

MATERNIDADE ESCOLA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO

CORPOS EM TRANSPARÊNCIA: ÚTERO-FETO-PSIQUISMO

SOBRE A EXPERIÊNCIA DO ULTRA-SOM OBSTÉTRICO

NO PROCESSO DE PARENTALIZAÇÃO

Simone Wenkert Rothstein

Orientação:

Prof^a. Dr^a. Diana Dadoorian

Rio de Janeiro

2009

HON
SWK
2009
M2

U.F.R.J
MATERNIDADE ESCOLA
BIBLIOTECA JORGE DE REZENDE
N. ADM. 738241
N. SISTEMA 738241
CÓD. BARRA

UFRJ
Maternidade-Escola

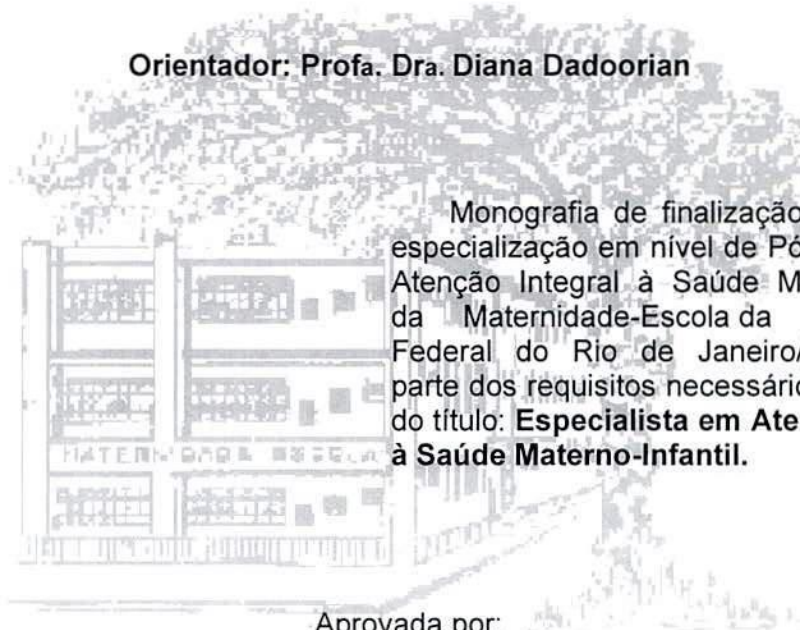
561806



CORPOS EM TRANSPARÊNCIA: ÚTERO-FETO-PSIQUISMO
SOBRE A EXPERIÊNCIA DO ULTRA-SOM OBSTÉTRICO
NO PROCESSO DE PARENTALIZAÇÃO

Simone Wenkert Rothstein

Orientador: Profa. Dra. Diana Dadoorian



Monografia de finalização do curso de especialização em nível de Pós-Graduação: Atenção Integral à Saúde Materno-Infantil da Maternidade-Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro/UFRJ, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título: **Especialista em Atenção Integral à Saúde Materno-Infantil.**

Aprovada por:

Regina Orth Aragão

Diana Dadoorian

Nota:
Conceito:

Rio de Janeiro, 20 de maio de 2009

AGRADECIMENTOS

Aos médicos e pacientes, sujeitos da pesquisa, que prontamente me receberam e aceitaram meu convite.

A Diana Dadoorian, pela paciência e atenção cuidadosa.

A Regina Orth Aragão, por aceitar fazer parte da banca de avaliação, oferecendo rica interlocução.

A Marisa Maia e Marcus Renato de Carvalho, pelos fecundos momentos que o curso proporcionou.

Às colegas de turma, pelas experiências e gargalhadas compartilhadas. E, em especial, à Karina Bilda por sua inesgotável disponibilidade a colaborar.

Aos colegas que contribuíram com sugestões, idéias e leituras: Adriana Lasalvia, Alfredo Pasin, Ana Pacheco, Eliane Pessoa, Flávia Strauch e Maria de Fátima Amin.

A Haydée Côrtes de Barros, por poder tê-la como irmã.

Aos meus pais, Regina e Slomo, e meus irmãos, Alexandre, Bernardo e Tatiana, pela experiência viva do sentido da palavra família. E, em especial, a minha mãe que, com seu amor, tanto me ensinou.

A Tamara e Iona, pela oportunidade de experimentar uma forma muito especial de amor maternal.

A Gabriela, que mesmo antes de ser me fez sentir um enorme amor e com quem aprendo todos os dias.

A Sylvain, grande cúmplice da vida, por seu apoio e constante incentivo.

À vida, por sua generosidade comigo.

*"Filho..., (...)
Me enobrece porque me
tornou poderosa
capaz de prosseguir com
essa invenção
chamada humanidade
Você é a barbaridade de
ter feito a minha barriga crescer
meu corpo zuniu, abriu,
escancarou
pra você sair
de onde eu nunca pus
sequer os pés, as mãos
da casa que vivo e
habito sem nunca
ter entrado
porque moro fora de mim
Você que é onírico, sábio
vassalo
me tiraniza e perde a
fala, o fôlego, o faro
me organiza e ganha o
futuro
e ainda segura o jogo duro
de viver independente
de minha respiração
espião de meus bastidores
olhou minhas entranhas
enquanto virava ser
humano"*

(Elisa Lucinda, *Consagração da criatura.*)

RESUMO

O presente trabalho visa verificar de que forma a visualização do bebê durante o exame de ultra-sonografia obstétrica interfere no processo de parentalização da gestante. Foram selecionadas doze gestantes, com idades acima de 19 anos, primíparas ou múltiparas. Cada sujeito teve um exame de ultra-som observado, participando em seguida de uma entrevista individual, semidiretiva. Além das gestantes, os três médicos que tiveram seus exames observados foram também entrevistados, no intuito de investigar a compreensão que o ecografista tem sobre sua função na ultra-sonografia obstétrica, e sobre a influência da experiência do exame para a gestante, considerando-se os efeitos do ultra-som para o processo de construção da parentalidade.

Palavras-chave: ultra-sonografia, transparência psíquica, parentalidade, prevenção primária.

ABSTRACT

The purpose of this work was to investigate the way in which the visualization of the baby during an obstetric ultrasound exam interferes with the process of parenting during the pregnancy, as well as, to verify the concepts formed by obstetric ultrasound examiners about their own function, as well as the influence on pregnant women of the exam as an experience. We selected twelve pregnant women, all 19 years of age or older, either primiparous or multiparous. We have followed twelve exams proceeded by three doctors (four exams each). Each patient, as well as the three doctors, was observed during the ultrasound exam, followed by an individual semi-directive interview.

Key words: ultrasound exam, psychic transparency, parenting, primary prevention.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	p. 6
CAPÍTULO 1. ALGUNS ASPECTOS PSICOLÓGICOS DA GESTAÇÃO	p. 8
1.1. O conceito de <i>transparência psíquica</i>	p. 8
1.2. A placenta como <i>terceiro</i> fundamental	p. 11
CAPÍTULO 2. A ULTRA-SONOGRAFIA OBSTÉTRICA	p. 14
2.1. O exame de ultra-som obstétrico e a <i>cultura do risco</i>	p. 14
2.2. A parentalização e o encontro de transparências	p. 15
2.3. A sobreposição de transparências.....	p. 17
2.4. A subjetividade do médico	p. 19
2.5. A ultra-sonografia como prevenção primária	p. 21
CAPÍTULO 3. NO ESCURINHO DA SALA DE ULTRA-SOM.....	p. 24
3.1. Metodologia	p. 24
3.2. Análise das observações e entrevistas com as gestantes	p. 25
3.3. Análise das observações e entrevistas com os médicos	p. 33
CONSIDERAÇÕES FINAIS	p. 43
BIBLIOGRAFIA	p. 45
ANEXOS	p. 48

INTRODUÇÃO

De que forma a experiência do exame de ultra-som afeta a gestante, a gestação, o bebê? O que significa para mãe ver o feto no monitor? De que modo o médico compreende sua função? Será que ele reconhece os efeitos subjetivos daquela experiência sobre a gestante? Com estas indagações nos lançamos no escurinho da sala de ultra-som para pensar no encontro da biotecnologia com a subjetividade.

A biotecnologia aplicada à obstetrícia desenvolveu-se no sentido de fazer presente o que ainda está por vir, acessando a vida intra-uterina, normatizando o feto, controlando riscos e, algumas vezes, intervindo de forma efetiva a favor da vida. No entanto, considerando-se que, felizmente, um percentual mínimo das gravidezes apresenta anomalias, o que oferecer 'a grande maioria delas? (GOURAND, 2004.)

Para tentar responder à pergunta, propomos um olhar complexo sobre a ultra-sonografia obstétrica. Para além da compreensão do significado cultural deste exame e do reconhecimento do imenso valor dos avanços tecnológicos utilizados com competência pelo corpo médico, gostaríamos de apontar para uma outra dimensão em jogo no momento do exame – a dimensão subjetiva daqueles que fazem parte da “cena”.

Se antes do advento da ultra-sonografia a mulher sentia-se grávida quando sua barriga crescia e depois de nove meses tornava-se mãe, atualmente a gestante é desde muito cedo (e cada vez mais cedo) mãe do menininho ou da menininha que cresce dentro de sua barriga. Não raro, encontramos nas gestantes a expectativa de ver a “foto do bebê”. Vivências que, no passado, eram experimentadas no pós-parto, hoje podem ser reconhecidas durante a gestação.

Compreendendo a importância do estabelecimento da relação mãe-bebê, e da triadificação mãe-pai-bebê, para a criação do ser humano como um ser subjetivado, sugerimos que o período pré-natal, um momento intenso e

especialmente profícuo, deva ser aproveitado para a realização de intervenções no sentido de facilitar o processo de simbolização da experiência da maternidade / paternidade, favorecendo a nidação psíquica do bebê em seus pais. É neste sentido que nossa investigação se estrutura, a saber, como uma verificação sobre a dinâmica intra e intersubjetiva que se desenrola na ultrasonografia obstétrica, para então destacar seu potencial como um instrumento privilegiado no processo de construção da parentalidade.

CAPÍTULO 1. **ALGUNS ASPECTOS PSICOLÓGICOS DA GESTAÇÃO**

1.1. O conceito de *transparência psíquica*

As transformações psicológicas que acompanham as alterações hormonais da gestante foram estudadas por Monique Bydlovski, que forjou o conceito de *transparência psíquica* para descrever a crise psíquica vivida pela mulher no período perinatal. (BYDLOVSKI, 2002.) A mulher habitada por um bebê – que ora é seu bebê ideal, ora um ser estranho – oscila entre um “estado de graça” e outro de medos e de angústia. Trata-se de uma condição particular em que fragmentos do pré-consciente e do inconsciente chegam facilmente à consciência, graças ao afrouxamento da repressão psíquica.

A crise psíquica da gestação, à semelhança da crise da adolescência, é gerada pela inevitável reorganização identitária experimentada pela gestante. A flagrante mudança de geração, de filha a mãe, é por si só um gerador de ansiedade e de conflitos latentes. Fantasias incestuosas ou fantasias de invasão e de desintegração podem ser revividas intensamente, já que é ativada na gestante a *memória sensorial* de sua origem. Suas marcas de sensações e angústias primitivas, anteriores à aquisição da linguagem, ganham atualidade. (SOLIS-PONTON, 2004.)

Por um lado, a atualização das vivências mais arcaicas pode gerar, no início da gravidez, um medo de desmoronamento psíquico. Por outro, esta atualização é, também, o que permite à mãe identificar-se ao seu bebê.

“Essa crise maturativa mobiliza a energia psíquica, despertando ansiedade e conflitos latentes, mas ela é também busca de novas potencialidades e engajamento nestas. Ela contém, assim, sua própria capacidade evolutiva e contribui para o processo de formação de uma nova identidade.” (BYDLOVSKI, Op. cit, p. 206.)

Deste modo, a crise vivida a partir da *transparência psíquica* é fundamental e fundante no processo de vir a ser mãe, para que ela possa amar e cuidar de seu filho. O estado regressivo materno permite que ocorra o que Donald Winnicott nomeia como *preocupação materna primária*, estado em que a mãe se identifica com o filho e nele concentra seu investimento libidinal para realizar suficientemente bem o *handling* e o *holding* do bebê, desempenhando a sua função de *mãe suficientemente boa*. (WINNICOTT, 1971.)

Se a gestante vivencia momentos que são nuances de euforia e de depressão, é porque também o bebê, para ela, não é uma representação absoluta; o bebê é a Sua Majestade (FREUD, 1914), mas é também o bebê-ameaça, um bebê-corpo estranho. Trata-se de um movimento dialético em que os extremos se completam e se opõem.

A gestação oferece um tempo de criação de espaço para o filho que cresce e, para além da barriga que desponta, um espaço psíquico se transforma no imaginário da mãe. Ela pode, então, adotar o bebê e integrar os diferentes bebês que habitam seu psiquismo, fazendo do estranho, um familiar, banhando-o com amor e linguagem, tornando-o seu herdeiro, como um ser subjetivado. (ARAGÃO, 2004.)

Nas palavras de Caron,

“Aceitar a presença de um outro dentro de si, com vida, ritmo, movimentos, sexo e características próprias e independentes, não é tarefa fácil. Significa aceitar uma autonomia que simultaneamente é de total dependência e novamente abrir mão da ilusão, da fusão, da onipotência e do retorno ao paraíso perdido. A gravidez é um terremoto hormonal, físico e psicológico na mulher que encerra os maiores desafios, segredos e incertezas do ser humano.” (CARON, 2000, p. 121.)

Parentalizar consiste em criar um filho, engajando-se nesta tarefa um pai e uma mãe num processo realizado a três, que necessariamente inclui tanto as dimensões simbólica, imaginária e fantasmática da experiência, quanto a do cuidado efetivo. Trata-se, portanto, de um processo dinâmico que ocorre durante

toda a vida e que tem seu início na gestação. Este processo se dá aos níveis intra e intersubjetivos, no sentido de criar espaço para o bebê no lugar de filho e para a mãe e o pai na função parental. Assim, podemos descrever a *parentalidade*¹ em três eixos: 1. como exercício ordenado por leis, relacionado aos interditos que organizam o funcionamento psíquico de todo sujeito, estabelecido pelo *complexo de Édipo*; 2. como experiências subjetivas conscientes e inconscientes decorrentes do fato de vir a ser pai ou mãe; e 3. como prática em si, em que cada um (pai e mãe) tem seu papel a desempenhar nos cuidados físicos e psíquicos junto ao bebê. (HOUZEL, 2004.)

O processo de integração dos diferentes bebês representados – processo de simbolização e de subjetivação – vai criando lugar no psiquismo dos pais para o bebê que vai nascer, bem como para eles enquanto pais. É o que chamamos de processo de parentalização, o qual tem início na gestação e segue ao longo de toda a vida.

Segundo Szejer (2002), um filho é o resultado de duas histórias, de duas vertentes de desejos, nem todos conscientes. O bebê encarna-os e faz nascer um terceiro desejo, o de viver. A autora escreve:

“Ao projeto de gestação, pode-se agregar um projeto parental. Esse projeto tem como referencial direto os modelos parentais do casal, dos quais eles se diferenciam ou dos quais asseguram a continuidade, mesmo quando não o façam conscientemente. O projeto parental inclui o conjunto da família da criança que irá se projetar em seu novo papel.” (SZEJER, 2002, p. 190.)

¹ Em 1961, foi proposto pelo psicanalista francês Paul-Claude Racamier o termo *maternidade* para definir “o conjunto de processos psico-afetivos que se desenvolvem e se integram na mulher por ocasião da maternidade”. (HOUZEL, 2004, p. 48.) Este conceito foi criado durante o estudo sobre os processos envolvidos nas psicoses puerperais. A fase do pós-parto é comparada por Racamier à adolescência: um momento de crise, com transformações identificatórias profundas, ditadas pela revivescência de conflitos antigos. O termo *maternidade* permaneceu “adormecido” até 1985, quando foi resgatado por René Clément.

A história familiar é transmitida através das gerações, de forma consciente ou inconsciente, em seus aspectos elaborados e naqueles que se transmitem “em segredo” – um segredo familiar, um não-dito. Essa estrutura é chamada por Lebovici de *árvore da vida*, e é dela que brota o bebê:

“A história transgeracional inclui elementos da história dos pais, dos avós, freqüentemente dos conflitos, mas também inclui uma criança mítica. Todos esses elementos vão se concentrar no mandato transgeracional transmitido à criança.” (SOLIS-PONTON, Op. cit., p 22.)

1.2. A placenta como *terceiro fundamental*

Um dia pensou-se que a placenta constituía apenas uma barreira, barreira placentária que protegia o feto especialmente contra infecções. Sabe-se hoje que este órgão, constituído de células fetais e, portanto, do DNA materno e paterno, é imprescindível à manutenção da gestação. Funciona como interface² entre mãe e bebê, realizando a homeostase entre os corpos e garantindo a sobrevivência do feto, já que o organismo da mãe tende a interpretar a presença deste como a de um corpo estranho e invasor, do qual ela deve se defender. (WILHEIM, 2003.)

No bem humorado artigo **A placenta, sua vida, sua obra e sua abnegação**, Michel Soulé escreve em primeira pessoa, assumindo uma suposta voz entoada pela placenta, com o objetivo de valorizar sua função como mediadora da relação feto-mãe e gerenciadora da homeostase intra-uterina:

² Como meio de comunicação durante todo o período gestacional, a placenta não filtra substâncias nocivas e não serve de anteparo às alterações neuro-hormonais da mãe. Quando, por exemplo, a gestante em estado depressivo produz e lança na corrente sanguínea um excesso de cortisol, o mesmo chegará ao feto, que tenderá a se fechar, buscando defender-se do “excesso materno”. Talvez este possa ser um caminho para compreender a etiologia do autismo. (WILHEIM, 2003.)

“(…) Sou o ‘objeto primário do feto’. Gosto muito dessa ênfase e me emociono ao sentir que ele me toca com o seu pé para verificar minha presença tranqüila.
(…) Sempre sou sacrificada ao mito da relação direta mãe / bebê.
(…) Se eu não a acalmasse, Lola (a mãe), apesar de proclamar seu amor pelo Pequeno Príncipe, o expulsaria devido aos anticorpos, e assim acabaria o conflito que ela tem com o pai do Príncipe.” (SOULÉ, 1999, pp. 49-51.)

Partindo de uma analogia ao funcionamento placentário, Sylvain Missonnier propõe o conceito psicanalítico de *funcionamento psíquico placentário*. (MISSONNIER, 2004.) De acordo com este conceito, não se pode conceber o bebê como uma mera extensão narcísica da mãe, lembrando-se que, desde o início, atesta-se a presença do pai – seja através do desejo da mãe por ele, através das representações maternas do pai ou através da nomeação do pai, que vai participar da nomeação da criança. Desde o início, como afirma o autor, há a “assinatura” da co-presença das linhagens parentais na placenta, que representa o ninho narcísico parental, onde o bebê se enraíza. Neste contexto, a placenta ganha os contornos de uma metáfora sugerindo uma “promessa objetal” nessa matriz narcísica.

Convém observar que, em termos psíquicos, a presença de um terceiro protege não só o bebê da mãe, mas também a mãe em relação ao bebê. Protege-a do bebê invasor, de sua angústia de desmoronamento. A placenta psíquica, a existência de um terceiro mediador da relação, esboça o começo de um processo de separação ou individuação fetal, já em ação no período pré-natal. Conforme salienta Missonnier, especialmente entre o quinto e o sétimo mês de gestação, não é raro que a futura mãe tenha “antecipações criadoras da alteridade do recém-nascido”. (MISSONNIER, Op. cit., pp. 115-116.)

Portanto, embora a identificação da mãe ao bebê e uma conseqüente “confusão” entre eles seja necessária, esse estado não deve permanecer indefinidamente. A separação gradual mãe-bebê depende da inclusão do pai, da criação de uma tríade. O pai, neste sentido, pode ser o próprio progenitor, sua representação no psiquismo da mãe ou, ainda, um terceiro que faça com que o

olhar da mãe desvie do filho, criando um espaço entre eles. Espaço que é condição para a simbolização das experiências vividas.

CAPÍTULO 2. A ULTRA-SONOGRAFIA OBSTÉTRICA

2.1. O exame de ultra-som obstétrico e a *cultura do risco*

A história da obstetrícia pode ser dividida em três momentos. Até o final do século XIX, suas atividades ocorriam de modo considerado “pré-profissional”, quando partos eram realizados exclusivamente por parteiras. Entre 1890 e 1945, o “período profissional”, os obstetras passaram a controlar a gestação e o parto. É no terceiro período, que se estende até os dias atuais, chamado “período de monitoramento”, que a gravidez e o parto são percebidos como bidimensionais. Neste último momento, as dimensões psicológica e fisiológica da gestante já não são mais compreendidas de forma integrada. Devidamente estancadas, a primeira dimensão se torna responsabilidade da gestante, e a segunda, do médico, ao qual cabe o controle do corpo fisiológico da gestante e do feto que nela se desenvolve. (CHAZAN, 2007.)

Criado durante a Primeira Guerra Mundial para a detecção de submarinos inimigos, o princípio do sonar – ou seja, a utilização de ondas sonoras que excedem o espectro da audição humana e que interagem com os diferentes meios, originando diferenciados padrões de ecos – foi aplicado ao corpo humano na década de 1950 pelo obstetra Ian Donald, a fim de obter imagens que o auxiliassem no reconhecimento de diferentes tipos de tumor. A partir da década de 1980, o ultra-som tornou-se um exame de rotina durante o estágio pré-natal.³

Paulatinamente, a ultra-sonografia passou a constituir um divisor de águas no tocante à construção social da gestação e do feto. Partindo desta situação, da visualização do corpo do feto e do estabelecimento de sua condição

³ Conforme informação fornecida no curso de especialização Atenção Integral à Saúde Materno-Infantil, em aula ministrada pelo Dr. Joffre Amim, a Maternidade Escola da UFRJ, no Rio de Janeiro, foi pioneira na utilização da técnica do ultra-som obstétrico dinâmico, em 1982.

de sujeito social antes mesmo de seu nascimento, vale perguntar quais são seus efeitos nas representações de bebê e de mãe para a gestante. Conforme Chazan (Op. cit.), a gestação se torna concreta e visualmente uma etapa da maternidade.

Estancar, compartimentar e monitorar são verbos que, entre outros, caracterizam a medicina ocidental que se sustenta na ideologia e no desejo coletivo da imortalidade em busca da onipotência. O lugar de Deus é transferido para o médico, que assume socialmente o papel de salvador. (BASTOS, 2006.) A cultura contemporânea é marcada pela necessidade do controle de riscos, o que a define como uma *cultura do risco*. Face às incertezas criadas pela destituição do lugar de Deus e das verdades obsoletas, o indivíduo procura, através da racionalidade, ampliar seu poder de controle sobre a vida. Logo, o médico e suas certezas científicas passam a desempenhar uma função profética, no lugar do “sagrado”. (BASTOS, Op. cit.; CHAZAN, Op. cit.)

Neste cenário, insere-se o exame de ultra-som em posição privilegiada, na medida em que responde às demandas contemporâneas, seja pelo viés do consumo de imagens, característico da *sociedade de espetáculo*, seja pelo ideal de controle, característico da *cultura de risco* – ambas facetas do *modus vivendi* contemporâneo. Como muito bem pondera Chazan,

“Em uma sociedade medicalizada, monitorada, em que vigora a ‘cultura do risco’ e na qual a visualidade foi socialmente construída como modo privilegiado de obtenção de conhecimento, faz sentido o fato de a inclusão nela de novos sujeitos dar-se marcadamente por meio de uma tecnologia visual médica.” (CHAZAN, Op. cit., p. 215.)

2.2. A parentalização e o encontro de transparências

Pioneira no estudo psicanalítico da vida intra-uterina, Alessandra Piontelli, seguindo a trilha deixada por Freud, buscou verificar se havia continuidade entre a vida dentro e fora do útero. Através da ultra-sonografia, descobriu um

verdadeiro mundo fetal individualizado. Investigou questões relacionadas ao nascimento psicológico e à influência das emoções maternas durante a gravidez. Seus achados abriram caminhos para novos estudos e demonstram de forma inquestionável a nítida continuidade psicológica entre a vida intra e extra-uterina. (PIONTELLI, 1995.) Apesar de alguns estudiosos acreditarem que a interferência das imagens seria prejudicial à relação mãe-bebê, por “interromper” as fantasias da mãe, introduzindo uma realidade excessiva, Piontelli se encontra entre os autores que verificam o oposto, apontando para o efeito benéfico da ultra como facilitador do vínculo mãe-bebê. (SZEJER, Op. cit.; BYDLOVSKI, Op. cit.)

Além de confirmar a competência da gestante como procriadora, a visão do bebê vivo dentro do corpo materno confirma também a possibilidade de coexistência entre mãe e feto, que vai ser o esboço de um processo de diferenciação mãe / bebê e, portanto, de construção da parentalidade.

Se através da tecnologia o corpo da mulher ganha transparência, com a produção de imagens antes impensáveis, é pela gravidez que o psiquismo da gestante ganha transparência, trazendo à luz idéias, sentimentos, fantasias e desejos, de outro modo inacessíveis.

A prematuridade neurológica do ser humano o submete à condição de dependência de um semelhante, em geral a mãe, que desempenha os cuidados básicos para a sobrevivência do bebê e para a constituição do seu psiquismo. Ao cuidar do bebê, a mãe (aqui entendida como aquela que exerce a *função materna*) gera uma sensação de bem-estar, seja porque cessou a fome, ou porque ofereceu ao pequenino seu batimento cardíaco em um embalamento apaziguador. Sua atenção promoverá a vivência da primeira experiência de satisfação, fazendo com que ela própria se torne o primeiro objeto de amor do bebê. Desta maneira, é a prematuridade biológica do recém-nascido que cria sua necessidade de ser amado, que jamais o abandonará. Paralelamente, esta mesma incompletude do ser humano vai levá-lo a construir as representações mentais da ordem parental. (FREUD, 1926.)

Atualmente, é reconhecida a participação ativa dos dois termos da díade mãe-bebê no laço estabelecido entre ambos. O bebê recebe da mãe seus cuidados e fantasias, a mãe recebe do bebê alguma forma de confirmação, ou não, de suas expectativas. Quando o bebê se consola mais facilmente, ele gera na mãe o sentimento de competência, facilitando o vínculo mãe-bebê.

A criança constrói e parentaliza seus pais, no mesmo tempo em que é constituída por eles. Ainda que o mundo representacional do bebê dependa do imaginário parental, do banho de linguagem, ele não é um reservatório passivo das fantasias inconscientes da mãe e do pai, mas sim o resultado de uma relação dinâmica.

2.3. A sobreposição de transparências

À meia-luz, deitada, seminua, ela é coberta por um pano que esconde seu sexo. Ela, a grávida, aguarda, com o médico junto à cama, o encontro com as imagens do bebê que contém em seu ventre.

Esta é uma possível descrição da cena de um exame de ultra-sonografia obstétrica.

A visualização das imagens do monitor, manchas cinzentas que descrevem partes do feto, é vivida pela mãe como presentificação do seu bebê. Dito de outro modo, o ato de ver as manchas, em geral, costuma ser experimentado como um encontro antecipado com o filho. (CARON, Op. cit.; CHAZAN, Op. cit.; GOMES & PICCININI, 2007; GRIOLETTI, 2005; GOURAND, Op. cit.; SZEJER, Op. cit.) Tal experiência deve sua particularidade ao fato de que, no psiquismo, o impacto das imagens é direto, independente da mediação da palavra. Elas atingem e ativam o inconsciente para só depois receberem um nome. (FREUD, 1900.)

Ao fato das imagens do exame ativarem o psiquismo da gestante de forma intensa e imprevisível, soma-se a condição regressiva da futura mãe em função da *transparência psíquica*, quando sua “superfície psíquica interna”

emerge, e como uma *banda de Moebius*, se faz aparente. Ademais, o ambiente e a postura em que se encontra a examinada promovem, ainda, por suas condições físicas (à meia-luz, deitada, seminua), a mobilização de tramas fantasmáticas inconscientes. Assim, fantasias sobre a gestação podem ser reforçadas: o escuro da sala pode representar o útero que a acolheu, ou mesmo o quarto de seus pais, em suas fantasias incestuosas. Para a mulher grávida, envolvida neste profícuo universo fantasmático, as imagens ganham consistência de realidade, especialmente pelo fato de tratar-se da sobreposição de transparências. Há um encontro entre *dentro* e *fora*. Por isso, a visualização das imagens pode criar na gestante a satisfação – ou a dor, em alguns casos – do encontro com o bebê. Satisfação que pode ter diversos sentidos. Geralmente, tem relação com sua capacidade como progenitora e com o apaziguamento de suas fantasias de aniquilamento e de rejeição, que muitas vezes aparecem sob a forma da crença ou do intenso receio de que o bebê apresente inúmeras anomalias. (MISSONNIER, Op. cit.)

Uma vez que, desde os primeiros encontros com as imagens do bebê, toda esta dinâmica psíquica é ativada, a proximidade entre a mãe e o pai do bebê, entre si e com os médicos que os acompanham no pré-natal, será determinante neste processo de luto, de elaboração, de integração. Para isso, a possibilidade de escuta endereçada aos atores envolvidos nesta aventura é fundamental. Segundo Maia,

“(…) é importante considerar que a constituição subjetiva se dá no interior de um campo de afetação instaurado por corpos, afetos e linguagem que já é operante desde a gestação. É importante refletir sobre as conseqüências de substituímos o corpo materno por uma máquina... Se não pudermos contar histórias e criar mitos sobre nossa origem e não nos for possível descrever onde estamos e por que estamos, jamais poderemos projetar para onde iremos.” (MAIA, 2006, p.105.)

O valor da experiência do ultra-som no processo de construção da parentalidade é tema de discussão e pesquisa em diversas universidades e

hospitais. Na Universidade Federal do Rio Grande do Sul, um grupo de obstetras ecografistas sugere: “O olhar do ecografista favorece o desenvolvimento da função parental quando ele pode colocar-se no lugar da paciente, utilizar uma linguagem simples, autêntica.” (CARON, Op. cit., p.182.)

Gomes e Piccinini, também do Rio Grande do Sul, enfatizam os efeitos da imagem no psiquismo materno e na relação do casal parental. (GOMES & PICCININI, Op. cit.) Na Universidade Católica de Pelotas, Grigoletti pesquisa os efeitos do ultra-som na representação psíquica que a mãe faz do filho. (GRIGOLETTI, Op. cit.)

Em Paris, no Hospital Saint-Vicent-de-Paul, sob a direção de Didier David e Michel Soulé, um grupo de profissionais – que inclui o ecografista Luc Gourand e os psicanalistas Bernard Golse e Sylvain Missonnier – em sua discussão sobre a função da ecografia e do ecografista no processo da parentalidade, reconhece que a ecografia é sub-utilizada enquanto instrumento de descoberta e de construção da parentalidade. (GOURAND, Op. cit.)

2.4. A subjetividade do médico

O exame de ultra-som tem uma característica muito específica, a saber, a interatividade. Como dizem os próprios ecografistas, trata-se de um exame realizado em “tempo real”. Apesar do uso de alta tecnologia, da presença eloqüente do aparelho e de seu monitor, as imagens são narradas pelo médico, que deve reconhecê-las, interpretá-las e descrevê-las. Todo este processo, mesmo que se quisesse, não poderia ser realizado sem o uso de referências pessoais – e, portanto, subjetivas – do profissional. Evidencia-se, assim, uma tensão entre objetividade e subjetividade, vivida pelo médico durante o exame.

Segundo Gourand, os mestres da medicina ensinam que a alma deve ser deixada no vestiário: o jaleco branco reveste o corpo do profissional para representar a neutralidade médica. Já o autor, ao contrário, sugere que, na ecografia, deve-se levar a alma junto. (GOURAND, Op. cit.)

Investido em sua posição “sagrada”, o médico encontra-se no lugar de quem sabe, antes mesmo da gestante, sobre o interior do seu corpo e sobre o seu bebê. Ele atua, então, como o “arauto” que traz a notícia sobre o sexo do bebê, notícia tão desejada pela gestante.

Faz parte de suas próprias expectativas, bem como das expectativas das pacientes, que ele detenha o saber, que controle os riscos, que conheça a verdade sobre os corpos delas, ali deitadas, sob seus cuidados. No entanto, não é apenas a verdade do corpo da paciente que ele deve controlar, mas também o impacto que o encontro com as imagens do interior do corpo feminino, concomitante à manipulação do corpo da paciente, causam nele. Várias fantasias inconscientes podem ser ativadas e precisam ser contidas, por suas exigências de assepsia, pelos ideais da cultura e pela demanda de que ele se comporte como o portador da verdade. Nestas circunstâncias, o médico é impelido a atuar no âmbito de uma medicina científica, em oposição à medicina como “arte”, a arte médica que inclui sua subjetividade. (BASTOS, Op. cit.)

Paradoxalmente, como comenta a psicanalista Liana Bastos,

“O não reconhecimento da existência do corpo-sujeito no cuidado médico é uma razão poderosa para as angústias e aflições que permeiam a prática médica, pondo em risco a eficácia do conhecimento médico pelo exercício de uma prática médica desencarnada e dessubjetivada. O cuidar, para além da técnica, é exigência ética.” (BASTOS, Op. cit., p. 187.)

Distanciado de suas angústias e das da gestante, enquanto o ecografista busca, através do exame, obter o controle do corpo e da vida fetal, a gestante deseja ver seu filho – o exame é experimentado por ela como um encontro marcado com o bebê. Na perspectiva da paciente, o ato de ver seu bebê é uma oportunidade de avaliar sua capacidade procriadora e sua competência como mãe, em uma espécie de “teste da verdade”. (RAPHAEL-LEFF, 2001; GOMES & PICCININI, Op. cit.)

Missonnier enfatiza que a ecografia pode ter função de prevenção primária na preparação para a chegada do bebê. Para que isso ocorra, porém, o

médico não pode se distanciar da gestante, oferecendo-lhe as informações sob a forma de um curso magistral, e nem mesmo ter a ingenuidade de supor que todos os problemas podem ser previstos. (MISSONNIER, Op. cit.)

2.5. A ultra-sonografia como prevenção primária

A prevenção é uma preocupação atual da psiquiatria pré-natal, que propõe o cuidado do bebê, inclusive em sua dimensão subjetiva, desde antes do seu nascimento. Quando sugerimos que a ultra-sonografia obstétrica poderia ampliar sua função como prevenção primária em relação à construção da parentalidade, estamos propondo que, com pequenas alterações na sua prática, sustentadas por uma visão complexa do indivíduo, a ecografia pode interferir no processo de parentalização do bebê e dos pais. Esta interferência tende a fortalecer a relação dos pais com seu filho, o que, por sua vez, tende a minimizar as angústias maternas no momento do parto, facilitando-o. O mesmo pode ocorrer em relação à amamentação e aos cuidados do bebê em geral. De acordo com nossa hipótese, se durante o pré-natal a gestante tiver condições de elaborar angústias que são próprias deste período, ela se sentirá mais tranqüila e preparada para assumir o lugar de mãe de seu bebê, desempenhando de forma mais segura a maternagem. No caso do pai, o mesmo processo pode viabilizar um exercício mais maduro de sua função.

Levando em conta a importante dinâmica intra e intersubjetiva que se coloca em cena neste período – isto é, a construção da parentalidade – a atitude do profissional de saúde poderá ter um efeito de prevenção primária. Tal efeito torna-se possível uma vez que compreendemos esta construção como uma travessia a ser realizada, da condição de filha à de mãe, de filho à de pai, de dois para três, para quatro, e assim por diante. Como ilustra Cramer (1993), o profissional envolvido neste contexto deve atuar como uma espécie de barqueiro, facilitando a travessia de uma margem à outra.

Frédérique Netter (2000), em entrevista, destaca a porosidade psíquica da gestante em função da transparência psíquica. Esta porosidade e sensibilidade maior, que permite a verbalização de conflitos transgeracionais, torna também a gestante mais permeável aos comentários do médico. Por isso, o ecografista deve ter bom senso e estar disposto a *escutar* a paciente. Se ele não entender a importância de suas palavras ou de seu silêncio, ou se não estiver ciente das condições especialmente delicadas da paciente, pode gerar situações de extrema angústia. Se, ao contrário, puder acolhê-la, favorecerá sua “travessia”. Também neste sentido, a fala e a escuta do ecografista durante o exame podem assumir um caráter de prevenção em relação a problemas ulteriores na parentalidade.

Em uníssono, Solis-Ponton escreve:

“O período pré-natal constitui um período privilegiado em virtude da transparência psíquica. É útil dedicar um tempo à abordagem dos problemas psíquicos da futura mãe, os quais podem também ser contidos, enquanto, se deixarmos passar o nascimento, a situação torna-se mais complicada.” (SOLIS-PONTON, Op. cit., p. 122.)

O ecografista favorece o desenvolvimento da função parental quando consegue colocar-se no lugar da paciente. Conforme Szejer, o médico deve lembrar que as palavras são portadoras de sentidos diferentes em função de uma história familiar que ele desconhece. Por isso, deve ter cuidado com o que diz ou escuta. Ele deve também considerar que explicações simples podem evitar, às vezes, mal-entendidos e angústias gerados por palavras ditas ou pelas não-ditas, pelo desconhecimento que dá margem ao incremento de fantasias, muitas vezes insuportáveis. (SZEJER, Op. cit.)

Segundo Missonnier (Op. cit.), a ecografia pode constituir um diferencial na complexa fabricação da parentalidade. Na “visita ao bebê” durante a ecografia, o médico – através da escuta à fala da gestante e do acolhimento às suas manifestações, reconhecendo a importância desta fala para o processo de subjetivação do bebê – é capaz de favorecer não só um encontro com a imagem

do feto mas, também, com as fantasias mediadas pelas palavras. O médico estará apto, deste modo, a auxiliar o “banho de linguagem” que virá conferir um valor ao sujeito em formação nas nomeações, fundamentais para o advir de um bebê subjetivado. Além disso, ao valorizar a fala dos pais, o ecografista lhes fornece amparo e os autoriza a assumir seu papel em relação ao filho que está por nascer.

Para que a ecografia seja conduzida como um exame humanizado, experimentado pelas pessoas envolvidas como um “ritual de vida”, é necessário que médico e pais reconheçam toda a mobilização que ele provoca. Ainda de acordo com Missonnier, assim se define o sentido do “convite” que os médicos devem fazer aos pais:

“Pais, ponham sua parentalidade à prova da ultra-sonografia, reconhecendo a violência nela envolvida; vocês estarão diante de um médico de ultra-sonografia que reconhecerá a dificuldade em jogo e os acompanhará nessa perigosa travessia. Dessa travessia vocês sairão pais mais maduros.” (MISSONNIER, Op. cit., p. 120.)

3.1. Metodologia

Realizada na Maternidade Escola da UFRJ, no período de setembro a dezembro de 2008, esta pesquisa qualitativa se apoiou no método da observação simples de exames de ultra-sonografia, com o objetivo de verificar de que forma o exame ecográfico afeta a mãe, como ela se comporta ou se expressa diante das imagens do bebê e da fala do ecografista. Buscou-se também observar o comportamento do médico durante o procedimento, especialmente quanto à interação com a paciente.

Ao término de cada exame, realizou-se uma entrevista semidiretiva com cada gestante, a fim de verificar suas impressões sobre o exame, suas representações do bebê e de si como mãe, e se houve interferência da experiência da ultra nestas representações. Realizou-se também uma entrevista semidiretiva com cada um dos médicos envolvidos, no intuito de escutá-los sobre como concebem a função do ultra-som, como compreendem o seu papel e, ainda, se percebem alguma relação do exame com o processo de parentalização dos pais.

Participaram deste estudo doze gestantes e três médicos da equipe da Maternidade. Por considerarmos que uma seleção prévia seria irrelevante para o objetivo da pesquisa, as gestantes foram escolhidas aleatoriamente, independentemente de idade gestacional ou cronológica, estado civil, religião ou cor. Todas residem no Rio de Janeiro, com idade média de 28 anos. A idade gestacional variou entre 11 e 38 semanas. Nove eram primíparas (duas haviam perdido o bebê no início de uma gestação anterior) e três multíparas. Todas têm um companheiro, marido ou namorado, que assume a paternidade do feto em gestação.

Antes de iniciar as observações, pacientes e médicos foram consultados sobre o interesse em participar da pesquisa, tendo então assinado um termo de

consentimento livre e esclarecido. A fim de preservar o anonimato dos participantes, os nomes reais foram omitidos e substituídos por nomes fictícios.

A análise das observações, assim como a análise de discurso das entrevistas, basearam-se no referencial psicanalítico adotado na pesquisa.

Os questionários, o roteiro das observações e o termo de compromisso estão anexos.

3.2. Análise das observações e entrevistas com as gestantes

Organizamos os dados obtidos em torno de três temas fundamentais, a partir dos quais teceremos nossa análise. São eles: 1. os efeitos da **“transparência do corpo”** e da **visualização do feto**, 2. os efeitos da **transparência psíquica** e, 3. o modo como era vivida pelas pacientes a **relação médico-paciente**.

Com relação aos efeitos da **“transparência do corpo”** e da **visualização do feto**, aspectos interessantes puderam ser verificados. O primeiro deles é o fato da porta da sala de ultra-som permanecer aberta durante o exame. Ainda que possa se tratar de uma condição necessária para que o médico tenha contato facilitado com a assistente, localizada na ante-sala, que toma nota das medidas do feto; ainda que se trate de uma maternidade escola, em que médicos, residentes e pacientes estejam acostumados à exposição destas últimas; ainda que saibamos que a realidade vivida por muitas dessas pacientes, em suas casas, seja a de uma moradia de cômodo único que se presta a todas as funções, pensamos que a naturalidade com que médico e paciente permaneciam de porta aberta talvez tenha relação com o fato do corpo exposto ser um corpo grávido. Provavelmente, tanto da parte dos profissionais quanto das gestantes, o corpo perde a qualidade de “corpo de mulher”, corpo sexualizado, e passa a ser visto como “uma barriga que é levada por um corpo”. Do ponto de vista do médico, o apagamento do corpo da paciente como um

corpo de mulher, em nome da visão de um corpo que contém um feto, pode ser compreendido como uma defesa necessária, uma maneira de lidar com as angústias inconscientes despertadas por fantasias de penetração no interior do corpo feminino, consequência de sua experiência ativa no exame. (GOURAND, Op. cit.) Para a gestante, sua condição psíquica e seu estado regressivo – ou seja, a vivência da *transparência psíquica* – borram os limites entre seu corpo de mulher e seu corpo de bebê, e ainda, de seu corpo com o do bebê que carrega. (BYDLOVSKI, Op. cit.; SOLIS-PONTON, Op. cit.)

Outro ponto a se destacar é o fato do exame ser vivido pelas gestantes como um *encontro marcado com o bebê*. A entrevista individual com as pacientes iniciava-se com uma pergunta aberta: “Como você se sentiu durante o exame?” Das doze entrevistadas, oito discorreram sobre o prazer de ver o bebê. Propomos que o ato de “ver o bebê” no monitor do aparelho de ultra-som – ou, como muitas vezes foi referido por elas, “ver a foto do bebê” – confirma a existência de um ser diferenciado, com consistência e com condições próprias. Se antes de ver seus bebês elas já se sentiam grávidas, a experiência do exame-encontro-marcado esboça o início de sua relação com um bebê diferenciado. Ver o bebê, especialmente quando ele se desenvolve dentro dos padrões preconizados, confirma para a mãe sua competência como progenitora.

Bianca (IG: 38): “Gosto de ver o neném. É um dos melhores exames.”

Camila (IG: 12): “Gostei. Adorei ver o bebê, é muito emocionante!”

Celina (IG: 12): “Tô muito feliz porque vou ser mãe. Vi meu bebê!”

A ultra-sonografia viabiliza, assim, a transparência do ventre materno e a visualização do bebê, e expõe também o narcisismo parental atualizado no bebê ideal projetado sobre aquele em gestação. Desta forma, a ultra é vivida como uma “prova real” na qual se confirmará ou não a condição dos pais como progenitores competentes. (GOURAND, Op. cit.; RAPHAEL-LEFF, Op. cit.)

Entre as quatro grávidas que não mencionaram o prazer em ver o bebê, uma falou do desejo de saber do sexo e as outras três manifestaram, em seguida, algum tipo de preocupação com a sua saúde (e as conseqüências para a saúde do bebê) por apresentarem miomas, diabetes ou sangramentos inesperados. Todas as três tinham dificuldades de “imaginar” seus bebês. Portanto, podemos inferir que a preocupação com a saúde do filho, mesclada às fantasias destrutivas da mãe e ao seu conseqüente sentimento de culpa, pode interferir na sua aproximação em relação ao bebê, no desejo de vê-lo ou mesmo de imaginá-lo. A gestante ferida em seu narcisismo pode recolher-se em suas dores e preocupações, afastando-se emocionalmente do bebê.

O desejo de saber o sexo do bebê foi unânime entre as doze entrevistadas. Consideramos que a curiosidade em relação ao sexo tem a ver com a construção desse ser diferenciado, banhado pelas *projeções parentais*, pelas *transmissões inter e transgeracionais*. Após saber o sexo, as gestantes, em geral, falaram sobre o nome que pretendiam dar ao filho – nome que historiciza o bebê, que marca seu lugar na cultura familiar e na relação com o inconsciente materno.

O bebê constitui-se par e passo à constituição da mãe enquanto tal.

Sobre este assunto, é emblemática a fala de uma das gestantes:

Bárbara (IG: 25): “Tava ansiosa pra saber o sexo! (...) Que bom, vou ser mãe de um menino!” *Antes do início do exame, ainda na ausência do médico, a mãe de Bárbara começa a conversar e me diz:* “Tomara que seja menino... Eu tive três filhos muito nova. Cuidei deles sozinha. O primeiro morreu novinho, o segundo é muito tranquilo. A terceira é muito festeira, agora taí, com 19 anos, olha o que ela arrumou! Espero que seja menino, pra não acontecer a mesma coisa.”

Conclui-se, neste caso, que a avó e a mãe projetavam no bebê o “destino” das mulheres da família.

Conforme comentamos anteriormente, há autores que questionam a validade de se revelar o sexo do bebê durante a gestação, por limitar precocemente as fantasias da mãe. Em nossa pesquisa, verificamos que saber

o sexo, pelo contrário, serve como suporte imaginário, podendo facilitar o processo de simbolização e de acolhida do bebê, especialmente quando o sexo do bebê não é o desejado. A aproximação virtual do bebê real – isto é, a oportunidade de ver as imagens e saber das condições do corpo desse bebê durante a gestação – permite que aquelas semanas necessárias para o amadurecimento biológico do feto sejam também aproveitadas para o amadurecimento psicológico dos pais. Este encontro virtual parece promover a experiência antecipada também do luto da perda do bebê idealizado em nome do bebê real. (SZEJER, Op. cit.)

Andreia (IG: 21): “Meu marido queria que fosse menino. Eu também queria que fosse menino, já tenho duas filhas. Mas, sabe, acho que de alguma forma eu já sabia que seria menina. Tinha uma intuição.”

Neste caso, o fato de Andreia dizer que já tinha “uma intuição” de que o bebê seria uma menina aponta para a possibilidade de lidar com a frustração em relação ao sexo verificado, reconhecendo em si uma capacidade intuitiva e de contato com a filha que traz em seu ventre. Fazê-lo durante a gestação deve permitir que, à época do nascimento, Andreia já tenha criado uma série de vantagens para o fato de ter mais uma menina, ou quem sabe até uma afinidade especial. Sem pretender prever o imprevisível, o que nos parece relevante é a potencialização do tempo da gestação como um tempo de elaboração, promovido pelas descobertas oriundas do exame de ultra-som. Se o corpo da mãe se amplia para conter o feto que se desenvolve, seu psiquismo também precisa de tempo e de plasticidade para elaborar as representações sobre o bebê, para dar à luz um ser subjetivado, fazendo de seu colo continente. (ARAGÃO, Op. cit.)

Com relação aos efeitos da *transparência psíquica* e do imaginário materno, ao perguntar às gestantes sobre suas dúvidas e preocupações em relação à gravidez e ao bebê, percebemos que havia em comum entre elas a fantasia de poder causar mal ao bebê ou de não ser capaz de gestá-lo.

Adriana (IG: 25) *ao final do exame, faz sua única pergunta*: “Doutor, o bebê é pequeno?” *Na entrevista, ela diz*: “É por causa da diabete, fico preocupada.”

Bárbara (IG: 25): “Fico achando o tamanho da minha barriga pequeno. Sei lá, será que ele tá crescendo bem?”

Camila (IG: 12): “Só fico um pouco preocupada porque tomei vacina pra rubéola quando já estava grávida, mas não sabia. A médica já disse que eu não preciso me preocupar com isso, que não tem nada a ver, mas eu fico com medo de ter afetado o bebê.”

Esta fantasia parece associada à vivência pelo psiquismo materno do feto como organismo invasor, um organismo estranho, do qual ele precisa se defender. A nível biológico, há um estranhamento em função da carga genética do pai presente nas células do embrião e na placenta, cuja função de manutenção da gestação e regulação fisiológica entre mãe e feto já foi abordada aqui. (SOULÉ & CYRULNIK, 1999; WILHEIM, Op. cit.; MISSONNIER, Op. cit.)

Nota-se que, a este fenômeno biológico, há um equivalente psíquico. A gestante vive um momento de *regressão*, de *transparência psíquica*, quando há um afrouxamento das defesas psíquicas e as ambivalências em relação à gestação se manifestam de forma intensa. Pela efração no narcisismo materno, uma crise é desencadeada e o bebê desejado é também rejeitado. Aceitar a presença de um outro dentro de si significa aceitar a autonomia do bebê e, simultaneamente, sua total dependência, e ainda, abrir mão do desejo de fusão, do retorno ao paraíso perdido.

Quando as grávidas falavam sobre como imaginavam seu bebê, produziram respostas que dividimos em três categorias. A primeira refere-se às falas de três pacientes, que se restringiam a, de alguma forma, *torcer pela saúde do bebê*.

Ana Paula (IG: 35): “Só quero que ele tenha saúde!”

A segunda refere-se às falas de outro grupo de três gestantes, que imaginavam o bebê *parecido com algum aspecto delas próprias*.

Alexia (IG: 28): “Acho que vai ser branquela igual a mim, bochechuda, fofona!”

Camila (IG: 12): “Imagino uma menininha pretinha, toda enfeitada. Uma bonequinha! Acho que vai ser preguiçosa igual à mãe!”

O terceiro e último grupo contou com seis grávidas, que falaram do bebê como *parte da família*, relacionando-o com o pai ou com outros filhos.

Brunela (IG: 24): “Mulato igual ao pai, mas parecido comigo... Uma parte do nome dele homenageia a minha família e a outra é uma homenagem à família do pai.”

Bianca (IG: 25): “Acho que vai ser parecido com meu outro filho, branquinho. Com as cores do pai, mas com os meus traços.”

Cristina (IG: 12): “Acho que é menino, lindo, parecido com o pai. Só de ver a ‘foto’ já fiquei imaginando.”

Esses grupos apontam para diferentes momentos no processo de “adoção” do bebê, não necessariamente no sentido progressivo, mas como fases de acomodação psíquica deste novo ser.

Podemos inferir que, quando a mãe só pode torcer pela vida de seu filho, ela se sente tão ameaçada psiquicamente pela presença e pela ausência do bebê, que não pode pensar na vida **com** ele.

O segundo grupo, por sua vez, parece falar de um bebê idealizado – Sua Majestade, o Bebê – representante dos ideais narcísicos maternos.

Finalmente, no terceiro grupo, o bebê “está em relação”, isto é, tem relação com a mãe, mas também com o pai, com a família. Tendo conquistado

um espaço no seu psiquismo, ao bebê é oferecido, pela mãe, um espaço que lhe cabe na família.

O conceito de *funcionamento psíquico placentário* parece-nos útil para pensar as condições sugeridas acima. O delicado processo de tornar-se mãe inclui a aceitação de um terceiro na relação, o que significa abrir mão do desejo infantil de fusão e de onipotência. O *terceiro* que se “intromete” no corpo e no psiquismo da mãe desde o início da gestação é um *terceiro-estranho*, que a desestabiliza. Paradoxalmente, é também o terceiro que faz acordos e que faz do estranho, um familiar.

Ainda sobre o tema do terceiro, vale ressaltar alguns dados que verificamos em relação à presença de acompanhantes das gestantes. Das doze pacientes, duas vieram ao exame com o marido, uma com a mãe e uma com uma amiga. Observamos que, diferentemente das gestantes que chegaram sozinhas e se mantiveram silenciosas durante todo o procedimento, as poucas que chegaram acompanhadas faziam mais comentários e pareciam mais emocionadas. Quando o acompanhante era o pai do bebê, os comentários e a emoção eram registrados pela câmera fotográfica ou pela filmadora. A família tomava conta da sala.

No exame de Alécia (IG: 28), que veio com o marido, o médico descreve o bebê: “Tá grande. Aqui é o estomago, a coluninha toda, a bexiga, coxinha, o coração. O bebê é grandel!” Ao longo do exame, pai e mãe se emocionam, choram, sorriem e comentam: “Tá se mexendo! Olha que bocechão! É o olhinho?”

No exame de Bianca (IG: 35): “(...) boquinha, bochecha, a periquitinha... Que nenenzão!” A gestante fica comovida e comenta: “Olha a boquinha dela! Ó, o coração!” O pai, satisfeito, filma e fotografa. A mãe olha atenta.

No exame de Bárbara (IG: 25), que veio com a mãe, o ultra-som é precedido de comentários sobre a história familiar, quando explicam o desejo de que o bebê seja menino.

No exame de Cristina (IG: 12), que veio com uma amiga, a gestante vai nomeando as partes do feto: "A cabecinha!... Tá grande!... Como o coração bate forte!"

No exame de Cida (IG: 12), que veio sozinha, a gestante fica em silêncio durante todo o procedimento e, só depois, em entrevista, confessa que não quis falar para não atrapalhar o exame. O silêncio se repetiu com a grande maioria das pacientes não acompanhadas.

Consideramos que esta diferença tenha relação, por um lado, com o fato da presença do marido, da mãe ou de uma amiga – referências pessoais da gestante – proporcionar a ela um sentimento de segurança e de cumplicidade, acionando a vivência de afetos que favorecem o estabelecimento de um campo de afetação fundamental à subjetivação do bebê. (GOMES & PICCININI, Op. cit.) De outro lado, encontramos as grávidas que, sozinhas, se apresentam de forma passiva: regredidas e silenciosas, escutam a palavra do médico como alguém que sabe sobre elas. Ainda que em ambos os casos, a gestante, em plena *transparência psíquica*, transfira ao ecografista o lugar de cuidador; como uma mãe, o médico cuida e nomeia as partes de si que ela desconhece, no segundo, a tendem a restringirem-se a esta condição de experimentação passiva da experiência.

Sobre a forma como as pacientes viviam a **relação médico-paciente**, notamos uma nítida valorização da palavra do examinador, tanto no sentido da confiança e da gratidão pelo cuidado dedicado, quanto por um viés de idealização do médico como detentor de saber, que revela o que elas desejam e desconhecem. Das doze pacientes entrevistadas, dez relataram que se sentiram muito bem atendidas pelos médicos. Uma protestou pelo excesso de residentes na sala de exame e outra reclamou por não haver entendido bem a descrição das imagens feita pelo ultra-sonografista. Mesmo em situações onde a observadora julgava ausente qualquer interação significativa entre médico e

paciente, os relatos das gestantes evidenciavam a sua satisfação, associada também à possibilidade de visualização do feto.

Ana Paula (IG: 35): "Aqui na maternidade tratam a gente muito bem. Não tem nem comparação com outros lugares!"

Alexia (IG: 28): "Fiquei muito à vontade com o médico. Ele mostrou tudo, foi muito legal."

Betina (IG: 25): "Foi bom, já tô mais a par das coisas. Deu pra visualizar bem melhor."

Cristina (IG: 12): "Eu tava à vontade... Ah, ele ainda parou o aparelho numa hora só pra eu ver o movimento do bebê. Ele estava nadando!"

Altamente investido pela grávida, o médico parece aglutinar diferentes elementos de uma mãe cuidadosa a quem a gestante-filha se entrega passivamente, ele pode representar um "parteiro-divino", que ilumina a escuridão do ventre dando luz ao bebê antes mesmo de seu nascimento, "oferecendo" à gestante o seu bebê e satisfazendo o seu desejo materno.

3.3. Análise das observações e entrevistas com os médicos

Organizamos os dados obtidos em torno de três temas fundamentais, a partir dos quais teceremos nossa análise. São eles: 1. a **compreensão do médico sobre a sua função no exame de ultra-som obstétrico**, 2. a **valorização da interação médico-paciente**, e 3. a **valorização da relação mãe-bebê e da tríade mãe-pai-bebê**.

Com relação à investigação da **compreensão do médico sobre a sua função no exame de ultra-sonografia obstétrica**, a análise das entrevistas,

junto às situações observadas durante os exames, leva-nos a considerar que há uma tendência do ecografista a buscar uma posição de controle. Sustentado por sua autoridade científica, o examinador investiga o interior do corpo da paciente em busca de verdades médicas sobre o feto. O que ocorre, nesta perspectiva, é a medicalização do feto que, antes mesmo de nascer, é visto, controlado e normatizado. O ecografista assume um papel ativo no monitoramento e na vigilância da saúde. Ele controla o aparelho, selecionando as imagens que poderão (ou não) ser vistas pela gestante. É ele quem fala e quem sabe. Sua postura protocolar nos leva a crer que não se trata de uma condição intrínseca apenas aos médicos observados, mas, antes, do resultado de um complexo fenômeno contemporâneo generalizado, articulado com a noção de *cultura de risco*, já mencionada aqui anteriormente. (CHAZAN, Op. cit.)

Neste sentido, convém citar a frase de um dos ecografistas identificado como Dr. C., quando explica o que acha mais interessante no exame de ultrassom:

Dr. C.: “Poder flagrar um momento crucial... Otimizar a gestação... Isso pode mudar o destino da gravidez. O bebê ou a mãe podem ter um problema e você, reconhecendo e intervindo no momento certo, pode mudar o destino da gravidez.”

Como já destacamos, em apenas 5% das ultra-sonografias obstétricas tem-se a possibilidade de verificar anomalias ou complicações que possam culminar na morte da mãe ou do feto. Somente nesses poucos casos, então, o médico pode ter uma atuação de intervenção efetiva, tornando-se capaz de mudar o destino da gravidez, nos moldes que sugeriu Dr. C.

Parece-nos que uma outra forma de busca de controle se manifesta no interesse do ecografista em anunciar o sexo do bebê. O prazer do médico em revelar esta preciosa informação funciona, justamente, como uma versão para a satisfação do seu desejo de controle, de onipotência. Tal prazer parece estar associado à condição de que se reveste o ecografista enquanto um “realizador de desejos”, que tem o poder de “dar à gestante” o seu bebê. Para ela, saber o

sexo do feto é uma forma de dar corpo e consistência ao bebê que gesta, confirmando sua competência como procriadora. Já o médico, como anunciador das “boas novas”, assume um lugar divino, de “co-criador” da vida. Assim, revelar o sexo do bebê proporciona prazer não só para a mãe, mas também para o médico.

Uma pesquisa realizada por Lílian Chazan (Op. cit.) chegou a conclusões semelhantes quanto a este ponto, uma vez que se verificou uma tendência dos médicos a oferecerem às gestantes a possibilidade de saber o sexo do bebê, antes mesmo que elas solicitassem.

Dr. A.: “Qual é o nome dessa menina?” A mãe sorri e diz que tinha a intuição de que era mesmo uma menina. (A pergunta foi realizada logo que o ecografista começou a explicar as imagens.)

Dr. C., examinando uma gestante com 11 para 12 semanas de gestação, pergunta se ela gostaria de saber o sexo. A paciente confirma e Dr. C. diz: “Acho que vai ser menina, acho!” (Antecipa a notícia, ainda que com o cuidado de deixar a dúvida, pela impossibilidade da certeza.)

Em sintonia com essa posição médica, há a escuta da paciente. Na perspectiva da gestante, a palavra do médico tem força diferenciada, ela é extremamente valorizada. Observamos que as pacientes, especialmente quando vinham ao exame sozinhas, tendiam a manter-se silenciosas durante o procedimento. Uma delas, na entrevista, revelou: “Tinha dúvidas, mas não quis perguntar nada para não atrapalhar.” Independente das fantasias que podem ser inferidas através da fala desta gestante, seu comentário aponta para a compreensão de que, naquele espaço, quem fala é o médico, quem sabe é ele. Ela, inversamente, tende a se manter em uma posição passiva, regredida.

Portanto, apesar do ideal de controle, de neutralidade e de assepsia, o médico que conduz uma ultra-sonografia obstétrica está inevitavelmente exposto. Seu corpo está coberto pelo guarda-pó branco e seu toque intermediado pelo transdutor, mas sua subjetividade, seu prazer e suas

angústias também se fazem presentes, potencializados pelo desejo – seu e da paciente – de que tenha a vida sob controle. Esta é a angústia que a vivência do “tempo real” traz: a expectativa de conhecer a verdade e de manter o controle sobre a vida é ativada pelo olhar ansioso da gestante, que entrega seu corpo e seu bebê aos cuidados do doutor.

Dr. A.: “O mais difícil é a solidão nas decisões. Em outros exames você tem tempo, pode trocar idéias com colegas... Na ultra é tempo real, você está ali e tem que comunicar ao paciente o que está vendo. A sua palavra tem muito peso... É muita responsabilidade!”

Dr. B.: “Você tem que articular conhecimento técnico e jogo de cintura, o lado pessoal.”

“O lado pessoal”, ao qual se referiu Dr. B., é por ele reconhecido como parte do atendimento. E, como ele mesmo diz, é essa articulação entre técnica e “lado pessoal” – a subjetividade – o que dificulta o procedimento. Trata-se de um exame de alta tecnologia, mas que necessita da personalidade do médico como instrumento fundamental e articulador. Nos depoimentos dos entrevistados, podemos reconhecer esta articulação desde a motivação para a escolha de sua especialidade médica, uma vez que as razões apresentadas se referiam à vida pessoal de cada um deles.

Dr. A.: “Foi uma questão de qualidade de vida. Gosto do contato com o paciente e também de fazer cirurgia, mas estava com pouco tempo pra minha família. Recebi o convite de um primo, pra fazer ultra-som na clínica dele. De lá pra cá, fui cada vez mais me dedicando a essa especialidade.”

A personalidade e a subjetividade do médico se apresentam em diversos outros aspectos do exame, que podem passar despercebidos se considerados meros detalhes sem importância. São aspectos como o jeito de se remeter à paciente, o efeito (mesmo que inconsciente) exercido pelas imagens sobre o

médico, a maneira elegida por ele de dar início à descrição, a forma como profere comentários espontâneos como “Que bebezão!”, ou, como vimos acima, “Qual é o nome da menina?” – forma escolhida para anunciar o sexo do feto. “Haja água!”, brincou um ecografista observado, referindo-se ao choro emocionado da gestante. “É menino e tá segurando o pinto!”; “Tá tirando meleca!”; “Seis centímetros... Osso nasal... Coraçõzinho...”; “Tá tudo bem! Tudo normal!” Nestes exemplos, o examinador faz uso de seus valores, suas experiências e suas emoções como “instrumentos acessórios” de trabalho, ainda que não necessariamente os reconheça como tal.

Quando perguntados sobre o que havia mudado em sua prática ao longo do tempo, apenas um médico mencionou as mudanças na vida pessoal, ou seja, integrou um elemento subjetivo ao relato de sua experiência profissional.

Dr. B.: “Acho que o amadurecimento pessoal faz diferença. Ter filhos também... Tudo isso interfere na maneira que você lida com a paciente, com o exame.”

Entretanto, para os profissionais entrevistados, a expressão de sua subjetividade parece ter o status de “ruído”, uma interferência a ser descartada, para que a verificação do corpo passivo possa se dar de modo eficaz.

Acerca da **valorização da interação entre o médico e a paciente**, observou-se que a maioria dos ecografistas não conversava com a gestante durante o exame, nem mesmo para indagar o seu nome ou a idade gestacional. Somente um médico realizava estas perguntas específicas no início do procedimento. Porém, inclusive neste caso, ele se dirigia mais freqüentemente aos residentes presentes na sala de exame do que à paciente. Tem-se a impressão de que, para o ecografista, o exame só começa quando inicia a descrição das manchas no monitor. Todos os minutos anteriores, em que médico e paciente já se encontram na sala de exame, parecem ser irrelevantes em relação ao objetivo da ultra.

Em nenhum dos exames observados, indagou-se à gestante se ela tinha alguma dúvida, ou se queira fazer qualquer pergunta. A análise das entrevistas, por outro lado, mostrou haver da parte dos médicos o reconhecimento da importância sobre a forma de se comunicar com a paciente – o que não significa, contudo, que reconheçam a importância de escutá-las. Os comentários das gestantes, não raro, foram menosprezados, ou tomados como deturpação da fala do médico.

Dr. B.: “Tem que saber como falar. Falo uma coisa e a mãe interpreta outra. Digo ‘cabeçudinho’ e a mãe já acha que o bebê é deformado!”

Dr. A.: “A forma de falar sempre interfere. Falo tudo pro paciente. Tem que saber como falar, tem que ter jeito.” (...) “Sempre fui muito comunicativo, falo bastante com os pacientes, sou muito sincero, mesmo quando o diagnóstico é negativo.”

Sobre a fala dos médicos, Myriam Szejer apresenta um exemplo emblemático:

“Após dois anos do nascimento, uma mulher leva seu filho ao pediatra e pergunta: ‘Doutor, ele ainda tem o fêmur curto?’ E quando se pergunta a razão de sua pergunta, ouve-se: ‘Porque, na primeira ecografia, com quatro meses, o doutor disse que ele tinha o fêmur curto.’ (...) Será que o médico se deu conta de que, para alguém que não está familiarizado com a terminologia médica, essas palavras são portadoras de sentidos diferentes, ligados a uma história familiar que ele desconhece? E, mais ainda, será que ele considerou que explicações simples podem evitar, às vezes, mal-entendidos e angústias gerados pelas palavras ditas? Os ecografistas e os pais não falam da mesma coisa.” (SZEJER, Op. cit., p. 199.)

É fundamental reconhecer que a manifestação das gestantes pode favorecer a otimização do exame, justamente na expressão dessas “deturpações”, que entre outras tantas formas, revelam as fantasias e preocupações sobre o bebê e sobre a gestação. Talvez ao ouvi-las, o médico as

ajudaria a diluir muitas dessas preocupações. E, deste modo, estaria contribuindo para o estreitamento da ligação mãe-bebê. Ou talvez, ainda, o simples fato de escutar tenha o efeito de acolhimento, vivência necessária para que elas também possam acolher primeiro suas fantasias, e então, acolher seus filhos.

À semelhança dos médicos, as pacientes acabam por não reconhecer valor em manifestar suas preocupações, não se sentindo encorajadas a fazê-lo. Ficam constrangidas, ao invés de tomarem suas perguntas como confirmação de sua competência materna, ou como um exercício de cuidado do filho. Cida é uma delas:

“Eu fiquei preocupada de não ficar falando pra não atrapalhar... Tenho muitas dúvidas! Tomei vacina pra rubéola antes de saber que estava grávida. Tive sangramento!... Não quero pensar muito no bebê, ficar idealizando...” (*Cida, 23 anos, primípara que estava na 12ª semana de gestação.*)

Quanto à **valorização da relação mãe-bebê e da tríade mãe-pai-bebê**, reconhecemos que ela é considerada no discurso dos médicos, assim como a importância da presença do pai do bebê no exame. Na prática, porém, não verificamos o mesmo: não foi conferida à experiência do exame de ultra-som obstétrico qualquer associação com o processo de construção da parentalidade.

Dr. A.: “O que eu acho mais interessante no trabalho? Bem, na ultra em geral (*Dr. A. também trabalha com ultra-sonografia não-obstétrica*), a imagem ajuda muito na definição do diagnóstico diferencial. Isso pra mim é o que há de mais valioso, a gente pode viabilizar uma conduta precisa. Na ultra obstétrica é mais ‘show’, né? É mais pra ficar mostrando o bebê.”

Na fala acima, percebemos que o valor dado ao exame encontra-se na sua condição de método de averiguação, em contraposição ao valor conferido a “mostrar o bebê”, compreendido como algo menor. Esta diferença também é relatada no livro de Caron por um obstetra ecografista do Rio Grande do Sul,

quando explicita a diferença da experiência do ultra-som para o médico e para a mãe. Enquanto o primeiro está interessado nas imagens do bebê capazes de revelar alguma anomalia (para que possa intervir eficaz e positivamente), a mãe está de olho no seu filho, que surge antes mesmo de nascer.

“Estamos tão envolvidos com o trabalho (quer dizer, o trabalho é entendido como averiguação de possíveis problemas) que muitas vezes não conseguimos entender coisas muito simples que estão embaixo dos nossos narizes. Geralmente, as pacientes gravam os bebês em vídeo para mostrar para parentes e amigos. Eu nunca dei o devido valor a isto. Achava que era apenas uma gravação. Até que uma paciente que foi fazer outro tipo de exame me disse: ‘Enquanto eu estava esperando, saiu um pai carregando uma fita de vídeo, com muita felicidade, até parecia que estava carregando o filho.’ Agora, eu entendo o significado.”⁴

As gestantes, por sua vez, manifestaram explicitamente, ou em reações observadas durante o exame, a emoção de transformar borrões acinzentados em “mãozinhas”, “bochechinhas”, no corpo do seu bebê. Esta transformação tem seu correlato intrapsíquico: o da aproximação do bebê imaginário ao bebê virtual, isto é, a adoção pela gestante de um bebê diferente de si, como o seu bebê. Esta experiência de transformação era auxiliada pelos médicos que, na maior parte das vezes, tinham o cuidado de descrever em detalhes as imagens do monitor, traduzindo e organizando o corpo do bebê em uma linguagem não technicalizada.

Dr. A.: “Tá grande. Aqui é o estômago, a coluninha toda, a bexiga, a coxinha, o coração. O bebê é grande!” *Ao longo do exame, pai e mãe se emocionam, choram, sorriem e comentam: “Tá se mexendo! Olha que bochechão! É o olhinho?” (Alexia, 27 anos, IG: 28. Primípara. Havia perdido o primeiro bebê no início da gestação anterior.)*

⁴ Relato pessoal de um dos autores, não identificado, extraído do artigo **Ultra-sonografia em obstetrícia: Explorando um novo mundo**. (In: CARON, 2000.)

Dr. B.: “A coluninha, o pinto. Só dá pinto hoje! O pé, a boquinha...” *Em outro exame, Dr. B. descreve: “... boquinha, bochecha, a periquitinha... Que nenenzão!” A gestante fica comovida e comenta: “Olha a boquinha dela! Ó, o coração!” O pai filma e fotografa. A mãe olha atenta. (Bianca, 35 anos, IG: 38. Tem um filho de dois anos.)*

Questionados sobre a importância da presença do pai no momento do ultra-som, todos os médicos revelaram ser a favor dela, dando alguma explicação no sentido de que, naquele exame pré-natal, a paciente e o pai do bebê começariam a criar uma estrutura de família: mãe-pai-filho.

Dr. A.: “Acho que é bom quando o pai pode acompanhar de perto. Ele pode ser mais cúmplice.”

Dr. B.: “É importante a interação, a participação deles para lidar com as mudanças que vão acontecer. Mas às vezes eles atrapalham bastante!”

Dr. C.: “Acho que é importante, facilita pro pai se sentir mais próximo.”

No entanto, a ressalva feita por um dos médicos de que, às vezes, os pais “atrapalham bastante” vai ao encontro de nossas observações, nas quais não foi verificada nenhuma forma de interação com o acompanhante, não foram feitas quaisquer perguntas a eles, nem comentários. O que nos leva a pensar no quanto é difícil escutar o paciente: a fala do pai, assim como a da mãe, é freqüentemente recebida como o indesejado “ruído” ao qual já nos referimos, e não como expressão legítima da condição daquele determinado paciente.

É difícil lidar com um pai nervoso e ciumento – perfil citado em um dos exemplos mencionados pelos médicos. Esta dificuldade pode, inclusive, atrapalhar a boa execução de um procedimento tão delicado. Mas é importante pensar que ali se encontra um pai-em-gestação, que busca encontrar um novo lugar para si, que entra em uma sala escura e encontra um aparelho poderoso,

do qual ele nada entende, e que irá revelar verdades sobre seu filho que ele não conhece. Um médico mexe no corpo de sua mulher, que passa a ser habitada por um pequeno ser, que logo ele terá que sustentar. Médico e bebê “se colocam” entre ele e sua mulher. Se o médico se dispuser a compreender o ciúme do pai – e compreender este ciúme não significa *tratá-lo*, serviço para psicólogos e psicanalistas –, suportando sua irritação, dando a ele a oportunidade de estar próximo à sua mulher e ao seu filho, assim o ecografista estará cuidando não só do feto, mas do bebê que vai nascer, dessa família que é gestada no escurinho da sala de ultra-som.

Auxiliar na “gestação” da família é, em primeiro lugar, conforme Missonnier, “(...) convidar [os pais] a se expressar para que possam elaborar o que significa expor o ‘bebê de dentro’ a um procedimento de diagnóstico pré-natal”. O autor sugere que a ultra pode consistir num ritual de vida, que contém uma espécie de provação, na qual os pais terão de fazer lutos. Contudo, ela pode também consistir num ritual de morte, “se no lugar de conter, favorecer, sustentar a parentalidade, ele for apenas um processo que vai mergulhar esse feto no indiferenciado, sem lhe propor uma maturação humanizante”. (Missonnier, Op. cit., p.120.)

Na sala de ultra-som, está sob o cuidado do médico a família que vai nascer. Sem menosprezar o valor da tecnologia aplicada à vida pré-natal, e a grande importância do seu uso, o que propomos aqui, mais uma vez, é justamente a ampliação da potência do exame de ultra-som, dos seus efeitos benéficos para a saúde física e emocional do bebê, na medida em que ele não só seja olhado através das manchas no monitor, mas também escutado através da fala da mãe e do pai.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como uma grávida, ao ver o seu bebê, não se emocionaria? Do mais sublime regozijo às mais intensas angústias, não há como não ser tocada pelas imagens que inauguram uma nova dimensão. Para além do reconhecimento de sua barriga, de seu próprio corpo e de suas fantasias, ela passa a conhecer aquele que está dentro dela, o seu filho, que confirma sua existência como tal e que confere à mãe um novo status.

Partimos para a pesquisa com a suposição de que a impactante experiência do exame de ultra-som promoveria efeitos no psiquismo da gestante e, conseqüentemente, no processo de parentalização. Os resultados obtidos ratificaram nossas suposições iniciais, fornecendo elementos esclarecedores da forma como essa ativação psíquica se dá e de suas conseqüências.

Compreendemos que, em função da *transparência psíquica*, por encontrarem-se os conteúdos de sua “profundeza psíquica” na “superfície”, a gestante torna-se permeável e facilmente identificada com o bebê, com quem por vezes se confunde – confusão que é estruturante, mas é também motivo de angústia. Neste sentido, o encontro com o bebê da ultra viabiliza uma experiência de diferenciação: mãe / bebê de fora / bebê de dentro. Tal diferenciação permite o reconhecimento de que o bebê não é a encarnação absoluta das fantasias maternas de desmoronamento ou de incorporação, que vá destruir a gestante como um estranho invasor. Ela sente um alívio ao constatar que o bebê vive e que eles são dois, o que gera também o sentimento de competência, de poder gestar e manter o seu filho, favorecendo o investimento narcísico no bebê que já se esboça diferenciado.

Para entender este processo, lançar mão do conceito de *funcionamento psíquico placentário* nos pareceu bastante pertinente. A visualização da imagem do bebê no monitor é capaz de “ativar” a *função psíquica placentária*, que protege mãe e bebê de fantasias de fusão e de destruição. Podemos considerar, inclusive, que o próprio exame de ultra-som atua conforme uma “ecografia” do

funcionamento psíquico placentário, ou seja, que a ultra-sonografia obstétrica cria um espaço entre mãe e bebê, espaço-terceiro, que facilita o processo de diferenciação, de luto e de simbolização – favorecendo, por consequência, o processo de parentalização.

Ainda que nossa amostragem seja restrita, a análise do discurso das entrevistas e das observações nos permite reconhecer que os médicos poderiam utilizar a escuta como instrumento no seu ambiente de trabalho. Incluindo a dimensão da subjetividade, a ultra-sonografia tem sua potência ampliada, podendo exercer a função de prevenção primária, no que diz respeito à parentalização. Escutando a gestante, o médico é capaz de reconhecer e autorizar a paciente no seu papel de mãe. Positivando suas dúvidas, geralmente silenciadas, tomadas como “algo menor”, estas ganham o estatuto de esboço de cuidado maternal. Além de confirmar seu potencial como mãe, ele poderá orientá-la ou encaminhá-la a outro profissional, quando necessário.

Consideramos, enfim, que sutis mudanças podem trazer benefícios valiosos à gestante, ao feto e a toda a família, especialmente se pensarmos em larga escala, no âmbito da saúde pública. Quando o ecografista tem em mente as condições psicológicas vividas pela gestante, passa a compreendê-la de forma complexa e a incluí-la como paciente e não como um corpo dessubjetivado que carrega um feto. Conseqüentemente, ele tende a se tornar mais atento à comunicação verbal e não-verbal com a futura mãe, buscando acolhê-la. Acreditamos que, desta forma, a experiência e de ver-falar-escutar o bebê que está por nascer facilite a integração “bebê de fora” / “bebê de dentro”, enlaçando a tríade mãe-pai-bebê que está prestes a constituir-se como família.

BIBLIOGRAFIA

- ARAGÃO, Regina Orth. Narcisismo materno e a criação do espaço psíquico para o bebê. In: ARAGÃO, Regina Orth. (Org.) **O bebê, o corpo e a linguagem**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.
- BASTOS, Liana Albernaz de Melo. **Corpo e subjetividade na medicina: Impasses e paradoxos**. Rio de Janeiro: Ed. UFRJ, 2006.
- BYDLOVSKI, Monique. O olhar interior da mulher grávida: Transparência psíquica e representação do objeto interno. In: Corrêa Filho, Laurista et al. (Org.) **Novos olhares sobre a gestação e a criança até 3 anos**. Brasília: LGE, 2002.
- CARON, Nara Amália. (Org.) **A relação pais-bebê: Da observação à clínica**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000.
- CHAZAN, Lílian. **“Meio quilo de gente”**: Um estudo antropológico sobre **ultra-som obstétrico**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2007.
- CRAMER, Bertrand & PALACIO-ESPASA, Francisco. **Técnicas psicoterápicas mãe / bebê**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.
- FREUD, Sigmund. A interpretação dos sonhos (1900). **ESB**. v. IV. Rio de Janeiro: Imago, 1972.
- _____. Sobre o narcisismo: Uma introdução (1914). **ESB**. v. XIV. Rio de Janeiro: Imago, 1972.
- _____. O estranho (1919). **ESB**. v. XVII. Rio de Janeiro: Imago, 1972.
- _____. Além do princípio de prazer (1920). **ESB**. v. XVIII. Rio de Janeiro: Imago, 1972.

- _____. Inibições, sintomas e ansiedade (1926). **ESB**. v. XX. Rio de Janeiro: Imago, 1972.
- GOMES, Aline Grill & PICCININI, César Augusto. Impressões e sentimentos de gestantes em relação à ultra-sonografia obstétrica no contexto de normalidade fetal. **Psicologia: Reflexão e crítica**. v. XX, pp. 179-187, 2007.
- GOURAND, Luc. L'échographiste et l'accès au ventre. **Revue Française de Psychosomatique**. n. 26. Paris: PUF, 2004.
- GRIOLETTI, Lúcia. A influência da ultra-sonografia na representação do filho imaginário – filho real. **Psico**. v. 36, n. 2, pp. 149-157. Mai / Ago, 2005.
- HOUZEL, Didier. As implicações da parentalidade. In: SOLIS-PONTON, Leticia. (Org.) **Ser pai, ser mãe. Parentalidade: Um desafio para o terceiro milênio**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004. pp. 47-51.
- LUCINDA, Elisa. **O semelhante**. Rio de Janeiro: Record, 1998.
- MAIA, Marisa. Afetos e linguagem entre corpos e máquinas: Biotecnologia, afetação traumática e processos de subjetivação. **Latin-American Journal of Fundamental Psychopathology on line**. v. VI, n. 2, pp. 96-107. Nov, 2006.
- MISSONNIER, Sylvain. O início da parentalidade, tornar-se mãe, tornar-se pai: As interações dos pais e da criança antes do nascimento. In: SOLIS-PONTON, Leticia. (Org.) **Ser pai, ser mãe. Parentalidade: Um desafio para o terceiro milênio**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004. pp.115-122.
- NETTER, Frédérique. **L'inquiérante étrangeté de l'échographie. Éléments de la psychopathologie du bébé** (DVD). Paris: Érès, 2000.
- PIONTELLI, Alessandra. **De feto a criança: Um estudo observacional e psicanalítico**. Rio de Janeiro: Imago, 1995.

RAPHAEL-LEFF, Joan. **Pregnancy – The Inside Story**. Nova York: Karnac Books, 2001.

SOLIS-PONTON, Letícia. A construção da parentalidade. In: SOLIS-PONTON, Letícia. (Org.) **Ser pai, ser mãe. Parentalidade: Um desafio para o terceiro milênio**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004. pp. 29-40.

SOULÉ, Michel. A placenta, sua vida, sua obra e sua abnegação. In: SOULÉ, Michel & CYRULNIK, Boris. **A inteligência anterior à palavra: Novos enfoques sobre o bebê**. Porto Alegre: Artmed, 1999. pp. 49-51.

STERN, Daniel. **O mundo interpessoal do bebê**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

SZEJER, Myriam. Uma abordagem psicanalítica da gravidez e do nascimento. In: CORRÊA FILHO, Laurista et al. (Org.) **Novos olhares sobre a gestação e a criança até 3 anos**. Brasília: LGE, 2002.

_____. **Palavra para nascer**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999.

MONTENBERG, Ana Rosa. (Org.) **Transgeracionalidade, de escravo a senhor: Um destino entre gerações**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.

WILHEIM, Joana. **O que é psicologia pré-natal**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

WINNICOTT, Donald. **O brincar e a realidade**. Rio de Janeiro: Imago, 1971.

ANEXOS

Termo de consentimento livre e esclarecido de participação no estudo

A ultra-sonografia como intervenção precoce

Responsável:

Simone Wenkert Rothstein - Psicóloga

CRP 16993-5

Eu, _____,
_____ anos, RG nº _____, residente à

fui informada pela psicóloga Simone Wenkert Rothstein, CRP 16993-5, sobre a realização de uma pesquisa qualitativa a respeito do aproveitamento do exame de ultra-som como intervenção precoce da qual poderei participar se assim desejar. A pesquisa está sendo realizada na Maternidade Escola. Seu objetivo é analisar a relação médico-paciente durante o exame de ultra-som e seu impacto sobre o processo de parentalização.

Caso haja o desejo em participar da pesquisa, esta será realizada em uma única observação de exame de ultra-som seguida de uma breve entrevista sobre algumas questões a respeito do tema acima citado, em sala anexa ou no corredor.

Esse estudo tem como objetivo ser mais um instrumento na busca pela humanização do atendimento médico nesse complexo momento que é o da gravidez. Pretende fornecer aos profissionais da área de saúde, interessados no tema, novos subsídios e reflexões acerca da complexa rede que engloba o indivíduo e a sociedade, mantendo sempre como foco principal as vivências das mulheres nesse momento ímpar de suas vidas.

Qualquer dúvida com relação ao estudo ou quanto a sua participação deverá ser esclarecida, quando necessário for, no telefone abaixo com a psicóloga responsável.

Se por qualquer motivo ou a qualquer momento você decidir deixar de participar da pesquisa, isso poderá ocorrer sem prejuízo posterior, constrangimento ou explicações de sua parte.

O sigilo e o caráter confidencial das informações será mantido, zelando pela sua privacidade e garantindo que sua identificação, bem como a de qualquer pessoa citada durante a entrevista, possam ser expostas posteriormente. Sendo assim, no resultado desse estudo ou futuras publicações, nomes verdadeiros serão substituídos por identidades fictícias bem como qualquer outra informação que possa prejudicar o caráter confidencial acordado.

Telefone para contato:

- XXXX-XXXX – Simone Wenkert Rothstein - Psicóloga

Data: ____/____/____.

_____ (Assinatura da participante do estudo)

_____ (Assinatura do responsável pela pesquisa)

Roteiro da observação

Do médico

O médico busca que a paciente esteja confortável?

Oferece alguma condição de "privacidade"?

Ele fala com ela? Pergunta seu nome? Pergunta sobre a gravidez?

Explica algo sobre o exame?

Tenta descrever o feto para que a mãe possa compreender as imagens, "conhecendo" seu bebê?

Da mãe

Vem acompanhada?

Faz perguntas?

Como é a expressão do seu rosto? Alguma alteração importante?

Fala de algum detalhe, desejo, fantasia ou preocupação?

Questionário para as gestantes

Idade:

Tempo de gestação:

Outras gestações:

- Como você se sentiu durante o exame?

- Você ficou à vontade para fazer perguntas pro médico? O que você achou da postura do médico durante o exame, do jeito dele com você?

- Você tem dúvidas ou preocupações em relação à gravidez, ao bebê...?

- Você acha que o médico te ajudou a visualizar seu bebê?

- Você perguntou sobre o bebê? Como ele é, como vai ser? E o nome?

- Você quis saber o sexo? Você perguntou ao médico, ou ele informou por vontade própria?

Questionário para os médicos

- O que o motivou a escolher esta especialidade?

- Há quanto tempo você trabalha como ecografista? Algo na sua conduta mudou ao longo dos anos? O quê?

- Você se lembra de alguma situação em que um comentário seu tenha interferido na reação da paciente, positiva ou negativamente?

- O que você acha mais difícil neste trabalho?

- E o que acha mais interessante, estimulante?

- Você acha importante a presença do pai do bebê ou de um acompanhante?
Por quê?