

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

Aline Grill Gomes  
Cesar Augusto Piccinini

Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)

## RESUMO

O confronto entre o filho imaginário e o real assume uma dimensão muito maior, diante de um diagnóstico de anormalidade fetal e tende a repercutir intensamente no âmbito familiar. O presente estudo buscou investigar as impressões e os sentimentos das gestantes sobre a ultra-sonografia e suas implicações para a relação materno-fetal no contexto de anormalidade fetal. Participaram do estudo três gestantes primigestas cujos bebês apresentavam diagnóstico de anormalidade fetal. Elas tinham entre 21 e 30 anos, e a idade gestacional era de 28 a 35 semanas. As participantes foram entrevistadas três meses depois da notícia do diagnóstico de anormalidade. 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. Após o diagnóstico, as mães revelaram uma visão bastante positiva em relação aos bebês, além de uma intensificação do vínculo com ele, o que sugere a necessidade da mãe de assegurar amor e admiração mesmo diante da anormalidade do bebê.

**Palavras-chave:** relação mãe-feto; ultra-sonografia obstétrica; anormalidade fetal.

## ABSTRACT

*Pregnant's womens feelings and impressions about obstetric ultrasound and i's implications on maternal-feal relationship in a context of fetal abnormalities*

The confrontation between the imaginary and the real baby assumes a larger dimension, when there is a diagnosis of fetal abnormality and it tends to echo intensely in the family context. The present study investigated the impressions and the pregnant women's feelings about the ultrasound scan and their implications for the maternal-fetal relationship in the context of fetal abnormality. Three pregnant women whose babies presented diagnosis of fetal abnormality participated in the present study. They were 21 to 30 years old, and the gestational age was 28 to 35 weeks. The participants were interviewed three months after the news of the abnormality diagnosis. Qualitative content analysis of the interviews revealed that the ultrasound scan was seen with ambivalence by the pregnant women who recognized there are positive and the negatives aspects. After the diagnosis, the mothers revealed a quite positive vision in relation to the babies, besides an intensification of the bond with it, what does suggest the mother's need to assure love and admiration due to the baby's abnormality.

**Key words:** Maternal-feal relationship; obstetric ultrasound; fetal abnormalities.

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).

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 (Raphael-Leff, 2000). Para a autora, lutos precisam ser elaborados diante de todas estas situações, mesmo aquelas em que o feto não teve uma morte concreta, pois o filho perfeito, idealizado, precisa, agora, ser enterrado.

Esse confronto do filho imaginário com o filho real já pode, por si só, para muitas mães e pais, 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 muito maior (Klaus e Kennell, 1992). Os sentimentos de profunda perda que acomete a mãe devido ao diagnóstico de um filho malformado acarreta o que se chama de “ferida narcísica”, afetando 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 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).

Nestas situações, 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 apontadas em um estudo clássico desenvolvido por Drotar et al. (1975), que propôs fases de organização dessas reações. São elas: choque, negação, tristeza e cólera, equilíbrio e reorganização.

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 próprio do psiquismo (Irvin, Kennel e Klaus, 1993). A individualidade de cada pai, de cada mãe e de cada casal vai influenciar não somente na forma de viver cada fase, mas também no tempo despendido em cada uma delas e na capacidade de chegar ou não à fase de reorganização. Para Kroeff, Maia e Lima, (2000), 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.

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 et al., 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 et al., 1996).

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 (Deutraux et al., 1998; Gotzmann et al., 2002). Os aspectos mais globais relacionados à saúde do bebê foram mais valorizados no discurso das gestantes em detrimento daqueles mais subjetivos como a visualização do bebê (Gotzmann et al., 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.

Diante da inquestionável relevância da ultra-sonografia como importante recurso do pré-natal, a extensa revisão da literatura realizada por Baillie, Mason e Hewison (1997), sobre os efeitos psicológicos deste exame, sugeriu a necessidade de mais estudos envolvendo a repercussão emocional do exame 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 pode 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 pode 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.

## MÉTODOS

## 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 outro hospital, quando, então, foram referidas à equipe de um hospital de referência em Medicina Fetal, no qual elas foram contatadas e convidadas a participar do presente estudo. 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 Clara, Alessandra e Janice<sup>1</sup>. A primeira delas, Clara, tinha 29 anos, era fisioterapeuta, tinha nível superior completo, e estava com 34 semanas de gestação. Ela era noiva de Airton, 32 anos, comerciário. Desde a ocasião do diagnóstico do bebê, Airton rompeu o relacionamento com Clara. A segunda gestante investigada chamada Alessandra, tinha 31 anos, era comerciária, tinha o segundo grau completo, e estava com 35 semanas de gestação. Ela era casada há quatro meses com Cândido, 36 anos, pecuarista. Por fim, a terceira gestante chamada Janice, tinha 23 anos, era comerciária, tinha o segundo grau completo, e estava com 28 semanas de gestação. Ela mantinha um relacionamento estável há oito anos com Raul, 21 anos, desempregado. A Tabela 1 apresenta algumas características das gestantes e dos bebês.

## 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.

As participantes foram recrutadas a partir do agendamento para a primeira ultra-sonografia obstétrica a ser realizada no Serviço de Medicina Fetal do

hospital. Na reunião de equipe deste serviço, a pesquisadora tomou conhecimento dos casos e entrou 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<sup>2</sup>. O *Consentimento Livre e Esclarecido* (GIDEP, 1998a) era assinado pelas participantes e a *Ficha de dados demográficos* (GIDEP, 1998b) preenchida pela pesquisadora. Esta visava obter dados de identificação das participantes, bem como para a comprovação de que as participantes preenchiam os critérios de inclusão da amostra do presente estudo. Em seguida, as gestantes eram solicitadas a responder a *Entrevista sobre a história obstétrica da gestante* (Gomes e Donelli, 2001) a fim de caracterizar as participantes desta pesquisa, quanto a sua história obstétrica e a *Entrevista sobre a ultra-sonografia obstétrica e a relação materno-fetal* (Gomes e Piccinini, 2001), que buscou examinar as impressões e os sentimentos das gestantes em relação à ultra-sonografia, e suas implicações na relação mãe-feto. Algumas questões desta entrevista foram direcionadas ao momento no qual foi realizado o exame, referindo-se, então, às suas impressões e sentimentos de forma retrospectiva<sup>3</sup>. Já outras questões se reportaram ao momento atual em que se encontravam, já tendo passado algum tempo desde que realizou o exame<sup>4</sup>. As questões também investigaram o impacto do diagnóstico de anormalidade fetal nas gestantes e na relação mãe-bebê<sup>5</sup>. Por último as gestantes respondiam a *Entrevista sobre a gestação e expectativas da gestante* (GIDEP, 1998c), que investigou aspectos bastante amplos da maternidade na gestação e das expectativas quanto ao futuro exercício do papel materno<sup>6</sup>. Todas as entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas. 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 pontuais, quando necessário, principalmente ao final da entrevista e depois do término desta<sup>7</sup>.

TABELA 1  
Dados demográficos das gestantes

	Idade	Escolaridade	Ocupação	Paridade	IG*	IG**	Diagnóstico fetal
Clara	29	3º grau completo	Fisioterapeuta	primigesta	34	21	Meningomielocele <sup>8</sup>
Alessandra	31	2º grau completo	Comerciarista	primigesta	35	23	Meningomielocele
Janice	23	2º grau incompleto	Comerciarista	primigesta	28	17	Gastrosquise <sup>9</sup>

\* Idade gestacional na data da entrevista.

\*\* Idade gestacional na data do recebimento do diagnóstico de anormalidade do bebê.

## RESULTADOS

Os dados foram analisados através de análise de conteúdo qualitativa (Bardin, 1977; Laville e 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 as entrevistas que fosse relevante para atender aos objetivos do presente estudo.

No presente estudo, destaca-se os aspectos comuns dos três casos estudados<sup>10</sup> em 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*. Apresenta-se a seguir os aspectos comuns para cada um dos eixos temáticos, exemplificando-os com trechos de relatos das próprias gestantes<sup>11</sup>. Juntamente a esta apresentação, está a discussão dos principais aspectos analisados, a qual foi embasada na literatura e na experiência clínica da primeira autora no atendimento psicoterápico de gestantes com diagnóstico de malformação fetal. Por fim, segue uma discussão geral do estudo.

### A ultra-sonografia e o diagnóstico de anormalidade

As três gestantes relataram um estado inicial de choque quando foram informadas sobre o diagnóstico, demonstrando, inclusive, dificuldades em relatar o que sentiram no momento do diagnóstico: “*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, aí a gente saiu de lá totalmente perdido assim, me assustei a gente só chorava*” (Clara); “*Foi um choque assim, porque o que a gente espera é que seja tudo perfeito, aí você recebe uma resposta assim, na hora eu fiquei meio sem reação*” (Alessandra); “*Um baque assim [...] daí eu peguei e, sei lá me deu uma choroadeira, uma coisa assim sabe*” (Janice).

Esse estado de choque, descrito pelas gestantes, caracteriza a primeira fase do processo de luto em situações de malformação fetal (Drotar et al., 1975; Moura, 1986). 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.

Além disso, elas relataram uma mudança abrupta de um estado emocional de felicidade e emoção para desespero e tristeza como expresso por uma delas “*Porque a gente tava rindo e ao mesmo, quando eu vi assim eu já tava chorando, entendeu*” (Janice). É im-

portante salientar que este tipo de percepção configurava uma espécie de trauma para o psiquismo, que tem de dar conta de forma rápida, de um dado revelador de muito sofrimento.

Depois de já terem realizado a ultra-sonografia e recebido o resultado de malformação, as três gestantes referiram que suas expectativas sobre aquele exame envolviam preferencialmente o desejo de saber sobre o sexo do bebê: “*Já na segunda eu fui bastante assim, bastante expectativa porque era pra ver o sexo do bebê*” (Alessandra); “*Eu fui pra ver o sexo e pra ver se o nenê tava bem, mais pra ver o sexo*” (Janice); “*A gente entrou lá pra ver se era menino ou menina, antes era uma expectativa assim*” (Clara). Isto pareceu evidenciar uma manifestação, mesmo que inconsciente, de um desejo de não ter sabido sobre os resultados de anormalidade, na medida em que as gestantes enfatizaram o sexo como o motivo pelo qual tinham ido realizar o exame. Contrário a esta motivação, no estudo de Eurenus et al. (1997), os autores encontraram que o interesse em saber sobre as condições de saúde do bebê antecedeu a curiosidade pelo sexo. Porém àquelas gestantes responderam a esta questão antes de receber o diagnóstico, diferentemente do que ocorreu no presente estudo, no qual a questão foi feita após as gestantes conhecerem o diagnóstico. Pode-se pensar que a inversão desta ordem tenha facilitado a manifestação do desejo inconsciente de não ter sabido.

Duas gestantes 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: “*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 a gente não tivesse sabendo a gente tivesse junto hoje [referindo-se ao companheiro]*” (Clara); “*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*” (Janice). Em contrapartida, Alessandra apontou predominantemente aspectos positivos do exame, pois este, cada vez que realizado, lhe reassegurava sobre a vida e a estabilidade do quadro do filho: “*Mas assim se eu não fizes-*

se 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”; “Até agora mesmo sabendo do problema eu gosto de vir fazer a eco e ver o bebê é bastante tranquilizador, é que assim tu sabe que ele tá se mexendo”. 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: “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, mas no fundo sempre tem aquela preocupação”. Este achado corrobora os encontrados na literatura que mostram verbalizações de ambivalência sobre a realização da ultra-sonografia em gestantes com diagnóstico de anormalidade fetal (Deutraux et al., 1998; Gotzmann et al., 2002).

Ainda concernente ao exame, duas das gestantes 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 “Porque só entrava e saía gente e não me falavam nada”; “olhavam umas duas, três vezes eles conversavam, eles falavam as palavras complicadas assim deles mesmo” (Janice). Além disso, ambas relataram a necessidade de ter recebido explicações mais detalhadas na hora do exame: “Eu achei que ele explicou pouco, nessa primeira ecografia, porque quando a gente chegou, daí a gente viu que ele tinha escrito assim, da alteração do cerebelo e tal, então ali a gente se apavorou assim a gente ficou muito assustado porque na hora ele não disse. 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, até hoje tem, eu não sei ainda um monte de coisa” (Clara). Alguns autores têm destacado a necessidade de que a comunicação diagnóstica seja bastante qualificada e sugerem, inclusive, treinamentos específicos para abordar estas situações (Gotzmann et al., 2001). 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, levando-as

a impressão de que as informações foram insuficientes. Obviamente, não se pode excluir eventuais posturas profissionais inadequadas, ao não demonstrarem a paciência necessária para prestar as informações cabíveis e numa linguagem compreensível à gestante, sem falar na inabilidade de muitos em conter emocionalmente a paciente, o que faz com que os profissionais “tentem logo se livrar dela”, encaminhando-a ao seu ginecologista para maiores esclarecimentos. Portanto, é importante que o profissional de medicina fetal se conscientize de que não se trata somente de um procedimento radiológico, mas de um exame com forte carga emocional, afinal, é ele quem apresenta pela primeira vez o bebê para a mãe, o que implica um contato interacional diferenciado com a gestante.

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 ele é o único que poderá “salvar” o bebê, ficando, então, intocado e livre de qualquer tipo de críticas (Caron e 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 ao médico radiologista, primeiro porque eles não foram contactados e 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, a extensão das 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.

### O bebê com anormalidade

No que diz respeito à visão sobre o bebê, as três gestantes apresentaram uma impressão bastante positiva, de beleza e perfeição, chegando em alguns mo-

mentos a desconsiderar o problema: “*É, então eu vejo ele bem, sadio, normal né [...] vejo ele bem, sadio, normal*” (Alessandra); “*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*” (Janice); “*E tem assim as mãozinha bem bonitinha também, assim os pezinhos, tudo assim bonitinho, só tem o problema mesmo é na coluna*” (Clara). 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”. Especificamente, Alessandra e Clara, cujos bebês apresentavam meningomielocele, destacaram a região dos pés do bebê nas suas verbalizações, “*Muito fofo, fofinho assim, pele macia, a maior vontade que eu tenho é de pegar o pezinho*” (Alessandra); “*Eu acho que ele vai nascer e não vai parar de mexe os pés sabe, porque ele mexe muito os pés*” (Clara), 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 na ação 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.

### A relação mãe-bebê

De acordo com o discurso das três gestantes, a relação mãe-bebê parece ter se intensificado após o recebimento do diagnóstico de anormalidade do bebê, “*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 tá fazendo todo o possível pra ajudar [...] procuro explicar as coisas que tão acontecendo*” (Alessandra); “*Depois disso [do diagnóstico] 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*” (Janice). 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 pode, por vezes, até prejudicar o seu desenvolvimento psíquico. Quayle et al., (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 do presente estudo – acarretam uma culpa imediata e intensa nos pais, fazendo com que muitos deles, por vezes cheguem a abandonar atividades importantes para se dedicarem exclusivamente ao bebê. Contudo, neste estudo, somente uma

das gestantes (Alessandra), abdicou de aspectos importantes da sua vida pessoal, largando o emprego e mudando de cidade, embora isto parece ter sido mais em função da separação do casal do que do diagnóstico do bebê. As outras duas, seguiram trabalhando e não revelaram mudanças radicais. É provável que as mudanças sugeridas por Quayle et al., (1996) ocorram principalmente após o nascimento, quando o bebê passa a demandar maiores cuidados. De qualquer modo, todas as gestantes do presente estudo, 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, movidos por culpa, se utilizem 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, a literatura sugere que as gestantes primíparas vivenciam 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 no contexto da anormalidade fetal

As três gestantes referiram estar vivenciando o sentimento materno de forma mais presente do que futura: “*Eu achei superbom 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, é um sentimento assim de tu cuidar de uma pessoa assim de tu ter alguém que é teu, entendeu*” (Janice); “*Eu acho que é assim [...] que eu acho que o jeito, que, ele sabe quem sou eu, eu que bato [na barriga] assim pra ele, porque ele bate bem mais quando tá comigo sozinho do que quando for com outra pessoa assim*” (Clara), já que o futuro estava carregado de dúvidas sobre sua real possibilidade de concretização “*É daí eu não chego a pensar em coisa ruim vem antes, continuo pensando coisa ruim*” (Janice); “*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”* (Alessandra); *“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”* (Clara).

Este achado contraria pelo menos em parte os achados de Roelofsen et al. (1993) que apontou que os sentimentos maternos ficariam relativamente bloqueados até que fossem confirmadas melhores condições de saúde do bebê. Contudo, a partir das verbalizações das gestantes da presente pesquisa pode-se pensar que a realidade duvidosa quanto à sobrevivência e desenvolvimento do filho levou-as a vivenciar o quanto podiam a maternidade no momento em que estavam, tendo em vista as incertezas do futuro.

## DISCUSSÃO

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 ter se assegurado sobre as condições de 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 conclusão 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 pode até não ser muito longo, não corresponde ao tempo psíquico sentido pela gestante. Desse modo, algumas atitudes, caso sejam indispensáveis na frente da gestante, como chamar colegas e discutir termos técnicos, poderiam pressupor algum diálogo dirigido também 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, com a intenção de esconder dela eventuais dúvidas quanto ao diagnóstico, parece exacerbar suas angústias, levando-as a perceber que algo não diferente do esperado está ocorrendo. Portanto, fazer de conta que nada está acontecendo pode ser tão ou 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 conforto à gestante para suportar a situação de extrema dificuldade pela qual começa a passar. Sugere-se, então, que a paciente seja mantida como a principal personagem na cena do exame, e que em situações de dúvida, em que outros médicos precisam ser consultados, 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 et al. (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. Contudo esta expectativa não foi confirmada pelas falas das gestantes deste estudo. Ao contrário, percebeu-se uma intensificação do vínculo – as gestantes verbalizaram terem aumentado a frequência e a qualidade dos comportamentos de interação para com o bebê, tais como conversas, pensamentos e até o estabelecimento de “acordos” com o bebê para protegê-lo ainda mais. As razões para tal contradição podem ser pelo menos em parte explicada pe-

las diferentes metodologias empregadas. O estudo de Sukop et al. (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, com destaque para as particularidades de cada caso, além de ter se detido em malformações equiparáveis em severidade, multiplicidade e exposição, caracterizadas, no presente estudo, como moderadas, isoladas e visíveis.

Ainda referente à relação materno-fetal, Sinason (1993) sustentou que o vínculo entre a dupla mãe-feto, em situação de anormalidade, poderia ser envolto de bastante superproteção. Alguns aspectos de superproteção foram notados em verbalizações específicas das gestantes do presente estudo, o que corrobora com as sugestões do autor. 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 psiquicamente 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 possibilidade de não sobrevivência ou, se isto ocorrer, viver com graves limitações no seu desenvolvimento.

Pode-se dizer, então, que os resultados do presente estudo apóiam parcialmente as expectativas iniciais. Verificou-se que as impressões das gestantes sobre a ultra-sonografia 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 ultra-sonografia. 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 reassurador 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 se revelou 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 disso, os sentimentos maternos nas gestantes foram apresentados 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.

É importante, ainda, tecer algumas considerações metodológicas sobre o presente estudo. Em primeiro, sabe-se que as participantes discutiram 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 e sobre seus sentimentos a respeito da notícia da malformação fetal. Sabe-se que a utilização de uma abordagem retrospectiva 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 pros-



pectivos que acompanhassem longitudinalmente gestantes com diagnósticos de anormalidade fetal.

No discurso das participantes deste estudo, algumas atitudes médicas foram alvo de insatisfação, particularmente na comunicação do diagnóstico. Novas pesquisas são sugeridas a fim de investigar o quanto estas referências devem-se à real postura médica ou 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 psicológica em medicina fetal, uma vez que contribuiriam não só com os médicos, na comunicação dos diagnósticos de malformação fetal para as gestantes, mas também propiciando-lhes informações e especialmente apoio emocional nestes momentos de extrema dificuldade e tristeza.

Por fim, é fato que a ultra-sonografia é hoje um exame de rotina no pré-natal e são claras a sua necessidade e importância no contexto médico. Não se pode mais viver sem este exame, mas não podemos esquecer, das implicações emocionais que este exame pode acarretar em qualquer gestante que o realiza. Estas implicações se tornam 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 preferir 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 a situação de ultra-sonografia constituem, muitas vezes, os únicos momentos em que as mulheres são vistas por profissionais da saúde durante a gestação. Estes momentos do exame passam a ser, então, uma via de contato com o bebê e a gestante, não só permitindo detectar eventuais problemas, mas se constituindo num momento que pode também ser utilizado preventivamente para identificar e fornecer eventual suporte emocional para as mães que o necessitem, contribuindo para a relação mãe-bebê e para o futuro desenvolvimento do bebê.

## REFERÊNCIAS

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.
- Caron, N., & Maltz, R. (1994). Intervenções em grávidas com anomalias congênitas. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 16, 202-207.
- Chudleigh, P., & Pearce, J. (1992). *Obstetric Ultrasound*. Londres: Churchill Livingstone.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- Grupo de Interação Social, Desenvolvimento e Psicopatologia. (1998c). *Entrevista sobre a gestação e as expectativas da gestante*. Porto Alegre: Instituto de Psicologia – UFRGS. Instrumento não publicado.
- Irvin, N., Kennel, J., & Klaus, M. (1993). Atendimento aos Pais de um Bebê com Malformação Congênita. In M. Klaus, J. Kennel. *Pais/Bebê: a formação do apego* (pp.245-275). Porto Alegre, Artes Médicas.
- Klaus, M., & Kennel, J. (1992). *Pais/bebê: a formação do apego*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Kroeff, C., Maia, C., & Lima, C. (2000). O luto do filho malformado. *Femina*, 28, 395-396.
- 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. In G. Costa (Org.). *Dinâmica das relações conjugais*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Moura, M. (1986). Nascimento do conceito malformado: aspectos psicológicos. *Femina*, 14, 7, 606-612.
- Nicolaides, K., Sebire, N., & Snijders, R. (2000). *O exame ultra-sonográfico entre 11-14 semanas: diagnóstico de anomalias fetais*. Londres: Parthenon Publishing.

- 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.
- Quayle, J. (1997a). Óbito fetal e anomalias fetais: repercussões emocionais maternas. In M. Zugaib, J. Tedesco, & J. Quayle. *Obstetria Psicossomática* (pp. 216-227). São Paulo: Editora Atheneu.
- Quayle, J. (1997b). Parentalidade e Medicina Fetal: repercussões emocionais. In M. Zugaib, M. Brizot, V. Bunduki, & D. Pedreira. *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 Obstetria*, 7, 1, 33-39.
- Ramona-Thieme, M. (1995). *Becoming a mother: research on maternal identity from Rubin to the present*. New York: Spring Publishing.
- Raphael-Leff, J. (2000). Introduction: Technical issues in perinatal therapy. In J. Raphael-Leff. (Ed.). *'Spilt milk' perinatal loss & breakdown* (pp. 7-16). Londres: Institute of Psychoanalysis.
- 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.
- Sauerbrei, E., Nguyen, K., & Nolan, R. (2000). *Ultra-sonografia em Ginecologia e Obstetria*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Sinason, V. (1993). *Your handicapped child*. Londres: Rosendale Press.
- Stake, R. (1994). Case studies. In N. Denzin, Y. Lincoln. (Orgs.). *Handbook of Qualitative Research* (pp. 236-247). London: Sage.
- 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.
- <sup>4</sup> Exemplos de questões: O que você mais lembra da ultra-sonografia ainda hoje? O que você ficou pensando depois da ultra-sonografia? Você acha que mudou alguma coisa depois da ultra-sonografia?, etc.
- <sup>5</sup> Exemplos de questões: Que problemas foram identificados durante o exame? Como você se sentiu ao receber esta informação? Como você está se sentindo? Como você se sentiu ao receber os resultados?, etc.
- <sup>6</sup> Exemplos de questões: Como foi a tua gravidez, desde o momento em que tu ficaste sabendo, até agora; Como te sentiste ao receber a notícia da gravidez? Foi uma gravidez planejada? Quais as tuas preocupações em relação à gravidez e ao bebê? Como te sentes em relação ao parto? O que tu já sabes sobre o bebê? Como tu imaginas que vai ser o bebê quando nascer? Como tu te imaginas como mãe? Como tu te imaginas atendendo o teu bebê? (alimentando, consolando, brincando, fazendo dormir) Como tu imaginas o teu relacionamento com o bebê quando ele nascer?
- <sup>7</sup> A todas as participantes foi oferecido acompanhamento psicológico gratuito pela autora deste estudo, durante o parto e o pós-parto. As três gestantes entraram em contato por telefone com a autora, solicitando mais alguns esclarecimentos sobre condições de saúde do bebê e sobre o parto, sendo que duas delas, Clara e Alessandra 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.
- <sup>8</sup> 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 (Nicolaidis, Sebire e 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, localização e extensão da lesão e da presença ou não de anomalias cromossômicas associadas (Reece, Hobbins, Mahoney e Petrie, 1996; Sauerbrei, Nguyen e Nolan, 2000).
- <sup>9</sup> 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 (Nicolaidis et al., 2000). Forma-se uma espécie de hérnia que escapa à cavidade amniótica e não é coberta pelo peritônio (Chudleigh e 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 et al., 1996; Sauerbrei et al., 2000).
- <sup>10</sup> Os aspectos particulares de cada caso estão detalhadamente descritos e analisados na dissertação de mestrado do qual derivou o presente estudo. Por motivos de espaço, não puderam ser apresentados aqui.
- <sup>11</sup> Na dissertação de mestrado na qual se baseou este trabalho são apresentados inúmeros outros exemplos das falas das gestantes, os quais não foram incluídos no presente artigo por falta de espaço.

#### Autores:

Aline Grill Gomes – Psicóloga (PUCRS), Psicoterapeuta com Formação em Psicoterapia Psicanalítica (Instituto de Ensino e Pesquisa em Psicoterapia – IEPP). Mestre e Doutoranda em Psicologia do Desenvolvimento do Curso de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, sob orientação do Prof. Dr. Cesar Piccinini.

Cesar Augusto Piccinini – Doutorado e pós-Doutorado na University College London (Inglaterra). Pesquisador do CNPq e Professor do Curso de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

#### Endereço para correspondência:

ALINE GRILL GOMES  
Av. Montenegro, 186/205 – Petrópolis  
CEP 90460-160, Porto Alegre, RS, Brasil  
E-mail: algrill7@yahoo.com.br

Recebido em: 06/03/2006. Aceito em: 12/07/2006.

#### Notas:

<sup>1</sup> Estes nomes, assim como quaisquer outros nomes próprios apresentados neste estudo, são fictícios para preservar a real identidade das participantes.

<sup>2</sup> Uma quarta gestante também foi convidada e aceitou participar do estudo, mas o caso foi excluído em razão da baixa qualidade do material de áudio que impossibilitou uma boa transcrição.

<sup>3</sup> Exemplos de questões: 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? Que pensamentos lhe vieram à cabeça no momento em que via estas imagens? O que você achou do seu bebê? Quando você viu o seu bebê, o que você sentiu?, etc.