a mãe cuida, se informa sobre atitudes, estuda, intensifica cuidados, para dar forças ao filho, que está ainda frágil, em desenvolvimento.

Assim, a maternidade de Clara ficou mais evidente para ela após o diagnóstico, quando ela passou a se sentir mais preocupada com o bebê e imbuída da responsabilidade de proteção. Dessa forma, ela imaginava também o seu futuro exercício da maternidade, após o nascimento do bebê. Podemos pensar que depois da notícia dos resultados de anormalidade, Clara revestiu-se mais do sentimento materno, e que mesmo diante do

processo de luto, ela pôde enxergar o bebê de forma, predominantemente, integrada, com esperança e ao mesmo tempo com medo, sentimento este condizente com aquela situação. A permanência de algum nível de negação em relação ao problema do bebê parece estar a serviço também de manter o curso do equilíbrio emocional de Clara até o final da gestação²¹.

²¹ Após a sua participação no presente estudo, Clara solicitou o acompanhamento da pesquisadora no momento do nascimento de Vitório. Já na sala de pré-parto, Clara comentou diversas questões da sua vida familiar e da maternidade, além do medo do parto e da situação que estava por vir com Vitório. Foram necessárias intervenções psicoterápicas visando o esclarecimento das razões do seu medo, incitando acionar e reforçar os aspectos saudáveis da paciente. O parto foi de cesariana e o bebê nasceu sem maiores complicações, mas já se podia perceber naquele momento que os movimentos de seus membros inferiores eram mínimos. Vitório foi levado diretamente para o bloco cirúrgico para a correção da lesão e, logo depois, foi internado na UTI neonatal, onde permaneceu aproximadamente 45 dias. Durante este período, a pesquisadora acompanhou psicoterapeuticamente a dupla mãe-bebê, realizando atendimentos junto ao leito, além de momentos individuais com Clara. Nestas ocasiões eram abordados aspectos sobre a importância do seu papel para Vitório e sua relação conjugal como podendo ajudá-la a sustentar esse momento. O pai de Vitório também foi visto algumas vezes, mas sempre na companhia de Clara. O bebê teve alta do hospital com boas condições de saúde, embora tenha tido algumas complicações de infecções, tendo sido necessárias mais uma cirurgia. Após dois meses de sua alta, Vitório foi novamente internado para realizar desentupimento na válvula colocada na cabeça. Nesta ocasião, o casal contactou a pesquisadora, que prestou novamente atendimento à Clara. Desde então não houve mais contato entre a pesquisadora e Clara e não se teve mais notícias sobre ela e o bebê. Todos os atendimentos prestados foram oferecidos gratuitamente.

Caso Janice

Breve histórico

Janice, 21 anos, comerciária, idade gestacional de vinte e oito semanas, mantinha um relacionamento estável com Mauro há sete anos. Ele tinha também 21 anos, era atleta e no momento estava desempregado. O casal não residia junto por razões financeiras, e também por isto ainda não tinham decidido engravidar. Mas segundo Janice, os dois já queriam um bebê, há algum tempo, especialmente Mauro. Por motivos de viagem de Mauro, Janice havia interrompido o uso de contraceptivos orais, o que acabou desregulando seu ciclo e levando à gravidez. Embora ambos acreditassem que não era o momento ideal, ficaram felizes e satisfeitos com a notícia da chegada de Laura. Com dezessete semanas de gestação, Janice foi submetida à sua primeira ultra-sonografia, a qual diagnosticou que Laura apresentava um quadro clínico confirmado de gastrosquise²². Conforme o relato de Janice, não havia história prévia de anormalidade fetal na família de nenhum dos genitores. Depois da primeira ultra-sonografia, fez mais algumas, sendo que na terceira recebeu atendimento psicológico.

A ultra-sonografia e o diagnóstico de anormalidade

Janice referiu que desejava saber sobre as condições de saúde do bebê, mas que as suas expectativas em relação à ultra-sonografia diziam mais respeito ao sexo do bebê *“eu fui pra ver o sexo e pra ver se o nenê tava bem, mais pra ver o sexo”*. Comentou, então, que começou o exame muito emocionada ao ver o bebê, sentindo-se feliz e satisfeita e que, repentinamente, foi ficando preocupada e triste ao perceber a mudança de atitude da médica. Ao mesmo tempo em que refere que esse tempo de exame foi longo, e que esperava ansiosamente por esclarecimentos, frustrando-se com a postura da médica de não falar com ela *“porque só entrava e saia gente e não me falavam nada”* e de comentar com

²² Trata-se de uma malformação esporádica com incidência, no nascimento, de 1 em 4000. A evisceração do intestino ocorre por meio de um pequeno defeito na parede abdominal lateral, próximo à inserção do cordão umbilical (Nicolaides & cols., 2000). Forma-se uma espécie de hérnia que escapa à cavidade amniótica e não é coberta pelo peritônio (Chudleigh & Pearce, 1992). A mortalidade perinatal reduziu muito nas últimas décadas e nos sobreviventes existem relatos de crescimento e desenvolvimento normal em acompanhamento até 5 anos de idade. As complicações estão ligadas a um baixo peso no nascimento, à presença de isquemia ou obstrução intestinal ou por demora no início do procedimento cirúrgico ou problemas durante a sua realização (Reece & cols., 1996; Sauerbrei & cols., 2000).

outros membros da equipe termos que ela não conseguia entender “*olhavam umas duas, três vezes (...) eles conversavam, eles falavam as palavras complicadas assim deles mesmo*”, considerou também abrupta a mudança no seu estado emocional de feliz para triste “*porque a gente tava rindo e ao mesmo, quando eu vi assim eu já tava chorando, entendeu*”. Na verdade, parece ter havido um momento intermediário de preocupação e angústia, predominando enquanto Janice esperava por respostas que ela mesma já havia percebido que não eram agradáveis “*porque ela não me falou no começo, ela apertou um botãozinho e entrou outro médico e daí foi esse, esse meio tempo que eu fiquei mais preocupada assim sabe, mas eu ‘poxa, que será que houve, foi esse tempo assim (...) daí depois chamaram outro e eu fiquei meia assustada (...) quando o medico chegou eles viraram pra lá, entendeu, eles viraram um pouquinho assim a imagem do computador, pra o outro médico olhar, então daí eu não olhava, não via o que eles tavam fazendo, daí ficou meio preocupante*”.

Conforme o relato da gestante diante da notícia do diagnóstico, ela ficou bastante impactada e assustada “*um baque assim (...) daí eu peguei e, sei lá me deu uma choradeira, uma coisa assim sabe, daí eu fiquei, né, triste assim*”, e ao mesmo tempo percebendo que não conseguia realmente assimilar o que estava se passando. É como se dessa maneira, acreditando que não era tão grave, ela pudesse ter forças para lutar contra a situação “*não queria saber de nada (...) não sei como explicar, mas eu achava e não achava, entendeu. Dentro de mim eu via que era uma coisa grave, mas só que eu olhava pra ele assim eu falava - não, vamo botar pra cima, né, vamo ver como é que*”. Janice referiu, ainda, que sentiu necessidade de mais esclarecimentos quanto ao que estava acontecendo, o que a fez buscar imediatamente um atendimento obstétrico no hospital “*daí eu sai da sala, me senti super-mal, meu, meu namorado tava comigo, daí eu fui direto pro Feemina*”.

Aparece no relato de Janice uma esperança que tudo seja “um mal entendido”, que o bebê possa, a qualquer momento, deixar de apresentar o problema, revelando ainda um estado de não aceitação “*é, eu acho melhor até não ficar, eu esquecer assim e pensar, pensar mais pra adiante, né, pensar que ela vai de repente nesses dois meses vai que aconteça alguma coisa com ela e ela fique normal, entendeu, e feche aquele, aquela herniazinha, que eles falaram que é hérnia, né, e que entre pra dentro, sei lá. Eu penso nisso, eu penso nisso toda hora, que ela vai nascer assim e os médicos vão até se surpreender assim que ela tá bem assim, não precisa cirurgia nem nada*”. A gestante admitiu que até aquele momento não conseguia ter clareza sobre a situação real “*mas não caiu a ficha ainda do que tá acontecendo, só vou ver quando ela*

sair de dentro de mim e eu vê o problema, entendeu, aí eu acho que eu vou, vou cair assim vai cair a ficha (...) mas não sei, eu penso que não seja nada grave assim tento pensar isso, mas às vezes bate uma depressãozinha assim sabe, a gente fica meio pensando assim”.

Em relação às lembranças do exame, Janice refere que a imagem mais marcante foi a da região do corpo da bebê que tinha o problema “ [o que mais lembra] *foi quando eles mostraram que a barriguinha dela ao invés de ser reta tinha uma coisa, uma coisinha, um volumezinho assim pra fora*”, enfatizando que mesmo tendo visto aspectos saudáveis, bonitos e emocionantes, o que mais ficou na sua mente diziam respeito ao diagnóstico e à tristeza que ela sentiu durante o procedimento “*eu fiquei surpresa assim porque ele tava formadinho assim dava pra ver tudo bonitinho, sabe, mas depois sei lá, depois eu esqueci disso e pensei só no, no problema e fui direto, direto pro hospital, né, não pensei em mais nada, não, sabe que eu tava sentindo aquela emoção bonita de ver o nenê, passou assim numa hora pra outra, daí eu só pensava em coisa ruim, só pensava em coisa que não era pra pensar*”.

Os pensamentos no momento do diagnóstico giravam em torno da idéia de um bebê completamente defeituoso e deficiente “*vai nascer com alguma seqüela, algum problema*”, *sei lá, eu pensava assim “ah será que vai nascer defeituosa?”*, o que segundo a gestante, foi modificando positivamente na medida que foi realizando outros exames, especialmente depois da terceira ultra-sonografia, na qual recebeu atendimento psicológico.

Quando questionada se gostaria de ter feito o exame, isto é, se realmente achou melhor ter sabido do diagnóstico de Laura antes de seu nascimento, ela se mostrou ambivalente. Apesar de ter referido que sim, até por razões preventivas de como ela está se cuidando e sobre como deverá ser o parto, comentou sobre uma prima sua que não fez pré-natal e está sempre tranqüila e feliz com a gravidez, enquanto ela fica preocupada e, por alguns momentos, muito triste “*Eu, eu, eu acho que eu não sei se eu queria, porque eu tenho uma prima que tá grávida no mesmo tempo que eu, e ela não fez eco e ela disse que não vai fazer e (...), quando eu tô longe eu não sinto assim, mas quando eu tô perto dela eu sinto ela tão bem assim (...) mas daí eu penso assim “ah, foi bom que eu fiz”, pelo menos eu tô encarando assim e tô sabendo que o meu nenê tá com problema, né, o pior é se tu, depois que nasce saber do problema, entendeu, daí tu não ter te cuidado, tu não ter (...) então eu acho bom, eu acho bom ter feito isso*”.

O bebê com anormalidade

Após a primeira e a segunda ultra-sonografia, a impressão de Janice sobre o bebê foi bastante negativa e imperfeita, o que se modificou a partir do terceiro exame, quando ela se sentiu mais esclarecida a respeito do problema. Referiu então que sua impressão atual era de muita beleza e perfeição *“ah, eu acho, acho que ela vai ser um nenê perfeita, apesar de tá com esse probleminha aí né, que vai ser resolvido e vai ser linda”*, e os sentimentos de afeto de muita intensidade *“vai ser bem amada, (...) eu acho que vai ser meu tesouro, né, porque eu tô tão apaixonada assim por ela que, é uma sensação estranha sabe a gente fica toda boba assim pra falar”*. Quanto às características emocionais da Laura, a gestante diz que nunca pensou em como a filha pode ser *“isso eu nunca pensei”*.

A relação mãe-bebê

Sobre a relação mãe-bebê, Janice diz que depois do primeiro exame, passou a conversar mais com Laura *“depois da primeira eco daí eu comecei a conversar um pouco mais, né, conversa longa”*, mas que essa forma de interação ficou ainda mais intensificada após a terceira ultra-sonografia, quando a psicóloga orientou que ela falasse e explicasse à bebê o que estava acontecendo. A partir de então, Janice comentou que não parava de falar com a filha, não importando onde estivessem, chamando até a atenção dos colegas de trabalho *“depois disso eu conversava toda hora, todo dia, não escolhia o lugar, nada, que nem agora assim sou meia boba assim, o pessoal até acha que eu sou louca falando com a criança”*.

A maternidade no contexto da anormalidade fetal

Os sentimentos de maternidade de Janice são referidos como muito bons de serem experienciados e são relacionados bastante ao momento presente *“eu achei super-bom ser mãe assim, não sabia que era tão bom, por isso que agora eu dou razão pra mulher que tem cinco, seis filho, porque (ri), porque é bom, apesar da situação financeira, mas vale a pena tu ter um nenezinho assim (...) é um, é um sentimento assim de tu cuidar de uma pessoa assim de tu ter alguém que é teu, entendeu”*. Quanto ao futuro exercício da maternidade, a gestante se mostra ambivalente. Ao mesmo tempo em que assegura o seu acontecimento *“tu pensa assim ah, eu vou ter uma criança, eu vou ter que cuidar até o resto da vida dela”*, se mostra em dúvida, referindo que consegue imaginar mais os cuidados do hospital e que mais adiante sente que

não é possível diante da incerteza decorrente do diagnóstico de anormalidade do bebê “*é daí eu não chego a pensar em (...) sei lá, coisa ruim vem antes, continuo pensando coisa ruim*”.

Entendimento psicodinâmico do caso Janice

Janice tomou conhecimento do diagnóstico de Laura na sua primeira ultrasonografia, quando estava com dezessete semanas de gestação. Conforme seu relato, o intuito de realizar este exame, apesar de envolver o desejo de saber sobre as condições de saúde do bebê, tinha como principal expectativa conhecer o seu sexo. Esse achado contraria relatos da literatura (Eurenius & cols., 1997) de que diante do primeiro exame, as expectativas quanto à saúde do bebê aparecem de forma mais expressiva do que o desejo de conhecer o seu sexo. Pode-se pensar que a razão desta inversão no relato de Janice pode estar no desejo, mesmo que inconsciente, de não saber sobre a possibilidade de um diagnóstico de anormalidade fetal.

Com base em Bion (1963/1977), pode-se pensar na possibilidade da gestante estar evidenciando um funcionamento em $-K$ (menos conhecimento, *knowledge*), isto é, um empenho psíquico que, manipulado por defesas, não deseja conhecer, opondo-se à busca inata da verdade. É como se ela dissesse que só queria saber sobre o sexo e não sobre a anormalidade. No decorrer do discurso de Janice, esta idéia vai se confirmando, visto que no momento da notícia do diagnóstico, ela referiu sentir, em seguida do choque, uma sensação de dificuldade em assimilar a verdade, senão poderia não ter forças para seguir adiante.

No entanto, a gestante relatou que a sensação de não compreensão, bem como seu estado confusional, gerado a partir da comunicação do diagnóstico, incitou-lhe a buscar esclarecimentos imediatamente após o exame. Esta atitude poderia, a princípio, fazer-nos pensar em um funcionamento de contraposição ao imposto pelo padrão $-K$, na medida que ela desejava saber mais sobre o problema do bebê. No entanto, Janice clarificou, ao longo de seu discurso, que seu objetivo na busca de esclarecimentos, na verdade, se referia a uma esperança de que tudo acabasse num mal-entendido, de que o problema de Laura logo desaparecesse. Esta espera parece ter perdurado nos sentimentos de Janice que referiu uma possibilidade de que no nascimento de Laura, os médicos se surpreendessem com sua saúde, e até contra-indicassem a necessidade de qualquer procedimento cirúrgico.

Percebe-se, desta maneira, a permanência do funcionamento em $-K$, isto é, do desejo de não querer saber sobre o que causa dor ao psiquismo, no caso de Janice, o diagnóstico de anormalidade da sua filha. Assim, quando Janice se depara com situações ligadas à realidade, seja através de exames, comentários médicos e até pensamentos confirmatórios da situação, ela recorre ao mecanismo de negação, ou seja, ela busca a fantasia de que, por exemplo, o problema não vai mais existir, ou que nem é tão grave, para que possa, então, aliviar-se do sofrimento. Instaura-se, dessa forma, uma alternância entre a realidade, a consciência do diagnóstico e a fantasia, tentando não pensar e até inverter a situação.

O sofrimento do qual Janice precisava se defender estava explícito desde quando ela recebeu o diagnóstico, quando se sentiu desesperada e foi invadida por pensamentos de um bebê defeituoso. Ela referiu, ainda, que embora tivesse havido momentos emocionantes durante a ultra-sonografia, foram os ligados ao diagnóstico que lhe marcaram mais. Janice relutava em aceitar a realidade por causa deste sofrimento proveniente do “abismo” entre o bebê ideal concebido por Janice e o bebê real que lhe foi apresentado, comumente ocorrido em situações de malformação do bebê (Klaus & Kennell, 1992; Solnit & Stark, 1962). Acrescenta-se a isto sua ambivalência em relação a ter realizado o exame. Ela citou, justamente, o fato de o exame ter lhe trazido sofrimento como justificativa para seu possível desejo de não tê-lo feito, salientando que os que não o fazem podem ter uma gravidez tranqüila e livre de tensões. Por outro lado, Janice reconhece a importância do exame, por lhe possibilitar tomar os cuidados necessários para o bebê nascer melhor além de se preparar emocionalmente para esta realidade. Essa ambivalência em situações envolvendo anormalidade fetal corrobora os estudos de Deutrax e cols., (1998) e Gotzmann e cols., (2002), nos quais algumas gestantes, apesar de se dizerem satisfeitas pelo exame, referiram sentimentos ambivalentes em tê-lo realizado.

Com referência à postura do médico durante a ultra-sonografia, a gestante mostrou-se insatisfeita em relação a alguns aspectos, tais como a comunicação dele com outros profissionais, através de termos que ela não compreendia, bem como a falta de diálogo e explicação para com ela, o que a deixou ainda mais preocupada e ansiosa, uma vez que já tinha percebido que algo não estava correndo bem. Pode-se, mais uma vez, explicitar a idéia de que a comunicação diagnóstica é um momento extremamente delicado no pré-

natal, requerendo do profissional uma habilidade que transcende sua capacidade técnica, e envolve os seus aspectos emocionais.

Sabe-se que em situações de anormalidade fetal, a gestante tem seu narcisismo atacado, pois o bebê, considerado uma extensão dela mesma, apresenta um “defeito”. Instaura-se, então, uma ferida narcísica (Ramona-Thieme, 1995), o que para algumas gestantes causa ao psiquismo um sofrimento bastante intenso, beirando a insuportável, o que leva à busca de defesas. Percebe-se que Janice teve de se defender contra esse ataque ao seu narcisismo, o que fez com que ela embora em alguns momentos, se deparasse e pensasse sobre a situação, não enxergasse o problema de Laura de forma total. A gestante verbalizou, ainda, que só “acreditaria” realmente no diagnóstico, na ocasião do nascimento do bebê, ou melhor, quando ele estivesse fora de seu corpo. Pode-se pensar, então, que depois do parto, estando o bebê concretamente mais separado da mãe, fora de seu útero, ficasse amenizada a ameaça de destruição narcísica, favorecendo a apreensão da realidade.

Conforme o relato de Janice, o terrível sofrimento iniciado com o diagnóstico de anormalidade, foi se tornando menos intenso com o passar do tempo, assim como a imagem do bebê, que inicialmente era mais negativa e imperfeita, foi dando lugar a uma visão de beleza e perfeição, e a relação mãe-bebê foi se tornando ainda mais próxima. Esta transição parece ter ocorrido, neste caso, devido a alguns aspectos específicos: à elaboração psíquica da situação, à atuação eficiente dos mecanismos de defesa e, às intervenções de esclarecimento e suporte psicológico oferecidas após o terceiro exame.

A maternidade pareceu ser vista como um exercício bastante atual, no qual a gestante já se percebia mãe, pesava os prós e contras da função, além de sentir-se envolvida nas funções de cuidado e proteção, enquanto que o exercício futuro foi apresentado com ambivalência. É como se ela precisasse aproveitar este momento da gestação para exercer a maternidade, uma vez que o prognóstico do bebê era descrito como incerto e reservado.

Conforme Garrett & Carlton, (s.d.) a maneira com que o casal lida com a situação de malformação do bebê depende, dentre outros fatores, da severidade do problema, estrutura familiar, questões sócio-econômicas e culturais, aspectos psicológicos, além do fato de a gravidez ter sido ou não planejada. Janice é ainda bastante jovem, 21 anos, e não possui condição financeira e de trabalho satisfatórias, nem reside com o pai do bebê, que, por sua vez, está desempregado. O casal, apesar de desejar um bebê, não havia planejado a

gestação para o presente momento. Estes aspectos podem ter contribuído ainda mais para a dificuldade em aceitar o diagnóstico.

Enfim, Janice demonstrou um intenso sofrimento diante da notícia do diagnóstico de Laura, o que fez com que ela relutasse em aceitar a realidade de forma completa, em pensar sobre o problema, sempre precisando de um pensamento positivo para amenizar seus pensamentos mais negativos. Esta tentativa de anulação estava tendo um sucesso apenas parcial, uma vez que ela mesma explicitou isto dizendo que sabia que ainda não tinha conseguido apreender totalmente a realidade e que talvez isso só fosse possível após o parto. Logo, não apareceu em nenhum momento de seu discurso uma negação maciça da realidade e nem uma visão deturpada do bebê. A presença destes mecanismos psíquicos não parece, então, ter prejudicado a relação de Janice com Laura, pelo contrário, eles podem ter permitido que ela ficasse bastante próxima do bebê exercendo sua identidade materna²³.

²³ Após a sua participação no presente estudo, a pesquisadora acompanhou Janice na internação de Laura na UTI neonatal. Foram poucos atendimentos, todos prestados ao casal, e com caráter de apoio. Janice e Mauro estavam sempre juntos nas visitas ao hospital e pareciam estar enfrentando a situação de forma bastante adequada. A bebê teve alta em aproximadamente 15 dias, com ótimas condições de saúde e prognóstico. Desde então não houve mais contato entre a pesquisadora e Clara e não se teve mais notícias sobre ela e o bebê. Todos os atendimentos prestados foram oferecidos gratuitamente.

Discussão sobre as Semelhanças e Particularidades entre os casos

Apesar das particularidades de cada gestante em relação a como percebeu o exame, o bebê, como estabeleceu relação com ele, e como concebeu seus sentimentos maternos, é possível verificar alguns pontos comuns entre elas. O primeiro diz respeito às impressões sobre alguns aspectos do exame. As três gestantes relataram um estado inicial de choque quando foram informadas sobre o diagnóstico, que caracteriza a primeira fase do processo de luto em situações de malformação fetal (Drotar, 1975; Moura, 1986). Além disso, as gestantes relataram uma mudança abrupta de um estado emocional de felicidade e emoção para desespero e tristeza. Este tipo de percepção configura uma espécie de trauma para o psiquismo, que tem de dar conta de forma rápida, de um dado revelador de muito sofrimento.

É importante notar, ainda, que as três gestantes referiram, depois de já terem realizado a ultra-sonografia e recebido o resultado de malformação, que suas expectativas sobre aquele exame envolviam preferencialmente o desejo de saber sobre o sexo do bebê. Isto parece evidenciar uma manifestação, mesmo que inconsciente, de um desejo de não ter sabido sobre os resultados de anormalidade. Contrário a esta motivação, no estudo de Eurenus e cols. (1997), os autores encontraram que o interesse em saber sobre as condições de saúde do bebê antecedeu a curiosidade pelo sexo; porém estas gestantes responderam esta questão antes de receber o diagnóstico. Pode-se pensar que a inversão desta ordem no presente estudo ocorreu devido ao momento de coleta de dados, pois as gestantes já sabiam do diagnóstico de anormalidade do bebê e assim estavam demonstrando o desejo inconsciente de não ter sabido.

Duas das três gestantes (Alessandra e Janice) referiram, ainda, ambivalência em ter realizado o exame, expressando dúvida se realmente gostariam de ter sabido sobre o diagnóstico, apesar de ao mesmo tempo evidenciarem satisfação em ter podido tomar os cuidados necessários. Em contrapartida, Clara apontou predominantemente aspectos positivos do exame, pois este, cada vez que realizado, lhe reassegurava sobre a vida e a estabilidade do quadro do filho. No entanto, também referiu um aspecto negativo que foi o de se sentir impotente e angustiada diante do fato de saber sobre o diagnóstico e ter que conviver com esta realidade até o nascimento do bebê, sendo-lhe até lá impossível de tomar

qualquer atitude. Este achado corrobora os de Deutrax & cols., (1998) e Gotzmann & cols., (2002) que encontraram verbalizações de ambivalência sobre a realização da ultrasonografia em gestantes com diagnóstico de anormalidade fetal.

Ainda concernente ao exame, duas das gestantes (Alessandra e Janice) referiram insatisfação quanto a algumas condutas do médico que realizou o exame cujo resultado revelou o problema de seus bebês. Os principais aspectos apontados disseram respeito à demora pela comunicação de alguma explicação e diálogo com elas, uma vez que as atitudes deles, de chamar colegas e discutir com estes por meio de termos incompreensíveis para elas, já mostravam que algo não estava transcorrendo normalmente. Além disso, ambas relataram a necessidade de ter recebido explicações mais detalhadas na hora do exame. Alguns autores têm destacado a necessidade de que a comunicação diagnóstica seja bastante qualificada e sugerem, inclusive, treinamentos específicos para abordar estas situações. Já, com relação às explicações em si, pode-se pensar que a capacidade de compreensão da gestante, num momento de forte impacto emocional, fica bastante reduzida, contribuindo para dificultar ainda mais a compreensão de explicações complexas, e para a impressão de que as informações foram insuficientes. Obviamente, não se pode excluir eventualidades posturas profissionais caracterizadas pela inabilidade de conter emocionalmente a paciente, o que faz com os profissionais “tentem logo se livrar dela”, encaminhando-a ao seu ginecologista para maiores esclarecimentos. Portanto, o profissional de medicina fetal não realiza somente o procedimento radiológico, ele tem sim um contato interacional importante com a gestante, afinal de contas, é ele quem lhe apresenta seu bebê pela primeira vez, e deve fazer jus a esta posição.

É importante salientar que, especialmente o médico nestas situações pode receber tanto uma carga de idealização que desencadeia uma atitude passiva e submissa da gestante, que entende que este é o único que poderá “salvar” o bebê, ficando, então, intocado e livre de qualquer tipo de críticas (Caron & Maltz, 1994), como ser alvo também de projeções da sua própria agressividade e de seus sentimentos de desamparo. Segundo Moura (1986), após as fases de choque e negação do processo de luto, surge uma fase de liberação das reações impulsivas que consiste em dirigir todo o sentimento de tristeza e raiva e decepção para o bebê, podendo levar a um desejo de que o bebê não sobreviva. Esse sentimento de não-aceitação origina uma busca por um culpado, na medida que o pai ou a mãe não podem

tolerar sua própria culpa de estar rejeitando o bebê. Assim, essa é projetada, em geral, para o parceiro, o médico ou para ascendência familiar de cada um. Neste estudo, não dispomos de dados suficientes para avaliar a representação real dos sentimentos das gestantes em relação aos médicos, primeiro porque não contactamos os médicos e estes não faziam parte da equipe de trabalho do hospital onde realizamos este estudo e, segundo, porque a profundidade das entrevistas não permitiu conclusões tão profundas. Porém, é importante que o profissional da área “psi” (psicólogo, psiquiatra e psicanalista) avalie cuidadosamente a origem dos sentimentos das gestantes no contexto de anormalidade fetal, qual carga de fantasias e realidade contida nas suas verbalizações, para que se possa ajudá-la a discriminar o que está acontecendo interna e externamente, redirecionando suas energias psíquicas adequadamente.

No que diz respeito à visão sobre o bebê, as três gestantes apresentaram uma impressão bastante positiva, de beleza e perfeição, chegando em alguns momentos a desconsiderar o problema. Os relatos sugerem, desta forma, um afeto compensatório da mãe pelo bebê, uma necessidade de assegurar seu amor e sua admiração mesmo diante do “defeito”. Alessandra e Clara, cujos bebês apresentavam meningomielocele, destacaram a região dos pés do bebê nas suas verbalizações, sem falar de nenhuma outra parte do corpo, e é justamente nessas partes, - na movimentação dos membros inferiores - que estão localizadas a maioria das seqüelas desse diagnóstico. Isto nos leva a pensar num certo nível de utilização de mecanismos de negação, uma vez que ambas sublinharam os pés dos bebês, sendo que uma delas falou até na sua crença de que o bebê teria os pés ativos, e nenhuma sequer citou qualquer outro aspecto ligado às seqüelas da anormalidade.

De acordo com o discurso das gestantes, a relação mãe-bebê parece ter se intensificado após o recebimento do diagnóstico de anormalidade do bebê. Sinason (1993) enfatizou que a rejeição inicial por parte dos pais em relação ao bebê pode se converter em um estado de superproteção em relação ao filho, o qual também pode prejudicar o seu desenvolvimento psíquico. Quayle (1996) chamou ainda a atenção para a diferenciação na dinâmica psíquica e relacional de pais e bebês no contexto de uma malformação invisível ou visível, dizendo que estas últimas - que acometeram os bebês deste estudo - acarretam uma culpa imediata e intensa nos pais, fazendo com que muitos deles abandonem suas vidas particulares para se dedicarem exclusivamente ao bebê. Somente uma das gestantes –

(Alessandra), abdicou de aspectos importantes da sua vida pessoal, largando emprego e mudando de cidade, mas isto parece ter sido mais em função do abandono do companheiro do que do diagnóstico do bebê. As outras duas (Clara e Janice), seguiram trabalhando. Porém, todas elas passaram a estabelecer com o bebê uma relação descrita como mais intensa e próxima, depois do diagnóstico, o que naquele momento não seria decorrente somente da gestação. Desse modo, não se pode excluir a possibilidade de que impulsos agressivos, que movidos por culpa, se utilizam do mecanismo de formação reativa para se transformarem em uma ligação intensa entre mãe-bebê. Porém, acredita-se que está também envolvida uma capacidade de elaboração da situação que desprende e libera energia psíquica para esta ligação.

Ademais, sobre a paridade, sustenta-se que as gestantes primíparas vivenciem o diagnóstico de anormalidade fetal com mais sofrimento do que as múltiparas, caso estas últimas tenham tido filhos saudáveis (Quayle, 1996). As três gestantes deste estudo eram primíparas, o que parece ter incrementado ainda mais o seu sofrimento. Ademais, nenhuma delas havia planejado a gestação, o que pode ter levado a uma intensificação da culpa por possíveis impulsos agressivos dirigidos ao bebê, já quando diante da notícia da gravidez.

A maternidade foi apresentada pelas três gestantes do presente estudo como bastante atual. As gestantes referiram estar vivenciando o sentimento materno de forma mais presente do que futura, já que o futuro estava carregado de dúvidas sobre sua real possibilidade de concretização. Este achado contraria os estudos de Roelofsen e cols. (1993) que apontou que os sentimentos maternos ficaram relativamente bloqueados até que fossem confirmadas boas condições de saúde do bebê. Pode-se pensar, a partir da vivência atual da maternidade encontrada na presente pesquisa, em uma configuração diferenciada do curso da maternidade em gestantes para as quais é apresentada uma realidade duvidosa quanto à sobrevivência e às condições de desenvolvimento de seu filho.

Discussão Geral sobre as Impressões e Sentimentos sobre a Ultra-Sonografia e a Relação Mãe-Feto no Contexto de Anormalidade Fetal

O impacto emocional da ultra-sonografia fez-se notável nos relatos das gestantes com diagnóstico confirmado de anormalidade fetal. Pode-se pensar, então, que neste contexto, o exame ultra-sonográfico foi visto como “responsável” por apresentar uma realidade bastante dolorosa, podendo ser percebido, por algumas gestantes ou em alguns momentos ou aspectos, como ameaçador e até indesejado, o que confirma parcialmente as expectativas iniciais deste estudo. Estas expectativas sugeriam que o exame seria visto pelas gestantes como perseguidor na medida que mostraria os “defeitos” do seu bebê. Os relatos das três gestantes não associaram uma dimensão totalmente perseguidora ao exame, mas uma insatisfação por ter-lhe causado sentimentos de tristeza, ansiedade, perdas e impotência. Na verdade, todas as gestantes também revelaram aspectos positivos do exame, contrariando as expectativas do estudo de que seria destacado somente o seu caráter mais negativo. Com base no exame, todas as gestantes se sentiram respaldadas para assumir atitudes necessárias de cuidado e de planejamentos emocionais e até práticos, como, por exemplo, conhecer o tipo de parto, além de reassegurada através do exame sobre a vida e o bem-estar do bebê. Assim, diferente do esperado, o exame não foi percebido como uma ameaça pelas gestantes, por demonstrar, a qualquer momento, o fracasso da sobrevivência do bebê. Mais do que isto, a ultra-sonografia foi concebida como uma esperança constante de que se revelasse uma reversão do quadro patológico do bebê.

Em relação às insatisfações quanto à postura médica de demora na comunicação de resultados, vale-nos ressaltar alguns comentários. Sabe-se que os médicos precisam ter certeza do que estão vendo e, em algumas situações, faz-se necessário discutir com colegas para uma comunicação mais assertiva do diagnóstico. Outro ponto importante é o prejuízo emocional que causam os resultados ditos como falsos positivos e por isto, entende-se que os médicos necessitam de tempo para examinar detalhadamente a imagem até ter uma resposta mais segura. No entanto, o que ocorre na sala de exame e na expressão e comportamento do médico é percebido rapidamente pela gestante, que diante de um clima de dúvida de diagnóstico, fica bastante preocupada e tensa. Esse tempo de espera que cronologicamente poderia não ser considerado como muito relevante, não corresponde ao tempo psíquico sentido pela gestante. Desse modo, algumas atitudes, se consideradas

indispensáveis de acontecer na frente da gestante, como chamar colegas e discutir termos técnicos, poderiam pressupor algum diálogo dirigido à gestante, objetivando explicar, na medida do possível, os dados de realidade que vão surgindo. Por vezes, a atitude de não dizer nada à gestante visando protegê-la de uma intranquilidade desnecessária, pode ter conseqüências contrárias envolvendo grande apreensão e ansiedade. O silêncio ou o uso de vocabulário técnico, estranho às gestantes, que serviria para esconder dela eventuais dúvidas quanto ao diagnóstico, parece na realidade fazê-las perceber o que está ocorrendo. Portanto, fazer de conta que nada está acontecendo pode ser mais perturbador do que anunciar que algo não está como o esperado e que, por isto, é preciso conversar com outro colega. Atitudes deste tipo trariam até certo reconforto à gestante para suportar a situação de extrema dificuldade pela qual começa a passar. Sugerir-se-ia, então, que a paciente fosse mantida como principal personagem na cena do exame, e que em situações mais expressivas de dúvida, nas quais, principalmente, fossem chamados outros médicos, esta fosse informada, mesmo com dados mínimos, sobre o que está acontecendo. De qualquer modo, novas pesquisas se fazem necessárias para que se possa investigar as diferentes facetas da comunicação diagnóstica, o que traria contribuições relevantes para esta área tão importante do diagnóstico pré-natal.

Com respeito à relação materno-fetal, Sukop e cols. (1999) verificaram um nível menor de apego mãe-feto em gestantes em situação de malformação fetal do que naquelas que se encontravam em um contexto de normalidade. Por outro lado, Sinason (1993) sustentou que o vínculo entre a dupla poderia ser também de superproteção. Estas eram também as expectativas iniciais para este estudo - de que haveria um prejuízo na relação materno-fetal após o recebimento do diagnóstico, sendo de caráter evitativo, de rejeição ou de superproteção. Contudo estas expectativas não foram confirmadas. Ao contrário, percebeu-se uma intensificação do vínculo - as gestantes verbalizaram terem aumentado a freqüência e a qualidade dos comportamentos de interação para com o bebê, tais como conversas, pensamentos e até o estabelecimentos de “acordos” com o bebê para protegê-lo ainda mais. As razões para tal contradição pode ser pelo menos em parte explicada pelas diferentes metodologias empregadas. O estudo de Sukop e cols. (1999) teve por base uma abordagem quantitativa, sem falar que englobou uma ampla gama de malformações com diferentes severidades, multiplicidade, e exposição. A presente pesquisa avaliou a relação

materno-fetal a partir de uma perspectiva qualitativa, vendo em profundidade cada caso, além de ter se detido em malformações equiparáveis em severidade, multiplicidade e exposição, caracterizadas, no presente estudo, como moderadas, isoladas e visíveis.

É importante registrar que alguns aspectos de superproteção foram notados em verbalizações específicas. De qualquer modo, é de se esperar que mães de bebês com problemas se mostrem mais preocupadas e atentas a eles. Por outro lado percebeu-se em alguns momentos uma carga de idealização da mãe sobre o bebê que parecia ter a função de afastar psicologicamente a possibilidade de morte, o que endossa as expectativas iniciais. Especialmente na descrição das gestantes sobre a imagem mental que tinham do bebê, este aparecia como saudável, perfeito e inclusive algumas citaram a região que geralmente é acometida pelas seqüelas da malformação como alvo de elogios. Assim, pode-se pensar que algum nível de negação do problema do bebê seja até esperado para que a gestante se sinta capaz de prosseguir com a gestação. Sem estes mecanismos psíquicos em funcionamento seria muito difícil conviver com a malformação e carregar um bebê com “defeitos”, e com a possibilidades de não sobrevivência ou, se isto ocorrer, viver com graves limitações no seu desenvolvimento.

CAPÍTULO IV

DISCUSSÃO GERAL

O objetivo da presente pesquisa foi examinar as impressões e sentimentos de gestantes sobre a ultra-sonografia obstétrica e suas implicações na relação mãe-feto no contexto de normalidade e anormalidade fetal. Para tanto, foram realizados dois estudos, sendo que o primeiro investigou a situação de normalidade, e o segundo a de anormalidade fetal. Serão discutidos, a seguir, os principais achados de cada um deles, traçando uma comparação com as expectativas iniciais. Para fins de exposição, serão respeitados os quatro eixos temáticos que nortearam a análise dos dados: as impressões e sentimentos quanto ao exame, quanto ao bebê, à relação mãe-bebê e à maternidade.

Com base na literatura revisada (Baillie & cols., 1997; Caccia & cols., 1991; Deutrax & cols., 1998; Fletcher & Evans, 1983; Gotzmann & cols., 2002; Kohn & cols., 1980), a expectativa inicial era de que fossem encontradas diferenças nas impressões e nos sentimentos das gestantes dos dois grupos em relação ao exame ultra-sonográfico e nas suas implicações na relação materno-fetal. Quanto ao primeiro estudo, que investigou gestantes no contexto de normalidade fetal, esperava-se inicialmente que a ultra-sonografia, ao possibilitar um contato bastante real com o feto, fosse vivenciada por elas, predominantemente, com sentimentos positivos, contribuindo para intensificar o sentimento materno. Ademais, esperava-se que o feto se tornasse mais real e personalizado para a gestante, sendo visto, por isso, com expectativas e investimentos mais positivos o que contribuiria para a qualidade da relação materno-fetal.

Em relação a este primeiro estudo, verificou-se uma grande correspondência entre o que foi esperado e os achados explicitados em cada um dos quatro eixos temáticos. As impressões e sentimentos das gestantes em relação à ultra-sonografia foram, predominantemente, de caráter positivo, e elas o reconheceram como uma experiência bastante emocionante e satisfatória. Não houve referências a quaisquer aspectos desagradáveis, nem com relação ao momento em si, à atuação do médico, nem aos efeitos do exame. O bebê passou a ser visto como mais real e personalizado após a realização da ultra-sonografia e isso parece ter influenciado na relação mãe-bebê, intensificando os comportamentos de interação da dupla e até aumentando o nível de apego materno-fetal. A

maternidade se tornou mais evidente para a gestante, que passou a se sentir mais envolvida no papel materno de cuidado e proteção ao bebê.

Vale ressaltar que os sentimentos decorrentes do exame não substituíram aqueles provenientes das fantasias maternas sobre o bebê e, em alguns casos, estimularam ainda mais esse processo imaginativo, servindo até como justificativa para a mãe acreditar que o bebê seria de determinada maneira. Assim, as gestantes parecem enxergar a imagem do bebê, a partir de representações psíquicas, particularmente as inconscientes, ou seja, elas vêem o que podem e querem ver. Diz-se, com isso, que o exame pode, sim, promover a intensificação do vínculo e antecipar a eclosão de alguns sentimentos, porém não leva a modificações radicais na dinâmica da relação mãe-bebê ou na representação psíquica daquele bebê para a mãe.

Já para o segundo estudo, que investigou o contexto de anormalidade fetal, esperava-se que as gestantes mostrassem uma tendência a representar o momento da ultrasonografia como mais ansiogênico e ameaçador, na medida que foi através dele que “os defeitos” de seu bebê se tornaram reais. Os momentos do exame seriam vistos como mais ameaçadores, por serem capazes de mostrar, a qualquer momento, um fracasso na sobrevivência do bebê. A relação mãe-feto poderia ficar, então, prejudicada, em razão do diagnóstico, podendo o feto ser negado e rejeitado por algumas mães, enquanto outras tenderiam a superproteger e idealizar o feto como uma forma de afastar a possibilidade real da morte. Em relação aos sentimentos maternos, esperava-se que estes ficassem relativamente suspensos até o nascimento, quando ficasse mais certa a possibilidade de sobrevivência do bebê (Roelofsen & cols., 1993).

Com relação a este segundo estudo, as expectativas foram correspondidas parcialmente. Verificou-se que as impressões das gestantes sobre a ultrasonografia foram mais negativas, uma vez que o momento do exame foi vivenciado com muito sofrimento, por mostrar uma realidade muito difícil. A atitude médica na comunicação do diagnóstico foi referida, em algumas verbalizações, com descontentamento. Apareceram, assim, sentimentos ambivalentes, revelando dúvida sobre a decisão de ter realizado a ultrasonografia. No entanto, existiram também referências positivas sobre o exame, apesar da anormalidade revelada. A possibilidade de prevenção em relação aos cuidados necessários e a preparação emocional e prática, como o tipo de parto indicado, foram fatores que

passaram a ser considerados devido ao exame, e neste sentido reconhecidos com satisfação. Ademais, o momento da ultra-sonografia foi visto como reassegurador de que o bebê estava vivo e mantinha um quadro estável de saúde, além de representar constantemente uma esperança de que a malformação deixasse de ser visualizada. Este achado contrariou a expectativa inicial de que ele seria mais temido por eventualmente mostrar o fracasso na sobrevivência do bebê. No presente estudo os novos exames foram reconhecidos como mais passíveis de revelar a vida do que a morte.

Apesar do diagnóstico de anormalidade, a visão das gestantes sobre o bebê foi bastante positiva, caracterizada por beleza e perfeição, chegando, em alguns momentos, a desconsiderar o problema descoberto. Os relatos sugerem, desta forma, um afeto compensatório da mãe pelo bebê, uma necessidade de assegurar seu amor e sua admiração mesmo diante do “defeito”. As três gestantes referiram que passaram a estabelecer com o bebê uma relação descrita como mais intensa e próxima, depois do diagnóstico. A expectativa inicial de negação e rejeição da mãe em relação ao bebê com anormalidade não foi confirmada. Na verdade, apareceu mais entre as gestantes uma atitude de superproteção, que era também uma das possibilidades esperadas no contexto de anormalidade. Esta atitude parece necessária para a manutenção de uma boa qualidade na relação mãe-bebê.

Além disto, os sentimentos maternos nas gestantes deste segundo estudo foi apresentado como bastante atual, uma vez que o exercício futuro da maternidade foi visto com dúvidas sobre a possibilidade de sua concretização. Isto contraria a expectativa inicial de que os sentimentos relativos à maternidade ficariam restritos até que as gestantes tivessem mais certeza da sobrevivência do bebê. Elas demonstraram sentimentos quase que contrários a esta expectativa, na medida que a maternidade foi evidenciada como bastante atual nos seus relatos.

Considerações finais

A partir dos resultados apresentados acima, pode-se pensar em algumas considerações a respeito dos estudos realizados. Sobre as participantes do primeiro estudo, foram incluídas três gestantes que, na ocasião da ultra-sonografia, já haviam percebido os movimentos fetais. Sendo estes reconhecidos como quase equivalentes ao exame no que se refere à concretização do bebê (Raphael-Leff, 1991; Villeneuve & cols, 1988), o fato de

estas gestantes já terem percebido os movimentos fetais pode ter influenciado na sua concepção sobre o exame. Sugere-se que esta limitação deva ser controlada nas próximas pesquisas que investigarem o tema.

Duas participantes já haviam passado pela vivência de aborto espontâneo, não sendo então consideradas primigestas, o que também pode ter influenciado nas suas vivências do exame. Sugere-se que outros estudos possam controlar melhor esta variável, mas além disto comparar a vivência da ultra-sonografia para gestantes que tenham e que não tenham passado por uma situação de trauma anterior relacionado à maternidade. Ademais, no período entre a realização do exame e as três semanas depois, quando foi realizada a segunda entrevista, algumas gestantes passaram a experimentar os movimentos fetais, além de terem tido mudanças físicas importantes decorrentes da gravidez. Essas transformações podem ter influenciado no resultado do estudo. O ideal seria isolar os efeitos do exame dos de outros acontecimentos, o que pode ser um critério para futuros estudos.

Ainda quanto ao primeiro estudo, como a entrevista era realizada no mesmo ambulatório da ultra-sonografia, e, muitas vezes, na sala ao lado de onde o médico já estava realizando outro exame com outra paciente, pode ter sido difícil às participantes fazerem comentários mais críticos sobre alguns aspectos do exame, como por exemplo, a forma com que o procedimento foi conduzido e a postura médica durante a realização, o que pode ter enviesado algumas informações. Soma-se a isto o fato de a pesquisadora talvez ter sido identificada com a equipe do próprio setor, apesar dos esclarecimentos contrários. Assim, é plausível se pensar que isto levou a que algumas insatisfações não fossem manifestadas como, por exemplo, o pouco tempo de duração do exame, a proibição da presença de familiar, a dificuldade de verem mais extensamente determinadas partes do bebê, como rosto, mãos e corpo, em oposição à rotinas do exame que privilegiam medidas e informações sobre a saúde do bebê. Isto pode não ter acontecido com as participantes do segundo estudo, uma vez que elas não se referiam ao exame realizado no hospital onde elas participavam do presente estudo, o que pode ter lhes dado mais liberdade para opinar.

De qualquer modo, não se pode deixar de considerar que muitas das gestantes do primeiro estudo “reclamaram” a importância da presença de um acompanhante durante a realização da ultra-sonografia. Pode-se pensar que este deve ter sido, então, um fator bastante forte nos sentimentos das gestantes, tendo sido até suficiente para que pudessem

expressar descontentamento, mesmo se tratando de uma crítica direta sobre a equipe e o hospital aos quais a pesquisadora estava vinculada. Este achado deve ser considerado pelas equipes de medicina fetal para que, na medida do possível, sejam oportunizadas condições mais adequadas à realização de exames ultra-sonográficos, na medida que eles têm conseqüências para a própria relação da mãe com o bebê, para a maternidade, e, por conseguinte, para o desenvolvimento psíquico do bebê. Neste sentido, é importante assinalar o impacto do exame no próprio aumento do apego materno fetal, apontado no presente estudo.

Destacam-se como méritos deste primeiro estudo, inicialmente, o fato de ter investigado o fenômeno em dois momentos distintos, o que possibilitou verificar com clareza os efeitos do exame, passadas três semanas de sua realização. Caso as gestantes tivessem sido entrevistadas somente logo em seguida do exame, tratar-se-ia de um momento de sobrecarga emocional, o que poderia dificultar às gestantes o processo de reconhecimento e explicação de seus próprios sentimentos. Além disso, estas informações obtidas logo após o exame limitaria nossa possibilidade de saber sobre as implicações que o exame teria na vida e na rotina das gestantes, passado este momento de fortes emoções. Outro ponto considerado positivo foi o de se ter investigado tanto qualitativa quanto quantitativamente a influência da ultra-sonografia na relação materno-fetal, possibilitando, desta forma, uma visão bastante integrada destes efeitos.

A respeito do segundo estudo, que investigou o contexto de anormalidade fetal, as participantes discorreram sobre a sua primeira ultra-sonografia que havia sido realizada há, aproximadamente, três meses do dia da entrevista. Durante aquele período, as gestantes foram submetidas a outros procedimentos solicitados pelo médico, bem como conversado com familiares e outros profissionais de saúde. Pode-se pensar que tudo isto pode ter influenciado para uma referência menos discriminada e precisa sobre a primeira ultra-sonografia. Portanto, foi usada uma abordagem retrospectiva, que como sabemos é influenciada por vários processos psíquicos, conscientes e inconscientes, passíveis de influências devidas ao momento de grande emoção que cercou toda aquela situação. Neste sentido, seria importante a realização de estudos prospectivos que acompanhassem longitudinalmente gestantes com diagnósticos de anormalidade fetal.

No discurso das participantes do segundo estudo, algumas atitudes médicas foram alvo de insatisfação na comunicação do diagnóstico. Novas pesquisas são sugeridas a fim de investigar o quanto estas referências devem-se à real postura médica ou muito também pela necessidade de busca por um culpado, própria da situação de diagnóstico de anormalidade fetal. Independentemente do que possa ter acontecido, é fundamental que se desenvolvam programas de intervenção clínica associados à medicina fetal, uma vez que contribuiriam não só com os médicos, na comunicação destes diagnósticos para as gestantes, mas especialmente para a própria gestante e familiares, dando-lhes apoio emocional nestes momentos de extrema dificuldade e tristeza.

Esta pesquisa foi constituída por dois estudos interdependentes, que apesar de investigarem as mesmas questões em contextos diferentes, utilizaram metodologias distintas. Apesar disto, os resultados sinalizam para o fato de que as gestantes, com normalidade fetal, relataram idéias diferentes das gestantes com anormalidade fetal, a respeito da ultra-sonografia. Para estas últimas o exame se constitui em um momento mais ameaçador, insatisfatório, lembrado com muito sofrimento. De qualquer modo, não houve, em nenhum dos dois estudos, qualquer achado que pudesse revelar indiferença em relação à experiência, sendo esta sempre relatada de forma intensa e impactante. Além disso, independente do grupo, todas as gestantes revelaram que após o exame houve um aumento na relação materno-fetal e nas vivências de maternidade.

Diante da massificação e da necessidade da ultra-sonografia como importante recurso do pré-natal, não é nosso objetivo questionar a realização deste exame, mas cabe a nós, profissionais da saúde, atentar para o fato de que este exame acarreta implicações emocionais em qualquer gestante que o realiza. Estas implicações parecem ser ainda mais impactantes diante de um diagnóstico de anormalidade fetal, uma vez que a gestante tende a ficar em uma posição de extrema fragilidade emocional, ficando mais vulnerável a qualquer acontecimento no momento do exame. Assim, qualquer profissional que lida com esta área e com a situação de exame ultra-sonográfico deve ser habilitado a proferir um ambiente de qualidade, não somente técnica, mas também emocional. Isto pode-se dar através de esclarecimentos prévios sobre o exame, habilidade na comunicação diagnóstica, apoio psicológico às gestantes e à equipe de medicina fetal e permissão de acompanhamento familiar às gestantes no momento do exame. As consultas do pré-natal e

especialmente a situação de ultra-sonografia constituem, muitas vezes, os únicos momentos em que as mulheres são vistas por profissionais da saúde durante a gestação. Desse modo, o exame se constitui em um importante momento para as vidas de mães e bebês, com implicações emocionais para ambos e para a relação atual e futura da díade, após o nascimento do bebe. Este momento do exame, passa a ser, então, uma via de contato com o bebe e a gestante, não somente com o intuito de detectar eventuais problemas, mas pode também ser utilizado preventivamente para identificar e fornecer eventual suporte emocional para as mãe que o necessitem.

REFERÊNCIAS

- Augusto, M. (1995). Repercussões do diagnóstico pré-natal na relação mãe-feto: um estudo exploratório. *Trabalho de aprimoramento em psicologia hospitalar*, Não Publicado. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - USP.
- Baillie, C., Mason, G., & Hewison, J. (1997). Scanning for pleasure. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, *104*, 1123-1124.
- Bardin, L. (1977). *Análise de Conteúdo*. São Paulo: Edições 70.
- Beck, C. (1999). Research on Prenatal Attachment and Adaptation to Pregnancy. *MCN*, *24*, 25-32.
- Berryman, J. (1993). Pregnancy after 35: a preliminary report on maternal-fetal attachment. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, *11*, 169-174.
- Bibring, G., Dwyer, T., Huntington, D., & Valenstein, A. (1961). A study of the psychological processes in pregnancy and of the earliest mother-child relationship. *The Psychoanalytic Study of the Child*, *16*, 9-44.
- Bibring, G. & Valenstein, A. (1976). Psychological aspects of pregnancy. *Clinical Obstetric and Gynecology*, *19*, 357-371.
- Bion, W. (1977). *Elementos em Psicanálise*. Rio de Janeiro: Imago. Original publicado em 1963.
- Bornholdt, E. (2001). A gravidez do primeiro filho à luz da perspectiva paterna. *Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica*, Não Publicada. Instituto de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul – PUCRS.
- Bradley, E. (2000). Pregnancy and the internal world. Em J. Raphael-Leff, J. (Org.). *'Spilt milk' perinatal loss & breakdown* (pp. 28-38). Londres: Institute of Psychoanalysis.
- Brazelton, T. (1987). O bebê: parceiro na interação. Em T. Brazelton, B. Cramer, L. Kreisler, R. Schäppi, & M. Soulé. (1987). *A dinâmica do bebê* (pp. 9-23). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Brazelton, T. (1988). *O desenvolvimento do apego*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Brazelton, T. & Cramer, B. (1992). *As primeiras relações*. São Paulo: Martins Fontes.

- Buchabqui, J., Abeche, A., & Brietze, E. (2001). Assistência pré-natal. Em F. Freitas, S. Martins-Costa, J. Ramos, & J. Magalhães. *Rotinas em Obstetrícia* (pp. 23-37). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Busnel, M. (1997). A sensorialidade fetal e suas conseqüências. Em: J. Wilhelm (Org.). *Decifrando a linguagem dos bebês: Anais do II Encontro Brasileiro para o Estudo do Psiquismo Pré e Peri Natal* (9-26). São Paulo/SP: Cop L Print.
- Caccia, N., Johnson, J., Robinson, G., & Barna, T. (1991). Impact of prenatal testing on maternal-fetal bonding: Chorionic villus sampling versus amniocentesis. *American Journal Obstetric Gynecology*, 4, 1122-1125.
- Callegari-Jacques, S. (2003). Bioestatística: princípios e aplicações. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Caron, N., Lopes, R., Fonseca, M., Gomes, A., Munhos, J., & Moreira, V. (2002). La visite des cavernes: réflexions basées sur l'observation échographies obstétriques. Trabalho apresentado no *VI Internacional Congress on Infant Observation According to the Method of Esther Bick*. Cracóvia, Polônia.
- Caron, N. (2000). O ambiente intra-uterino e a relação materno-fetal. Em N. Caron (Org.). *A relação pais-bebê: da observação à clínica* (pp. 119-134). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Caron, N., Fonseca, M., & Kompinsky, E. (2000). Aplicação da Observação na Ultrasonografia Obstétrica. Em: Caron, N. *A relação pais-bebê: da observação à clínica* (pp. 178-206). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Caron, N. & Maltz, R. (1994). Intervenções em grávidas com anomalias congênitas. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 16, 202-207.
- Chamberlain, D. (1994). How Pre and Perinatal Psychology can transform the World. *Pre and Perinatal Psychology Journal*, 8, 187-199.
- Chudleigh, P., & Pearce, J. (1992). *Obstetric Ultrasound*. Londres: Churchill Livingstone.
- Condom, J. & Corkindale, C. (1997). The correlates of antenatal attachment in pregnant women. *British Journal of Medical Psychology*, 70, 359-372.
- Courvoisier, A. (1985). Échographie Obstétricale et Fantasmas. *Neuropsychiatrie de L'enfance Infant*, 33, 103-105.

- Cox, D., Wittman, B., Hess, M., Ross, A., Lind, J., & Lindahl, S. (1987). The psychological impact of diagnostic ultrasound. *Obstetric and Gynecology*, 70, 673-676.
- Cramer, B. (1993). *Profissão bebê*. São Paulo: Martins Fontes.
- Cranley, M. (1981). Development of a tool for the measurement of maternal attachment during pregnancy. *Nursing Research*, 30, 281-284.
- Detraux, J., Gillot-de-Vries, F., Vanden S., Courtois, A., & Desmet, M. (1998). Psychological impact of the announcement of a fetal abnormality on pregnant women and on professionals. *Annual New York Academic Science*, 18, 210-219.
- Drotar, D., Maskiewicks, A., Irvin, N., Kennel, J., & Klaus, M. (1975). The Adaptation of Parents to the Birth of an Infant with a Congenital Malformation: a Hypothetical Model. *Pediatrics*, 56, 710- 716.
- Etchegoyen, H. (1987). *Fundamentos da técnica psicanalítica*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Eurenius, K., Axelsson, O., Gällstedt-Fransson, I., & Sjöden, O. (1997). Perception of information, expectation and experiences among women and their partners attending a second trimester routine ultrasound scan. *Ultrasound Obstetric Gynecology*, 9, 86-90.
- Feijó, M. (1999). Validação brasileira da Maternal-Fetal Attachment Scale. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 51, 52-62.
- Ferrão, L. (1998). A experiência psíquica da forma e do vazio. Em: L. Filho (Org.). *Silêncios e Luzes: sobre a experiência psíquica o vazio e da forma*. (pp.31-43). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Fletcher, J. & Evans, M (1983). Maternal bonding in early fetal ultrasound examinations. *New England Journal of Medicine*, 308, 392-393.
- Fonseca, M., Magalhães, J., Papich, H., Dias, R., & Schimidt, A. (2000). Ultra-sonografia em obstetrícia: explorando um novo mundo. Em N. Caron (Org.). *A relação pais-bebê: da observação à clínica* (pp. 97-118). Porto Alegre: Casa do Psicólogo.
- Freud, S. (1969). A interpretação dos sonhos (M.A.M. Rego, Trad.). Em: J. Salomão (Org.), *Edição standard brasileira de obras completas de Sigmund Freud* (Vol. 4). Rio de Janeiro: Imago. (original publicado em 1900).

- Freud, S. (1969). Inibições, sintomas e ansiedade (M.A.M. Rego, Trad.). Em: J. Salomão (Org.), *Edição standard brasileira de obras completas de Sigmund Freud* (Vol. 20, pp. 107-180). Rio de Janeiro: Imago. (original publicado em 1926)
- Garrett, C., & Carlton, C. (s.d.). Difficult decisions in prenatal diagnosis. Em L. Abamsky, & J. Chapple. (Orgs.). *Prenatal Diagnosis: The human side* (pp. 86-105). Londres: Chapman & Hall.
- Gomes, A. & Donelli, T. (2001). *Entrevista de história obstétrica da gestante*. Porto Alegre: Instituto de Psicologia – UFRGS. Instrumento não publicado.
- Gomes, A. & Piccinini, C. (2001). *Entrevista sobre a ultra-sonografia obstétrica e a relação materno-fetal*. Porto Alegre: Instituto de Psicologia – UFRGS. Instrumento não publicado.
- Gotzmann, L., Schonholtzer, S., Kolble, N., Klagholfer, R., Scheuer, E., Huch, R., Buddberg, C, & Zimmermann, R. (2002). Ultrasound examination in the context of suspected fetal malformations: satisfaction of concerned women and their appraisals. *Ultraschall Med*, 23, 1, 27-32.
- Gotzmann, L., Romann, C., Schonholtzer, S., Klagholfer, R., Zimmermann, R., & Buddberg, C. (2001). Communication competence in ultrasound examination in pregnancy. *GynaKol Geburtshilfliche Rundsch*, 41, 215-222.
- Grace, J. (1984). Does a mother's knowledge of fetal gender affect attachment? *MCN*, 9, 42-45.
- Grace, J. (1989). Development of Maternal-Fetal Attachment During Pregnancy. *Nursing Research*, 38, 228-232.
- Grebedenik, E. (1990). Calming or Harming?: a critical review of psychological effect of fetal diagnosis on pregnant women. *Galton Institute – Occasional Papers Second Series*, 2, 19.
- Green, J. (s.d). Women's experience of ultrasound scanning. Em: L. Abamsky, & J. Chapple. (Orgs.). *Prenatal Diagnosis: The human side*. Londres: Chapman & Hall.
- Grupo de Interação Social, Desenvolvimento e Psicopatologia - GIDEP. (1998a). *Consentimento Informado*. Porto Alegre: Instituto de Psicologia – UFRGS. Instrumento não publicado.

- Grupo de Interação Social, Desenvolvimento e Psicopatologia. (1998b). *Ficha de dados demográficos da gestante*. Porto Alegre: Instituto de Psicologia – UFRGS. Instrumento não publicado.
- Heidrich, S. & Cranley, M. (1989). Effect of fetal movement, ultrasound scans, and amniocentesis on maternal-fetal attachment. *Nursing Research*, 38, 81-84.
- Hertling-Schaal, E., Perrotin, F., Poncheville, L., Lansac, J., & Body, G. (2001). Maternal anxiety induced by prenatal diagnostic techniques: detection and management. *Gynecology Obstetric Fertility*, 29, 440-446.
- Hunter, M., Tsoi, M., Pearce, M., Chudleigh, P. & Campbell, D. (1987). Ultrasound scanning in womwn with raised alpha fetprotein: long-term psychological effects. *Journal of Psychosomatic Obstetrics Gynaecology*, 6, 25-31.
- Hyde, B. (1986). An interview study of pregnant women´s attitudes to ultrasound scanning. *Society Science Medicine*, 22, 587-592.
- Irvin, N., Kennel, J., & Klaus, M. (1993). Atendimento aos Pais de um Bebê com Malformação Congênita (pp.245-275). Em: Klaus, M., Kennel, J. *Pais/Bebê: a formação do apego*. Porto Alegre, Artes Médicas.
- Isfer, E. (1997). Medicina fetal: o feto, o paciente. Em J. Wilhelm. (Org.). *Decifrando a linguagem dos bebês – Anais do Segundo Encontro Brasileiro para o Estudo do Psiquismo Pré e Peri Natal* (pp.181-192). São Paulo/SP: Cop L Print.
- Kemp, V., & Page, C. (1987). Maternal Prenatal Attachment in Normal and High-Risk Pregnancies. *Journal of Obstetric Gynecology and Neonatal Nursing*, 16, 179-184.
- Klaus, M. & Kennel, J. (1992). *Pais/bebê: a formação do apego*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Klaus, M. & Klaus, P. (1989). *O surpreendente recém-nascido*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Klein, M. (1991). Algumas conclusões teóricas relativas à vida emocional do bebê. Em: *Inveja e Gratidão e outros trabalhos (1946-1963)*. Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1952).
- Kohn, C., Nelson, A., & Weiner, S. (1980). Gravida´s response to realtime ultrasound fetal image. *Journal of Obstetric, Gynecology and Neonatal Nursing*, 9, 77-80.

- Kovacevic, M. (1993). The impact of fetus visualization on parent's psychological reactions. *Pre and Perinatal Psychology Journal*, 8, 83-93.
- Kowalcek, I., Huber, G., Lammers, C., Brunk, J., Bieniakiewicz, I., & Gembruch, U. (2003). *Archives Gynecology Obstetrics*, 267, 126-129.
- Kroeff, C., Maia, C., & Lima, C. (2000). O luto do filho malformado. *Femina*, 28, 395-396.
- Langer, M., Ringler, M., & Reinold, E. (1988). Psychological effects of ultrasound examinations: changes of body perception and child image in pregnancy. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 8, 199-208.
- Laplanche, J. (1992). *Vocabulário de Psicanálise*. São Paulo: Martins Fontes.
- Laville, C. & Dionne, J. (1999). *A construção do saber: manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Lebovici, S. (1992). Maternidade. Em: Costa; G (Org.). *Dinâmica das relações conjugais*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Lecanuet, J., Granier-Deferre, C., & Schaal, B. (1992). Le développement des réactions foetales aux stimulations sensorielles. *Médecine Foetale et Echographie en Gynecologie*, 12, 15-32.
- Leifer, M. (1977). Psychological changes accompanying pregnancy and motherhood. *Genetic Psychology Monographs*, 95, 55-96.
- Levin, J. (1987). *Estatística aplicada a ciências humanas*. São Paulo: Editora Harbra Ltda.
- Lowenkron, A. (2001). Maternidade: novas configurações? *Revista Brasileira de Psicanálise*, 3, 35, 823-842.
- Magalhães, J. (2001). Medicina Fetal. Em F. Freitas, S. Martins-Costa, J. Ramos, J. Magalhães. *Rotinas em Obstetrícia* (pp. 38-47). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Maldonado, Maria Tereza P. (1997). *Psicologia da Gravidez*. Petrópolis: Vozes.
- Marteau, T., Johnston, M., Shaw, R., Michie, S., Kidd, J., & New, M. (1989). The impact of prenatal screening and diagnostic testing upon the cognitions, emotions and behavior of pregnant women. *Journal of Psychosomatic Research*, 33, 7-16.
- Mazet, P. & Stoleru, S. (1990). *Manual de psicopatologia do recém-nascido*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Mélega, M. (1993). Constituição versus ambiente: diálogo decisivo na formação e transformação psíquica. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 27, 681-697.

- Michelacci, L., Fava, G., Grandi, S., Bovicelli, L., Orlandi, C., & Trombini, G. (1988). Psychological reactions to ultrasound examination during pregnancy. *Psychotherapy Psychosomatic*, 50, 1-4.
- Milne, L. & Rich, U. (1981). Cognitive and affective aspects of the responses of pregnant women to sonography. *Maternal Child Nursing Journal*, 10, 15-39.
- Moura, M. (1986). Nascimento do concepto malformado: aspectos psicológicos. *Femina*, 14, 7, 606-612.
- Müller, M. (1993). Development of the Prenatal Attachment Inventory. *Western Journal of Nursing Research*, 15, 199-215.
- Müller, M. (1996). Prenatal and Postnatal Attachment: a modest correlation. *JOGNN Clinical Studies*, 25, 161-166.
- Negri, R. (1997). Observação da vida fetal. Em M. Lacroix, M. Monmayrant. (Orgs.). *Laços do Encantamento: A Observação de Bebês* (pp.113-129). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Nelson, T. Ultrasound into the Future. (2001). *American Institute of Ultrasound in Medicine*, 20, 1263-4.
- Nicolaidis, K., Sebire, N., & Snijders, R. (2000) *O exame ultra-sonográfico entre 11-14 semanas: diagnóstico de anomalias fetais*. Londres: Parthenon Publishing.
- Nina, M. (1997). Estresse e ansiedade na gestação. Em M. Zugaib, J. Tedesco, J., J. Quayle. *Obstetrícia Psicosomática* (pp. 85-98). São Paulo: Editora Atheneu.
- Pelchat, D. (1992). Processus d'adaptation des parents d'un enfant atteint d'une déficience et élaboration d'un programme d'intervention précoce à leur intention. *Revue Canadienne de Santé Mentale Communautaire*, 1, 63-80.
- Piccinini, C., Gomes, A., Moreira, L., & Lopes, R. (2002). Expectativas e sentimentos da gestante sobre o bebê. Artigo submetido à publicação.
- Pilu, G. & Nicolaidis, K. (1999). *Diagnosis of fetal abnormalities: the 18-23 week scan*. Londres: The Parthenon Publishing Group.
- Piontelli, A. (1995). *De feto à criança: um estudo observacional e psicanalítico*. Rio de Janeiro: Imago.

- Piontelli, A. (1999). Twins in utero: temperament development and interwin behavior before and after birth. Em A. Sandbank. (Org.). *Twin and Triplet Psychology* (pp. 7-18). Londres: Routledge.
- Piontelli, A. (2000). Is there something wrong? The impact of technology in pregnancy. Em: Raphael-Leff, J. (Org.). *'Spilt milk' perinatal loss & breakdown* (pp. 39-52). Londres: Institute of Psychoanalysis.
- Precht, H. (1985). Ultrasound studies of human behavior. *Early Human Development*, 12, 91-98.
- Quayle, J. (1997a). Óbito fetal e anomalias fetais: repercussões emocionais maternas. Em M. Zugaib, J. Tedesco, & J. Quayle. *Obstetrícia Psicossomática* (pp. 216-227). São Paulo: Editora Atheneu.
- Quayle, J. (1997b). Parentalidade e Medicina Fetal: repercussões emocionais. Em: Zugaib, M., Brizot, M., Bunduki, V., & Pedreira, D. *Medicina Fetal*. São Paulo: Atheneu.
- Quayle, J., Neder, M., Mihaydaira, S., & Zugaib, M. (1996). Repercussões na família do diagnóstico de malformações fetais: algumas reflexões. *Revista de Ginecologia e Obstetrícia*, 7, 1, 33-39.
- Quayle, J., Isfer, E., & Zugaib, M. (1991). Considerações acerca das representações associadas ao diagnóstico pré-natal. *Revista de Ginecologia e Obstetrícia*, 2, 34-38.
- Ramona-Thieme, M. (1995). Transition to the maternal role following birth of an infant with anomalies or chronic illness. Em M. Ramona-Thieme (Org.). *Becoming a mother: research on maternal identity from Rubin to the present*. New York: Spring Publishing.
- Raphael-Leff, J. (1991). *Psychological Processes of Childbearing*. Londres: Chapman & Hall.
- Raphael-Leff, J. (1997). *Gravidez: a história interior*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Raphael-Leff, J. (2000). Introduction: Technical issues in perinatal therapy. Em J. Raphael-Leff. (Ed.). *'Spilt milk' perinatal loss & breakdown* (pp. 7-16). Londres: Institute of Psychoanalysis.
- Rascowsky, A. (1954). *El psiquismo fetal*. Buenos Aires: Paidó.
- Reece, A., Hobbins, J., Mahoney, M., & Petrie, R. (1996). *Compêndio de Medicina Fetal e Materna*. Porto Alegre: Artes Médicas.

- Roelofsen, E., Kamerbeek, L., & Tymstra, T. (1993). Chances and choices. Psycho-social consequence of maternal serum screening: a report from The Netherlands. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, *11*, 41-47.
- Rubin, R. (1975). Maternal tasks in pregnancy. *Maternal-child Nursing*, *4*, 143-153.
- Sauerbrei, E., Nguyen, K., & Nolan, R. (2000). Ultra-sonografia em Ginecologia e Obstetrícia. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Setúbal, M., Barini, R., Zaccaria, R., & Silva, J. (1994). Reações psicológicas diante da gravidez complicada por uma anormalidade fetal. *Revista Brasileira de Medicina Fetal*, *7*, 9-11.
- Siddique, A., Hägglof, B., & Eisemann, M., (2000). Own memories of upbringing as a determinant of prenatal attachment in expectant women. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, *18*, 67-74.
- Siegel, S. (1975). *Estatística não-paramétrica para as ciências do comportamento*. São Paulo: McGraw-Hill do Brasil.
- Sinason, V. (1993). *Your handicapped child*. Londres: Rosendale Press.
- Sioda, T. (1984). Psychological effects of cardiotocographic and ultrasonographic examinations in pregnancy and labour on the mother. *Ginekologia Polska*. *55*, 653-660.
- Smith, J. (1999). Identity development during the transition to motherhood: an interpretative phenomenological analysis. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, *17*, 281-299.
- Soifer, R. (1980). *Psicologia da gravidez, parto e puerpério*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Soulé, M. (1987). O filho da cabeça, o filho imaginário. Em T. Brazelton, B. Cramer, L. Kreisler, R. Schappi, & M. Soulé. (1987). *A dinâmica do bebê* (pp. 132-170). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Souza-Dias, T. (1996). *Considerações sobre o psiquismo do feto*. São Paulo: Editora Escuta.
- Stainton, M.C. (1985). The fetus: a growing member of the family. *Family Relations*, *34*, 321-326.
- Stake, R. (1994). Case studies. Em N. Denzin, Y. Lincoln. (Orgs.). *Handbook of Qualitative Research* (pp. 236-247). London: Sage.
- Stern, D. (1997). *A constelação da maternidade*. Porto Alegre: Artes Médicas.

- Sukop, P., Toniolo, D., Lermann, V., Laydner, J., Osório, C., Antunes, C., & Magalhães, J. (1999). Influência do diagnóstico pré-natal de malformação fetal no vínculo mãe-feto. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 21, 10-15.
- Szejer, M. (1999). *Palavras para nascer: a escuta psicanalítica na maternidade*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Szejer, M. & Stewart, R. (1997). *Nove meses na vida da mulher*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Tedesco, J. (1997). Aspectos emocionais da gravidez de alto risco. Em M. Zugaib, J. Tedesco, & J. Quayle. *Obstetrícia Psicossomática* (pp. 99-108). São Paulo: Editora Atheneu.
- Verny, T. (1986). The Psycho-Technology of Pregnancy and Labor. *Pre- and Perinatal Psychology*, 1, 31-49.
- Villeneuve, C., Laroche, C., Lippman, A., & Marrache, M. (1988). Psychological aspects of ultrasound imaging during pregnancy. *Canadian Journal of Psychiatry*, 33, 530-535.
- Wilheim, J. (1997). Psiquismo pré e perinatal. Em M. Zugaib, J. Tedesco, J. Quayle. *Obstetrícia Psicossomática* (pp. 260-267). São Paulo: Editora Atheneu.
- Wilheim, J. (1998). O desenvolvimento psíquico do recém-nascido. *III Simpósio Brasileiro de Observação da Relação Mãe-Bebê*. Rio de Janeiro, RJ.
- Wilheim, J. (2000). Psiquismo pré e perinatal. Em N. Caron. (Org.). *A relação pais-bebê: da observação à clínica* (pp. 135-177). Porto Alegre: Casa do Psicólogo.
- Winnicott, D. (1975). *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: Imago.
- Winnicott, D.W. (2000). *Da Pediatria à Psicanálise: obras escolhidas*. Rio de Janeiro: Imago (Original publicado em 1956).
- Wu, J. & Eichmann, A. (1988). Fetal sex identification and prenatal bonding. *Psychological Reports*, 63, 199-202.
- Zlotogorsky, Z., Tadmor, O., Duniec, E., Rabinowitz, R., & Diamant, Y. (1996). The effect of the amount of feedback on anxiety during ultrasound scanning. *Journal of Clinical Ultrasound*, 24, 21-24.
- Zlotogorsky, Z., Tadmor, O., Rabinowitz, R., & Diamant, Y. (1997). Parental Attitudes toward Obstetric Ultrasound Examination. *Journal of Obstetric Gynaecology*, 23, 25-28.

ANEXOS

ANEXO A**Consentimento Informado****Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS**
Programa de Pós-graduação em Psicologia do Desenvolvimento - Mestrado e
Doutorado

Estamos realizando uma pesquisa que pretende investigar os sentimentos das gestantes sobre a experiência da ultra-sonografia obstétrica. Todas as eventuais dúvidas referentes à pesquisa serão prontamente respondidas pelos pesquisadores responsáveis por este trabalho. Caso as participantes, em algum momento, desistam de fazer parte do estudo, não sofrerão qualquer prejuízo nos atendimentos que recebem desta instituição.

As participantes e suas famílias não serão identificadas, e se manterá o sigilo sobre as informações obtidas a partir deste estudo. Os dados coletados nas entrevistas, e gravados em fita cassete serão posteriormente transcritos, e ficarão à disposição do Instituto de Psicologia da UFRGS para outros estudos, os quais também respeitarão a privacidade das participantes e o sigilo das informações. Estes dados permanecerão arquivados no Instituto de Psicologia da UFRGS, e serão destruídos depois de decorrido o prazo de cinco (05) anos.

Os pesquisadores responsáveis por esse projeto são: Dr. César Augusto Piccinini e Psic. Aline Grill Gomes, que poderão ser contatados pelo telefone (51) 3316- 5058.

Eu, _____ concordo em participar desta pesquisa.

Assinatura da participante:

Data: / /

ANEXO B

Ficha de Dados Sócio-demográficos
(Adaptada de GIDEP, 1998b)

Nome da gestante:

Data de Nascimento:

Idade na data da entrevista:

Escolaridade (ano concluído):

Religião: Praticante? () sim () não () às vezes

Estado civil: () casada Quanto tempo?..... () c/ companheiro→Quanto tempo?

Cidade em que reside:.....

Bairro:

Quem mora na casa?

.....

Trabalha? () não () sim Onde?

.....

Atividade:

.....

Quantas horas por semana?

.....

Grupo étnico:

.....

Endereço para contato:

.....

.....

.....

Telefone:

.....

ANEXO C**História Obstétrica da Gestante**
(Gomes & Donelli, 2001)

Nome:

Semanas de gestação: DUM:

Data provável do parto:

Condições de saúde durante a gravidez:

.....

Condições de saúde anteriores à gravidez

.....

Número de gestações anteriores:

Abortos anteriores:..... (espontâneos)..... (provocados)

Já fez ultra-sonografia obstétrica antes ? () sim () não

Gravidez () planejada () não planejada

ANEXO D

**Entrevista sobre a ultra-sonografia obstétrica e a relação materno-fetal
- no contexto de normalidade fetal -**

(Gomes & Piccinini, 2001)

(Questões para a entrevista antes do exame)

- 1. Eu gostaria que você me falasse um pouco de como você está se sentindo em relação ao bebê e ao exame que você vai fazer agora?**

(Caso não tenha mencionado): Tu poderias me falar um pouco mais sobre...

- Como você descreveria o seu bebê?
- O que você imagina sobre o seu bebê?
- Como é a sua relação com o seu bebê?
- Você se sente mãe?
- Como é este sentimento?
- O que você espera do exame?

(Questões para a entrevista logo em seguida do exame)

- 2. Eu gostaria que você me falasse um pouco da ultra-sonografia que você acabou de fazer.**

(Caso não tenha mencionado): Tu poderias me falar um pouco mais sobre...

- O que você achou do exame?
- Você esperava que fosse diferente? o quê?
- Como você se sentiu durante o exame?

- 3. Eu gostaria que você me falasse do que você viu durante a ultra-sonografia.**

(Caso não tenha mencionado): Tu poderias me falar um pouco mais sobre...

- As imagens estavam claras?
- Deu para compreender as imagens?
- Que imagens chamaram mais sua atenção?
- Como você se sentiu diante destas imagens (explorar cada uma mencionada)
- Que pensamentos lhe vieram à cabeça no momento em que via estas imagens?
(explorar individualmente cada imagem)

- 4. Eu gostaria que você me falasse um pouco do que você viu do bebê.**

(Caso não tenha mencionado): Tu poderias me falar um pouco mais sobre...

- O que você achou do seu bebê?
- Era como você imaginava? (Se não, o que foi diferente?)
- O que mudou na sua visão sobre seu bebê?
- Quando você viu o seu bebê, o que você sentiu?
- O que nele lhe chamou mais atenção?

- 5. E o médico, o que você achou dele durante a ultra-sonografia?**

(Caso não tenha mencionado): Tu poderias me falar um pouco mais sobre...

- Ele mostrou o que você queria ver.
- Ele lhe explicou o que você queria saber?
- Você pode perguntar sobre suas dúvidas e curiosidades?

6. Como você está se sentindo agora após ter feito a ultra-sonografia?

(Caso não tenha mencionado): Tu poderias me falar um pouco mais sobre..

- Você gostaria que alguma coisa fosse diferente? (Se sim, o quê?)
- O que a ultra-sonografia traz de importante para você?
- Se você pudesse escolher, você teria feito a ultra-sonografia?
- Qual foi o sentimento mais forte que você sentiu durante o exame?
- Você já tinha sentido isto antes?

(Questões adicionais para a entrevista três semanas após o exame)

7. Eu gostaria que você me falasse um pouco da ultra-sonografia que você realizou há três semanas.

(Caso não tenha mencionado): Tu poderias me falar um pouco mais sobre...

- O que você mais lembra da ultra-sonografia ainda hoje?
- Quais as imagens que você mais lembra?
- O que você ficou pensando depois da ultra-sonografia, nestes últimos dias?
- Você acha que mudou alguma coisa depois da ultra-sonografia, (em você, na sua família, com o seu bebê)?

8. Eu gostaria que você me falasse como está o bebê.

(Caso não tenha mencionado): Tu poderias me falar um pouco mais sobre...

- Como você descreveria seu bebê hoje?
- Como tem sido a sua relação com seu bebê.
- Você acha que sua relação com o bebê mudou depois da ultra-sonografia;
- Você acha que a ultra-sonografia mudou alguma coisa no teu marido ou família em relação ao bebê?
- Você se sente mãe?
- Como é esse sentimento?

ANEXO E

**Entrevista sobre a ultra-sonografia obstétrica e a relação materno-fetal
- no contexto de anormalidade fetal -**

(Gomes & Piccinini, 2001)

- 1. Eu gostaria que você me falasse um pouco da ultra-sonografia que você fez em ...**
(Caso não tenha mencionado): Tu poderias me falar um pouco mais sobre...
 - O que você achou do exame?
 - Você esperava que fosse diferente? o quê?
 - Como você se sentiu durante o exame?

- 2. Eu gostaria que você me falasse do que você viu durante a ultra-sonografia.**
(Caso não tenha mencionado): Tu poderias me falar um pouco mais sobre...
 - As imagens estavam claras?
 - Deu para compreender as imagens?
 - Que imagens chamaram mais sua atenção?
 - Como você se sentiu diante destas imagens (explorar cada uma mencionada)
 - Que pensamentos lhe vieram à cabeça no momento em que via estas imagens?
(explorar individualmente cada imagem)

- 3. Eu gostaria que você me falasse um pouco do que você viu do bebê.**
(Caso não tenha mencionado): Tu poderias me falar um pouco mais sobre...
 - O que você achou do seu bebê?
 - Era como você imaginava? (Se não, o que foi diferente?)
 - O que mudou na sua visão sobre seu bebê?
 - Quando você viu o seu bebê, o que você sentiu?
 - O que nele lhe chamou mais atenção?

- 4. E o médico, o que você achou dele durante a ultra-sonografia?**
(Caso não tenha mencionado): Tu poderias me falar um pouco mais sobre...
 - Ele mostrou o que você queria ver?
 - Ele lhe explicou o que você queria saber?
 - Você pode perguntar sobre suas dúvidas e curiosidades?

- 5. Como você se sentiu logo após ter feito a ultra-sonografia?**
(Caso não tenha mencionado): Tu poderias me falar um pouco mais sobre...
 - Você gostaria que alguma coisa fosse diferente? (Se sim, o quê?)
 - O que a ultra-sonografia trouxe de importante para você?
 - Se você pudesse escolher, você teria feito a ultra-sonografia?
 - Que problemas foram identificados durante o exame?
 - Como você se sentiu ao receber esta informação?
 - Como você está se sentindo?

- 6. Quais foram os resultados da ultra-sonografia?**
(Caso não tenha mencionado): Tu poderias me falar um pouco mais sobre...
 - Quais foram os achados do médico?
 - Como você se sentiu ao receber os resultados?

7. Eu gostaria que você me falasse um pouco da sua idéia atual sobre esta ultra-sonografia.

(Caso não tenha mencionado): Tu poderias me falar um pouco mais sobre...

- O que você mais lembra da ultra-sonografia ainda hoje?
- Quais as imagens que você mais lembra?
- O que você ficou pensando depois da ultra-sonografia, nestes últimos tempos?
- Você acha que mudou alguma coisa depois da ultra-sonografia, (em você, na sua família, com o seu bebê)?
- Você pensou mais alguma coisa a respeito dos resultados da ultra-sonografia?
- Você vai fazer outro tipo de exame? (Se sim, qual?)

8. Eu gostaria que você me falasse como está o bebê.

(Caso não tenha mencionado): Tu poderias me falar um pouco mais sobre...

- Como você descreveria seu bebê hoje?
- Como tem sido a sua relação com seu bebê.
- Você acha que sua relação com o bebê mudou depois da ultra-sonografia;
- Você acha que a ultra-sonografia mudou alguma coisa do teu marido ou família em relação ao bebê?

ANEXO F

**Entrevista Sobre a Gestação e as Expectativas da Gestante
(GIDEP - UFRGS - 1998)**

1. Eu gostaria que tu me falasse sobre a tua gravidez, desde o momento em que tu ficaste sabendo, até agora.

(Caso não tenha mencionado): Tu poderias me falar um pouco mais sobre...

- Esta é a tua primeira gravidez?
- Como te sentiste ao receber a notícia da gravidez? Foi uma gravidez planejada?
- Como te sentiste no início e neste final de gravidez? Em termos físicos e emocionais.
- E como tu estás te sentindo agora no final da gestação? Idem.
- Quais as tuas preocupações em relação à gravidez e ao bebê?
- Como te sentes em relação ao parto?
- Como está a tua saúde, desde o início da gravidez até agora?
- Tu tens ido ao médico para acompanhar a gravidez? Quantas vezes tu já foi?
- Já fizeste alguma ecografia? Como te sentiste ao ver o bebê?
- Como estás te sentindo em relação às mudanças do teu corpo?

2. Tu poderias me contar como tem sido para o teu marido, desde que soube da gravidez até agora.

(Caso não tenha mencionado): Tu poderias me falar um pouco mais sobre...

- Como ele reagiu à notícia da gravidez?
- Tu achas que a gravidez mudou alguma coisa nele?
- E no relacionamento de vocês?
- Quais as preocupações dele em relação à gravidez e ao bebê?
- Que tipo de apoio você tem esperado dele durante este período?
- Que tipo de apoio ele tem te oferecido?

3. Tu poderias me contar um pouco sobre a reação da tua família e a família do teu marido em relação à tua gravidez.

(Caso não tenha mencionado): Tu poderias me falar um pouco mais sobre...

- Como a tua família reagiu em relação à tua gravidez? (ex. tua mãe e teu pai)
- Como reagiu a família do teu marido? (ex. tua sogra e teu sogro)
- E os teus amigos? Como eles reagiram à tua gravidez?
- Algum familiar (ou amigo ou profissional) tem te ajudado durante a gravidez?
- Tu percebes alguma diferença no teu relacionamento com tua família depois da gravidez?

4. Agora eu gostaria que tu me falasse sobre o teu bebê.

(Caso não tenha mencionado): Tu poderias me falar um pouco mais sobre...

- O que tu já sabes sobre o bebê?
- Tu já sabes o sexo do bebê?
- Como te sentiste quando soubeste que era menina/menino? E como o teu marido se sentiu?
- Se não sabes o sexo, o que tu gostarias que fosse, menina ou menino? Por quê? E o teu marido?
- Vocês já pensaram num nome para o bebê? Quem escolheu? Algum motivo para a escolha do nome?
- Tu sentes o bebê se mexer? Desde quando? Como é que foi?

5. Como tu imaginas que vai ser o bebê quando nascer?***(Caso não tenha mencionado): Tu poderias me falar um pouco mais sobre...***

- Que características físicas imaginas que o bebê vai ter?
- Como tu imaginas que vai ser o temperamento, o jeito dele? Por quê?

6. Como tu imaginas o teu relacionamento com o bebê quando ele nascer?***(Caso não tenha mencionado): Tu poderias me falar um pouco mais sobre...***

- Como tu te imaginas como mãe?
- Quando tu te imaginas como mãe, tu pensas em alguém como modelo?
- Quem seria? Como ela é/era com mãe?
- E, tem alguém que tu não gostaria de ter como modelo de mãe?
- E a tua mãe, como tu imaginas que ela era contigo?
- Como tu te imaginas atendendo o teu bebê? (alimentando, consolando, brincando, fazendo dormir)

7. Como tu imaginas o relacionamento do teu marido com o bebê?***(Caso não tenha mencionado): Tu poderias me falar um pouco mais sobre...***

- Como tu achas que ele vai ser como pai?
- Como tu achas que vai ser o jeito de ele lidar com o bebê?
- Tu achas que tu vais pedir ajuda ao teu marido nos cuidados com o bebê?
- Em que tu achas que ele vai te ajudar?
- Quando tu imaginas o teu marido como pai, tu pensas em alguém como modelo?
- Quem seria? Como ele é/era como pai?
- E, tem alguém que tu não gostaria que ele tivesse como modelo de pai?
- E o teu pai, como tu imaginas que ele era contigo?

8. Tu gostarias de fazer mais algum comentário sobre estes pontos que a gente conversou?

ANEXO G

Escala de Apego Materno-Fetal

(Cranley, 1981; Tradução GIDEP/UFRGS, 2001)

Por favor, responda os seguintes itens sobre você e seu bebê. Não há respostas certas ou erradas. Em geral, sua primeira impressão é a que melhor reflete seus sentimentos.

Assegure-se de que marcou apenas uma resposta por frase.

Eu penso ou faço o seguinte:

	Certamente Sim	Sim	Dúvida	Não	Certamente Não
1. Eu converso com meu bebê.					
2. Eu acho que todo o desconforto da gravidez vale a pena.					
3. Eu gosto de ver minha barriga se mexer quando o bebê chuta lá dentro.					
4. Eu me imagino alimentando (amamentando) o bebê.					
5. Eu estou louca para ver como será a cara do bebê.					
6. Eu me pergunto se o bebê não se sente apertado (com câimbras) dentro de mim.					
7. Eu me refiro a meu bebê usando um apelido.					
8. Eu me imagino cuidando (tomando conta) do bebê.					
9. Eu quase posso imaginar como será a personalidade de meu bebê a partir da maneira como ele/ela se mexe.					
10. Eu escolhi um nome para menina.					
11. Eu faço coisas para me manter saudável que não faria caso não estivesse grávida.					
12. Eu fico me perguntando se o bebê escuta sons dentro de mim.					
13. Eu escolhi um nome para menino.					
14. Eu fico pensando se o bebê pensa e sente “coisas” dentro de mim.					
15. Eu como carnes e verduras para garantir que meu bebê tenha uma boa saúde.					
16. Parece que meu bebê chuta e se mexe para me avisar que é hora de comer.					
17. Eu cutuco meu bebê para que ele responda com movimentos.					
18. Eu mal posso esperar para segurar o bebê.					
19. Eu tento imaginar como será o aspecto (a cara, o jeito) do bebê.					
20. Eu acaricio minha barriga para acalmar o bebê quando ele chuta muito.					
21. Eu sei quando o bebê está com soluços					

22. Eu acho que meu corpo está feio.

23. Eu deixo de fazer certas coisas porque quero ajudar meu bebê.

24. Eu peço o pé do meu bebê através da minha barriga para mudar a posição dele.

ANEXO H

Estrutura de Eixos e Categorias Temáticas**1. Impressões e sentimentos das gestantes quanto à ultra-sonografia****1.1. Expectativas antes do exame**

- 1.1.1. Possibilidade de esclarecimento sobre o bebê
- 1.1.2. Ansiedade frente aos resultados
- 1.1.3. Preocupações quanto ao procedimento em si

1.2. Impressões e sentimentos durante e logo após o exame

- 1.2.1. Vivências positivas
- 1.2.2. Vivências negativas
- 1.2.3. Sobrecarga emocional
- 1.2.4. Revivência de experiências anteriores
- 1.2.5. Desejo de compartilhar a experiência
- 1.2.6. Importância das funções do exame
- 1.2.7. Avaliação da postura médica

1.3. Impressões e sentimentos três semanas depois do exame

- 1.3.1. Vivências positivas
- 1.3.2. Sobrecarga emocional
- 1.3.3. Familiaridade/apoderamento com o exame
- 1.3.4. Estímulo para imaginar mais o bebê
- 1.3.5. Importância das funções do exame
- 1.3.6. Repercussões do exame

2. Impressões e sentimentos das gestantes quanto ao bebê**2.1. O bebê antes do exame**

- 2.1.1. Impressões
 - 2.1.1.1. Ausência de imagem mental sobre o bebê
 - 2.1.1.2. Quanto ao desenvolvimento
 - 2.1.1.3. Quanto às características físicas
 - 2.1.1.4. Quanto às características emocionais
- 2.1.2. Sentimentos
 - 2.1.2.1. Medo de anormalidades fetais
 - 2.1.2.2. Incertezas quanto ao desenvolvimento
 - 2.1.2.3. Desejos/expectativas em relação ao bebê

2.2. O bebê durante e logo após o exame

- 2.2.1. Impressões
 - 2.2.1.1. Concretização do bebê
 - 2.2.1.2. Diferente de depois do nascimento
 - 2.2.1.3. Quanto ao desenvolvimento
 - 2.2.1.4. Quanto às características físicas
 - 2.2.1.5. Quanto às características emocionais
- 2.2.2. Sentimentos
 - 2.2.2.1. Esclarecimento sobre o bebê
 - 2.2.2.2. Curiosidade em saber mais detalhes sobre o bebê
 - 2.2.2.3. Desejo de ver o bebê nascido
 - 2.2.2.4. Nervosismo diante da possibilidade de anormalidade fetal

2.3. O bebê três semanas depois do exame

- 2.3.1. Impressões
 - 2.3.1.1. Concretização do bebê
 - 2.3.1.2. Diferente de depois do nascimento
 - 2.3.1.3. Quanto ao desenvolvimento
 - 2.3.1.4. Quanto às características físicas

- 2.3.1.5. Quanto às características emocionais
- 2.3.2. Sentimentos
 - 2.3.2.1. Certeza/incerteza sobre saúde do bebê
 - 2.3.2.2. Curiosidade em saber mais detalhes sobre o bebê
 - 2.3.2.3. Desejo de ver o bebê nascido

3. *Impressões e sentimentos das gestantes quanto à relação mãe-bebê*

3.1. A relação mãe-bebê antes do exame

- 3.1.1. Inexistente/inconsistente
- 3.1.2. Através dos cuidados
- 3.1.3. Através de vias mais diretas

3.2. A relação mãe-bebê durante e logo após o exame

- 3.2.1. Surgimento/intensificação de sentimentos
- 3.2.2. Intenção de aumento dos cuidados

3.3. A relação mãe-bebê três semanas depois do exame

- 3.3.1. Aumento dos cuidados
- 3.3.2. Intensificação de sentimentos
- 3.3.3. Através do exame
- 1.3.7. Sem modificações

4. *Impressões e sentimentos das gestantes quanto à maternidade*

4.1. A maternidade antes do exame

- 4.1.1. Inexistente
- 4.1.2. Sentimentos negativos
- 4.1.3. Sentimentos positivos
- 4.1.4. Sentimentos ambivalentes
- 4.1.5. Ligada ao próprio bebê
- 4.1.6. Ligada a outras vivências

4.2. A maternidade durante e logo após o exame

- 4.2.1. Concretização da maternidade
- 4.2.2. Intensificação do sentimento materno
- 4.2.3. Conscientização do papel materno
- 4.2.4. Satisfação pela natureza feminina

4.3. A maternidade três semanas depois do exame

- 4.3.1. Intensificação do sentimento materno
- 4.3.2. Conscientização do papel materno
- 4.3.3. Preocupações com o bebê e com o exercício da maternidade
- 4.3.4. Satisfação pela natureza feminina
- 4.3.5. Diferenciação de vivências anteriores de cuidado
- 4.3.6. Estranhamento/confusão com os sentimentos maternos
- 4.3.7. Diferenciação do exercício futuro da maternidade

