

UNIVERSIDADE PRESBITERIANA MACKENZIE

ANA MARIA VILAR SUASSUNA

**A INFLUÊNCIA DO DIAGNÓSTICO PRÉ-NATAL NA
FORMAÇÃO DE POSSÍVEIS PSICOPATOLOGIAS DO
LAÇO PAIS-BEBÊ**

São Paulo

2008

ANA MARIA VILAR SUASSUNA

**A INFLUÊNCIA DO DIAGNÓSTICO PRÉ-NATAL NA
FORMAÇÃO DE POSSÍVEIS PSICOPATOLOGIAS DO
LAÇO PAIS-BEBÊ**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento da Universidade Presbiteriana Mackenzie, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Distúrbios do Desenvolvimento

Orientador: Prof. Dr. Geraldo A. Fiamenghi Jr.

São Paulo

2008

ANA MARIA VILAR SUASSUNA

**A INFLUÊNCIA DO DIAGNÓSTICO PRÉ-NATAL NA FORMAÇÃO DE POSSÍVEIS
PSICOPATOLOGIAS PAIS-BEBÊ**

Dissertação apresentada à Universidade
Presbiteriana Mackenzie como requisito parcial
para a obtenção do título de Mestre em Distúrbios
do Desenvolvimento

Aprovado em

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Geraldo Antônio Fiamenghi Júnior – Orientador
Universidade Presbiteriana Mackenzie

Prof^a. Dr^a. Sueli Galego de Carvalho
Universidade Presbiteriana Mackenzie

Prof^a. Dr^a. Maria Helena Melhado Stroili
Pontifícia Universidade Católica de Campinas

*Aos meus filhos Leonardo, Sílvia e Helena
Pelo exercício diário árduo, mas não menos doce,
Da maternidade...*

Agradecimentos

Aos meus filhos, Leonardo, Sílvia e Helena, pela compreensão da necessidade das trocas das brincadeiras pelas horas dedicadas à realização deste trabalho.

Aos meus pais, José e Jacyra, por herdar deles o gosto e o prazer da leitura e dos estudos.

A Luciano, companheiro e cúmplice, pela paciência de me “esperar” nesses dois anos dedicados à conclusão deste trabalho.

À Prof^a. Ana Rita Dantas Suassuna, minha sogra e amiga, pelo incentivo e apoio emocional durante este trajeto.

Ao Prof. Dr. Geraldo Antônio Fiamenghi Jr., meu querido orientador, por sua tranquilidade, seu constante acompanhamento e incentivo e por sua competência e brilhantismo ao fazer-me concluir esta empreitada.

À Prof^a. Dr^a. Sueli Galego de Carvalho, por sua delicadeza e generosidade, suas colocações oportunas durante o processo de qualificação e por seu interesse demonstrado à realização deste trabalho.

À Prof^a. Dr^a. Maria Helena Melhado Stroili, por sua disponibilidade, experiência, interesse demonstrado pelo tema e contribuições importantes trazidas durante o processo de qualificação.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento da Universidade Presbiteriana Mackenzie, por compartilharem conosco seus conhecimentos.

Ao Mackpesquisa, pelo apoio técnico, sem o qual não seria possível finalizar este trabalho.

A prece da mulher grávida

“Eu me joga a vossos pés para vos pedir humildemente de me preservar durante a minha gravidez de todos os acidentes que poderiam me ferir. Conduzes à maturidade o fruto que vós criastes até esta hora, e não permitais que o meu ventre sirva de tumba para o meu filho, que deverá encontrar a vida. Enquanto eu o portar, faz-me fazer um bom uso de todos os incômodos que me chegarão, e tornai-me atenta a me conservar, não por delicadeza, mas para obedecer à ordem que vós estabelecesteis e para fazer receber o santo batismo ao meu fruto. No meu parto, fortifiqueis meu coração para suportar as dores que o acompanharão, e que eu as aceite como efeitos de vossa justiça sobre o nosso sexo, para o pecado da primeira mulher (...) Se a vossa vontade é que eu morra em meu parto, eu a adoro, eu a benzo e eu me conformo. Somente eu vos peço a vida para o meu fruto, a fim de que ele receba o Sacramento sem o qual ele não pode ver vosso rosto.”

(Abade Godeau – 1646)

SUASSUNA, AMV. (2008). *A influência do diagnóstico pré-natal na formação de possíveis psicopatologias do laço pais-bebê*. Dissertação de Mestrado em Distúrbios do Desenvolvimento. U. Presbiteriana Mackenzie. 124p.

Resumo

Com o desenvolvimento tecnológico das últimas décadas, notadamente, com a introdução do uso do ultra-som nos exames pré-natais, sabe-se hoje que o feto possui várias competências. O desenvolvimento do diagnóstico pré-natal permitiu detectar numerosas anomalias no decorrer da gravidez e também de acompanhar as gestações que apresentam um risco particular. Os progressos da medicina, do diagnóstico e dos tratamentos pré-natais

participaram do advento do feto como sujeito e deram um novo sentido ao conceito de maternidade. As ligações psíquicas entre a mãe e seu feto dependem diretamente do vivido real da mulher durante sua gravidez, de sua história e das transformações físicas e psíquicas induzidas por este novo estado. Seu amor por essa criança ainda não nascida, ou sua rejeição ou ainda a ambivalência, determinam a profundidade, a amplitude e a capacidade emocional desta. Entretanto, as técnicas atuais, que permitem conhecer o feto mais cedo e de entrar em relação com ele, podem favorecer o processo de parentalização, mas igualmente engendrar os efeitos desorganizadores para o psiquismo dos futuros pai e mãe. Quando o feto apresenta uma patologia, as turbulências psíquicas encontradas habitualmente durante a gravidez são aumentadas e afetam principalmente os registros do narcisismo e das relações precoces pais-bebê. A deficiência do filho coloca a família frente a uma série de emoções de luto pela perda da criança saudável que esperava. Os pais são confrontados com o trabalho psíquico de aceitar que a criança fantasmática e imaginária foi substituída por esta criança real. Este trabalho tem o intuito de promover uma reflexão acerca da influência do diagnóstico pré-natal na formação de possíveis psicopatologias no laço pais-bebê, bem como o papel do profissional de saúde mental, enfocando, sobretudo, o lugar do psicanalista que atua favorecendo a tessitura das ligações dos futuros pais, seus bebês com problemas e as equipes.

PALAVRAS-CHAVE: BEBÊ, DIAGNÓSTICO PRÉ-NATAL, PSICOPATOLOGIA,
PSICANÁLISE

SUASSUNA, AMV. (2008). *A influência do diagnóstico pré-natal na formação de possíveis psicopatologias do laço pais-bebê*. Dissertação de Mestrado em Distúrbios do Desenvolvimento. U. Presbiteriana Mackenzie. 124p.

ABSTRACT

With the technological development in the last decades, notably with the introduction of the use of ultrasound in pre-natal examinations, it is known today that the fetus has multiple skills. The development of prenatal diagnosis allowed the detection of numerous disabilities during pregnancy and also to monitor the pregnancies that may offer a particular risk. The progress of medicine, diagnosis and treatment of prenatal participated in the advent of the fetus as a subject and have given a new meaning to the concept of motherhood. The psychic connections between the mother and her fetus directly depend on the real lived by the woman during pregnancy, history and the physical and mental transformations induced by this new status. Her love or rejection or the ambivalence for the unborn child determines her depth, breadth and emotional capacity. Meanwhile, the current techniques, which allow knowing the fetus earlier and coming into relationship with him, can encourage the process of parentalization, but also generate the disorganizing effects for the psyche of the future father and mother. When the fetus presents a condition, the mental turmoil usually found during pregnancy is increased and affect mainly the records of narcissism and early parent-child relationships. The disabled son of the family puts forward a series of emotions of mourning for the loss of the healthy child that expected. Parents are faced with psychic labor of accepting that the fantasmatic and imaginary child was replaced by the real child. This work has the purpose of promoting a discussion about the influence of prenatal diagnosis in the formation of possible psychopathologies in parent-child bond as well as the role of the mental health professional, focusing, in particular, the place of the psychoanalyst who work towards favoring the tessiture of the links of the future parents, their problem babies and the teams.

KEYWORDS: BABY, PRENATAL DIAGNOSIS, PSYCHOPATHOLOGY,
PSYCHOANALYSIS

SUMÁRIO

	Apresentação e Justificativa	10
	Objetivo Geral	17
	Objetivos Específicos	17
	Método	18
	<u>CAPÍTULO 1</u>	19
1	O DIAGNÓSTICO PRÉ-NATAL	19
1.1	O DIAGNÓSTICO PRÉ-NATAL INVASIVO	21
1.2	O DIAGNÓSTICO PRÉ-NATAL NÃO-INVASIVO	30
1.2.1	<i>HISTÓRICO E TÉCNICA</i>	30
1.2.2	<i>A ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICA</i>	32
	<u>CAPÍTULO 2</u>	48
2	OS BEBÊS DO IMAGINÁRIO PARENTAL	48
2.1	<i>A GRAVIDEZ</i>	50
2.2	<i>O BEBÊ IMAGINÁRIO</i>	58
2.3	<i>O BEBÊ FANTASMÁTICO</i>	61
2.4	<i>O BEBÊ REAL</i>	63
	<u>CAPÍTULO 3</u>	65
3	O BEBÊ, O DIAGNÓSTICO PRÉ-NATAL E A PARENTALIDADE	65
3.1	<i>O BEBÊ, O ULTRA-SOM E OS PAIS</i>	68
3.2	<i>O BEBÊ “IMPERFEITO”, O DIAGNÓSTICO PRÉ-NATAL E OS PAIS</i>	74
3.3	<i>AS REPERCUSSÕES EMOCIONAIS DOS PAIS NOS PAIS FRENTE AO DIAGNÓSTICO PRÉ-NATAL</i>	80
	<u>CAPÍTULO 4</u>	86
4	A PSICOPATOLOGIA DO LAÇO PAIS-BEBÊ	86
4.1	<i>ASPECTOS CONCEITUAIS ACERCA DO VÍNCULO</i>	88
4.2	<i>A PSICOPATOLOGIA DA GRAVIDEZ – O LAÇO EM PERIGO</i>	90
4.3	<i>O BEBÊ “DOENTE” E OS PAIS</i>	95
4.4	<i>A PRODUÇÃO DO SINTOMA</i>	97
	<u>CAPÍTULO 5</u>	100
5	MEDICINA FETAL E PSICANÁLISE: UM ENCONTRO POSSÍVEL	100
6	Considerações Finais	107
7	Referências	116

Apresentação e Justificativa

“Há muito mais continuidade entre a vida intra-uterina e a primeira infância do que a impressionante cesura do ato do nascimento nos permite saber.”

(Sigmund Freud)

Desde 1999, interessei-me e venho pesquisando tudo o que diz respeito ao feto, seu psiquismo e as relações que se estabelecem em torno dele, sendo que, principalmente, as relações parentais, merecem a minha atenção mais apurada.

Com o desenvolvimento tecnológico das últimas décadas, o avanço da Medicina e várias pesquisas sendo realizadas na área, sabemos hoje que o feto não vive tão-somente mergulhado num mundo escuro, sem sons ou que não interage com sua mãe.

Hoje temos conhecimento também, com a introdução do uso do ultra-som nos exames pré-natais, o aprimoramento do microscópio eletrônico e da fotografia intra-uterina, que o feto possui várias competências.

O feto pode perceber luz e som, é capaz de engolir, ter paladar, escolher uma posição predileta, registrar sensações e mensagens sensoriais. Ele dorme, sonha, acorda, boceja, esfrega os olhos, espreguiça-se, faz caretas, pisca, dá ‘passos’, reconhece a voz de sua mãe, brinca com o seu cordão umbilical e com a sua placenta, chupa o dedo e o dedão do pé, reage com irritação quando se sente molestado e apresenta rudimentos de aprendizado (WILHEIM, 1997). O feto também possui vida emocional: “É um ser que sente, tem

emoções, experimenta prazer e desprazer, dor, tristeza, angústia ou bem-estar; que é capaz de relacionar-se com sua mãe, captando seus estados emocionais e sua relação afetiva com ele” (WILHEIM, 1997, p. 18).

Como salienta Souza-Dias (1996, p. 41),

com a evolução do pensamento humano, a visão geral sobre o feto como criatura passiva, dependente, que vive em estado nirvânico, como um vegetal, e o útero como lugar silencioso, sereno e totalmente isolado, foi sendo modificado.

É inegável a importância dos avanços tecnológicos nessas últimas décadas que permitiram a mudança da concepção que se tinha sobre o feto. Essas mudanças trouxeram transformações significativas na relação mãe-bebê.

Para Fontanges-Darriet (1997), o momento ecográfico pertence a este vasto movimento do tempo da gravidez onde se elabora de maneira complexa este bebê ‘imaginário’ prévio ao bebê recém-nascido. As palavras, as imagens, vão ser tomadas por sua conta pelos pacientes e integradas no processo de representação mental de seu futuro bebê. Salienta esta autora que a ecografia antenatal está agora bem integrada como um meio de sobrevivência da gravidez. Pode-se falar, quando o feto vai bem, de uma *função de antecipação* do bebê a vir. Entretanto, o anúncio de uma provável anomalia fetal após um exame ecográfico, por exemplo, requereria uma grande habilidade para se lidar com o fato em face da complexidade da questão e o que ela é capaz de evocar (narcisismo parental, rejeição, angústia, dor, etc.). Para a autora, muitas vezes, não se insiste tanto sobre o valor pedagógico da ecografia que serve de passarela entre uma subjetividade de uma gravidade (anomalia, deficiência, etc.), quando ela existe na gravidez, por exemplo, e suas explicações posteriores.

Para Mazet e Stoleru (1990), a vida *imaginária* e *fantasmática* da mãe, durante a gravidez, representa uma base essencial das relações ulteriores que ela terá com a criança, até mesmo quando a presença real desta (o bebê real) tem sobre o imaginário parental, materno, principalmente, um impacto considerável e, às vezes, imprevisível. Entendem eles que tudo isto está evidentemente ligado à sua própria vida afetiva, às suas relações com o pai do bebê, mas também muito mais profundamente, à sua história e às suas relações com suas imagens parentais.

Em todas as etapas da vida se impõem, ao sujeito, a questão da herança genealógica (como gerenciá-la) e sua pertinência a uma filiação. O espaço por excelência da filiação é o grupo familiar onde se articulam diversos mecanismos de identificação, lugar de circulação da transmissão psíquica (CORREA, 2000).

As identificações constituem o processo pelo qual, em função de um vínculo libidinal, o sujeito introduz o outro em si mesmo, ou introduz algo de si mesmo dentro de um outro. A identificação é um processo pelo qual um sujeito introjeta uma informação que concerne a um outro e se transforma totalmente ou parcialmente em função desta informação. Ela designa igualmente um processo pelo qual um sujeito identifica um outro segundo uma informação que concerne a ele mesmo (BLASSEL, 2003).

Segundo Laplanche e Pontalis (2001, p. 226), identificação é

um processo psicológico pelo qual um sujeito assimila um aspecto, uma propriedade, um atributo do outro e se transforma, total ou parcialmente, segundo o modelo desse outro. A personalidade constitui-se e diferencia-se por uma série de identificações.

Existem vários tipos de identificação e a identificação narcísica enquadra-se bem no tema que está sendo tratado. Esse tipo de identificação repousa sobre um cenário de dois protagonistas, o sujeito e o objeto. O sujeito se identifica ao objeto que ele amou. O sujeito se

apropriada de uma parte da identidade do pai / mãe que amava a criança que ele foi. Não se trata somente de se amar a si mesmo, mas de se identificar ao outro que ama o sujeito (BLASSEL, 2003). Classicamente quer dizer que um sujeito adulto investe em um outro como o seu duplo se identificando ao pai/mãe que ele amou como criança. A transmissão opera aqui por identificação ao objeto que ama o sujeito. O sujeito transmite as modalidades de investimento duais de que ele foi objeto.

Assim, a criança é capaz de assimilar conscientemente e inconscientemente os cenários familiares como uma só e única realidade. As ‘boas’ identificações nos tornam felizes. É claro que é mais fácil a de ser um bebê desejado independentemente de seu sexo. Quando nossa família nos dá imagens positivas de nós mesmos, nós temos confiança em nós, nós ousamos viver, amar, empreender. As ‘más’ identificações geram tensões interiores. Nós queremos ser amados a qualquer preço, às vezes traindo a nós mesmos. Nós estamos em desacordo com o que nossa família projeta sobre nós e o que ela nos demanda ser (RIALLAND, 1994).

Segundo Verny (1993), a idéia que a mãe tem de seu bebê – os pensamentos e sentimentos a seu respeito – determinará a imagem que este formará pouco a pouco de si. A idéia que uma mãe faz da criança que carrega dentro de si é de suma importância; seus pensamentos, seu amor por essa criança ainda não nascida, ou sua rejeição ou ainda a ambivalência, determinam sua profundidade, a amplitude e a capacidade emocional desta.

Para que um embrião, um feto, um bebê, se torne o filho de seus pais, é preciso que ele tenha sido pensado e desejado por eles (MARINOPOULOS, 1999), pois o desejo de ter um filho é uma coisa, o projeto de ser pai é outra bem diferente, mas que também preexiste à concepção do filho. O projeto de ser pai implica a forma como cada um se vê como futuro pai, como futura mãe (STEWART; SZEJER, 1997).

Para Ciccone (1999), toda criança é herdeira de uma história. E toda criança é sempre portadora de uma missão no olhar da história de seus pais. Os pais vêem seu desejo de criança tomado em uma rede de comprometimentos fantasmáticos, ligados a sua própria história e à história de seu reencontro com seu parceiro no casal. Para ele, a missão de toda criança é de assegurar uma ilusão de continuidade, de continuidade narcísica. O contrato narcísico é uma formação inconsciente que liga a criança aos seus pais, às gerações anteriores e, mais particularmente, ao conjunto do grupo social.

O diagnóstico pré-natal pode acabar, então, por desempenhar dois papéis: o de vilão e o de herói. É herói quando, através dele, podemos detectar problemas precoces tanto no feto, quanto na mãe e intervir ainda intra-útero, fazendo-lhes, por assim dizer, um reparo narcísico parcial. O laço inicial pode sofrer um abalo, porém tem todas as chances de seguir positivamente adiante se o desenvolvimento psíquico e orgânico da criança retoma um caminho antes ‘esperado’ pelos pais.

Afinal, os pais esperam um bebê em função do que eles conheceram, ou seja, em função de sua própria história familiar (RIALLAND, 1994).

Um filho é sempre prolongamento do nosso narcisismo. Almejamos o que é ‘perfeito’. A criança é símbolo de esperança, de vida e, é também, a depositária da história e da herança familiar. Mas esta criança pode concretizar muitas vezes a angústia, o medo; ela se torna não mais um ser desejado, mas alguém que não se pode ou não se quer assumir (POILPOT, 1999).

No ano de 2005, fui convidada a participar das reuniões clínicas do Serviço de Medicina Fetal da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo.

Coincidentemente, engravidei no mesmo período, tendo eu mesma realizado o diagnóstico pré-natal com procedimento invasivo: a Biópsia de Vilo Corial, como uma forma

peçoal de lidar com o meu próprio bebê a vir e os bebês, sempre com problemas, os quais visualizava cotidianamente através do ultra-som nesses encontros no hospital.

Deparei-me, então, com questões antes não percebidas: o desinvestimento ou o superinvestimento dos pais em relação a seus filhos diagnosticados com anomalias, a angústia de alguns residentes por terem que ser portadores da ‘má’ notícia, o descaso de alguns profissionais em relação ao feto, encarando-o como um ser desprovido de ‘sentimentos’, sensações e pertencente a alguma história familiar.

Como dizer a esses pais que seu filho não é ‘perfeito’, que seu bebê real não se parece com o bebê imaginado e que ele não lhes dará a continuidade narcísica desejada? A ferida narcísica pode ser tão profunda a ponto de fazer esses pais desinvestirem de seus bebês antes do nascimento. Muitas famílias se desestruturam, pais negam até o fim que seus filhos possuam algum problema e que não chegarão no termo, mães abandonam seus filhos na maternidade, recusam-se a amamentar seus filhos, pois acreditam que eles não são capazes de sugar. Há pais que se conformam com a situação e levam seus filhos pra casa, pois, afinal, foi ‘Deus quem quis assim’. Dão-lhes somente um lugar físico, mas não abrem um espaço psíquico para o bebê-sujeito advir. Todos, muitas vezes, sem nenhum acompanhamento psicológico durante a gravidez, ou ao final dela. E no caso da Santa Casa, não há serviço específico de apoio psicológico a esses pais, somente o serviço de aconselhamento genético com seus prognósticos positivos ou negativos.

O diagnóstico pré-natal tanto pode devolver uma parte do que foi perdido, como também pode produzir um impacto emocional negativo fulminante na vida dos pais e do feto que pode, assim, correr o risco de deixar de vir a ser sujeito. Pode-se então dizer que os avanços tecnológicos das últimas décadas, o advento do ultra-som, permitiram conhecer o feto mais cedo, de entrar em relação com ele favorecendo o processo de parentalização. Eles participaram também do fato de o feto poder ascender como sujeito. Entretanto, essas novas

técnicas suscitaram dilemas que não existiam até trinta anos atrás como: saber o sexo do bebê, conhecer antes do nascimento uma malformação ou uma anomalia cromossômica, etc. O progresso acabou por engendrar, paradoxalmente, efeitos negativos, muitas vezes, de desorganizações no psiquismo dos futuros pais, podendo abalar de forma importante e nefasta o vínculo desses pais com seus bebês.

A presença de um psicólogo ou de um psicanalista na sala de ultra-som ou de aconselhamento, no momento da notícia de alguma anomalia, permitiria a participação desses profissionais no início do processo, a observação do comportamento e emoções desses pais, permitindo, posteriormente, um espaço de acolhimento do choque e acompanhamento da elaboração. Todavia, esta postura ainda encontra resistência em uma parcela da comunidade médica que entende que a presença *daqueles* é invasiva. Ora, a presença deles não deve ser constrangedora para ambos (médico e psicólogo/psicanalista) e, sim, tranquilizadora. Cada qual pode desempenhar o seu papel sem que, no entanto, um interfira na esfera do outro. E quem se beneficiaria desse trabalho interdisciplinar, dessa interface Medicina-Psicologia/Psicanálise seriam, principalmente, os pais e seus bebês.

Objetivo Geral

- Promover uma reflexão acerca da influência do diagnóstico pré-natal na formação de possíveis psicopatologias no laço pais-bebê.

Objetivos Específicos

- Analisar a situação dos pais e do profissional de saúde no momento da notícia do diagnóstico.
- Discutir a relevância do tratamento psicoterapêutico no atendimento de psicopatologia do laço pais-bebê, especialmente no serviço de medicina fetal.

Método

A coleta de informações foi realizada através de levantamento material documental, isto é, os livros e artigos de autores de língua portuguesa e francesa. A psicanálise foi usada como referência teórica no exame desse material.

No capítulo 1 foram identificados os vários tipos existentes de diagnóstico pré-natal e também abordados os aspectos históricos e técnicos dos mesmos.

No capítulo 2 foram apresentados os vários bebês que habitam o imaginário parental, notadamente, no período gestacional.

No capítulo 3 enfocou-se primordialmente o diagnóstico pré-natal e o seu impacto no imaginário parental, principalmente quando da detecção de alguma anomalia durante a gravidez e este bebê real torna-se diferente do bebê imaginado.

No capítulo 4 foram abordados os aspectos conceituais acerca do vínculo, a produção de sintomas nas psicopatologias do laço pais-bebê, relacionando-os com o diagnóstico pré-natal e suas repercussões emocionais para a tríade.

No quinto e último capítulo foram organizadas algumas considerações acerca das possíveis e importantes contribuições que a psicanálise pode trazer nas intervenções psicoterapêuticas em medicina fetal.

Capítulo 1

‘O que é, exatamente por ser tal como é, não vai ficar tal como está’.

(Brecht)

O Diagnóstico Pré-Natal

1. O Diagnóstico Pré-Natal

A partir dos anos 70, o desenvolvimento de técnicas, como o cariótipo e ensaios enzimáticos em células fetais, a determinação de metabólitos no líquido amniótico e a ultrassonografia propiciaram o diagnóstico pré-natal (DPN) de desordens genéticas (SANSEVERINO et al, 2006).

Segundo Magalhães e Magalhães (2006), com o desenvolvimento tecnológico na avaliação pré-natal e com a ultrassonografia e a genética aliadas, foi possível assim o diagnóstico de um grande número de patologias congênitas e anomalias do desenvolvimento, levando a uma melhora na capacidade terapêutica e, por conseguinte, a uma mudança no manejo obstétrico.

A investigação genética pré-natal permite a detecção, ainda no útero, de doenças que de outra forma somente seriam diagnosticadas após o nascimento. Contribui também para o esclarecimento etiológico de malformações fetais detectadas pelo ultra-som, durante a gestação (SANSEVERINO et al, 2006).

Essas variadas técnicas proporcionaram também o surgimento de uma nova especialidade dentro da medicina: a *medicina fetal*, sendo que há apenas 35 anos ela não existia.

Para Magalhães e Magalhães (2006), a medicina fetal tem como objetivo primordial dar suporte à prática obstétrica e à perinatologia.

Do ponto de vista físico, as intervenções intra-útero podem ser invasivas e não-invasivas, com finalidade diagnóstica, preventiva ou cirúrgico-terapêutica. Mas todas invadem o ambiente intra-uterino e interferem na relação mãe-feto. Segundo Caron (2000), vários exemplos ocorridos durante ecografia, amniocentese, punção vesical, punção pulmonar, cordocentese e seleção embrionária, comprovam tais interferências.

Originalmente, estes exames eram oferecidos apenas para mães com idade mais avançada (acima de 35 ou 37 anos, dependendo do país), devido ao risco sabidamente elevado de anomalias fetais nesta faixa etária. Com o passar do tempo e com o aumento da experiência com estes métodos invasivos em nível mundial, um maior número de gestantes passou a realizar este tipo de diagnóstico. Isto se deve também, sem dúvida, à tendência verificada nas últimas décadas de as famílias optarem por terem menos filhos e mais tarde. A mulher profissional adia a maternidade, devido à formação (graduação, pós-graduações, etc.) mais longa, e quer a garantia de filhos saudáveis (FONSECA et al, 2000).

Certamente não existe uma idade específica onde o risco de doenças genéticas aumente bruscamente. O que há é um aumento contínuo de acordo com a idade materna. Muitas gestantes, mesmo antes dos 35 anos desejam saber qual o seu risco de ter um bebê afetado por estas doenças. Para responder a estas dúvidas, foram criadas técnicas de rastreamento não invasivas que sinalizam, mesmo entre as mulheres mais jovens, quais as que têm risco aumentado e que potencialmente se beneficiariam do diagnóstico pré-natal com técnicas invasivas. A importância da detecção das alterações cromossômicas neste grupo de

mulheres fica clara quando lembramos que, apesar de haver uma incidência menor em termos individuais, respondem por aproximadamente 70% do total dos casos, uma vez que é nesta idade que ocorre a maior parte das gestações (FONSECA et al, 2000).

1.1. O Diagnóstico Pré-Natal Invasivo

Para Sanseverino et al (2006) existem alguns procedimentos chamados *invasivos* para diagnóstico pré-natal.

A coleta direta de material fetal para análise em laboratório permite a realização de diversos exames, como cariótipo para doenças cromossômicas, ensaios enzimáticos para erros inatos do metabolismo (EIM) e análise molecular de diversas doenças gênicas (SANSEVERINO et al, 2006).

Os principais procedimentos invasivos são: *a biópsia de vilos coriais (BVC)*, *a amniocentese* e *a cordocentese*.

A biópsia de vilos coriais (BVC) é um método de diagnóstico genético pré-natal que pode ser realizado com segurança no primeiro trimestre da gestação. Os vilos coriais correspondem ao tecido que se transformará na placenta e têm a mesma composição genética que o feto. As primeiras descrições desta técnica são de 1968 na Escandinávia. A chave para o sucesso da BVC foi o progresso dos equipamentos de ultra-som (FONSECA et al, 2000). Segundo Magalhães e Magalhães (2006), a BVC começou a ser empregada sob visão ultrassonográfica a partir da década de 80.

Esse procedimento consiste na obtenção de uma amostra de tecido trofoblástico para análise genética, considerando-se a mesma origem embriológica de formação fetal e

placentária (as vilosidades coriônicas originam-se do trofoblasto extra-embrionário). A via de acesso escolhida para a obtenção do fragmento placentário pode ser transabdominal.

Para a realização da BVC usa-se uma agulha fina com guia obturadora que é inserida no abdômen materno orientada por ultra-som. A seguir, retira-se a guia e acopla-se uma seringa na qual é aplicada pressão negativa e realizam-se movimentos repetidos para trás e para frente, coletando o material. Na BVC, o material coletado pode ser analisado diretamente ou após cultivo, podendo ser utilizado para estudo citogenético, ensaio enzimático ou análise molecular (FONSECA et al, 2000).

A BVC apresenta como grande vantagem o tempo de realização: por volta de 11 semanas de idade gestacional. Para Fonseca et al. (2000), o período ideal para a realização da BVC é entre 10 e 14 semanas. Segundo Magalhães e Magalhães (2006), também evita a ansiedade adicional de esperar pela época adequada da amniocentese (15 a 16 semanas, mais 2 semanas para o resultado, chegando o mesmo com cerca de 17 a 18 semanas de curso de gravidez).

No primeiro trimestre gestacional, a biópsia de vilos coriais é o procedimento diagnóstico invasivo mais seguro. É um exame que pode ser também realizado na gestação múltipla; porém, em cerca de 5% dos casos, não se pode ter certeza de que o material coletado corresponde a ambas as placentas, nas gestações em que as placentas se localizarem no mesmo lado do útero (MAGALHÃES; MAGALHÃES, 2006).

A BVC tem as mesmas indicações que a amniocentese. A vantagem da BVC é que o resultado pode ser obtido em 5 a 8 dias após o procedimento. É importante também observar que a BVC tem seu período de indicação superponível àquele da realização da translucência nugal, permitindo uma resposta rápida para os casos em que este teste de rastreamento indica um risco muito elevado de doença fetal. Além disso, determinadas doenças metabólicas só

podem ser diagnosticadas quando a análise enzimática é feita neste tipo de células (FONSECA et al, 2000).

Segundo esses autores, a segurança da BVC já foi bastante discutida no passado recente. A maioria dos centros tem taxas de perda fetal relacionadas ao procedimento em torno de 1%. O aparente maior risco da BVC quando comparada a amniocentese é devido à diferença na idade gestacional na qual é realizado o procedimento, uma vez que ocorrem mais perdas espontâneas em uma fase mais inicial da gravidez. Deve-se evitar o procedimento antes das 9 semanas de gestação devido à possibilidade de ocorrer defeitos de encurtamento de membros fetais nesta fase.

A *amniocentese* consiste na obtenção de líquido amniótico através de punção do abdômen materno com agulha fina guiada por ultra-som (FONSECA et al, 2000). Na amniocentese, a coleta de líquido amniótico (LA) por punção via abdominal é elemento-chave no diagnóstico genético-fetal (MAGALHÃES; MAGALHÃES, 2006). O material utilizado para análise são as células fetais flutuantes no líquido, e algumas análises podem ser realizadas no sobrenadante (SANSEVERINO et al, 2006). A amniocentese é empregada desde o século XIX para tratamento de poliidrânio (aumento do volume de LA), injeções intra-amnióticas e determinação de bilirrubinas. A amniocentese foi utilizada pela primeira vez com a finalidade de diagnóstico genético na década de 1960 (FONSECA et al, 2000).

Atualmente, é utilizada com sucesso no campo da citogenética para a determinação do cariótipo fetal em cultura de células de líquido amniótico (MAGALHÃES; MAGALHÃES, 2006). Segundo os mesmos autores, a punção da cavidade amniótica deve ser precedida por uma ultrassonografia que avalie a vitalidade fetal, a idade gestacional, o número de fetos, a localização da placenta, a quantidade de LA e a presença de anormalidades que possam afetar o procedimento (miomas uterinos, malformações fetais, etc.).

O período da gestação mais adequado para a coleta do LA e para a análise de células situa-se entre 15/16 e 18 semanas. É a chamada amniocentese precoce (MAGALHÃES; MAGALHÃES, 2006).

Segundo Fonseca et al. (2000), neste período o útero é facilmente acessível através do abdômen materno e existe uma quantidade suficiente de líquido amniótico para permitir a retirada de 20 a 30 ml para a realização dos exames. A amniocentese, para eles, é o procedimento diagnóstico e terapêutico mais largamente empregado dentro da medicina fetal com fins de análise citogenética (estudo do cariótipo fetal), diagnóstico molecular por separação do DNA (doenças gênicas com sondas conhecidas, paternidade e infecção pré-natal) e ensaio bioquímico (dosagem ou pesquisa de enzimas específicas como nos erros inatos do metabolismo). O líquido é enviado para o laboratório de citogenética onde as células de origem fetal são cultivadas e posteriormente analisadas quanto a sua composição cromossômica. O resultado em geral é obtido entre 2 e 3 semanas após o procedimento (FONSECA et al, 2000).

Segundo Magalhães e Magalhães (2006), as indicações para estudo citogenético através da amniocentese são: idade materna acima de 35/37 anos; história familiar ou antecedente de criança com anormalidade cromossômica; história familiar ou antecedente fetal de defeito do tubo neural; antecedente de criança com anomalias congênitas; anormalidade fetal (anatômica) diagnosticada pela ultrassonografia; ansiedade materna.

A amniocentese possibilita ainda, em alguns casos especiais, a obtenção de material para análise de doenças infecciosas (PCR), metabólicas (ensaios enzimáticos) ou gênicas (estudo molecular do DNA fetal). O estudo de DNA fetal pode ser utilizado também para a determinação da paternidade antes do nascimento (FONSECA et al, 2000).

A segurança da amniocentese foi garantida através de grandes estudos colaborativos, realizados nos Estados Unidos, Canadá, Reino Unido e Dinamarca. Todos concluíram que a

amniocentese para diagnóstico genético é um procedimento que não impõe um aumento significativo no risco para a evolução da gravidez. Considerando-se os dados existentes, atribui-se um risco adicional de 0,5 a 1,0% de abortamento nas gestações nas quais é realizada a amniocentese para estudo genético (FONSECA et al, 2000).

No caso de gestações gemelares, para Magalhães e Magalhães (2006), a obtenção do cariótipo fetal requer testes invasivos, como a amniocentese ou a biópsia de vilos coriais (BVC). Na gestação única, a taxa de perda fetal pelo procedimento deve ser somada ao risco basal, que é de 2%. Esse risco de perda – inerente a qualquer gestação – deve ser considerado maior em razão de a gestação gemelar ser acompanhada de um aumento no número de abortos espontâneos ou de partos pré-termo e por suas conseqüências desfavoráveis. A amniocentese pode ser realizada a partir de 15 a 16 semanas de idade gestacional. Deve-se considerar para a escolha do método apropriado a possibilidade de se obter o resultado para ambos os fetos, o treinamento e a experiência com a técnica escolhida, e o risco de perda fetal ligado ao procedimento invasivo (MAGALHÃES; MAGALHÃES, 2006).

A *cordocentese* é a punção do vaso umbilical, e é utilizada quando a idade gestacional é avançada demais para a realização de amniocentese, na ausência de líquido amniótico ou para esclarecimento diagnóstico mais rápido (SANSEVERINO et al, 2006).

Segundo Magalhães e Magalhães (2006), foram Daffos, Capella-Pavlovky e Forestier, em 1983, que descreveram pela primeira vez a obtenção de sangue fetal por punção transabdominal guiada pelo ultra-som, diretamente do cordão umbilical. Emprega-se tal procedimento para o diagnóstico ou terapêutica fetal. Pode ser realizada a partir de 18 semanas de gestação e apresenta um risco de perda fetal em torno de 0,5 a 1,9%. O procedimento é realizado ambulatorialmente e deve ser precedido de uma cuidadosa revisão da anatomia fetal e de seus anexos. Utiliza-se uma agulha fina e longa que é inserida no

abdômen materno e direcionada ao local da punção com auxílio do ultra-som. Uma amostra de 3 a 4 ml de sangue é suficiente para a maioria dos exames e esta quantidade pode ser retirada com segurança nesta idade gestacional (FONSECA et al, 2000). Apresenta a vantagem da rápida obtenção do cariótipo, em poucos dias (MAGALHÃES; MAGALHÃES, 2006), ou seja, além da possibilidade de diagnóstico genético rápido, em até 24 horas, através do estudo do sangue fetal podemos diagnosticar uma série de outras patologias como as infecções e a doença hemolítica perinatal. A cordocentese pode também servir como via de acesso para transfusão de hemácias, infusão de drogas e talvez, em um futuro próximo, para a transferência de células com vistas à terapia gênica (FONSECA et al, 2000).

As complicações maternas incluem o risco de infecção e de sensibilização Rh se a gestante for Rh negativa. O risco de abortamento é de aproximadamente 1%. Outras complicações incluem a ruptura prematura das membranas ovulares, hemorragia e trombose do vaso do cordão umbilical (FONSECA et al, 2000).

Segundo Sanseverino et al (2006), as principais indicações para procedimentos invasivos no diagnóstico pré-natal são: idade materna avançada; história familiar de doença cromossômica; pais portadores de alterações cromossômicas; filho anterior polimalformado falecido sem diagnóstico; história familiar de erros inatos do metabolismo (EIM); história familiar de doenças gênicas que tenham testes moleculares definidos para DPN; TN aumentada; anomalia fetal na ultrassonografia; triagem sérica materna alterada; abortos/perdas fetais repetidas.

As anomalias cromossômicas são muito frequentes na espécie humana, sendo responsáveis por 50% dos abortamentos espontâneos, em torno de 6% dos casos de anomalias congênitas e por 5,6% a 11,5% das mortes perinatais (SANSEVERINO et al, 2006).

Para esses autores, portanto, o diagnóstico pré-natal para cromossomopatias tornou-se uma ferramenta fundamental para a detecção de síndromes cromossômicas, bem como para o aconselhamento genético de gestantes de risco.

A realização do diagnóstico genético pré-natal traz consigo uma série de vantagens e alguns riscos. Além disso, surgem com ele várias questões éticas e filosóficas, especialmente as relacionadas com a interrupção da gestação nos casos de fetos malformados ou acometidos por doenças de prognóstico reservado (FONSECA et al, 2000).

Segundo Sanseverino et al (2006), existem também várias técnicas moleculares para detecção de cromossomopatias. São elas:

a) FISH (Fluorescence in situ Hybridization)

Esta técnica é o produto da combinação da citogenética tradicional e da biologia molecular, que iniciou na década de 80 em alguns laboratórios selecionados do primeiro mundo, e teve grande aplicabilidade no diagnóstico clínico. Permite que seqüências de DNA sejam analisadas diretamente no núcleo ou no cromossomo através de sondas marcadas. A grande vantagem dessa técnica é que em 24 horas se pode ter o diagnóstico prévio de trissomias do 13, 18 e 21, bem como de anomalias de cromossomos sexuais, correspondendo a 90% das cromossomopatias.

b) Reação em cadeia da polimerase (PCR) de STRS (polymorphic small tandem repeats) para a detecção de cromossomopatias.

Este também é um método molecular e alternativo para detecção das cromossomopatias mais comuns, como as trissomias do 13, 18, 21 e aneuploidias de cromossomos sexuais, e se fundamenta em uma técnica amplamente difundida que é a PCR,

onde com a amplificação de pequenas seqüências de DNA (*STRS*) se pode obter o diagnóstico em algumas horas (SANSEVERINO et al, 2006).

Há outras técnicas, tais como:

1. *Pesquisa de erros inatos do metabolismo (EIM)*

Os EIM, em sua maioria, são doenças autossômicas recessivas, e a possibilidade de um outro filho afetado é de 25%. Alguns EIM apresentam herança ligada ao X, com a mucopolissacaridose tipo II (MPS-II), e as mulheres portadoras têm 50% de chance de terem filhos homens afetados.

No caso dos EIM, o diagnóstico pré-natal é altamente específico e só pode ser realizado de forma acurada naquelas famílias em que o diagnóstico de uma doença metabólica já está bem-estabelecido no caso-índice.

A BVC é o procedimento de preferência na maioria dos EIM, pois é realizada mais precocemente e permite as análises enzimáticas, morfológicas e/ou moleculares, tanto no exame direto das vilosidades coriônicas, como no material cultivado.

2. *Análise molecular*

A análise molecular pré-natal está indicada no caso de doenças monogênicas, cuja mutação já foi identificada na família. Na maioria das doenças genéticas, as mutações são raras e a falta de informação sobre a mutação presente em um ou ambos os pais impede a realização do teste. No caso de doenças em que é possível uma análise bioquímica, como na maioria dos EIM, por exemplo, a análise molecular pode auxiliar na confirmação do diagnóstico bioquímico, porém dificilmente irá substituí-lo.

Sanseverino et al. (2006) também apontam algumas perspectivas futuras. Tais como:

1. Diagnóstico genético pré-implantação

O diagnóstico genético pré-implantação (*preimplantation genetic diagnosis – PGD*) é uma forma de DPN, combinando técnicas de fertilização *in vitro* e biologia molecular, onde uma célula do embrião é examinada para a detecção da presença ou não de uma desordem genética, antes da transferência embrionária e da ocorrência da gestação. A retirada de células para a análise pode ser realizada em embriões de oito células ou blastocistos, por meio de uma biópsia muito cuidadosa. FISH e PCR são as técnicas utilizadas na análise genética, sendo que a primeira é utilizada para determinar doenças cromossômicas e a última para a detecção de doenças gênicas. A aplicabilidade do PGD ainda é limitada em todo o mundo, devido às dificuldades técnicas envolvidas, mas seu uso tem sido crescente. O PGD é uma importante alternativa para aqueles casais com risco elevado de anomalias genéticas, tanto por uma translocação cromossômica quanto por serem portadores de alterações gênicas.

2. Terapia gênica

A terapia gênica surgiu no início da década de 1990 como uma proposta de cura de doenças genéticas. Muitas pesquisas ainda deverão ocorrer até que os protocolos estejam disponíveis para aplicação em grande escala. No futuro pode-se prever que a identificação pré-natal de uma doença genética permitirá seu tratamento por terapia gênica logo após o nascimento, antes que os sintomas clínicos se manifestem ou agravem e ocorram lesões irreversíveis. Os protocolos de terapia gênica intra-uterina são ainda considerados inaceitáveis do ponto de vista ético pelo risco de transferência gênica para as células germinativas. Enfim, para Sanseverino et al. (2006), o diagnóstico genético pré-natal, precedido de aconselhamento genético adequado, é um importante recurso para as famílias com risco de anomalia fetal, e

contribui para o esclarecimento etiológico de anormalidades fetais detectadas durante a gestação.

Novas técnicas laboratoriais estão sendo implantadas, como o PGD e a terapia gênica, estão em fase de estudos, e poderão contribuir ainda mais para o atendimento dessas famílias.

Segundo Magalhães e Magalhães (2006), todas as técnicas descritas anteriormente neste trabalho são guiadas pela ultrassonografia. Esse método empregado isoladamente (exame de ultra-som) permite o diagnóstico de no máximo 70 a 80% das malformações estruturais ou anatômicas do feto, dependendo da acuidade diagnóstica, da experiência do operador, do tempo despendido para a realização do exame e da qualidade técnica do aparelho empregado.

Para os autores, ao se abordar o diagnóstico genético fetal, pode-se partir de um marcador ultrassonográfico para indicar o estudo cariotípico. Ou seja, o exame por imagem na gestação pode detectar uma malformação estrutural (morfológica ou anatômica) no concepto, a qual pode associar-se à doença cromossômica (p.ex., trissomia).

1.2. O Diagnóstico Pré-Natal Não-Invasivo

1.2.1 HISTÓRICO E TÉCNICA

Segundo Soler (2006), a ecografia obstétrica é uma aplicação do sonar desde a primeira guerra mundial para a detecção de submarinos no mar do Norte.

Esta técnica foi utilizada pela primeira vez no domínio obstétrico em 1964, em Glasgow, por Ian Donald: ele mostrou que o conteúdo do útero podia ser explorado pelos ultra-sons e provou desde então que o diâmetro bi-parietal podia ser também medido. A partir de 1972, a precisão dos aparelhos permitiu um diagnóstico cada vez mais e mais acurado.

Foi preciso, entretanto, esperar os anos oitenta para que a ecografia suscitasse uma verdadeira revolução na prática obstétrica na França. Como bem dizem Fonseca et al. (2000, p. 107), “a ultrassonografia permitiu que um mundo, antes inexplorado, passasse a ser invadido pelos olhos de todos. Permitiu que muitas emoções aflorem quando as imagens mostram o que queremos ou o que não queremos ver”.

Segundo Caron (2000), os equipamentos usados no início produziam imagens muito difíceis de serem entendidas, onde o feto aparecia quase que como um vulto. Com o passar do tempo, elas foram se tornando mais nítidas e fiéis a realidade. Hoje elas são tão nítidas que na maioria das vezes os pacientes podem identificar o bebê mesmo sem as explicações médicas.

Segundo Soler (2006), a ecografia é uma sonda que emite ondas sonoras, a intervalos regulares e durante muito breves períodos; elas são refletidas pelos tecidos que elas encontram e retornam para o captador, em geral um sinal elétrico. São transmitidas a um sistema informático que determina a posição e o brilho de cada ponto visualizado, no plano de varredura do captador; são assim constituídos de tomografias bidimensionais que mostram a impressão do movimento do bebê.

Em resumo, o ultra-som é uma técnica de exame que utiliza ondas sonoras de alta frequência que interagem com os diferentes órgãos e tecidos do corpo humano originando diferentes padrões de ecos. Estes ecos são captados e transformados em imagens que podem ser vistas num monitor e fotografadas para documentar o exame (FONSECA et al, 2000).

Segundo Soler (2006), os ultra-sons, como todos os impulsos sonoros, são ondas acústicas. Trata-se de vibrações que, à diferença das ondas eletromagnéticas, não são materiais, mas vibrações de energia podendo se propagar no vazio (raios X, luz, ondas de radar, ondas de rádio...). A diferença entre as ondas sonoras e as ondas ultra-sonoras se constitui unicamente no nível da frequência: ela é mais elevada no que concerne às ondas ultra-sonoras, o que lhes rende inaudíveis ao ouvido humano, que não percebe mais as ondas

acústicas depois de 20 kHz. As ondas ultra-sonoras utilizadas no diagnóstico ecográfico estão compreendidas entre 1 e 20 MHz.

Ainda para Soler (2006), a questão mais premente é de saber se o bebê no útero é sensível às ondas ultra-sonoras da ecografia, se elas correm o risco de serem nocivas e, conseqüentemente, de ter repercussões que poderiam dar lugar a impressões, engramas negativos na vivência existencial do bebê.

Os estudos já feitos não parecem ser significativos. Indicam que não existe atualmente nenhum elemento concreto susceptível de demonstrar efeito nocivo dos ultra-sons, dentro das condições habituais do diagnóstico obstétrico. O ultra-som é usado há aproximadamente 25 anos sem terem sido identificados riscos com seu uso, tanto para o feto como para a mãe e o ultrassonografista (FONSECA et al, 2000).

Entretanto, afirma Soler (2006) que se observam freqüentemente modificações na freqüência cardíaca ou dos movimentos respiratórios do bebê, quando este está sob efeito dos ultra-sons. Eles provavelmente sentem as ondas por seus efeitos térmicos. Os efeitos iatrogênicos da ecografia precoce de rotina sobre as funções sensoriais do bebê foram ainda pouco avaliados, todavia não seria prudente descartá-los.

1.2.2 A ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICA

O rápido desenvolvimento da ultrassonografia e da genética nas últimas duas décadas possibilitou avanços significativos no acompanhamento pré-natal das gestantes. Uma das mudanças de maior impacto foi a possibilidade de estudarmos antes do nascimento o material genético fetal (FONSECA et al, 2000).

Para Magalhães; Schlatter e Chaves (2006), a ultrassonografia (US) obstétrica é um exame de imagem que tem evoluído muito nos últimos anos, possibilitando a avaliação da idade gestacional (IG), do número de conceptos, do desenvolvimento fetal, do líquido

amniótico (LA), da placenta e do cordão umbilical. Pode propiciar ainda análise detalhada da anatomia fetal desde o início da gestação e identificar a respiração, a deglutição, os movimentos motores amplos e finos e a atividade cardíaca intra-uterina. Quando equipado com Doppler colorido, permite o mapeamento do sistema cardiovascular do concepto e o estudo dos compartimentos vasculares materno, placentário e fetal.

O ultra-som é a principal ferramenta diagnóstica para a detecção pré-natal de malformações fetais, pois permite um exame da anatomia interna e externa do feto e a detecção de malformações maiores assim como de marcadores sutis de anormalidades cromossômicas e síndromes genéticas (SANSEVERINO et al, 2006).

É um exame que deve ser realizado como rotina em todas as gestantes (MAGALHÃES; SCHLATTER; CHAVES, 2006). Segundo esses autores, o ideal é que no primeiro trimestre a US seja via transvaginal e, no segundo e no terceiro trimestres, a US seja via transabdominal:

- 1) Transabdominal: este é o mais antigo dos dois e o mais comumente utilizado na gestação.
- 2) Transvaginal: é um método no qual a imagem é mais nítida, porém o alcance em profundidade é menor. Permite um exame mais detalhado no início da gestação (FONSECA et al, 2000).

Segundo Magalhães; Schlatter e Chaves (2006, p. 218), no primeiro trimestre são aferidos os seguintes diagnósticos:

1. Diagnóstico precoce de gravidez e datação

- *Córior em desenvolvimento*: detectado com quatro semanas e 2 ou 3 dias após o dia da última menstruação (DUM) (época do provável atraso menstrual) pela US transvaginal. Com a US transabdominal, somente é detectado a partir da 5ª semana de gestação.

- *Diâmetro médio do saco gestacional (SG)*: no primeiro trimestre, nos casos em que, devido à precocidade da gestação, ainda não se identifica o embrião, a IG pode ser calculada pelo diâmetro médio do SG. Devemos observar se o SG tem contornos regulares e se está adequadamente implantado. O diâmetro médio do SG de até 2,2 cm deveria sempre ser acompanhado do surgimento do embrião.
- *Presença da vesícula vitelina*: observada inicialmente entre 5 e 6 semanas, desaparecerá até ao final do primeiro trimestre. Sua presença no interior do útero praticamente exclui a possibilidade de gestação ectópica (a concomitância de gravidez tópica e ectópica é em torno de 1 caso em 20.000 gestações normais).
- *Embrião*: se o embrião é visualizado, o melhor parâmetro para datar uma gestação é a medida do comprimento cabeça-nádegas (CCN). O embrião é detectado com 5 a 6 de gestação pela US transvaginal e com 6 a 7 semanas de gestação pela US transabdominal, quando o CCN é de cerca de 0,2 a 0,5 cm.
- *Batimentos cardíacos (BC)*: identificados a partir da 5ª ou 6ª semana (US transvaginal) e da 6ª semana (US transabdominal), mostrando a vitalidade embrionária. Na sétima semana os BC devem estar presentes em todos os casos. CCN de 5 mm deve vir acompanhado da detecção dos BC para atestar a viabilidade da gravidez.
- *Âmnio*: é identificado a partir da 7ª semana, expandindo-se progressivamente até fundir-se ao córion por volta da 12ª semana.
- *Movimentos fetais*: modificações suaves da posição do embrião surgem a partir da 7ª à 8ª semana e movimentos mais acentuados (elevações e descidas do embrião no SG) surgem ao redor da 10ª semana.

As indicações da US transvaginal são diagnóstico precoce da gestação (4 a 5 semanas); avaliação do desenvolvimento fetal no primeiro trimestre; detecção de anomalias fetais; investigação na suspeita de doença trofoblástica; investigação na suspeita de gravidez ectópica; identificação de incompetência istmocervical; detecção de placentação baixa; diagnóstico de abortamento; determinação do número de conceptos' (MAGALHÃES; SCHLATTER; CHAVES, 2006).

As indicações da US transabdominal são sangramento vaginal de etiologia indeterminada na gravidez (placenta prévia versus descolamento prematuro de placenta); estimativa da IG; avaliação do crescimento fetal; perfil biofísico fetal (em geral, após 28 semanas de gestação); investigação na suspeita de oligidrânio e de poliidrânio; história de anomalias congênicas anteriores; avaliação seriada de anomalias fetais identificadas; investigação na suspeita de morte fetal intra-uterina; orientação de amniocentese, de transfusões intra-uterinas, de cordocentese e de biópsia de vilos coriais; estimativa de peso fetal e de apresentação na ruptura prematura de membranas e parto pré-termo; observação de eventos intraparto como a versão ou extração do segundo gêmeo; medida da translucência nucal (TN) (MAGALHÃES; SCHLATTER; CHAVES, 2006).

2. No diagnóstico de abortamento

Conforme esses autores informam, quando o saco gestacional for maior que 25 mm (diâmetro médio) e não se identificar embrião, pode-se diagnosticar a gestação interrompida. No abortamento completo, o útero está vazio e ecos intra-uterinos centrais podem representar coágulos sanguíneos (MAGALHÃES; SCHLATTER; CHAVES, 2006).

3. No diagnóstico de gestação ectópica

A não-visualização do saco gestacional intra-uterino, na presença de títulos de beta-HCG superiores a 1.800 a 3000 mUI/mL (por via transabdominal), ou 1500 a 2.400 mUL/mL (por via transvaginal), sugere gravidez ectópica ou abortamento completo recente. O encontro do saco gestacional tópico faz-se possível a partir de 2 a 4 dias de atraso menstrual (ciclo de 28 dias) (MAGALHÃES; SCHLATTER; CHAVES, 2006).

Em 70% das gestações ectópicas íntegras, é demonstrado o anel tubário com ou sem imagem embrionária. Outras maneiras de a gravidez ectópica se apresentar são por meio de massas anexiais não-específicas e de líquido no fundo do saco posterior, significando ruptura ou abortamento tubário (MAGALHÃES; SCHLATTER; CHAVES, 2006).

4. No diagnóstico de doença trofoblástica gestacional

A mola completa caracteriza-se, na maioria dos casos, pelo útero grande para a IG, exibindo numerosos ecos amorfos, os quais se misturam a formações arredondadas, anecóicas, indicativas das vesículas. Na mola parcial encontra-se uma placenta aumentada, espaços císticos no seu interior, cavidade amniótica vazia ou com ecos fetais, concepto vivo ou não e CIUR. No coriocarcinoma, não há características sonográficas que permitam o diagnóstico de certeza (MAGALHÃES; SCHLATTER; CHAVES, 2006).

5. Diagnóstico de gemelaridade

O diagnóstico de gestação gemelar pode ser feito a partir de cinco semanas quando há a presença de mais de um saco gestacional; no entanto, a comprovação só é obtida quando se visualiza dois ou mais ecos embrionários e presença de batimento cardíaco (BC). Após 13 semanas, o diagnóstico é feito pela presença de duas ou mais cabeças. A prevalência de gestação múltipla é de aproximadamente 1 a 2% (MAGALHÃES; SCHLATTER; CHAVES, 2006). A corionicidade é fundamental para o manejo da gestação gemelar. Ela pode ser mais

bem determinada pela US de primeiro trimestre (entre 6 e 9 semanas), mais especificamente até ao final do primeiro trimestre.

As avaliações importantes realizadas pelo exame através de ultra-sons podem ser divididas em três trimestres:

Ultra-som morfológico de primeiro trimestre

Rastreamento entre 11 e 14 semanas

1. Avaliação de IG, vesícula vitelina, CCN, diâmetro bi-parietal (DBP), circunferência cefálica (CC), circunferência abdominal (CA), comprimento do fêmur (CF), número de conceptos, localização da placenta e quantidade de LA.

2. Translucência nucal (TN): é determinada pela medida da coleção de líquido na nuca do feto entre 11 e 14 semanas de gestação (CCN entre 45 e 84 mm). Sua medida pode ser realizada por via abdominal ou transvaginal. Ela corresponde à aferição do espaço hipocogênico situado entre o tecido celular subcutâneo e a pele que recobre a coluna na região cervical. Vários estudos mostraram a correlação positiva entre a espessura aumentada da TN e a incidência de trissomias no começo da gestação. A TN é um teste rastreador e o achado de uma TN aumentada implica em averiguação definitiva posterior pelo cariótipo fetal, por meio de um exame de biópsia de vilosidades coriônicas ou amniocentese.

3. Avaliação morfológica: como nesta IG o feto já apresenta todos os seus órgãos e sistemas formados, deve-se proceder a um exame anatômico o mais minucioso possível.

4. Avaliação da vitalidade fetal: presença de movimentos corporais e dos membros e ritmo cardíaco fetal (taquicardia fetal pode estar associada à síndrome de Turner e trissomia do 13; bradicardia poderia ter uma tendência à trissomia 18).

5. Avaliação do ducto venoso: atualmente os dados sugerem que o exame da onda de fluxo obtida por Doppler pulsátil no ducto venoso poderá ser útil no rastreamento de cromossomopatias e defeitos cardíacos entre a 10^a e a 14^a semana de gestação. Esse exame poderia ser considerado como um segundo método de screening na tentativa de reduzir o número de casos falso-positivos alcançados pelo screening primário (idade materna, TN, níveis de beta-HCG e proteína A plasmática ligada à gestação no soro materno), restringindo-se assim as indicações dos testes invasivos. Entretanto, nem sempre é factível de ser conseguido. Não faz parte do exame ultrassonográfico rotineiro de primeiro trimestre.

6. Detecção do osso nasal: método de screening para determinar a presença, hipoplasia ou ausência do osso do nariz. Em fetos entre 11 e 14 semanas de gestação, a acurácia aumenta para a predição da síndrome da síndrome de Down. O osso nasal está ausente no primeiro trimestre em 60 a 70% dos fetos com diagnóstico de síndrome de Down e em menos de 1% em fetos cromossomicamente normais. Portanto, a ausência do osso nasal pode aumentar o risco de síndrome de Down entre 7 e 44 vezes. Não faz parte do exame ultrassonográfico rotineiro de primeiro trimestre.

Rastreamento entre 18 e 23 semanas

1. Avaliação da idade gestacional

A avaliação da IG é indicada nesse momento quando houve início tardio do pré-natal, impossibilitando a datação precoce, incerteza do dia da última menstruação (DUM),

confirmação de dados clínicos em pacientes com indicação de interrupção da gestação e avaliação do crescimento fetal em gestações de alto risco.

Ultra-som morfológico do 2º trimestre

1. Anatomia fetal

O período ideal para essa avaliação morfológica situa-se entre a 18ª e a 23ª semana de gestação, quando poderemos proceder a uma revisão adequada da anatomia fetal externa e interna, sendo necessária a visualização rotineira dos seguintes órgãos:

- a) Crânio: exame da integridade e do formato, com medidas do DBP e da CC.
- b) Cérebro: exame dos ventrículos cerebrais, do plexo coróide, do cérebro-médio, da fossa posterior (cerebelo e cisterna magna) e medida dos cornos anterior e posterior dos ventrículos laterais.
- c) Face: exame do perfil, das órbitas e da boca.
- d) Pescoço: anatomia e contornos.
- e) Coluna: exame da integridade (corte longitudinal e transversal).
- f) Coração: frequência e ritmo dos batimentos cardíofetais (BCF), visualização das quatro câmaras e vias de saída.
- g) Tórax: exame do formato, dos pulmões e do diafragma.
- h) Abdome: exame de estômago, fígado, rins, bexiga, parede abdominal, inserção umbilical (identificação dos três vasos) e medida da CA.
- i) Membros: exame de fêmur, tíbia e fíbula, úmero, rádio e ulna, pés e mãos (incluindo formato, simetria e ecogenicidade dos ossos longos e movimentos das articulações) e medida do fêmur.

j) Líquido Amniótico - LA (quantidade) e placenta (localização, ecogenicidade) (MAGALHÃES; SCHLATTER; CHAVES, 2006).

Segundo esses autores, a avaliação anatômica fetal pela US consegue identificar no máximo 70% de defeitos morfológicos ou estruturais. Obesidade materna, posição fetal e quantidade de LA são fatores limitantes.

2. Diagnóstico de anomalias fetais

A US permite o diagnóstico de várias anomalias fetais durante a gestação, geralmente a partir de 12 semanas de gravidez (MAGALHÃES; SCHLATTER; CHAVES, 2006).

3. Avaliação do sexo fetal

Pode ser determinado com segurança a partir do segundo trimestre da gestação. O escroto fetal pode ser identificado com 16 a 18 semanas e o pênis aparecerá como estrutura ecogênica de topografia superior. Os grandes lábios da genitália externa feminina também podem ser identificados. Entretanto, a partir de 11 semanas pode-se tentar identificar a crista genital, com uma probabilidade de acerto em torno de 80% (MAGALHÃES; SCHLATTER; CHAVES, 2006).

4. Comprimento do colo uterino

A medida do comprimento do colo uterino por via transvaginal deve ser realizada preferencialmente durante a 23ª semana de gestação (entre 22 e 24 semanas), podendo demonstrar o risco de parto pré-termo (MAGALHÃES; SCHLATTER; CHAVES, 2006).

5. Doppler das artérias uterinas

A dopplervelocimetria ou estudo Doppler proporciona um método não-invasivo de se estudar a hemodinâmica fetal, em aparelhos de ultra-som especialmente equipados para isso. (FONSECA et al, 2000). Segundo Magalhães et al. (2006) também fornece informações sobre a hemodinâmica materna e placentária em uma série de situações, especialmente nos casos de insuficiência placentária: crescimento intra-uterino restrito (CIUR) e pré-eclâmpsia (PE). Para Fonseca et al. (2000), o estudo das artérias uterinas maternas e da artéria umbilical nos dá informações sobre a perfusão da circulação útero-placentária e feto-placentária respectivamente. Segundo esses autores, o estudo Doppler de vasos fetais específicos, como a artéria média ou a aorta, tem valor na detecção dos rearranjos hemodinâmicos, que ocorrem como resposta do feto à diminuição do oxigênio disponível, principalmente naquelas gestações onde há retardo de crescimento intra-uterino, hipertensão arterial materna ou diabetes melito. A interpretação dos resultados deve ser sempre cuidadosa e correlacionada com o quadro clínico, ajudando a melhorar o prognóstico perinatal das gestações de alto risco.

Por meio do ultra-som transvaginal realizado entre a 22^a e a 24^a semana para medida do comprimento do colo também se deve proceder ao estudo com Doppler a cores das artérias uterinas. No momento atual, há evidências suficientes que embasam o emprego da dopplervelocimetria como preditora para o desenvolvimento de complicações relacionadas à insuficiência placentária; mais especificamente pré-eclâmpsia (PE) e crescimento intra-uterino restrito [CIUR] (MAGALHÃES; SCHLATTER; CHAVES, 2006).

No segundo trimestre, com cerca de 23 semanas de IG, pode-se, em exame único, calcular o tempo da gestação com boa precisão, estudar a anatomia fetal, medir o colo uterino para identificar risco de parto prematuro e realizar a dopplervelocimetria das artérias uterinas para rastrear PE e/ou CIUR (MAGALHÃES; SCHLATTER; CHAVES, 2006).

Segundo Magalhães; Schlatter; Chaves (2006, p. 223), o diagnóstico de anomalias fetais por US pode identificar:

- *Anomalias do sistema nervoso central (SNC):* anencefalia, hidrocefalia, hidranencefalia, microcefalia, encefalocele, holoprosencefalia, hemorragia intracraniana, espinha bífida.
- *Anomalias torácicas:* anomalias nas câmaras cardíacas, ectopia cardíaca, insuficiência cardíaca congestiva, derrame pericárdico, hipoplasia pulmonar, derrame pleural, hérnia diafragmática, seqüestração pulmonar, cistos pulmonares.
- *Anomalias do tubo digestivo:* atresias esofágica, pilórica ou duodenal, dilatação de alças jejunais ou ileais, perfuração intestinal, pseudocisto meconial calcificado, volvo, torção, peritonite meconial, estenoses.
- *Anomalias do fígado e das vias biliares:* hemangioma, hamartoma, cisto de colédoco, colelitíase.
- *Anomalias nas vias urinárias:* agenesia renal, doença cística renal, hidronefrose, tumores renais (nefroblastoma, tumor de Wilms), megaureter, ureterocele, ascite urinária fetal, prune-belly.
- *Anomalias da parede e da cavidade abdominal:* onfalocele, gastrosquise.
- *Anomalias do sistema genital:* cisto ovariano, hidrometrocolpo, genitália ambígua.
- *Anomalias do sistema musculoesquelético:* nanismo, displasia tanatofórica, acondroplasia, osteogênese imperfeita, artrogripose.

6. A avaliação do bem-estar fetal

A avaliação do bem-estar fetal é feita por meio dos movimentos e do tônus fetal (antes das 26 semanas de gestação) e, a partir de 26 a 28 semanas, mediante o perfil biofísico fetal (PBF).

Para o Perfil biofísico fetal existem quatro parâmetros ecográficos:

- Movimentos fetais.

- Tônus fetal.
- Movimentos respiratórios fetais.
- Volume de LA.

Estes recebem uma pontuação de 0 ou 2 conforme sua presença ou ausência. O PBF é utilizado especialmente em gestações de alto risco, a partir da viabilidade do feto, oferecendo uma estimativa confiável do risco de morte fetal nas próximas horas. Quando o escore for anormal, especialmente se acompanhado de oligodrâmnio, a interrupção da gestação estará indicada (FONSECA et al, 2000). A cardiocografia basal também avalia a frequência cardíaca fetal (MAGALHÃES; SCHLATTER; CHAVES, 2006).

7. Diagnóstico de óbito fetal

O sinal mais importante e definitivo é a ausência de batimentos cardíacos fetais (BCF). Outros sinais incluem ausência de movimentos fetais espontâneos ou provocados (descartar repouso fisiológico), deformação fetal impedindo a identificação do pólo cefálico e tronco fetal (morte fetal com menos de 25 semanas de gestação). Se a morte fetal ocorreu no segundo ou no terceiro trimestre, podem ser visualizados borramento do contorno do crânio, penetração de LA na epiderme fetal formando um duplo contorno entre o couro cabeludo e a calota craniana que geralmente aparece após 12 horas de morte fetal e, com o tempo, surge um cavalgamento de ossos (MAGALHÃES; SCHLATTER; CHAVES, 2006).

8. Avaliação dos anexos fetais

Placenta

a) Localização: pode ser definida no final do primeiro trimestre gestacional. Sua localização permite o diagnóstico diferencial entre placenta de localização tópica (fúndica, anterior ou posterior) ou heterotópica (prévia – junto ao orifício interno do colo). Sua

importância prática ocorre quando da necessidade de algum procedimento, como a amniocentese, ou de diagnóstico diferencial no sangramento vaginal de terceiro trimestre (placenta prévia e descolamento prematuro de placenta) (MAGALHÃES; SCHLATTER; CHAVES, 2006).

b) Espessura: a placenta normal aumenta de volume durante a gestação e sua espessura média em milímetros é aproximadamente igual à idade menstrual em semanas, raramente ultrapassando 40 mm (Ibid).

Cordão umbilical

Tanto a inserção placentária como a inserção fetal do cordão umbilical geralmente são bem-visualizadas na US, devendo ser observadas. A determinação precisa da anatomia é muito importante. O cordão normal consiste em três vasos (duas artérias e uma veia). A alteração detectada mais comumente é a presença de apenas uma artéria umbilical (cordão com dois vasos), indicando uma avaliação completa do feto, pois pode haver a presença de malformações fetais associadas, especialmente renais (Ibid).

Ultra-som de terceiro trimestre

1. Diagnóstico de crescimento intra-uterino restrito

O CIUR simétrico pode ser causado por anomalias fetais primárias, mostrando um feto de baixo peso, com as medidas simetricamente diminuídas. O CIUR assimétrico é mais comum do que o simétrico e resulta da insuficiência placentária de causa materna ou de anomalias placentárias primárias, ocorrendo mais freqüentemente no terceiro trimestre gestacional (MAGALHÃES; SCHLATTER; CHAVES, 2006).

2. Avaliação do peso fetal

É mais importante quando há suspeita de CIUR ou macrossomia e doenças maternas como PE, hipertensão crônica ou diabetes melito. No último trimestre da gestação, o cálculo do peso fetal estimado pela US pode apresentar uma variação de até 20% (MAGALHÃES; SCHLATTER; CHAVES, 2006).

3. Avaliação da situação e apresentação fetais

Pode ser feito o diagnóstico das situações longitudinal-transversas, apresentações pélvico-cefálicas, fletidas/defletidas (MAGALHÃES; SCHLATTER; CHAVES, 2006).

4. Diagnóstico de placenta prévia

Noventa e nove por cento das placentas consideradas prévias pela US no início do segundo trimestre sofrem migração e apenas 0,5 a 1% permanece até o final da gestação, a obturar, total ou parcialmente, o orifício interno do colo uterino. Desse modo, o diagnóstico definitivo da inserção prévia só deve ser feito após 30 a 35 semanas de gestação (MAGALHÃES; SCHLATTER; CHAVES, 2006).

5. Diagnóstico de acretismo placentário

Tanto a US com Doppler a cores como a ressonância magnética mostram, no momento atual, um baixo valor preditivo no diagnóstico de placenta acreta, e maior refinamento nas técnicas de ambos os métodos se faz necessário para que esses testes levem a um diagnóstico confiável dessa condição patológica (MAGALHÃES; SCHLATTER; CHAVES, 2006).

6. Avaliação do volume de líquido amniótico

Segundo Magalhães; Schlatter e Chaves (2006), o volume de LA chega ao seu máximo no começo do terceiro trimestre, permanecendo em um platô até as 37 semanas, quando então começa gradualmente a diminuir. No segundo e terceiro trimestre, o LA é composto basicamente pela urina fetal. Como resultado, o volume de LA reflete diretamente a perfusão renal fetal e indiretamente a perfusão uteroplacentária. Poliidrâmnio (aumento do volume de LA) pode ser resultante do acréscimo do débito urinário, podendo ser observado nas gestações complicadas por diabetes, isoimunização Rh, síndrome da transfusão feto-fetal, e acompanhando várias malformações fetais por ausência ou deficiência de deglutição fetal ou de absorção ao nível do duodeno.

Por outro lado, a diminuição do débito urinário causando oligoidrâmnio (redução do volume de LA) é comum nas gestações acompanhadas de CIUR, no pós-datismo e nas malformações renais fetais. A ruptura prematura de membranas também pode resultar em oligoidrâmnio.

Neste capítulo foram apresentados e discutidos os vários tipos de diagnóstico pré-natal, seus aspectos históricos e técnicos.

Os progressos do diagnóstico e dos tratamentos pré-natais trouxeram, então, um novo sentido ao conceito de maternidade (SIROL, 1999).

Capítulo 2

Um bebê não é jamais o bebê que nós cremos. Os pais não são jamais os pais que nós cremos.

(Patrick Ben Soussan)

Os bebês do imaginário parental

Antes mesmo de pensar em seu filho, o indivíduo surpreende-se pensando em si mesmo quando criança e fazendo associações entre o que foram as etapas de sua aventura e aquilo em que ele se tornou, “sem saber nada sobre a introspecção à qual ele se entrega, o indivíduo volta a ser, de certa forma, a criança que ele foi, no filho que ele quer fazer ou que ele faz” (THÉVENOT; NAOURI, 2004, p. 13).

Para Rialland (1994), desde a nossa concepção, somos objeto de projeção da parte de nossa família. Segundo Laplanche e Pontalis (2001, p. 374), a projeção é a “operação pela qual o sujeito expulsa de si e localiza no outro – pessoa ou coisa – qualidades, sentimentos, desejos e mesmo ‘objetos’ que ele desconhece ou recusa nele”. Nós nos identificamos ao longo do nosso crescimento à nossa mãe e ao nosso pai e colocamos em marcha um sistema de repetições. Repetimos pontos de vista, comportamentos, modos de agir, etc.. Para a maior parte de nós, dentro de certos domínios de nossa vida, essas repetições dão origem a conflitos

interiores. Opera-se uma clivagem entre o nosso consciente, que exprime certas aspirações, e nosso inconsciente, que traduz desejos desconhecidos, obscuros, recalcados. Afinal, “os pais esperam um bebê em função do que eles conheceram, ou seja, em função de sua própria história familiar” (RIALLAND, 1994, p. 19).

O bebê está representado no psiquismo da mãe e do pai antes mesmo de sua concepção, seu nome remete a uma história que o precede. O bebê é marcado por um nome próprio e singular, que assinala a ruptura, é outro sujeito a constituir-se, mas o nome significa também a sua inserção na família, na cultura, na filiação a uma história (BATTIKHA, 2001).

Toda criança nasce de uma história que a trouxe ao mundo, história própria de cada um dos pais, história do encontro deles, de seu desejo de ter filho, do casal, ou seja, antes que ela nasça, toda criança é já pensada, falada, sonhada. Ela é destinada a atuar no grande papel de um cenário que, freqüentemente, é ditado sem o conhecimento dos pais, o mais perto de seu romance familiar e das gerações que os precederam (SOUSSAN, 2005).

Para Camarotti (2001), o bebê pré-existe ao nascimento, estando inscrito numa história familiar, onde é ora rejeitado ora temido, ora negado. Seu nascimento na linguagem, sinal do desejo parental, antecede então o nascimento biológico e seu futuro psíquico vai estar vinculado a esta anterioridade.

Pensar em ter um bebê, significa, muitas vezes, querer fundar uma família, mas é também querer um bebê de si mesmo, um prolongamento, um sócia (o bebê narcísico), um bebê de outro, o bebê do amor. É pois se prolongar, lutar contra as angústias da finitude e de morte que existem no pré-consciente de cada um; é também continuar o prolongamento da família, ou seja, fazer o que os pais fizeram por nós mesmos, e além disso, reembolsar de qualquer sorte a dívida contraída perto dos pais que nos ‘deram’ a vida. Pensar em ter um filho, é também transmitir o que nos legaram: um saber, um jeito de ser, os valores, os bens, tudo o que se poder chamar de objeto transgeracional (DAVID, 2003).

Como salienta Ciccone (1999, p. 68), “pode-se dizer que a missão de toda criança é de assegurar uma ilusão de continuidade, de continuidade narcísica”. Se a missão da criança é de assegurar a continuidade ou a imortalidade do narcisismo parental, pode-se dizer que ela é também de reparar a história parental. Todo adulto tem sempre qualquer coisa a reparar de sua história infantil e toda criança tem qualquer coisa a reparar da história parental (Ciccone, 1999).

2.1 A GRAVIDEZ

A gravidez suscita uma verdadeira crise psíquica e maturativa para a mulher (SOUBIEUX; SOULÉ, 2005). É um terremoto hormonal, físico e psicológico na mulher que encerra os maiores desafios, segredos e incertezas do ser humano (CARON, 2000). A gravidez é uma transição que faz parte do processo normal do desenvolvimento. Envolve a necessidade de reestruturação e reajustamento em várias dimensões: verifica-se mudança de identidade e uma nova definição de papéis (MALDONADO, 1997).

A gravidez é, a princípio, segundo Delassus (2001, p. 40),

uma experiência pessoal para a mulher. Ela reencontra sua origem, que refaz superfície e entranha ao mesmo tempo nas profundezas. Sua imagem inconsciente do corpo é reativada pela presença nela do feto que se endereça a seu corpo, lhe ressuscita o interior, a mobiliza num nível que é precisamente lá onde ela mesma foi outrora, quando ela era um feto. A gravidez é a princípio um estado de *vivência original* antes de ser uma *vivência maternal*.

A gravidez implica a perspectiva de grandes mudanças – interpessoais, intrapsíquicas, etc. Isto, evidentemente, envolve perdas e ganhos, o que justifica, por consequência, a existência de sentimentos opostos em relação a ela (MALDONADO, 1997).

Quando a gravidez se desenrola normalmente, o estado psíquico da mulher grávida a torna mais sensível a todos os acontecimentos, ela está mais receptiva ao seu bebê, mais vulnerável a todas as palavras médicas (FABRE-GENET, 1998).

Segundo Maldonado (1997), a gravidez representa também a possibilidade de atingir novos níveis de integração, amadurecimento e expansão da personalidade ou de adotar uma solução patológica que predominará na relação com a criança. Uma relação saudável implica, em termos gerais, perceber e satisfazer de modo adequado as necessidades do bebê, visto como indivíduo separado e não simbioticamente confundido com a mãe. Em contraste, uma relação doentia caracteriza-se, em termos gerais, pela expectativa de que o bebê preencha certas necessidades neuróticas da mãe ou do pai ou então o bebê pode representar simbolicamente uma parte doente dos pais.

As ligações psíquicas entre a mãe e seu feto dependem diretamente do vivido real da mulher durante sua gravidez, de sua história e das transformações físicas e psíquicas induzidas por este novo estado (SOUBIEUX; SOULÉ, 2005).

O embrião, depois feto, se desenvolve até o momento em que seu organismo está suficientemente maduro para se adaptar à vida extra-uterina. Não se pode resumir a gravidez a uma simples relação de nutrição. Ela é composta também de relações bem mais complexas, feita de emoções, de ‘estados de sentimentos’ traduzidos pelos neuromediadores maternos que vão passar a barreira placentária e tocar o feto e não são neutras: pode-se falar de nutriente afetivo (FABRE-GRENET, 1998).

Este primeiro período da gravidez é vivido como um sonho, uma realização de um desejo, muito antigo em ocorrência (SOULÉ, 1997) e as representações mentais e as fantasias que a mulher faz de si mesma como mãe e do seu futuro bebê influenciam o estilo de vínculo que ela formará com o filho (MALDONADO, 1997).

Somente a partir do quarto ou quinto mês o feto é investido como uma promessa de um futuro bebê. É como um bebê desenhado, como um bebê que é representado pela mãe. A partir do momento em que a mãe o sente mover em seu ventre, o feto toma uma individualidade e o movimento de um ser vivo que impõe sua presença (SOULÉ, 1997).

O feto de seis meses se torna um objeto que prefigura o recém-nascido e nele se prevê um futuro, um nome com significações, características e um lugar dentro da cadeia transgeracional. Ele está já encarregado, de qualquer sorte, de uma missão (SOULÉ, 1997).

O processo gestacional, pelas inúmeras transformações que promove no corpo e no psiquismo da mãe favorecida pelas estreitas vivências corporais com o feto, pode despertar uma riqueza de fantasias, regressões, sonhos que devem constituir-se, por si mesmos, numa vivência privilegiada facilitada pela própria gravidez (WOILER, 2006).

Segundo Mathelin (1999), o feto, sentido pela mãe como uma parte de si mesma, torna-se o jogo das identificações (já anteriormente explicitado) e das introjeções, que segundo Laplanche e Pontalis (2001, p. 248), significam que “o sujeito faz passar, de um modo fantasídico, de ‘fora’ para ‘dentro’, objetos e qualidades inerentes a esses objetos”.

Gravidez e puerpério, então, constituem para a mulher uma fase de remanejamentos psíquicos. Durante a gravidez a mãe vive num regime fusional e narcísico onde se identifica com o bebê, vivendo-o psiquicamente como parte de si mesma (CAMAROTTI, 2001).

Durante o período gravídico, o campo de representações da mulher se modifica: de uma parte, ela elabora as representações mentais, dela mesma como mãe e de seu bebê a vir; de outra parte, ela modifica suas próprias representações constituídas durante a infância. Ela revive com intensidade numerosos conflitos que atravessaram sua infância (conflitos arcaicos e edípicos) e deixa-os emergir com uma facilidade inabitual, é a chamada *transparência psíquica* (SOUBIEUX; SOULÉ, 2005).

As fantasias conscientes em relação ao bebê e a si própria como mãe também são importantes. Frequentemente expressam o temor de que a própria hostilidade, componente da ambivalência, destrua o feto. O temor universal de ter um filho com alguma deficiência física expressa claramente esse tema (MALDONADO, 1997).

Algumas mães se dizem felizes com a gravidez, ao mesmo tempo em que choram e se queixam de insônias por causa de pensamentos mórbidos e da idéia fixa de que carregam um bebê malformado. Outras consideram sua gravidez um calvário que querem interromper (SIROL, 1999).

O fato de estar grávida remete a mulher ao seu próprio nascimento e até, a outros nascimentos na família. Conforme o lugar que ocupa essa gravidez entre os irmãos, ela poderá expressar-se de forma diferente, numa relação específica com outras gestações e com outros nascimentos da história familiar (STEWART; SZEJER, 1997).

O fato de a gravidez constituir uma situação crítica, implicando naturalmente maior vulnerabilidade e desorganização de padrões anteriores, inúmeras modificações fisiológicas e estados emocionais peculiares, justifica a presença normal de um certo grau de ansiedade. No entanto, quando a maternidade, por motivos vários, gera um grau de ansiedade mais intenso, como por exemplo, um diagnóstico de anomalia tornando a gravidez em uma gravidez de risco, há maior probabilidade de se observarem complicações obstétricas na gravidez, no parto e no puerpério (MALDONADO, 1997).

Pelo fato de, emocionalmente, a mulher viver o período inicial da gravidez como parte de si mesma, indiscriminadamente, isto se torna muito importante na evolução da gestação e de suas conseqüências (CARON, 2000), ou seja, as representações mentais e as fantasias que a mulher faz de si mesma como mãe e do seu futuro bebê influenciarão o estilo de vínculo que ela formará com o filho (MALDONADO, 1997).

Como bem diz Vilete (2000, p. 300),

a maternidade exige, entretanto, da mulher, que seja capaz de lidar com forças que se opõem e se influenciam mutuamente, como acontece, aqui, com a polaridade de união e separação. Com sua receptividade cinestésica ela se funde com o bebê, acolhendo-o dentro de si como estivera antes de nascer, para que possa entendê-lo, sentindo o que ele sente, mas precisa, também, dele se discriminar, utilizando seus recursos de maturidade e experiência, para que possa dele cuidar, dando-lhe o que necessita.

Segundo Caron (2000), 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.

Para Debray (1988), o tempo da gravidez, com os reajustes e os remanejamentos psicossomáticos que ele comanda e favorece, deve permitir preencher em grande parte – nos casos bem-sucedidos – o fosso que sempre existe entre o desejo e o projeto de filho conscientemente assumido, até mesmo proclamado, e os impulsos ambivalentes subjacentes que não deixam de existir, tanto para as futuras mães, quanto para os futuros pais.

A capacidade procriadora dá a mulher um sentimento de força, poder e posse e o controle sobre a vida e a morte de um ser cuja existência depende estreitamente dela (CARON, 2000). Durante os primeiros meses, a mulher grávida sente o prazer narcísico de ter conquistado o poder, que dispunha sua mãe de fazer bebês (SOULÉ, 1997).

É fundamental lembrar o significado do desejo de ter um filho, que não pertence apenas ao consciente. Pode-se confundir a busca explícita com desejo, se não se levar em conta os determinantes inconscientes dessa demanda, que ignoram a contradição, o tempo e a ambivalência (CARON, 2000).

A decisão de ter um filho é uma resultante da interação de vários motivos, conscientes e inconscientes: aprofundar e dar expressão criativa a uma relação homem-mulher importante; concretizar o desejo de transcendência e continuidade, elaborando a angústia de morte e a esperança da imortalidade, etc. (MALDONADO, 1997).

De início, pode-se pensar no aspecto imaginário, o que socialmente lhe é conferido como importante e aceitável. Mas também podemos nos deparar com o que se apresenta particular à história de cada sujeito, no caso de cada casal. Assim, quando a demanda de ter um filho se mostra significativa ao casal, adquire importância narcísica, pois possibilita o ressignificar de sua história. Gerar um filho tem como aspecto reviver a possibilidade de ser no mundo (MODELLI; LEVY, 2006).

O filho é a promessa daquilo que não foi feito por seus pais. É, antes de tudo, a recompensa ou a repetição de suas infâncias. O nascimento de um filho vai ocupar um lugar entre os sonhos perdidos: um sonho encarregado de preencher o que ficou vazio no passado. É uma imagem fantasiosa que se sobrepõe à pessoa 'real' do filho. Esse filho de sonho tem por missão restabelecer e reparar o que na história dos pais foi julgado deficiente, sentido como falta, ou prolongar aquilo a que os pais tiveram que renunciar (CARMIGNANI, 2005).

Chasseguet-Smirgel (1986, p. 50) considera que

...o desejo de fazer e de ter um filho existe também muito antes que o ser humano tenha a capacidade de satisfazê-lo. Tratar-se-ia então de um desejo inato, fundamental, que sua impossível realização fisiológica antes da puberdade destinaria ao recalçamento em razão da ferida narcísica à qual está irremediavelmente associado.

Segundo Ribeiro (2006), o projeto de ter um filho, independentemente da forma como é concebido, é carregado de investimentos narcísicos. "É humano imaginar, e narcísico,

nossos filhos melhores que nós: mais bonitos, mais inteligentes, mais bem-sucedidos na vida, enfim, que vencerão ali onde de alguma maneira perdemos (Ribeiro, 2006, p. 91).

Um filho é um projeto de continuidade narcísica, um traço de caráter, uma forma de olhar, o nome da família, viverá além do limite temporal de uma geração. É uma importante realização narcísica ver um pouco de nós mesmos em nossos filhos. Quando isso não acontece, quando somos privados de uma realização tão primordial e tão comum, antigas feridas narcísicas podem ser reativadas (Ribeiro, 2006).

Freud (1914/1969) ressalta o lugar que o bebê ocupa para seus genitores,

a criança terá vida melhor que seus pais, ela não estará submetida às necessidades que experimentamos como dominando a vida. Doença, morte, renúncia de gozo, restrições à sua própria vontade não valerão para a criança, as leis da natureza como as da sociedade pararão diante dela, ela será realmente de novo o centro e o coração da criação, *his majesty the baby...* O amor dos pais, tão tocante e no fundo tão infantil, não é nada senão o narcisismo deles que acaba de renascer (p. 96).

O desejo de um filho também tem ressonâncias no próprio desenvolvimento pessoal, trazendo mudanças na identidade, no desempenho de papéis e de tarefas que acompanham o processo de gerar e criar um filho. Um bebê também pode ser um meio de elaborar as dificuldades vividas ao longo do próprio crescimento com os pais, constituindo-se nesse sentido uma forma de reparação na relação com eles (OLIVEIRA, 2006) pois, como diz Enriquez, (2001, p. 158) “sabemos o quanto, em cada um de nós, a experiência do nascimento e da procriação acarreta perturbações identificatórias e libidinais, faz ressurgir o recalçado e fragiliza psiquicamente”.

Tubert (1996, p. 185) complementa dizendo que

o desejo do filho supõe uma ruptura da posição narcisista (sem sombra), uma renúncia à imagem resplandecente do corpo intacto da infância; paradoxalmente, o filho pode também ocupar o lugar de uma nova ilusão destinada a restaurar o narcisismo perdido,...talvez a capacidade de renunciar à realização do desejo, com a ferida narcisista e o enfrentamento com as carências próprias que isto supõe, seja o que dá conta do verdadeiro amor e o que mantém o sujeito em sua incessante busca de sentido.

Quando um casal deseja um filho, é preciso que a criança seja gestada emocionalmente numa espécie de 'nidação psicológica' que se dá, fundamentalmente, no psiquismo da mãe fertilizada pelo pai, formando o casal parental que origina e dá a vida (WOILER, 2006).

Os pais projetam nos filhos suas expectativas e desejos. Fantasiam, anunciam uma vida para esse bebê, proferem um destino nas palavras ditas em torno dele. Estas 'palavras', anunciam o futuro (BATTIKHA, 2001).

Quando o narcisismo, a onipotência e a ambivalência não são muito intensos e podem ser elaborados, a grávida alcançará, aos poucos, uma discriminação e separação do feto, aceitando frustrações, diferenças e a singularidade de cada um. Para isto, é de valor poder viver os bons momentos sem negar os maus; poder manter-se receptiva e disponível, permitindo que o bebê seja ele mesmo – único – nem só bom, nem só mau; assim, ambos podem emergir juntos desta experiência, enriquecidos e com auto-estima aumentada (CARON; FONSECA; KOMPINSKY, 2000).

Para Caron (2000), as influências ambientais existem desde a concepção do feto, através da história passada dos seus pais, seus desejos, suas fantasias inconscientes, seus conflitos transgeracionais e o lugar destinado a este bebê. Esta história, que está no inconsciente dos pais, influencia o novo ser desde a gestação até o final da vida. Esta autora

diz que devemos dar um destaque especial, na evolução da relação mãe-feto, às imagens internas que a mãe faz de seu filho, às representações pré-parto, ligadas ao seu bebê-imaginário e que são um prelúdio da futura relação mãe-bebê. Isto porque, segundo ela, “o bebê segue, por um tempo, totalmente dependente de sua mãe-ambiente, para sobreviver e vir a ser alguém autêntico, livre e independente” (Caron, 2000, p. 126).

Segundo Bydlowski (2004), no início da gestação, a criança é uma simples idéia sustentada primeiro, ao cabo de algumas semanas, por percepções sensoriais. Mas este investimento novo é um investimento narcísico, pois visa um objeto que faz parte da pessoa própria. Ele invade o psiquismo da futura mãe com muita intensidade até o dia do nascimento, independentemente do corpo do bebê real.

A relação com o bebê recém-chegado é bastante nova, pois a criança é uma entidade original que traz sua própria personalidade para a elaboração da relação que se desenvolve, porém, simultaneamente, nela encontra-se a repetição de temas antigos, visto que os pais reproduzem, em sua relação presente, antigas trocas, velhos conflitos, histórias de sua infância (CRAMER, 1999).

No item a seguir, serão vistos alguns ‘tipos’ de bebês presentes na gravidez.

Dentre os vários bebês que povoam o imaginário parental, habitam os bebês do modelo clássico descrito pelo psicanalista francês Lebovici (1987) que propõe a existência de três bebês: *imaginário, fantasmático e real*.

2.2 O BEBÊ IMAGINÁRIO

O imaginário, imaginar, é uma experiência radicalmente subjetiva, ela exprime o Homem e sua condição. Mas ela se afirma também no registro marcado da intersubjetividade, da relação com o outro e da comunicação. O imaginário, como o inconsciente, é estruturado como uma linguagem e se organiza em palavras na nossa psique: nesse sentido, ele nos fala.

Ele convoca todos os nossos sentidos, nossas emoções, nessa soma de experiências interiorizadas desde a infância, vivências, compartilhamentos, segundo os usos da época, os modos e as representações (SOUSSAN, 2005).

Segundo Melgaço (2001), a concepção de um filho inicia-se bem antes de ele ser gerado, porquanto ele já está presente nas fantasias inconscientes de uma mãe e de um pai, antes mesmo de eles se encontrarem. Na gravidez, essas fantasias vão se modulando na imagem que vão construindo daquele bebê. Esse bebê imaginário, cuja existência é fundamental, vai sendo investido de desejo, e essa imagem será confrontada e organizada, posteriormente, com o bebê da realidade.

Para a mulher a história de um filho tem início muito antes da gravidez, desde o tempo em que ela ainda era criança. A menina, com a sua boneca, brinca de ser mãe e dessa forma vai elaborando a fantasia do filho. Mais tarde, durante a gravidez, esse filho imaginário vai sendo ou não investido (SANTOS et al, 2001).

Habitualmente, o narcisismo da mulher é reforçado nos primeiros meses da gestação cuja representação do bebê está freqüentemente ausente. Progressivamente, a criança aparece no psiquismo maternal sobre um plano imaginário e fantasmático (SOUBIEUX; SOULÉ, 2005).

Para Wirth (2000), o bebê imaginário, produto das fantasias diurnas de ambos os pais, é construído durante a gravidez.

O bebê imaginário é aquele do desejo de gravidez e de criança. Ele exprime o que a união da mãe com o genitor do bebê permite de projetar no futuro (LEBOVICI; STOLERU, 2003).

A mãe traz em sua cabeça um outro bebê, é o bebê do seu encontro com o homem que será o pai de seu bebê, é o bebê de seus sonhos, de seus devaneios, é o seu bebê imaginário,

que a acompanha também há muito tempo (LAMOUR; BARRACO, 1998), é o bebê do desejo de ter filhos (LEBOVICI, 1987).

Segundo Lebovici (1999, p. 68),

a criança imaginada é, portanto, o fruto do desejo de gravidez que permite à sua mãe desenhar seu perfil, expor os receios e as ambições que seu futuro suscita em sua vida pré-consciente: a criança é tardia e rara em nossa civilização e é também objeto de conteúdos fantasmáticos; desse modo, as interações fantasmáticas organizam-se onde a criança imaginada pela mãe confronta-se com as proto-representações do bebê.

Para Soussan (2005), todo bebê é imaginário. Antes que nasça de um corpo, ele nasce de um psiquismo: toda vida nova é pensada antes de se 'ser'. O bebê não tem escolha: ele deve nascer na identidade do imaginário. O bebê imaginário não tem idade ou muitas vezes, ele tem somente a idade de nossos sonhos. Segundo esse autor "o bebê imaginário habita o espaço potencial dos sonhos e das angústias parentais, do tempo de espera da criança; ela faz parte desse pequeno povo dos contos que residem nesses mundos fantásticos daqui ou do lado de lá da vida" (SOUSSAN, 2005, p. 43). O bebê imaginário não morre jamais, e jamais nós fazemos o luto. O bebê imaginário é um pré-texto, uma pré-figuração, uma premonição: uma palavra para se dizer, uma pré-concepção. Ele é a fundação, o fundamento da grande obra parental a vir. Ele permite a passagem, com doçura, da vida intra-uterina à vida aérea, da vida intrapsíquica da mãe à relação interpessoal com o bebê; ele estabelece a intersubjetividade, favoriza os laços que ele enlaça ou desenlaça. O bebê imaginário canaliza a torrente obscura e tumultuosa de nossas angústias, de nossas pulsões destrutivas. Ele permite juntá-los, contê-los, organizá-los. Ele coloca ordem na vida pulsional, transformando o caos em cosmos, na via do imaginário. Ele está no cerne mesmo da ambivalência parental, entre o ódio e o amor, paixão e repulsão, desejos de vida e de morte com respeito ao bebê a vir (SOUSSAN, 2005).

Segundo David (2003), o bebê imaginário que vive em cada um de nós, tenhamos ou não filhos, manifesta-se geralmente por um desejo de bebê real. Este desejo é complexo, ambivalente e paradoxal. O domínio da procriação permite colocar em evidência esta paradoxalidade.

Para Poussin (1993), o bebê imaginário é o bebê das expectativas durante a gestação, mas também é ele o bebê do futuro quando o filho real ainda é bebê, pois é ele que permite aos pais fazerem projetos para o futuro do bebê real. O bebê imaginário não é padronizado, ele é específico para cada pai, para cada mãe (ANDRADE, 2002).

Para Lebovici (1988), o bebê imaginário é um produto de ideal do grupo social: se o bebê deve ser sujeito da gravidez, o bebê imaginário deveria ser o sujeito psíquico da mulher grávida, o bebê do seu desejo de gravidez. O bebê imaginário é muitas vezes o resultado da produção dos sonhos acordados que se poderia designar sob o nome de fantasias ou de fantasmas conscientes (LEBOVICI; STOLERU, 2003). O bebê imaginário se constrói a partir das fantasias conscientes e realistas da mulher (SOUBIEUX; SOULÉ, 2005).

Segundo Lebovici (1997), a distinção entre a criança imaginária e a criança real permite que compreendamos, em parte, a angústia inicial e a ambivalência das parturientes, o que explica porque a primípara, por vezes, atravessa uma fase de angústia por ter de adequar-se às exigências normais do seu bebê.

Tendo durante a gravidez, integrado o feto à sua própria imagem corporal a mulher, com o nascimento do filho, a mãe precisará fazer o luto, se separar não só corporalmente mas psiquicamente do bebê dos seus sonhos, o bebê imaginário (CAMAROTTI, 2001).

2.3 O BEBÊ FANTASMÁTICO

Segundo Oliveira (2006), não começamos a nos vincular a uma criança somente no momento da gravidez ou de seu nascimento. Trazemos em nós fantasias e significados sobre

um filho desde muito pequenos; desde as brincadeiras de criança, com bonecas, casinha, médicos; dos filmes de heróis, sempre protegendo os pequenos, os familiares. Também crescemos em um ambiente familiar, internalizando esse como modelo mais natural a ser seguido.

O desejo de maternidade, aparentemente, segundo Lebovici e Stoleru (2003, p. 262), “é uma particularidade própria à natureza humana. Os fantasmas que ele organiza permitem falar de um bebê fantasmático”.

Salienta Ciccone (1999, p. 70) que

a história dos pais organiza os fantasmas que colorem as ligações, as relações estabelecidas pelos pais, entre os pais, entre os pais e seus filhos, etc. Esses fantasmas serão transmitidos à criança, a quem se perguntará, inconscientemente, de ocupar um lugar no cenário fantasmático. Esses fantasmas vão influenciar o desenvolvimento da criança, o desenvolvimento de sua personalidade.

Para Santos et al (2001), é bastante complexo o que se passa na cabeça de uma mulher ao gerar um filho e, desde a concepção, o filho desempenha para a mãe um papel muito preciso no plano fantasmático, uma vez que esse filho é, a princípio, uma espécie de evocação alucinatória de alguma coisa da infância materna que foi perdida.

A mãe engaja-se na maternidade com sua personalidade, com sua história pessoal (incluindo os fatores transgeracionais), sua história de cônjuge, bem como em função de eventos atuais. O processo de maternalidade é contínuo, dura a vida toda e cada filho vai reavivá-lo (LAMOUR; BARRACO, 1998). O bebê que se desenvolve no seu ventre, a mãe o traz em sua cabeça há muito tempo, é o bebê das profundezas do seu ser, é o bebê do inconsciente materno, é o bebê chamado de bebê fantasmático, assinalam as autoras.

O bebê fantasmático é aquele do desejo de maternidade. Ele implica as relações da mãe com suas imagens. Ele testemunha a organização edipiana dos fantasmas da mãe e do luto de seus objetos edipianos (LEBOVICI; STOLERU, 2003).

Assim, segundo Bydlowski (2004), o bebê fantasmático, no curso da gravidez, parece ser a própria pré-história materna. Reflete as fantasias inconscientes que estão presentes na mãe desde a infância. Essas fantasias que permeiam o desejo de um filho têm raízes na própria origem do sujeito. O filho desejado remete-nos à forma como fantasiamos termos sido desejados e concebidos (RIBEIRO, 2006).

O bebê fantasmático é o fruto dos fantasmas inconscientes infantis e depende das relações objetais. O desenvolvimento da criança no espírito dos pais depende também da capacidade maternal e paternal de ‘fantasmar’ sobre ele (SOUBIEUX; SOULÉ, 2005).

2.4 O BEBÊ REAL

Depois de tanta espera e expectativas, eis que surge o bebê real. O bebê real é o que nasce (WIRTH, 2000).

Com o nascimento, vem o confronto entre o filho imaginário, idealizado, e o filho real que se impõe com a sua existência (SANTOS et al, 2001). O bebê real é aquele que entra em interação com a mãe e que exhibe suas competências precoces (LEBOVICI; STOLERU, 2003). Quando há uma distância grande entre um e outro – como nos casos de crianças nascidas com anomalias congênitas e/ou cromossômicas – a mãe tem dificuldade em elaborar o luto do filho imaginário, tornando difícil o investimento no filho que nasceu (SANTOS et al, 2001).

O bebê real, segundo Lebovici (1987), é o bebê que os pais têm nos braços, ele pode ter características do seu bebê imaginário ou ser muito diferente deste, como no caso de

nascimento de um bebê de peso muito baixo. E ele está lá na sua extrema fragilidade (LEBOVICI; STOLERU, 2003).

Segundo Andrade (2002), os pais começam a pensar mais no seu bebê real por volta do sétimo mês de gestação.

Para Lebovici e Stoleru (2003), existem outros bebês, atores também dessa complexa cena, que é o imaginário parental e que podem ser incluídos. Há, por exemplo, o bebê em identificação primária com sua mãe e seus parentes, “que se banha nos afetos e o mundo dos investimentos pré-representativos” (LEBOVICI; STOLERU, 2003, p. 366). Há o bebê “que penetra no universo do sistema familiar e contribui em assegurar o equilíbrio ou a modificá-lo” (LEBOVICI; STOLERU, 2003, p. 366). E há também o bebê cultural que é o bebê que se relaciona com a cultura da mãe e é frequentemente associado a um bebê mítico (LEBOVICI, 1998).

Capítulo 3

‘Que a importância esteja em teu olhar, não na coisa olhada’.

(André Gide)

O bebê, o diagnóstico pré-natal e a parentalidade

Segundo Silva (2004), para além da procriação e da função biológica, a parentalidade é produto do parentesco biológico e do processo de tornar-se pai e mãe. É uma reflexão sobre a descendência que implica um complexo processo psíquico-simbólico que articula diferentes perspectivas teóricas num contexto psicossocial. O conceito de parentalidade, portanto, contém a idéia da função parental e a idéia de parentesco, e a história da origem do bebê e das gerações que precedem seu nascimento.

Nos anos 80, as funções e os papéis parentais foram reagrupados sob a designação de parentalidade e esse neologismo teve a sua origem em 1961, quando o psicanalista francês Paul-Claude Racamier propôs o termo maternalidade para definir como uma série de processos psicoafetivos que se desenvolvem e se integram na mulher por ocasião da maternidade. Ele apoiou-se nos trabalhos de Bibring e Benedeck, psicanalistas anglo-saxões, que acentuaram os aspectos dinâmicos e processuais da experiência de se tornar mãe, isto é, uma fase da existência na qual o sujeito é confrontado com transformações identificatórias profundas, que são ditadas pela revivescência de conflitos antigos profundos, por ocasião de

uma nova fase evolutiva da personalidade. O termo parentalidade permaneceu em desuso por mais de vinte anos, até que reapareceu em 1985 sob a pluma de René Clément (SILVA, 2004).

A parentalização, pois, descreve o processo complexo dos arranjos objetivos e narcísicos que conduzem um ser humano, a partir da infância ou da adolescência, a se tornar pais, ou seja, a enlaçar as relações com uma criança com todas as suas vicissitudes (SOUBIEUX; SOULÉ, 2005).

Tornar-se mãe ou tornar-se pai reaviva necessariamente, em todo indivíduo humano, desejos antigos experimentados na infância em face de seus próprios pais, vividos então como adultos todo-poderosos. É dizer que este desejo que se atualiza num momento da vida por um projeto de filho é ele mesmo, necessariamente, contraditório e profundamente ambivalente (DEBRAY, 1988).

Tornar-se mãe ou tornar-se pai é tomar seu lugar na cadeia de gerações – quer se queira, quer não – e isso implica que se aceite, de um certo modo, o caráter finito do tempo de vida que nos cabe e que nos submetemos a esta lei da natureza que, ao nos fazer pai ou mãe, assinala nosso acesso à maturidade e anuncia, ao mesmo, nosso futuro desaparecimento. Tornar-se mãe ou tornar-se pai é, com efeito, ter a seu modo atuado seu complexo de Édipo através das vicissitudes e singularidades pessoais de cada evolução individual (DEBRAY, 1988).

Dizem Thévenot e Naouri (2004, p. 24) que

nos nossos dias, esperar um filho é, na grande maioria dos casos, um momento de intensa felicidade durante o qual os temores pela boa saúde da criança que vai nascer são raramente formulados. O que não nos impede de existir, consciente ou inconscientemente, na cabeça dos pais, pois uma coisa não acontece sem a outra. Dar a vida é também, pela força das coisas, dar a morte,

aceitar projetar-se rumo ao futuro, ser, por sua vez, ‘o primeiro da fila’, se se pode chamar assim, na ordem natural das coisas. Este é o preço a pagar.

Sabe-se que as relações entre a mãe e o bebê no útero foram amplamente influenciadas pelos progressos da tecnologia moderna, tais como: a ecografia, bem como também, pelas possibilidades de punção amniótica e estudos do feto (MAZET; STOLERU, 1990).

O desenvolvimento do diagnóstico pré-natal permitiu detectar numerosas anomalias no decorrer da gravidez e também de acompanhar as gestações que apresentam um risco particular, notadamente por causa dos antecedentes ou da idade materna (DAVID, 2003).

Essa nova medicina do início da vida, no momento da experiência da gravidez pelo casal e da estruturação do bebê imaginário, que coloca em jogo a vida do feto, tem implicações psicológicas diretas. Convém conhecê-las a fim de poder acompanhar o casal nesse percurso (DAVID; TOURNAIRE; SOULÉ, 2004).

Segundo Soubieux e Soulé (2005), as técnicas atuais, que permitem conhecer o feto mais cedo e de entrar em relação com ele, podem favorecer o processo de parentalização, mas igualmente engendrar os efeitos desorganizadores para o psiquismo dos futuros pai e mãe.

O diagnóstico precoce possibilita um planejamento para o tratamento do bebê, período no qual podem compreender melhor sobre a doença do filho e paralelamente expressar e trabalhar os conteúdos emocionais que surgem neste momento (MATTOS; CHAGAS, 2001).

3.1 O BEBÊ, O ULTRA-SOM E OS PAIS

Até duas décadas atrás, o mundo mãe-feto estava totalmente protegido. Era um mundo fantástico, no qual se desenvolvia um novo ser humano único que exigia espera até o parto para conferir as expectativas e desejos da mãe, familiares e médicos. Os avanços tecnológicos, mais especificamente a ultrassonografia obstétrica, permitem com o acompanhamento pré-natal, conhecer o processo que ocorre dentro da mãe, e sua relação íntima com o feto. A aparelhagem cada vez mais sofisticada e qualificada possibilita a obtenção de imagens e movimentos mais refinados, extraordinariamente enriquecedores de aspectos da vida fetal (CARON; FONSECA; KOMPINSKY, 2000). O refinamento dos aparelhos de ultra-som possibilitou a evolução de uma nova área de observação e de pesquisa: os primórdios da percepção e do comportamento fetal (MALDONADO, 1997).

Segundo Fontanges-Darriet (2003, p. 58), “este avanço tecnológico subverteu a apreensão da gravidez e a percepção deste conceito que, de conceito justamente, se tornou imagem, figura, entidade abordável”.

Antes da ultrassonografia a confrontação do bebê imaginário com o bebê real ocorria na ocasião do nascimento. Portanto, o complexo fantasioso do bebê imaginário ia sofrendo uma maturação, uma evolução no decorrer da gestação (CARON; FONSECA; KOMPINSKY, 2000).

Para Fontanges-Darriet (2003), o momento ‘ecográfico’ pertence doravante a este vasto movimento do tempo da gravidez onde se elabora, de maneira complexa, este bebê imaginário prévio ao bebê recém-nascido (real). A ecografia parece, definitivamente, fazer parte integrante da preparação do nascimento.

O ultra-som obstétrico consiste essencialmente na confrontação entre o bebê imaginário e a realidade desse bebê. Essa realidade descrita pelo ultrassonografista reduz

singularmente certas virtualidades do bebê imaginário: o conhecimento do sexo, o peso e o tamanho que terá ao nascer, sua motilidade mais ou menos agitada, sua voracidade (SOUBIEUX; SOULÉ, 2005).

Após a primeira ultrassonografia, os fantasmas sobre o bebê-a-vir estão já, por uma grande parte, descritas. Isto pode facilitar o investimento ou, ao contrário, torná-lo difícil.

Quando a mãe vê o bebê na ecografia, quando ela o sente, é isto que sustenta o bebê imaginário. Quando ela verifica que ele não poderá responder ao mandato transgeracional, ele se torna inútil e mesmo um incômodo, pois é preciso se livrar dele o mais *rápido* (SOUBIEUX; SOULÉ, 2005, p. 38).

A imagem, no ultra-som, tem um duplo aspecto: anatômico (bizarro, incompreensível, misterioso, estranho) e um aspecto de realidade irrecusável: ruídos do coração, do fluxo sanguíneo, perfil da cabeça, movimento dos lábios, etc. Entretanto, essas duas imagens estarão doravante impressas no imaginário parental (SOUBIEUX; SOULÉ, 2005).

A ultrassonografia induz neles o reencontro de duas ressonâncias: uma com o tecido do feto real; a outra com o bebê imaginado, reflexo da história individual, conjugal e geracional dos parentes (MISSIONIER, 2006).

As palavras, as imagens, vão ser tomadas por sua conta pelos pacientes e integradas no processo de representação mental de seu futuro bebê. O impacto das palavras pronunciadas, e talvez, além das palavras, das atitudes, dos silêncios, das mímicas do ultrassonografista também. Pois, paradoxalmente, as mulheres não retêm a imagem, mas muitas vezes o ambiente do exame (FONTANGES-DARRIET, 1997).

Uma mulher grávida, em situação de ecografia e que olha a tela, esforça-se para reencontrar os elementos de parcelas que compõem o seu bebê imaginário como um todo (SOUBIEUX; SOULÉ, 2005).

Segundo Maldonado (1997), a impossibilidade de ver o bebê dentro da barriga aumenta a ansiedade referente ao seu desenvolvimento, originando desejos ou até mesmo sonhos de ‘transparência da barriga’ que permitiriam a visualização do feto. Alguns progressos da tecnologia obstétrica, tais como sonar e a ultrassonografia, conseguem, às vezes, aliviar essa ansiedade, na medida em que descortinam uma imagem auditiva e visual do feto.

No entanto, como sugere Bessis (1980), torna-se necessária uma reflexão multidisciplinar sobre as repercussões psicológicas da ecografia na ‘visualização’ que os pais vão construindo sobre o filho no decorrer da gestação.

A ecografia oferece em todo caso novas possibilidades de figuração às representações do bebê imaginário. A futura mãe o usa de maneira variável. Por exemplo, certas mães demandam ou aceitam a possibilidade de conhecer o sexo de seu bebê antes do nascimento. Outras futuras mães preferem restar diante do mistério e deixar se desenvolverem os frutos da sua imaginação (LEBOVICI; STOLERU, 2003).

Simultaneamente, criou-se uma medicina do feto, medicina essa que solicitou a convergência dos especialistas, obstetras, pediatras, bem como geneticistas, anátomo-patologistas, bioquímicos, radiologistas, etc. e, em torno do feto, se cristalizou esta necessidade de uma criança com boa saúde, perfeita (FONTANGES-DARRIET, 2003).

Com efeito, o feto, propriedade bem guardada da mãe, tornou-se então o pequeno paciente de uma equipe (SOUBIEUX; SOULÉ, 2005).

Destaca Melgaço (2001) também, que é grande o desencontro entre o avanço e a competência da medicina por um lado, e por outro, a limitação e a angústia que enfrentam os médicos e os pacientes ao lidar com os efeitos psíquicos gerados diante das imagens.

É fundamental destacar que a rapidez do encontro mãe-feto através da imagem da tela e o fato de a imagem informar todos os elementos de uma vez só dificultam a preparação, por

parte dos pais, para esse momento; daí a intensidade, a desorganização e a experiência traumática que pode advir. Quando o ultrassonografista empatiza com a paciente, explica com clareza a imagem da tela, ele ameniza o choque do exame ajudando na organização do psiquismo abalado dos pais. Então, o olhar desse profissional favorece o desenvolvimento da função parental, quando ele pode colocar-se no lugar da paciente, utilizando uma linguagem simples, autêntica (CARON; FONSECA; KOMPINSKY, 2000).

A ultrassonografia responde a questões rapidamente, coloca os pais em um instante, diante do desconhecido/conhecido, do que ainda não foi pensado e os faz participar de um jogo desafiador. Os pais são especialmente provocados em sua ambivalência, seus aspectos narcisistas, em seu limiar de frustração e aceitação da realidade. São também desafiados em sua criatividade, flexibilidade, capacidade de reflexão, solução de problemas. As representações mentais da mãe, relacionadas a esse feto, sofrem um impacto diante da imagem que aparece na tela. Algumas mães podem demonstrar uma familiaridade com o exame, descrevendo naturalmente, a morfologia, movimentos do feto. Outras, mostram-se incapazes de ver o feto mesmo quando explicado, contornado pelo ultrassonografista (CARON; FONSECA; KOMPINSKY, 2000).

De fato, os dados concretos, revelados através das imagens ecográficas, interferem em diferentes graus sobre o bebê imaginário de cada mãe. Sabe-se da importância do investimento libidinal da mãe, suas fantasias e expectativas deste bebê para o vínculo e a qualidade da relação da dupla, após o nascimento (CARON; FONSECA; KOMPINSKY, 2000).

Para Soubieux e Soulé (2005, p. 42),

esta imagem constitui um dos momentos-chave do começo da parentalização.

Esta 'imagem de bebê' permite humanizar e atenuar a angústia suscitada

durante o resto da exploração ecográfica por esta ‘reificação’ do produto da cena primitiva.

É importante frisar que o efeito dos dados da ultrassonografia depende da estrutura, história passada, necessidades, conflitos, momento da vida atual, relação com a família, lugar destinado a esse bebê, capacidade de elaboração da mãe de suas representações mentais do feto e cada mãe reage, a sua maneira, às frustrações e gratificações que a ultrassonografia revela, considerando-se especialmente o desejo de ter filho, as representações mentais deste, as fantasias conscientes e inconscientes presentes no caso (CARON; FONSECA; KOMPINSKY, 2000).

Segundo Soubieux e Soulé (2005), as intervenções no interior do ventre da mãe (por exemplo, as punções) podem reativar os ‘fantasmas’ muito arcaicos de ataque, de roubo ou de destruição de seu conteúdo. Os aspectos desconhecidos dos exames são muito inquietantes. A espera dos resultados pode prejudicar as representações do futuro bebê e deixar a via livre aos fantasmas inconscientes que, se eles não são rearticulados na comunicação com um ambiente atento, podem alimentar culpabilidade, agressividade, depressão que engendram pesadas conseqüências sobre a relação futura com a criança.

Os encontros mães-feto e mães-bebê nem sempre favorecem uma individuação adequada. Afetos contraditórios, encontros-desencontros, falta de aceitação desde o início promovem, por vezes, confusões dramáticas que suscitam frustração, raiva, feridas narcísicas em lugar de sentimento de prazer, liberdade e crescimento. Tudo depende de como a grávida vivencia esses processos que, por sua vez sofrem influência de múltiplos fatores externos e internos. A presença do feto dentro do seu útero permite a diferencial do seu corpo e o da sua mãe, onde ele esteve (CARON, FONSECA E KOMPINSKY, 2000).

As reações são inúmeras, variando desde a aceitação, com alegria e realização, ao ódio, a verdadeiras reações traumáticas, nas quais os sentimentos de impotência e desamparo

do ego frente à frustração desconcertam e aniquilam sua capacidade de lidar tanto com a realidade interna quanto externa se impõem. A capacidade de a mãe elaborar diferenças, expectativas frustradas, perdas, é um elemento fundamental que marca a relação com o feto e com o bebê, após o nascimento (CARON, FONSECA E KOMPINSKY, 2000).

O desenvolvimento crescente das técnicas de detecção e das possibilidades diagnósticas acarreta, em retorno, uma exigência crescente dos futuros pais quanto à 'normalidade' de seu filho, abrindo a via do fantasma do filho perfeito. E, por sua vez, este fantasma se une àqueles profissionais que gostariam de fabricar um bebê perfeito (DAVID, 2003).

Para Jerusalinsky (2001, p. 39),

os comunicados de diagnósticos precoces comportam algo de inevitavelmente traumático, porém, efeitos bastante mais devastadores geralmente ocorrem quando, diante da angústia que tal comunicado desperta, os médicos ou agentes de saúde tentam recobrir a irrupção do real provocada pelo diagnóstico com suas próprias versões imaginárias acerca do futuro de um bebê.

Segundo Soubieux e Soulé (2005), as anomalias do feto criam uma ferida narcísica profunda na mãe e no pai, pois o produto de seu poder gerador é imperfeito. Suas culpabilidades edipianas (querer o bebê da mãe) são, então, revividas. Eles podem ter a impressão que a mãe arcaica que eles queriam desapossar de seu poder se vingou e atentou gravemente contra o seu futuro bebê. Para esses autores, os fantasmas análogos atuam também profundamente no ultrassonografista.

Afinal, antes de ser um profissional, o ultrassonografista é um sujeito que também pertence a sua própria malha grupal familiar, com sua história de vida, experiências, incertezas, etc.

É preciso se levar em conta a ferida narcísica que o bebê com anomalia representa para os pais, pois eles vivem nesse traumatismo, uma efração de sua própria imagem do corpo. E tomar em consideração essa ferida narcísica e sua evolução é importante para o desenrolar ulterior da gravidez (DAVID; TOURNAIRE; SOULÉ, 2004).

Soler (2005) indaga a respeito do que deve sentir então o bebê no útero, quando há a descoberta de uma anomalia. Ele era um objeto 'admirável'; e de repente, se torna um objeto inquietante. Sua existência era motivo de alegrias e tornou-se fonte de inquietação, afetado negativamente. Para o autor ele se encontra, pois, um pouco *abandonado*. Seus pais podem nutrir sentimentos negativos, hostis; mortíferos mesmo.

3.2 O BEBÊ 'IMPERFEITO', O DIAGNÓSTICO PRÉ-NATAL E OS PAIS

O nascimento é acompanhado por angústias e por um remanejamento psíquico profundo na família. Traz para os pais seu próprio passado, suas vivências como bebê. Existe também um trabalho de luto junto ao nascimento: o luto pelo bebê imaginário. No caso de um nascimento prematuro, ou de um nascimento acompanhado de malformação ou doença grave, o bebê da incubadora não corresponde em nada ao bebê idealizado na gravidez. O desafio imposto aos pais, então, é maior, pois, além do luto pelo bebê imaginário, existe o luto pelo bebê real, que corre risco de vida ou está com sua morte anunciada (WIRTH, 2000).

Sabe-se que durante o processo gestacional, mãe e pai elaboram uma imagem mental de seu filho e uma das primeiras dificuldades desses pais é resolver a discrepância entre essa imagem idealizada e o aspecto do bebê de verdade. A discrepância é ainda maior se a criança nasce com uma malformação fetal, bem como a ativação de mecanismos adaptativos (BARTILOTTI, 2002).

Glat (1996) aponta para o fato de que, quando um casal espera a chegada de um filho, existem várias expectativas e fantasias a respeito da criança. Nenhum pai espera que esse filho nasça com uma deficiência. Assim, no momento em que se descobre que o filho apresenta alguma, instala-se uma crise familiar. Surge nesses pais o sentimento de ambivalência: amor ou ódio, certo ou errado, bom ou mau. Eles têm de suportar toda a sobrecarga emocional do choque da descoberta, o desespero, o desapontamento e o medo do futuro desconhecido e não programado. Esses pais começam a sentir-se culpados achando que não amam o filho e que o estão rejeitando.

O anúncio de uma anomalia provoca freqüentemente um traumatismo psíquico na mãe e no casal, com repercussões importantes na família (DAVID; TOURNAIRE; SOULÉ, 2004), bem como , segundo Soubieux e Soulé (2005), na equipe médica e em particular e também provável, para o ultrassonografista que faz esta descoberta e deve transmiti-la.

Como salienta Soussan (2005, p. 60),

quando há um anúncio de uma deficiência, malformação, de uma doença grave ou letal, no pré-natal, no nascimento ou em torno dele, o efeito traumático dessas revelações vem siderar os pais, paralisar seus pensamentos, congelar seus imaginários e a incapacidade de elaboração testemunha bem o poder de desligamento desta experiência. Nesses tempos de efusão narcísica, de vulnerabilidade parental, a irrupção repentina deste fato pode, às vezes, levar este bebê imaginário para muito longe, por lugares desérticos pela vida.

Esses anúncios projetam esses pais e seus próximos num mundo subvertido e subversivo onde seus bebês imaginários não têm grande lugar, tanto que estão ocupados seus espíritos e mobilizada as suas afetividades. É uma verdadeira interrupção do fantasma, amputação da carga imaginária, mas que, em nenhum caso, se pode dizer que seja voluntária (SOUSSAN, 2005).

O anúncio da anomalia, vivido como uma ferida e uma humilhação é, a princípio, um cataclisma emocional ao qual é difícil de se subtrair. O sonho do bebê é quebrado. Morte ou enfermidade estão muito próximas (GOURAND, 2003).

O momento do anúncio é para os pais um choque de uma extrema brutalidade; a equipe médica os faz submergir brutalmente da espera de uma criança para a perda desta mesma criança. Este momento é extremamente doloroso, onde eles se sentem investidos de um poder de vida ou de morte sobre seu bebê (AUTHIER-ROUX, 1998).

O momento da notícia, pelo obstetra ou a enfermeira, por exemplo, da morte espontânea de um bebê *in utero*, provoca um choque em razão da brutalidade do acontecimento do fato obstétrico com um casal que, em geral, não estava preparado. E mesmo, os pais vivem muitas vezes o anúncio do diagnóstico da doença ou da malformação grave da criança como um desaparecimento imediato do bebê (DUMOULIN, 2003).

Quando o feto apresenta uma patologia, as turbulências psíquicas encontradas habitualmente durante a gravidez são aumentadas e afetam principalmente os registros do narcisismo, do vivido corporal, do processo de parentalização e as relações precoces pais-bebê (SOUBIEUX; SOULÉ, 2005).

No caso de doenças somáticas e deficiências, seu anúncio constitui uma ferida narcísica que eles interpretam frequentemente como uma ‘punição’, uma ‘sentença’, uma ‘sanção’ (BÉNONY, 2000). Intensos sentimentos de culpabilidade os invadem, a afiliação do bebê a sua cultura, a sua família, é colocada em xeque (BÉNONY; GOLSE, 2005).

Soulé e Soubieux (2003) ressaltam que quando a medicina fetal intervém no curso de uma gravidez, assiste-se a um atraso na escolha do nome e se a gravidez estiver mais avançada, a uma troca de nomes, bem como um desinvestimento ultra-rápido do feto.

Assim, não devemos nos surpreender que um recém-nascido malformado seja um golpe para os pais e para todos os que participam de sua chegada ao mundo. Muitas

investigações revelam que uma criança com anomalias desencadeia significativa crise familiar; porém, até hoje, não se conhece como se cria o apego dos pais por um recém-nascido malformado, nem como se adaptam ao fato (BARTILOTTI, 2002).

A deficiência do filho coloca a família frente a uma série de emoções de luto pela perda da criança saudável que esperava. Apresenta, por isso, sentimentos de desvalia por ter sido escolhida para viver essa experiência dolorosa (ASSUMPCÃO JR.; SPROVIERI, 2000).

Os pais são confrontados com o trabalho psíquico de aceitar que a criança fantasmática e imaginária foi substituída por esta criança real. A reação dos pais e sua maior ou menor dificuldade em se apegar à criança variam segundo a malformação e principalmente ao fato de que ela seja ou não visível, que ameace ou não a vida da criança, que outros membros da família sejam ou não afetados e que implique ou não em hospitalizações repetidas (MAZET; STOLERU, 1990), porém, mesmo se a anomalia da criança é interna, não visível e curável, ela também inflige aos pais uma ferida narcísica profunda, fonte de depressão (SOUBIEUX; SOULÉ, 2005).

Segundo Puget (2000, p. 80), “toda marca, seja esta privada-singular ou pública-social é susceptível de uma dupla inscrição: aquela correspondente à singularidade de um sujeito e a correspondente ao vínculo seja este familiar ou social”.

Este processo sofre interferências significativas no caso de bebês prematuros ou malformados. Assim, a primeira ameaça enfrentada pelos pais diz respeito ao luto ou a um movimento contra uma reação de luto (GANDRA, 2002).

O nascimento de uma criança deficiente propicia o aparecimento de sentimentos e questionamentos nos pais, uma vez que ocasiona a quebra de projetos existenciais, de fantasias de continuidade e de realização (ASSUMPCÃO JR.; SPROVIERI, 2000).

Quando a criança apresenta uma patologia grave, as mães não sabem mais como pensar nesse feto que elas vão, talvez, ser obrigadas a se separar. Elas se interditam de entrar

no processo de maternidade e tentam limitar o investimento libidinal de seus bebês a fim de tornar o luto menos doloroso (SOUBIEUX; SOULÉ, 2005).

Segundo Assumpção Jr. e Sprovieri (2000), as relações familiares são naturalmente afetadas quando um elemento de seu grupo apresenta a deficiência. As limitações vivenciadas frente a ela levam a família a experimentar alguns tipos de limitação permanente visualizados na capacidade adaptativa ao longo do desenvolvimento.

Como ressalta Carmignani (2005, p. 87),

o que antes era um presente que preencheria todos os vazios da vida dos pais, agora aparece como uma realidade na qual, além de não reparar esses sonhos perdidos, vai, ao contrário, renovar os traumatismos e as insatisfações anteriores.

A deficiência da criança provoca uma descontinuidade nas representações parentais, descontinuidade entre o bebê esperado e o bebê presente. Todo o trabalho dos pais consiste, para além da deficiência desta criança, a fazer emergir um 'pequeno ser humano'. Trata-se para eles de 'adotar' este bebê. Num nascimento normal, é suficiente passar das representações do bebê imaginário da gravidez ao bebê presente, a questão da humanização de bebê se coloca, lá, bem anteriormente ao seu nascimento (ROY; VISIER, 2004).

Segundo Quayle (1997), há um fator importante que merece ser considerado: a perda do filho idealizado ou seja, o luto pelo que está vivo – e diferente do que se esperava. O filho real, com seus problemas, difere do filho idealizado e não mais preenche o papel que lhe era destinado no cenário familiar. Não será mais o filho perfeito, sonhado passaporte dos pais para a plenitude pessoal, a gratificação e a felicidade.

Interessantemente, Mattos e Chagas (2001) ressaltam que um filho remete os pais ao próprio narcisismo destes, percebidos através dos planos e projetos de vida idealizados para a criança antes mesmo de nascer. Um diagnóstico de cardiopatia congênita, por exemplo, vem

interromper e modificar o investimento dos pais em relação ao filho pela decepção e dor de não terem gerado um filho perfeito, ou seja, aquele que iria realizar os sonhos deles. Salientando-se ainda que, o coração como órgão símbolo dos afetos, propicia, segundo os autores, correlações com a causa do problema a raivas ou aborrecimentos vivenciados durante a gestação.

Segundo Wirth (2000), num nascimento com problemas, a reprovação do meio, se não é expressa, é sempre latente. A mãe vive uma ferida narcísica profunda diante do seu fracasso, sofre de culpa expressa ou não, e não pode se proteger com uma fusão com o bebê. À medida que ela não sabe o que aconteceu, cria hipóteses onde se segura. Ela precisa saber que existem coisas que acontecem e não são culpa dela, nem do bebê, nem de ninguém.

Os pais anseiam ‘a criança perfeita’, que seja saudável, vigorosa, esperta e cheia de energia, o suficiente para efetivar os seus sonhos não realizados. Quando uma criança nasce com alguma inabilidade, estes sonhos e fantasias podem morrer de uma forma dolorosa (ASSUMPÇÃO JR.; SPROVIERI, 2000).

Entende Maldonado (1997, p. 53) que, para esses pais “ter filhos sadios representa, no nível emocional, ganhar um prêmio; não ter filhos (em consequência de esterilidade ou infertilidade), ter filhos malformados ou doentes representa castigo”.

A situação de depressão da mãe, bem como o diagnóstico de malformação congênita, coloca os pais e a equipe (ultrassonografista, obstetra, enfermeiros, terapeuta) num confronto direto com seu narcisismo e sua ambivalência pelo feto ou natimorto, em especial com seu sentimento de ódio, que deve ser profundamente reprimido. Este processo que atinge a todos, em diversos e diferentes graus, alimenta a culpa e processos defensivos primitivos que dificultam a elaboração das perdas (CARON, 2000).

Salientam Assumpção Jr. e Sprovieri (2000, p. 124) que

como seres humanos, temos algumas alternativas diante das dificuldades. Podemos entrar em contato com nossos problemas e sentimentos, aceitá-los e trabalhar com nossa realidade. No entanto, podemos negar sua existência e excluí-los da nossa vivência. Nesta última escolha, reprimimos os sentimentos e mantemos a situação sob controle.

Do mesmo modo, a intensidade e a metabolização do choque da revelação aos pais de uma anomalia real, da mais leve a mais grave, dependerão, em parte, da natureza de suas vivências psíquicas pré-natais cujos temores de malformações são uma das testemunhas privilegiadas (MISSONIER, 2004).

Perguntar-se se os pais dispõem, durante o período da gravidez, de um lugar propício ao acolhimento e elaboração preventiva desta angústia, parece primordial (MISSONIER, 2004).

3.3 AS REPERCUSSÕES EMOCIONAIS NOS PAIS FRENTE AO DIAGNÓSTICO PRÉ-NATAL

O parto prematuro e a malformação são inesperados. São situações traumáticas. O ego precisa graduar o impacto dessas situações para não desmoronar. Nesses casos de ameaça à vida, ele lança mão de mecanismos de defesa muito primitivos, tais como a negação, a dissociação e a projeção. São meios de que o ego dispõe para manter seu equilíbrio. Esses mecanismos estão presentes tanto nos pais, como na equipe (WIRTH, 2000).

A morte *in utero*, a interrupção de uma gestação praticada por motivos terapêuticos, a decisão de matar um feto são dramas e catástrofes que, sob o efeito da decepção inevitável, provocam profundas regressões (SIROL, 1999).

Cada um dos protagonistas vai reagir diferentemente em função de sua própria história, de suas representações pessoais, dos mitos familiares e de traumatismos antigos enterrados que são revividos por estas situações (SOUBIEUX; SOULÉ, 2005).

Certos médicos remarcam que a maior parte dos pais prefere não olhar a tela, quando lhes é anunciada uma anomalia; eles se fazem explicar o problema após o exame. Para aqueles que demandam ver, é uma fonte de angústia e de tristeza imensas (SOLER, 2005).

Os pais são tomados pelo inesperado da situação. O uso da negação em muitos casos é necessário, desde que não impeça os cuidados necessários (WIRTH, 2000).

Segundo Mazet e Stoleru (1990, p. 275),

a revelação do diagnóstico é causa de um período de crise na família. É comum observar reações de negação. Depois, podem-se manifestar, às vezes, cólera e culpa; a cólera é às vezes dirigida para o pessoal médico, a culpa pode se referir à ‘responsabilidade’ do genitor na transmissão hereditária da doença, quer esta transmissão seja real, quer seja unicamente uma fantasia dele. A seguir, nos casos favoráveis, continuam um trabalho comparável ao trabalho de luto – o luto da criança sadia que correspondia aos desejos parentais – e os pais podem, progressivamente, aceitar a doença ou a deficiência do lactente; esta aceitação pelos pais é sem dúvida essencial, porque ela vai influenciar consideravelmente a aceitação da doença pelo lactente e depois pela criança pequena.

Os pais, para lutarem contra a depressão, elaboram defesas: a denegação com recusa do diagnóstico, a revolta contra a equipe médica, a rejeição à criança, o isolamento familiar, a superproteção da criança; “eles podem, seguindo sua pertença cultural e religiosa, dar um sentido a esta dolorosa e longa prova” (BÉNONY; GOLSE, 2005, p. 92).

Para tentar escapar da depressão, os pais vão elaborar defesas algumas das quais serão imediatas e outras de aparição progressiva. Segundo Roy e Visier (2004) essas defesas atuam num plano individual e num plano sociológico. No plano individual, observa-se a denegação com a recusa do diagnóstico; a revolta contra o médico, contra a equipe médica; a rejeição do bebê com recusa em vê-lo, evocação da eutanásia; superproteção do bebê por um dos pais em detrimento do outro, e até mesmo, da fratria; o isolamento. No plano sociológico, os pais podem se apoiar sobre um ideal (religioso, por exemplo) para dar um novo sentido a esta prova e/ou a adesão a uma associação para tentar compensar de maneira ativa e compartilhar o sofrimento.

Irvin e col (1978) ressaltam que existe uma evolução no tempo das reações dos pais frente à doença do filho, que possui variações individuais e essa adaptação se dá por fases. Segundo esses autores, o primeiro período é um período de *choque* psicológico, durante o qual o comportamento pode se tornar um tanto irracional; é o período de aflição e de confusão, pode haver uma intensa necessidade de fuga diante da situação. Caracterizada, sobretudo, por muito choro, sensação de impotência e vontade de desaparecer. O segundo período é o da *denegação*: os pais têm tendência a pôr em dúvida a realidade do que lhe foi anunciado; caracterizada por não admitirem o recém-nascido malformado como fato consumado. Se a malformação não for visível, poderão esperar que o médico tenha se enganado, imaginando que houve um erro nos exames complementares e que de fato é de um outro bebê que se trata. O terceiro estágio é o da *cólera*, da *ansiedade* e da *tristeza*. Essa fase é caracterizada pela mescla destes sentimentos. Alguns, inicialmente sentem raiva, não raro, voltada a Deus e à equipe de saúde. A tristeza parece ser a reação mais forte desta etapa. Os pais choram muito, ficam significativamente calados e distantes. A ansiedade é intensa, dificultando o contato físico e emocional e acarretando perturbações iniciais referentes ao apego com os filhos. Os pais podem sentir-se culpados e responsáveis pela malformação, a

relacionar com certo comportamento que tiveram durante a gestação (consumo de tabaco, álcool, drogas, etc.). Podem também ter um profundo sentimento de injustiça e sobretudo viver um período de mágoa profunda e duradoura. No quarto estágio, os pais tendem para um estado de *equilíbrio*, as reações afetivas de tristeza, cólera e angústia diminuem – sem desaparecer – os pais têm mais confiança em suas capacidades de cuidar da criança tal como ela é. É caracterizado por atenuação gradual das emoções anteriores. Os pais sentem-se mais tranquilos e confiantes em sua capacidade de cuidar do bebê. Esta etapa, bem como as demais, pode ser alcançada em semanas ou meses e, às vezes, a adaptação nunca chega a ser completa. O quinto estágio é o estágio de *reorganização*: os pais reorganizam sua existência, sua vida de casal e familiar de maneira duradoura, em função das necessidades da criança. É caracterizado pelo fato de os pais assumirem a responsabilidade pelos problemas de seu filho. Neste momento, é necessário que eles se apoiem mutuamente. Entretanto, esta etapa algumas vezes é retardada, porque as anteriores favoreceram uma crise na relação, afastando o casal.

Para Mazet e Stoleru (1990, p.272),

nem todos os casais podem descrever esta evolução. Em compensação, todos os pais são confrontados para efetuar um *trabalho de luto*, luto do bebê do qual antecipavam a chegada; a criação de um laço de apego com o recém-nascido real se dá com a progressão do trabalho de luto da criança esperada. A dificuldade em aceitar a criança malformada é acompanhada de sentimentos que podem ser origem de uma preocupação constante e de uma polarização exclusiva em volta dessa criança, em detrimento dos demais filhos da família.

O trabalho de luto e a constituição de uma relação com a criança são grandemente facilitados, se a relação conjugal for de boa qualidade e se o impacto psico-afetivo puder ser partilhado pelo casal. Inversamente, particularmente vulneráveis são as mães que se

confrontam com esta crise estando sozinhas e submetidas a outras dificuldades psicológicas ou sócio-profissionais (MAZET; STOLERU, 1990).

Freud (1914), em *'Luto e Melancolia'*, escreve que no luto necessita-se de tempo para que o domínio do teste de realidade seja levado a efeito em detalhe. Só assim o ego consegue libertar sua energia do objeto perdido. Cada uma das lembranças e situações que demonstram a ligação ao objeto perdido se defronta com o veredicto da realidade, o objeto não existe mais. É um trabalho lento e gradual. O objeto perdido tanto pode ser por morte, como pela perda de um ideal.

Individualmente, a função do luto é permitir o reconhecimento da perda como condição real, presente e irrecuperável. É preciso permitir a manifestação de sentimentos variados que afloram, deixando a pessoa confusa e diferente do seu habitual; esse é um exercício difícil e sofrido e lidar com o luto exige uma revisão de diferentes aspectos da vida social pessoal, conjugal, familiar e social (OLIVEIRA, 2006). As formas de viver o luto podem ser diferentes na capacidade de expressão, no tempo de elaboração, nos sentimentos e nos recursos de enfrentamento envolvidos, assim como na capacidade de receber suporte externo e confiar nele (PARKES, 1998).

O luto tem uma missão psíquica muito específica a efetuar; sua função é desligar dos mortos as lembranças e as esperanças dos sobreviventes. Quando isso é conseguido, o sofrimento diminui e, com ele, o remorso e as autocensuras e, conseqüentemente, também o medo dos demônios (FREUD, 1913, 1999).

A angústia parental pode também se traduzir sob a forma de uma permissividade exagerada frente à criança; então a ausência ou a indefinição dos limites nas atitudes educativas tendem a induzir perturbações no desenvolvimento pulsional, em particular o das tendências agressivas (MAZET; STOLERU, 1990).

As necessidades de amor e segurança das crianças afetadas ficam igualmente insatisfeitas quando os pais, não podendo realizar o processo de luto, não aceitam a doença ou a deficiência da criança, considerando-a como um fardo e que a doença do bebê – e o próprio bebê – ficam por isso associados a sentimentos de decepção e de cólera (MAZET; STOLERU, 1990).

Com o diagnóstico pré-natal, nós estamos no mundo da anomalia, da anormalidade, porta de angústia. Como não pensar nesses pais que esperam os resultados, sua ansiedade, que abandonam o bebê *in utero*, pois não conseguem mais contatá-lo afetivamente, os sentimentos negativos que eles nutrem no seu lugar (SOLER, 2005).

Capítulo 4

A mãe precisa do estímulo do bebê, do seu olhar, que este a queira para despertar seu interesse. Para que a mãe invista no bebê, este deve investi-la com os seus gritos, com o seu olhar e com a sua presença
(Ângela Fleck Wirth)

A psicopatologia do laço pais-bebê

Segundo Silva (2003), os laços parentais constituem o umbral a partir do qual se constrói o processo de subjetivação, a vida psíquica da criança, que, por sua vez, constitui-se pela maneira com que os pais lançam seus cuidados a seu filho, para além da simples parentalidade biológica. O vir-a-ser pai ou mãe supõe o fato de reencontrar aquilo que tenha recebido de seus próprios pais e que o transmitirá a seus filhos.

Os estudos sobre a parentalização têm sobretudo dado conta da evolução das relações precoces com um bebê imaginário e, de outra parte, das relações a partir do nascimento do bebê. E a ecografia pode ser considerada uma etapa fundadora da parentalização (SOUBIEUX; SOULÉ, 2005).

Em certos casos, a existência de uma suspeita acarretará mais tarde perturbações nas relações precoces pais-bebê ou ressurgirá na menor dificuldade de evolução da criança: apego inseguro, preocupações excessivas concernentes à saúde, transtornos psicossomáticos,

depressão materna, pois o impacto das revelações negativas atuais subverte as bases dessas relações pós-natais (SOUBIEUX; SOULÉ, 2005).

Como afirma Jerusalinsky (2001, p. 38),

se por um lado há uma limitação presente no organismo do recém-nascido, e por outro lado a sobredeterminação simbólica da estrutura parental na qual o bebê é recebido, há ainda um terceiro aspecto a considerar: as conseqüências que os diagnósticos e intervenções podem ter num tempo tão precoce em que o laço pais-bebê ainda está sendo estabelecido e, por isso mesmo, se caracterizam por ser extremamente suscetível às atribuições e diferentes dizeres de médicos e clínicos.

O adulto traz na sua história de interações todas as capacidades de sintonização e harmonização dos afetos, toda história (principalmente infantil) e todo o peso de sua personalidade, mas também todo impacto que essa criança particular ocupa no seio de seu mundo representacional (daí a observação que cada adulto cuida da criança de uma forma distinta). A natureza das projeções que o adulto efetua sobre a criança depende então, em grande parte, desses elementos e de sua capacidade de manter uma relação presente com suas próprias partes infantis (GOLSE, 2003).

Com efeito, através das novas técnicas que concretizam as representações maternas, a ambivalência do desejo de uma criança se revela com o risco de uma rejeição da criança (SOUBIEUX; SOULÉ, 2005).

Sabemos que as palavras proferidas destinam lugares para as crianças, essas primeiras palavras ditas à mãe, e pela mãe ao filho são fundamentais. Para Battikha (2001), o bebê pode vir a ficar aderido ao diagnóstico, igualado à deficiência, e tratado como objeto parcial da cura.

As inúmeras pesquisas dos fatores de risco se verificam ansiógenas para os pais e para os profissionais eles próprios, com um risco de alteração da qualidade dos laços entre os pais e os cuidadores e/ou da qualidade dos laços afetivos entre os pais e o bebê (CESBRON, 2003).

Entretanto, o diagnóstico pré-natal existe, ele se aperfeiçoa a cada dia e permite, num grande número de casos, detectar e tratar as patologias fetais. Parece ser indispensável, então, agora, refletir sobre os meios de tomar em conta esses diferentes aspectos (SOUBIEUX; SOULÉ, 2005).

4.1 ASPECTOS CONCEITUAIS ACERCA DO VÍNCULO

Segundo Wajntal (2001, p. 167), “sobre o organismo se constrói um psiquismo e um corpo cujos funcionamentos dependerão um do outro e de uma função inaugurada nas relações precoces do indivíduo com o próximo”.

A palavra vínculo, laço, remete-nos a inúmeras situações. O conceito de vínculo é “tudo o que ata, liga ou aperta” ou também, “relação, subordinação”. (MICHAELLIS, 1995, p. 831). Um dos conceitos de laço é “aliança, compromisso, liga” (MICHAELLIS, 1995, p. 455). Quando estamos vinculados, somos co-responsáveis pelo que acontece na relação, significa atribuir ao profissional a sua responsabilidade pelo sucesso ou fracasso do atendimento, do ponto de vista relacional (JACOB, 2006).

Segundo Bénony e Golse (2005, p. 77),

sob o termo laço, vínculo, faz-se referência, na realidade, à questão da diferenciação *extrapsíquica* (acesso à intersubjetividade) que se encontra diretamente ligada à organização das ligações entre os objetos internos. É trabalhando os laços entre os objetos no nível de suas representações mentais

(ou proto-representações) que o bebê especifica seus laços com os objetos externos mas, ao mesmo tempo, é assinalando seus diferentes objetos externos que ele pode apurar a organização de seus laços internos (diferenciação *intrapsíquica*).

É preciso levar em conta o vínculo que, desde a gestação, a mãe pode manter com seu bebê: conscientemente ou inconscientemente, a maneira que ela se prepara para acolhê-lo, que ela funda seu lugar, como pessoa diferente, em seu mundo interior (RELIER, 1993).

Afirma Maldonado (1992, p. 209) que

um vínculo básico de ódio e de rejeição, por sua vez, pode estimular o surgimento da imagem de um bebê mau e aterrorizador, que vai acabar com a saúde e com a própria vida da mãe. A sensação de carregar dentro de si um ser maléfico pode expressar não só por meio de sonhos e de fantasias, mas também por sintomas tais como: falta de ar, dores no baixo ventre, mal-estar generalizado, falta de ânimo e extremo cansaço até mesmo nas tarefas rotineiras do cotidiano. O crescimento do ventre, ao invés de proporcionar alegria e tranquilidade, gera o terror de ver o inimigo se avolumando e, muitas vezes, o desejo de arrancá-lo lá de dentro, se possível prematuramente.

A estruturação psíquica do bebê se constrói simultaneamente a uma reestruturação da mãe, dos pais. Se a experiência com a gravidez, parto e puerpério, junto com a reativação da história e conflitos pessoais da mãe, permitir-lhe uma maior tolerância e flexibilidade frente às perdas, separações e incompletudes, ela progride na lenta aquisição da feminilidade e conseguirá relacionar-se com seu bebê real separado e fora dela, com paciência e amor (CARON, 2000).

Como salienta Teperman (2005, p. 148),

é a partir do laço com o Outro que um sujeito pode advir. Este laço – e conseqüentemente a constituição do sujeito – pode estar dificultado por um limite orgânico que a criança apresenta, mas não necessariamente o limite orgânico é um entrave para o sujeito.

Segundo Szejer (1999, p. 79), “a criança já está construída no vínculo, e que é da preservação desse vínculo ao nascer que depende sua eclosão”.

4.2 A PSICOPATOLOGIA DA GRAVIDEZ - O LAÇO EM PERIGO

Habitada, durante 40 semanas de gestação, por um organismo em desenvolvimento, estrangeiro e familiar por sua vez, parte indissociável dela mesma, a futura mãe vai constituir com seu feto um laço de influência e de dependência recíprocas. O desenvolvimento desse laço vai depender dos jogos inegáveis de três fatores: a organização progressiva das capacidades sensoriais do feto, a intensidade mais ou menos grande das percepções sensoriais endossomáticas que assaltam a mulher grávida desde os primeiros meses e a aceleração de sua vida psíquica (BYDLOWSKY, 2004).

O estado materno, constituído por sentimentos de amor e ódio, fantasias, expectativas em relação a seu bebê, é determinante, junto com o ambiente que o cerca e o potencial inato do bebê para o desenvolvimento, na natureza do vínculo que vai se estabelecer entre ele e sua mãe (MARTINI, 2000).

Segundo Soubieux e Soulé (2005), todo objeto é investido no quadro de uma ambivalência, ou seja, com sentimentos positivos, mas também com sentimentos negativos violentos que vão até um desejo de destruição. Toda mãe investe, pois, seu bebê no quadro de uma ambivalência. Muito rapidamente, os mecanismos psíquicos vão lhe permitir conter,

recalcar, desviar seus sentimentos de ódio e resta o amor maternal que é, no melhor dos casos, exclusivamente positivo.

O feto, precursor do bebê, é investido igualmente na ambivalência. É notável ver que ele pode ser desinvestido ou objeto de um ódio assim que ele vem faltar com seus 'deveres', ou seja, assim que ele cessa de ser um objeto sobre o qual é possível projetar seu bebê imaginário e um ser que será capaz de preencher seu mandato transgeracional e de responder às expectativas maternal e paternal. O feto, que até este momento, era investido como precursor do futuro bebê, e se beneficiava desses mesmos investimentos positivos, cessa de ser este suporte. Com efeito, em razão das graves imperfeições, ele não aparece mais como capaz de assegurar o mandato transgeracional e de se tornar um parceiro para seus pais (SOUBIEUX; SOULÉ, 2005).

As mães descrevem bem que o feto, depois recém-nascido, é percebido como parte delas mesmas, no nível psíquico e somático. Esta relativa indistinção é o fundamento das projeções – freqüentemente massivas – que a mãe opera sobre o bebê, fazendo deste último, receptáculo de conteúdos psíquicos maternos. O futuro dessas projeções vai depender de vários fatores: o grau de recalque e de clivagem desses conteúdos psíquicos; do reforço dessas projeções por materializações do bebê que tendem a confirmá-las e pelas atitudes da mãe que tendem a substantificar e confirmar essas projeções; a capacidade do bebê de desmentir – ao contrário de validar - essas projeções (por suas características próprias). Esta conjunção de fatores dá uma originalidade particular ao funcionamento psíquico da mãe e do bebê em idade precoce, assim como as suas patologias respectivas (KREISLER; CRAMER, 2004).

Como afirma Verny (1993, p. 5),

a criança, antes do nascimento, é um ser dotado de sentimentos, de lembranças e de consciência. E porque ele é assim, tudo o que lhe acontece nos nove meses que separam o momento da concepção do nascimento tem

uma importância capital na formação e na estruturação da personalidade, da libido e dos impulsos.

Para se construir, para nascer e para crescer, mesmo os bebês têm necessidade de uma história – e não somente de uma história biológica ou genética, mas também de uma história relacional (GOLSE, 2003).

Mesmo nas relações parentais biológicas, o vínculo entre pais e filhos é construído no âmbito relacional; assim, a herança genética em si não garante uma relação parental saudável.

Para a criança, a identificação à mãe constrói sua primeira imagem narcísica. O bebê se ama da maneira que ele ama sua mãe. Crescendo, a criança se identifica às palavras da mãe e faz seu o discurso dela, seja positivo ou negativo (RIALLAND, 1994).

Zibini e Vasconcellos (2006) acreditam que a filiação se estabeleça a partir das relações e significados atribuídos à criança, os quais irão favorecer ou não seu pertencimento a um determinado núcleo familiar. Desse modo, entendem que filho “é aquele que pertence e que está inserido no espaço psíquico dos pais” (ZIBINI; VASCONCELLOS, 2006, p. 245).

Para Soler (2005), as violências que afetam a mãe grávida podem, qual seja a forma, deixar engramas negativos no bebê. O engrama, do latim *grammae* ‘letras, caracteres’, designa uma memória em longo prazo do vivido. O engrama pode ser positivo ou negativo e constitui um saber, mesmo se ele é ignorado conscientemente (SOLER, 2005).

A tonalidade emocional da relação que a mãe estabelece com seu companheiro também se repercute sobre o bebê deles (SOLER, 2005). Uma relação ruim do casal constitui uma das causas essenciais dos desgastes físicos e afetivos sentidos pela criança antes do nascimento (VERNY, 1993). Uma relação mãe-criança, forte e afetivamente rica, pode proteger o feto contra as agressões, mesmo as mais traumatizantes (VERNY, 1993).

O pai, então, na dinâmica do investimento materno, tem um peso necessário e constante. Numerosas observações da psicopatologia do bebê demonstram a intervenção do

pai, não somente mediada pela mãe, mas direta, mais freqüente do que se diz (KREISLER; CRAMER, 2004).

Ele introduz a diferença nas trocas entre mãe e criança, contextualiza e enquadra essas interações, ao mesmo tempo em que representa uma separação no binômio mãe-bebê. Em relação à diferença da ligação maternal, a ligação parental é marcada por um ato de reconhecimento, um ato de vontade. A mãe reconhece o pai e este, por vir a ser pai, reconhecerá a criança e se associará na sua linhagem. Para o homem, a passagem do *status* de genitor ao de pai pode ser considerada um ato de nascimento social, um ato da cultura (MENENDEZ et al, 2004).

Distância e diferença são elementos fundadores do psiquismo da criança no qual o pai intervém de maneira muito ativa. Ele é propulsor do desenvolvimento, da socialização e da simbolização; o pai, com sua empatia, pode antecipar as necessidades da sua criança e lhe dar uma base de segurança para ajudá-la a ter acesso à cultura. É um caminho que leva da filiação à afiliação com o bebê (MENENDEZ et al, 2004).

O nascimento do bebê inaugura uma nova etapa nessa relação, dando uma nova dimensão ao apego – agora não é mais o filho idealizado, mas o bebê real. A esta passagem segue-se a formação de um vínculo entre duas pessoas com as características próprias de cada uma (GANDRA, 2002).

Dentro da dimensão imaginária, os dois pais dividem de maneira latente e manifesta suas ilusões e expectativas em relação a um próximo bebê. A mulher torna-se para o homem uma mulher grávida. A gravidez é resultado da proximidade e do projeto da vida em comum do casal (MENENDEZ et al, 2004).

Di Loreto (2004) complementa ao dizer que a psicopatogênese (origem e construção das moléstias da mente) – ou sua ausência – depende de toda uma rede de vínculos, da ação e interação de todos que a constituem, sendo que o vínculo primordial é aquele que antecede

aos filhos, a relação mãe-pai. Este autor coloca que o casal marital, com suas expectativas em relação a eles mesmos, seus fantasmas, etc. podem ser geradores de psicopatologias e sintomas em seus filhos. É o que ele chama de *vias reflexas*.

Portanto, pode-se dizer que as manifestações psicopatológicas precoces dos distúrbios do contato afetivo são índices de que a função representativa dada pelo outro não pôde se estabelecer satisfatoriamente, não inaugurando, assim, a instauração do aparelho psíquico e do corpo do sujeito (WAJNTAL, 2001).

Guyotat (1978) compreende a psicopatologia da gravidez como a impossibilidade de articulação de três registros: criança-duplo da mãe; criança imaginária dos desejos infantis; criança de um outro, criança atual que se inscreve numa filiação. Entende ainda que as perturbações e segredos da 'filiação' têm importante papel nas psicoses puerperais.

Uma mulher grávida tem um passado, uma personalidade e uma série de hábitos enraizados. Quando este Eu é ameaçado de maneira imprevista, ou quando seus hábitos têm que se modificar devido a pressões emocionais da gravidez, existe perigo (VERNY, 1993).

Quando, em decorrência de uma enfermidade, o bebê não responde ao investimento materno, ou a mãe, abalada por esta enfermidade, não responde às manifestações de seu filho, o vínculo entre ambos fica ameaçado e com ele, o desenvolvimento aludido (MARTINI, 2000).

Segundo Canault (2001), toda ruptura da díade expõe a criança a regredir às imagens as mais arcaicas, aquelas do estado fetal, a fim de reencontrar seu sentimento de si, e sua *segurança de base*. O risco que ela incorre muitas vezes é de perder-se na psicose.

4.3 O BEBÊ ‘DOENTE’ E OS PAIS

Segundo Cummings (1976), ter um filho com problemas é uma experiência de estresse psicológico para a mãe, sendo que é possível que ela obtenha menos prazer em se relacionar com a criança quando esta apresenta um atraso de desenvolvimento em relação a seus filhos que não apresentam. A mãe pode mostrar relações ansiógenas e depressivas, moduladas com sentimentos de hostilidade, tanto em relação à criança como em relação aos outros elementos do grupo familiar.

Sabe-se que o bebê, quando está desinvestido por seus pais, particularmente em razão de seus distúrbios, acha-se em perigo: deve empregar a energia narcísica, que data do princípio de sua vida, para reconstituir seu *self* ou eu, ou seja, como diz Lebovici (1999, p. 69) “ser capaz de se-sentir-continuamente-existir apesar do desinvestimento parental que está ligado ao ódio inevitável experimentado pelos pais em certas circunstâncias”.

O momento do aparecimento da doença (antes ou após o nascimento), sua origem, sua natureza, sua gravidade visível ou não, suas conseqüências tanto estéticas quanto simbólicas são outro tanto de elementos que vêm determinar a natureza dos laços que unem o bebê a seus pais. Entretanto, o fato doença não deve ser isolado, ele se inscreve numa história, ele confronta os pais a seus próprios conflitos infantis já colocados no jogo da parentalidade (BÉNONY; GOLSE, 2005).

Esses papéis atribuídos à criança pelo inconsciente de uns e de outros são determinantes, mas nem sempre tiram sua liberdade. Em alguns casos, a pressão inconsciente sobre a criança poderá ter um papel destrutivo. Em outros, ao contrário, fornecerá a ela uma energia construtiva e criadora (STEWART; SZEJER, 1997).

O momento de o recém-nascido se tornar sujeito depende certamente dele. Mas também depende de seus pais e do momento em que eles podem autorizá-lo a ser ele mesmo (SZEJER, 1999).

Complementa Jerusalinsky (2002, p. 59) que

para o bebê chegar a nascer como sujeito, ser falante, é necessário não somente que a mãe o suponha sujeito de alguma coisa, ou seja, falante, senão que lhe ofereça a chance de pedir e de representar o que ele não é. Se a mãe não o introduzir nessa dimensão de falta, sem sabê-lo estará fabricando condições de risco para psicose.

O saber da presença de um filho deficiente ocasiona, assim, sentimentos iniciais de rejeição que gradativamente poderão transformar-se numa aceitação que não necessariamente significa adequação. Isto porque esta aceitação aparente muitas vezes continua ocultando esta rejeição velada que passa a se manifestar sob a forma de superproteção (ASSUMPCÃO JR; SPROVIERI, 2000).

Segundo Mazet e Stoleru (1990), os transtornos relacionais podem, principalmente, tomar essa forma de superproteção aludida; neste caso, os pais podem não deixar a criança sozinha, ficando constantemente junto a ela; não deixar a criança desenvolver suas capacidades de autonomia, mantendo-se artificialmente em um estado de dependência, ou seja, “a angústia parental pode causar transtornos na relação pais-lactente e, por isso, no desenvolvimento psico-afetivo da criança” (MAZET; STOLERU, 1990, p.275).

A normalidade ou a patologia do laço não está correlacionada à normalidade ou à patologia do funcionamento psíquico individual dos participantes da interação (a criança e os adultos concernentes) e só se justifica uma atitude de prevenção a partir da indicação das distorções do laço (BÉNONY; GOLSE, 2005).

4.4 A PRODUÇÃO DO SINTOMA

No quadro das trocas inevitáveis entre a mãe e seu feto, as influências que ela exerce sobre ele em seus estados de alma, têm o poder, colossal, de lhe reafirmar a existência, se elas são positivas, ou ao contrário, de lhe fragilizar, se elas são negativas (CANAULT, 2001).

Se um bebê é algo dito, a partir de quem olha, isso será determinante na transmissão, uma vez que o acesso à realidade – ato de transmitir – passa pela fantasia acerca da origem de quem transmite (DIAS, 2001).

O sintoma revela, muitas vezes, certos aspectos da transmissão em torno dos quais o casal e a família são organizados. Ele toma, pois, um valor de compromisso no conflito entre desejo de liberdade psíquica e desejo de pertença ao casal ou à família (BLASSEL, 2003).

Segundo Verny (1993), o feto ou recém-nascido não pode nos dizer que sentimentos maternos ele teve no útero, nem como reagiu; mas, como todos nós, ele é submetido a fenômenos psicossomáticos. Quando está feliz, ele desabrocha fisicamente; quando está perturbado, ele quase sempre cai doente e torna-se emocionalmente instável.

O bebê exprime com seu corpo e funciona por projeções. Ele espera que o adulto lhe dê um sentido às suas mensagens e sensações. O bebê é, por essência, psicossomático. Dor física e psíquica estão totalmente intrincadas, sejam primárias ou secundárias e não há provavelmente sofrimento puramente físico ou psíquico no bebê (BOIGE, 2006).

Como afirma Jerusalinsky (2001, p. 38),

diante de um mesmo problema orgânico de base podem vir a se produzir diferentes sintomas. Estes se produzem como efeito do encontro entre o que a patologia do recém-nascido comporta de real e a sobre-determinação da

estrutura simbólica que opera no estabelecimento do laço desde o qual os pais tomam inconscientemente o bebê.

O bebê nos conta através do seu corpo qualquer coisa de sua história e a de seus pais (BOIGE, 2006). O corpo exprime com sua linguagem, o sofrimento que não se pode dizer com palavras (RIALLAND, 1994). No bebê, como na maior parte dos humanos, o corpo fala do sofrimento psíquico e afetivo (MIGNOT, 2006).

O bebê acima de tudo busca desesperadamente uma resposta ‘empática’ por parte da mãe e do meio em que nasce e de ser reconhecido na sua natureza peculiar sem o que suas necessidades psíquicas (afetivo-emocionais) não poderão ser satisfeitas (SZEJER, 1999).

Ao nascer, o amor não é só uma necessidade emocional para o bebê, mas uma necessidade biológica. Sem ele, e todas as carícias e bajulações que o acompanham, o recém-nascido definha, no sentido exato do termo, e morre (VERNY, 1993).

Quando existe um conflito insuperável para o recém-nascido, através de sua capacidade adaptativa, instaura-se o sintoma (SZEJER, 1999).

A expressão somática é uma via privilegiada pela criança pequena para significar um estado de sofrimento psicológico que se inscreve em uma patologia das interações entre o bebê e seus parceiros adultos, em primeiro lugar, seus pais ou substitutos parentais.

Kreisler (1989) contribuiu magistralmente para a descrição e a compreensão desse aspecto da psicopatologia do lactente. Segundo este autor, os distúrbios podem comprometer todos os aparelhos e as grandes funções. Clinicamente, convém distinguir três situações diferentes:

1. Os distúrbios ditos funcionais com participação psicológica prevalente que somente serão diagnosticados após ter sido descartada uma afecção orgânica: distúrbios do comportamento alimentar, distúrbios de sono, espasmo do soluço;

2. As afecções com participação psicossomática, em que os fatores psicológicos intervêm associados a outros fatores biológicos, imunológicos, infecciosos: as cólicas do primeiro trimestre, as colites não-específicas, as asma precoces, o eczema, a alopecia, os atrasos de crescimento, as otites e as rinobronquites de repetição;
3. As doenças orgânicas que acarretam conseqüências sobre o desenvolvimento psicológico do lactente e sobre as relações com seu ambiente.

Complementa Maury (1999) que na origem desses distúrbios, diferentes tipos de interações patogênicas são manifestados, tais como: a insuficiência de contribuição afetiva; o excesso de excitação e a falta de proteção; as incoerências e as descontinuidades na relação.

São também consideradas situações de risco psicopatológico: as condutas aditivas (ingestão materna de álcool, drogas, etc.), prematuridade, doenças somáticas e deficiências, perdas perinatais e maus tratos.

Segundo Bénony e Golse (2005), as disfunções interativas podem permanecer e acabam, por vezes, conduzindo ao abandono do bebê, posto, muitas vezes, à adoção (trissomias, por exemplo). Não é raro ver rupturas ao seio dos casais, discórdias conjugais, efeitos importantes sobre a fratria.

Capítulo 5

Prevenir é reduzir bastante a angústia que isso pode acarretar.

(M. Maury)

Medicina fetal e Psicanálise: um encontro possível

As intervenções psicoterapêuticas em medicina fetal são recentes, difíceis, específicas, pontuais e dirigidas. Tangem ao anúncio da anomalia do feto e à interrupção da gestação. Permitem uma nova abordagem da criança e do adulto e atingem as raízes das ações reprováveis pelas quais essa criança deve ser punida. Elas têm um impacto sobre esse antigo trauma. Revelam o material até então escondido e o feminino tornado inacessível. Têm, igualmente, efeitos preventivos no impacto junto ao filho mais velho, na acolhida de uma futura gravidez, na consideração do papel e da implicação dos avós (SIROL, 1999).

Durante a gravidez, a mulher se identifica por sua vez a sua própria mãe (que cuida) e ao feto (que recebe os cuidados). As terapêuticas pré-natais interferirão nesse duplo movimento modificando os papéis (SOUBIEUX; SOULÉ, 2005).

Segundo Szejer (1999), o bebê nasce com uma história que lhe é imposta, que está pré-arranjada para ele: a de sua linhagem e do desejo parental. Nesse sentido, ele vive sua vida como algo agido fora dele e por outros. É a essa história que se situou fora dele que a psicanálise lhe permite ter acesso quando as coisas não foram ditas, nem ele nem em torno dele.

Não é menos verdade ser desejável e importante engajar o tratamento psicoterapêutico o mais cedo possível, isto é, na melhor das hipóteses, desde o período de gestação, ou senão, logo após o nascimento do bebê. Inúmeros estudos mostraram que quanto mais cedo se intervém, mais eficaz mostrar-se-á o trabalho de prevenção, tanto no que concerne à qualidade do vínculo de apego mãe-bebê, quanto no que concerne ao desenvolvimento da criança pequena (MORALES-HUET, 1999).

Afirma Caron (2000, p. 324) que

é essencial, neste período, observar-se como uma mãe habita o seu bebê ou é habitada por ele e discriminar o natural, o necessário do – defensivo precocemente – ou ainda, de uma patologia em andamento. Neste caso, como em muitos outros, a presença do terapeuta, considerando também a sua função de observador, catalisa e permite à mãe expressar, compartilhar e iniciar um trabalho de compreensão de profundos e proibidos sentimentos, emoções e fantasias. Esta desintoxicação psicológica alivia ansiedades, desenvolve a auto-estima, permitindo um movimento de reorganização que ‘milagrosamente’ melhora a interação mãe-bebê. São mães que precisam do auxílio e da presença do terapeuta, para fazerem esta passagem natural – embora, às vezes, muito intensa – do período de preocupação materna primária para um nível de discriminação e separação progressiva de seu bebê.

É de fundamental importância que o terapeuta reconheça e aceite o ódio contido na relação ambivalente mãe-feto, mãe-bebê para poder atender situações ligadas à psicopatologia neonatal (gravidez de risco, aborto, morte fetal, malformações congênitas, reações depressivas, psicose puerperal). A compreensão deste sentimento, profundamente reprimido, permite o tratamento das conseqüências psicológicas dos diagnósticos pré-natais de patologias fetais e encaminhar a elaboração (CARON, 2000).

A ajuda às mães no restabelecimento do vínculo rompido pela prematuridade ou pela doença é fundamental para melhorar o desenvolvimento do bebê. No caso deste vir a falecer, poder ter estabelecido um vínculo ajuda na elaboração do luto (WIRTH, 2000).

Para Lebovici (1994), o trabalho psicoterapêutico propriamente dito, visa, inicialmente, a amenizar a angústia da jovem (ou da futura mãe), oferecendo-lhe, de modo confiável e contínuo, esse apoio ao mesmo tempo objetal e narcísico. Focaliza-se sobre os distúrbios da maternidade, as vicissitudes do vínculo mãe-criança, o que faz pesar sobre esta última o risco de uma repetição transgeracional.

Ter alguém com quem possam falar sobre o trauma proporciona um espaço onde podem pensar. Isto ajuda na elaboração do trauma e na posterior elaboração do luto, ou seja, a escuta do relato dos pais pelo observador cria um espaço onde esse processo pode desenvolver-se. Os encontros ajudam os pais a encontrar o bebê real. Esse encontro é necessário para, mais tarde, nos casos de morte, eles elaborarem esse luto (WIRTH, 2000).

Ao psicoterapeuta é melhor escutar, perceber, ver, quase adivinhar o que, a duras penas, é expresso. O que é, às vezes, manifestado pela dor, a doença, o silêncio, a linguagem do corpo, o fracasso, o ato falho, a repetição, as infelicidades e dificuldades existenciais de seu cliente (SCHÜTZENBERGER, 2003).

O papel do psicanalista será de amainar progressivamente na mulher ou no casal, as representações que poderão permitir uma certa elaboração da morte perinatal, a retomada do processo de vida e de criatividade e evitar que a criança seguinte não se torne um bebê substituto (SOUBIEUX; SOULÉ, 2005).

Para Battikha (2001), a possibilidade para a mãe de falar desse nascimento, que tantas vezes permanece no indizível, nos possibilita uma escuta precoce e portanto privilegiada. Nesse momento poder sublinhar o imaginário da mãe em relação à constituição do filho, ouvir

como esta criança é tomada na sua história, pode ser preventivo de uma psicopatologia do vínculo mãe-bebê.

Como salienta Jerusalinsky (2001, p. 42),

Operamos sim com os efeitos de antecipação de um sujeito, pois supor um sujeito no bebê é condição para que ele possa advir como tal, para que possa vir imaginariamente ‘ter’ um corpo e utilizar as diferentes aquisições instrumentais em nome de um desejo. É isto que irremediavelmente se perde quando, a cada movimento clínico, o que se antecipa do bebê é um fracasso.

O terapeuta capaz de se identificar empaticamente com as angústias e necessidades existentes em cada elo da corrente (mãe-criança enferma, equipe, equipe e a dupla mãe-filho), através da visão unitária desta interação, atua no fortalecimento destes elos, que geralmente são frágeis e inexistentes. Isto ocorre à medida que ele funciona como um continente para a equipe técnica onde ela pode escoar suas angústias, dor, impotência frente à morte, continência que é repassada às mães e destas aos filhos (MARTINI, 2000).

Para isso, o psicoterapeuta utiliza suas capacidades de empatia e de identificação com a mãe e com o bebê (MORALES-HUET, 1999).

O lugar do psicanalista, lugar intermediário, entre a equipe e os pacientes, permite não somente instaurar os laços entre os partícipes concernentes, mas também de suprimir os mal entendidos, de dar sentido à atitude muitas vezes irracional de uma mãe, de ter posições mais harmoniosas, mais coerentes entre todos. Os ‘staffs’ são obrigatoriamente agitados de movimentos contrários, mas eles oferecem uma circulação da palavra, uma reflexão comum que pode evitar que os pacientes sejam o lugar de todas as projeções (SOUBIEUX; SOULÉ, 2005).

Ele tem o papel de receptáculo das angústias próprias às situações encontradas. Ele deve ajudar igualmente a fazer emergir a palavra e permitir a elaboração do pensamento,

notadamente a respeito de uma técnica médica que acelere ao olhar da ética. Assim, ele apóia a equipe da qual ele faz parte e que, por sua vez, pode apoiar os futuros pais que poderão assim, também, apoiar seu futuro bebê (SOUBIEUX; SOULÉ, 2005).

O terapeuta presente e não intrusivo ajuda na elaboração dessas ansiedades primitivas despertadas pela proximidade da morte com a vida. Ele funciona como desintoxicante e como modelo de identificação (WIRTH, 2000).

Além da intervenção psicoterapêutica em medicina fetal, é importante que se acrescente que a intervenção com bebê e crianças pequenas se faz crucial, por ser uma intervenção que visa à subjetivação, através da preservação ou constituição do laço do bebê com os pais. É uma intervenção preventiva no sentido de que busca olhar para situações em que o processo de subjetivação esteja em risco antes do momento de sua cronificação ou cristalização, como ocorre em muitos casos graves de crianças já mais velhas. O trabalho analítico com bebês em situações de risco traz especificidades com relação à psicanálise com crianças e adultos, pois permite ao analista intervir num momento em que o sintoma ou a patologia ainda não se instalou (ATEM, 2001).

A clínica cotidiana nos mostra que esses transtornos do laço têm repercussões sobre o futuro da criança (BÉNONY; GOLSE, 2005).

Em geral, estes distúrbios podem ser diagnosticados na primeira infância, mas infelizmente nem sempre são reconhecidos como sinais de alerta pelos profissionais que fazem o acompanhamento da saúde da criança. O diagnóstico, quando feito, encontra já instalada uma série de mecanismos patológicos cristalizados em estereotípias, como as da fala e do comportamento, o que diminui a eficácia da intervenção, pois, nestes casos, o sucesso terapêutico está ligado ao tempo que se levou para iniciar um tratamento. Isto é, quanto mais se demora para iniciar um atendimento, mais lentos são os resultados, ou quanto mais precoce

a intervenção, melhores os resultados e menores as chances de cronificação (WAJNTAL, 2001).

Afirma Bernardino (2001. p. 202) que

é nesse contexto que podemos pensar num papel preventivo do trabalho psicanalítico com bebês: quando encontramos bebês que sofrem de distúrbios recorrentes, que remetem a uma falha de ritmo, a um desacordo entre mãe/bebê, de tal porte que podem ser indicativos de que o Outro, neste caso, não está em condições para oferecer recursos de fala que situem o filho numa história de vida e de filiação.

A psicanálise vem se mostrando como um método de atendimento eficaz na intervenção precoce nestes distúrbios. Ao se escutar analiticamente a criança e seus familiares, observa-se que cada criança, à sua maneira, amplia seu repertório de contato e de expressão (WAJNTAL, 2001).

Segundo Bydlowski (2004), diante do material clínico, pode-se pensar que as angústias e conflitos estão no lugar bem antes do nascimento do bebê, desde o início da gravidez e que a entrevista psicanalítica permite o seu ajustamento. Esta referenciação tem um efeito psicoterapêutico. Com efeito, compartilhado com o terapeuta, tal lembrança forte, tal fantasma invasivo, vai perder sua carga emocional e se dissolver pouco a pouco no curso das entrevistas. A entrevista psicanalítica se endereça ao narcisismo materno e ele é suficiente muitas vezes, restaurando o bebê que a mãe foi outrora, ela reabilita o bebê que ela porta. Esta autora propõe, antes mesmo do nascimento, uma ação preventiva por ‘desfragmentação’ dos fantasmas e das lembranças.

Contribui Jerusalinsky (2001) dizendo que

se o estabelecimento do real é um passo necessário na direção da cura, é fundamental para os efeitos de filiação de um recém-nascido que os pais, para

além das informações que precisam receber, possam por em movimento as suas próprias significações e ressignificações acerca do que temem e do que os preocupa em relação à patologia e à incidência da mesma no futuro sonhado para seu filho.

Face à realidade nova das intervenções mais e mais medicalizadas, convém dispor para os casais, um espaço-tempo que os permita exprimir temores, incertezas, desejo e recusa. Importa deixar um espaço psíquico que leve em conta sua história, notadamente os lutos anteriores (um problema de fertilidade, a perda de um bebê, por exemplo), a fim de que o bebê desejado seja reconhecido como um bebê na sua alteridade (DAVID, 2003).

O diagnóstico pré-natal, longe de ser uma medicina de urgência deve ao contrário, permitir abrir um espaço de tempo aos pais para se restabelecerem do choque e que o mecanismo de elaboração seja instalado em relação à anomalia, à cura ou ao luto (DAVID; TOUNAIRE; SOULÉ, 2004).

Considerações Finais

Nós somos todos feitos de nossas experiências pessoais, de nossa formação e de nossos percursos profissionais; assim se constrói nossa subjetividade.

(Caroline Heroux)

Como bem se sabe, o diagnóstico pré-natal e a medicina fetal fizeram sua aparição no fim dos anos 1970 e se desenvolveram no curso dos anos 1980 com o progresso das técnicas de imagem (em particular a ecografia) e das técnicas de punções sobre o feto durante a gravidez (aminocentese, punção de sangue fetal, biópsias de tecido, etc.). Essas descobertas foram amplificadas pelos progressos recentes e espetaculares da genética e de suas técnicas em nível molecular (amplificação e síntese do DNA) (DAFFOS, 2005).

A medicina fetal permite evitar as inúteis interrupções da gestação e o risco de algumas deficiências devido a uma ação preventiva curativa (no caso das cirurgias intra-útero, por exemplo). Ela desempenha um papel importante na economia da saúde (SIROL, 1999).

Simultaneamente, o diagnóstico pré-natal consiste fundamentalmente de um conjunto de procedimentos de detecção de anomalias onde a patologia é, muitas vezes, sinônimo de interrupção médica de gravidez (IMG) – processo oficial utilizado na França especificamente – ou o acolhimento de uma criança mais ou menos gravemente deficiente.

Os incessantes avanços científicos recuam a cada dia, os limites da morte. Crianças que não eram viáveis há alguns anos podem hoje ser salvas graças aos cuidados extremamente sofisticados da reanimação neonatal. Mulheres que não podiam pôr no mundo um filho podem, doravante, ser mães.

Segundo Thévenot e Naouri (2004), o investimento realizado em função das crianças também mudou. Feitas para garantir, bem ou mal e nem sempre de maneira confessa, uma fatia inalienável do futuro para os seus pais, espera-se que elas sejam o mais perfeitas possível. Não somente para dar orgulho e alegria à sua ascendência, mas para poder, mais do que nunca, reunir os trunfos indispensáveis requeridos por um mundo cada vez menos clemente e que não dá a menor chance aos fracos e despreparados.

Esses últimos anos foram marcados por uma medicalização da gravidez e notadamente por uma sofisticação importante dos meios de investigação do embrião e do feto. Se a ecografia tomou um lugar preponderante, o impacto dos outros exames (amniocentese, punção de sangue fetal, cariótipo...) pode ser considerado igualmente, não somente no momento do diagnóstico, mas ulteriormente ao longo de toda a vida da criança.

Em todos esses domínios (Medicina Fetal, Neonatologia, estudos ecográficos e biológicos), os problemas *psicológicos* devem ser abordados no nível dos pais, dos avós, da fratria e da equipe técnica. Todas essas pessoas se beneficiam de uma eficácia técnica, mas têm também que viver as provações que não existiam há trinta anos, tais como: saber antes do nascimento o sexo da criança; conhecer antes do nascimento uma malformação ou uma doença; ter que decidir uma interrupção de gravidez, ou seja, exercer um poder de vida ou de morte sobre o feto com todas as suas conseqüências; ódio, culpabilidade, luto, etc. Trata-se, então, de acompanhar uma mulher e sua família que vive uma situação de sofrimento importante.

Os progressos da medicina, em particular a ecografia, participaram do advento do feto como sujeito. Hoje, o feto tornou-se o 'paciente' do diagnóstico pré-natal. No seio da concepção parental contemporânea do processo biofísico da parentalidade, o embrião, depois feto, são objetos de uma humanização progressiva. As primeiras fotos do bebê, no álbum de fotos, são aquelas do feto na ecografia (MISSONIER, 2006).

Os progressos do diagnóstico e dos tratamentos pré-natais deram um novo sentido ao conceito de maternidade. A ultrassonografia fez com que a gravidez exista bem mais cedo do que há 20 anos. O feto tornou-se um paciente, e sua mãe se descobriu responsável por ele, pois ela participa dos exames e dos tratamentos que, pela primeira vez, implicam um risco para ela mesma. As angústias que sentia no final da gravidez são agora vivenciadas no início, acompanhadas por aquelas ligadas às consultas, aos exames e à espera de seus resultados.

Segundo Caron (2000, p. 131),

a possibilidade de os pais acompanharem o desenvolvimento e as trocas normais entre mãe e feto, bem como saberem das patologias ainda intra-útero geram situações dramáticas e extremamente exigentes, devido a respostas e decisões rápidas a serem tomadas nas quais incidem conflitos éticos, religiosos, sociais e psicológicos. Devem ser lembradas a desvalia, a fragilidade e a dependência próprias da condição humana, sempre presentes e acentuadas neste período da gravidez, e o quanto o poder, a onipotência e o narcisismo podem perverter a realização de desejos na área da reprodução humana.

Indiscutivelmente, a ecografia é um fenômeno de sociedade. Hoje, tudo é explicado, desmistificado e compreendida a fecundação. Mas, segundo Soulé e Soubieux (2003, p. 103), “uma coisa não pode e não poderá jamais ser mostrada: o desejo”.

Deparamo-nos com a tecnologia, que, com seus rápidos avanços, ao mesmo tempo em que abre um leque de possibilidades prometendo em discursos inflamados tudo poder fazer, lança, em contrapartida, a exposição inevitável da impossibilidade do homem perante o não reconhecimento de seu desejo. Sobre este aspecto, pouco a medicina tem como alterar, pois desde Freud se pôde compreender que o inconsciente, enquanto constituinte do sujeito, cria a marca de cada sujeito referente à sua história. Este mesmo sujeito está inserido em um

contexto sociocultural, respondendo a estes moldes. Mas o que se identifica é que estes moldes não são como uma fábrica, linhas de montagem, e é justamente aí que se pode se deparar com o inesperado (MODELLI; LEVY, 2006).

Para Sirol (1999), na equipe obstétrico-pediátrica, atenta aos aspectos psicológicos, a presença de um psiquiatra, especialista da psicodinâmica e da psicopatologia da criança bem pequena, revela a consideração da carga afetiva constitutiva de tal Serviço.

A presença, na verdade, de profissionais de saúde mental se faz totalmente importante. Não só de psiquiatras, no meu entender, mas psicólogos e psicanalistas também.

Para os pais, tomar brutalmente conhecimento, na ecografia, da anomalia do feto, esperar o nascimento de um bebê temido, ser privado de uma criança esperada, dar à luz e não poder levar seu bebê para casa, são situações de catástrofe, vividas dramaticamente.

Para conviver com a sua nova realidade, a família necessita fazer um rearranjo do sistema familiar e, como conseqüência, construir um novo nível de equilíbrio (ASSUMPÇÃO JR; SPROVIERI, 2000).

Além disso, a gestação é muitas vezes vivida nessas famílias de um modo eminentemente ansioso e conflitualizado e realmente aparece como um fator de risco vindo somar-se aos já existentes. Trata-se, portanto, de intervir o mais cedo possível com vistas a amenizar a angústia da mulher grávida (ou da jovem mãe), propondo-lhe logo o apoio de que tanto necessita e de favorecer o estabelecimento do vínculo de apego a seu bebê que inicialmente parece muito ameaçado (MORALES-HUET, 1999).

Cada situação deve ser analisada individualmente, cada casal deve ser entendido dentro de seu próprio contexto e suas características. Não existe um modelo único para enfrentar o luto e nem um jeito é melhor do que outro. Mas para os profissionais que desejam ajudar, é importante preservar a comunicação e a aliança do casal e considerar as semelhanças e diferenças na forma como lidam com o luto (OLIVEIRA, 2006).

Se o processo de luto pelo filho idealizado e perdido não é favorecido para a família, o aspecto do recém-nascido sadio, desejado e esperado, continuará a entorpecer a adaptação destes pais ao recém-nascido malformado. Assim, espaços para chorar a perda da criança idealizada e sonhada devem ser abertos para que estes pais possam, num segundo momento, aceitar o bebê malformado (BARTILOTTI, 2002).

Todas as perdas, quando bem elaboradas, permitem outros caminhos e opções: investimentos, fantasias e desejos podem ser transformados e sublimados, de modo a abrir novos significados para a vida. Para isso, conta-se com um conjunto de habilidades internas que agem como fatores protetores e fortalecedores, que é atualmente chamado de *resiliência* (BERNARD, 1995).

Segundo Dumoulin (2003), após o anúncio de uma doença ou de uma malformação grave do feto, é capital que os pais e os médicos saibam se impor um tempo para respeitar as etapas indispensáveis antes de toda tomada de decisão (prosseguimento ou interrupção da gestação).

Certos momentos, por parte dos pais em que não há nada a dizer, é preciso somente ser capaz de escutar seu sofrimento e de apoiar seu silêncio, sem querer absolutamente colocar palavras sobre eles (AUTHIER-ROUX, 1998).

O trabalho conjunto dos obstetras, pediatras, psiquiatras, psicólogos e psicanalistas que permita pensar a continuidade entre o pré-natal e o pós-natal, conduz a uma atuação mais coerente e mais harmoniosa dos cuidados que podem ajudar os futuros pais a pensar em seu bebê numa dimensão mais unificada e num futuro menos angustiante e mais concreto.

O diagnóstico pré-natal e, eventualmente, as decisões que ele acarreta, têm pois repercussões psicológicas importantes que devem ser conhecidas a fim de ajudar os casais, não somente durante a gravidez, mas também num segundo tempo nas inter-relações mãe-

bebê perturbadas pelos tratamentos médicos ou cirúrgicos ou na elaboração do luto, quando há a interrupção da gravidez.

A história de cada filho se insere de modo único e singular na existência do pai e da mãe. A gestação e o nascimento mexem fundo nas matrizes vinculares da mulher e do homem e alteram significativamente os padrões interacionais com a família de origem. A gestação, o nascimento e o crescimento do filho repassam pontos importantes de nossos pais, do nosso contexto de vida e de nossa história como filhos, do relacionamento com nossas peculiaridades. Quando uma mulher e um homem tornam-se mãe e pai, passam por uma dupla identificação: em nível consciente e inconsciente, eles fazem uma revisão do modelo parental e do processo educacional ao qual foram submetidos; além disso, identificam-se também com o bebê, gestando expectativas e anseios com relação ao próprio papel de pais e às características da criança (MALDONADO, 1992).

O feto sempre foi um bebê até que a medicina se interpôs, se apropriou da gravidez, distinguiu seu conteúdo, introduzindo a palavra *feto* entre a mãe e a criança, estabelecendo o conhecimento de um estado biológico e da vida muitas vezes reduzida à questão do desenvolvimento. A medicina procriou o feto, *via* embrião, quando a mulher é estéril ou o casal improdutivo. Ao longo da gravidez, ela controla o estado do feto e analisa: seja por punção ou por ecografia, ela penetra num mundo que se tornou doravante visível através da parede uterina ou previsível pelos exames que se pratica.

Introduzindo as novas possibilidades criaram-se, também, novas patologias ou novas dificuldades; causaram-se seqüelas fixas nos bebês prematuríssimos e os problemas ou sofrimento tomaram novas formas tanto para a criança, quanto para a família.

Saada e Guinet (1997, p. 57) fazem uma crítica a todo esse processo dizendo que

o acesso em tempo real à vida intra-uterina sucede sem transição às predições e crenças populares. Passagem brutal do pêndulo aos ultra-sons, a ecografia resta envolta de um halo de magia. O momento é excepcional, tanto mais que agora o número de exames está limitado ao curso das gravidezes reputadas normais. A ecografia está relegada ao papel de mídia entre os pais e a criança. O ritual do vídeo pré-natal não faz mais do que confortar esta crença mascarando de antemão a dimensão médica do exame, sufocando as angústias de morte que acompanham a vida.

Todavia, é importante frisar que, à medida que se passa a conhecer melhor os fatores etiológicos dos problemas emocionais e os sutis mecanismos de interação e comunicação na formação dos vínculos, aumenta a possibilidade de criar alternativas de assistência em nível preventivo (MALDONADO, 1997).

O atendimento psicológico à gestante é evidentemente importante nesse aspecto, uma vez que é durante a gravidez que se constroem os alicerces do relacionamento entre os pais e o bebê e quando começam a surgir as primeiras tensões, que, se abordadas nessa fase, tendem a ser mais fácil e rapidamente superadas, favorecendo o crescimento emocional e a formação de uma ligação materno-filial mais saudável para a criança e para a estrutura familiar (MALDONADO, 1997).

Se a psicanálise pode trazer uma luz diferente, ela não pode certamente responder à angústia ou apaziguar as inquietudes que essas técnicas provocam, ainda menos, pode aperfeiçoar-lhes os métodos. Porém, o que parece mais importante, é a interrogação que ela propõe à medicina quanto ao lugar que é dado ao sujeito, quanto ao lugar dos médicos, quanto à questão do todo-poder (MATHELIN, 1999).

O lugar do psicanalista é, por sua vez, de uma grande riqueza, pois ele favorece a tessitura das ligações dos futuros pais e as equipes.

Para Krom (2000, p. 19),

um dos grandes desafios que a vida nos apresenta consiste em equilibrar as antigas relações com as novas, integrar de forma continuada os nossos relacionamentos, rever a importância de cada um e dar continuidade ao nosso envolvimento e ao compromisso assumido com as nossas relações atuais (...) dependendo da maneira como identificamos as influências que recebemos, como trabalhamos com as nossas expectativas, teremos ou não recursos para gerenciar essa tarefa.

Cada um, o bebê e o adulto, conta uma história muito antiga, e de fato a única possibilidade de liberdade para o bebê é co-escrever, co-construir com o adulto uma terceira história que dá conta desse momento e que é uma nova história, com um certo grau de liberdade.

Faz-se necessário que se tenha consciência, que o recém-nascido vem ao mundo como novo receptáculo de uma história que lhe cabe, sobre a qual ele não pode dar a sua opinião e que ele, por sua vez, tem o dever de viver, de prorrogar e transmitir, em virtude de tudo o que ele terá ao seu alcance e à sua disposição. E a herança cultural, genética, social, entrará em ação, corrigirá, afinará, acomodará ou adaptará o primeiro impulso. Mas esse primeiro impulso “é uma espécie de fundo sonoro familiar e tranquilizador, um doce hábito com o qual cada um de nós compõe, sem nos darmos conta” (THÉVENOT; NAOURI, 2004, p. 39).

A psicanálise possui um papel de gestora interventiva dessa herança que pode ser, muitas vezes, traumática. Na verdade, somos menos livres do que o cremos. O que nos foi legado influencia de maneira poderosa a nossa vida. Nós podemos reconquistar a nossa liberdade ao tomarmos consciência dessa carga que, às vezes, portamos sem saber. A clínica psicanalítica atuando como um terceiro, bem como na equipe interdisciplinar, não só pode devolver a integridade do sujeito, redimir o sintoma através da escuta e da palavra, como nos

devolve o poder de decidirmos o que fazer com ele. O analista pode funcionar como uma ponte entre os pais e seu bebê ainda por vir, auxiliando a reforçar o elo e reatar o laço...

Na aurora do século XXI, parece que, de repente, é preciso ter uma criança, bem mais do que ser pais. Inscrever-se na procriação, mais do que na filiação. A criança passou a ser um objeto, responde a todas nossas faltas, nossa doença, nosso mal estar. O bebê é um débito, uma necessidade social e cultural, formal. Os pais podem reivindicar a obtenção. Mas não importa qual bebê, há hoje critérios muitos estritos a respeitar: este bebê deverá ser o da conquista social, amorosa, parental, a grande conquista dos pais. Este bebê deverá satisfazê-los, valorizá-los, ser fonte de uma inesgotável felicidade e de uma renovação narcísica regularmente reiterada. No final, são os pais que esperam tudo de seus filhos e estes têm grandemente interesse em satisfazê-los, de responder às suas demandas, de ser o que eles querem ter essa 'inversão' de gerações pode encontrar suas manifestações em torno dos maus tratos, do incesto e das carências graves.

Ironicamente, a modernidade, então, acabou por produzir um impasse inesperado. Entretanto, não há como voltarmos no tempo. A importância da utilização do ultra-som e similares é incontestável. Acredito que o futuro esteja no trabalho conjunto entre médicos, psicólogos e psicanalistas, principalmente dentro dessa nova seara que é a Medicina Fetal, preparando pessoas a intervirem precocemente no laço em formação entre pais e seus bebês, colaborando na elaboração desse 'novo' sujeito que não era o esperado, mas que pode vir a ser integrado na malha grupal e aceito como tal.

A atuação efetiva de psicólogos e/ou psicanalistas em serviços de Medicina Fetal nos grandes centros mundiais e, muito menos, no Brasil, ainda é uma utopia... porém, a meu ver, considero ser algo perfeitamente viável. Afinal, o pioneirismo não costuma ser fruto da unanimidade.

Referências

- ATEM, L. M. **O trabalho com bebês em psicanálise: possibilidades de pensar a prevenção e a antecipação.** In: *Atendimento ao Bebê: uma abordagem multidisciplinar*. 1ª ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.
- AUTHIER-ROUX, F. **Une mort sur ordonnance.** In: *Le foetus exposé*. Ramonville Saint-Agne: Editions Érès, 1998.
- ASSUMPÇÃO JR., F. B.; SPROVIERI, M. H. *Introdução ao estudo da deficiência mental*. São Paulo: Memnon, 2000.
- BARTILOTTI, M. R. M. B. **Obstetrícia e Ginecologia: urgências psicológicas.** In: *Urgências psicológicas no hospital*. São Paulo: Pioneira Thompson Learning, 2002.
- BATTIKHA, E. C. **Intervenção precoce no vínculo mãe-bebê especial em uma unidade de terapia intensiva neonatal.** In: *Atendimento ao Bebê: uma abordagem multidisciplinar*. 1ª ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.
- BÉNONY, C.; GOLSE, B. *Psychopathologie du Bébé*. Armand Colin, 2005.
- BERNARD, B. *Fostering resilience in children*, [on line] Disponível: <http://www.ericae.net/edo/ED386327.htm> [2007, 20 de maio], 1995.
- BERNARDINO, L. M. F. **O bebê e sua carta roubada.** In: *Atendimento ao Bebê: uma abordagem multidisciplinar*. 1ª ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.
- BESSIS, R. **Jonas et l'échographie.** In: *Corps de mère, corps d'enfant*. Paris: Stock, 1980.
- BLASSEL, J. - M. **Transmissions psychiques, approche conceptuelle.** In: Dialogue n°. 160, *Recherches Cliniques et Sociologiques sur le Couple et la Famille, 'Comment ça se passe?' Les voies de la transmission psychique inconsciente*. Revue trimestrielle. 3º trimestre (sept.). Ramonville Saint-Agne: Éditions Érès, 2003.
- BOIGE, N. **Expression somatique digestive de la souffrance psychique du bébé – Y-a-t-il une métaphysique des tubes?** In: *Dans mon berceau...il y a des cactus – De la souffrance du foetus à la souffrance du bébé*. Ramonville Saint-Agne: Editions Érès, 2006.
- BYDLOWSKY, M. **La relation foeto-maternelle et la relation de la mère à son foetus.** In: *Nouveau Traité de Psychiatrie de L'enfant et de L'adolescent*. Vol. 3. Paris: PUF, 2004.
- CAMAROTTI, M. C. **'Que olhar tão triste o de mamãe' – O bebê diante da depressão materna.** In: *Atendimento ao Bebê: uma abordagem multidisciplinar*. 1ª ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

- CANAULT, N. *Comment le désir de naître vient au fœtus*. Paris: Desclée de Brouwer, 2001.
- CARMIGNANI, M. C. S. *Viver ao lado da deficiência mental: a história oral de pais com filhos deficientes mentais*. São Paulo: Vetor Editora, 2005.
- CARON, N. A.. **O ambiente intra-uterino e a relação materno-fetal**. In: *A Relação Pais-Bebê: Da Observação à Clínica*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000.
- _____. **Terapia breve das relações pais-bebê**. In: *A Relação Pais-Bebê: Da Observação à Clínica*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000.
- CARON, N. A.; FONSECA, M. M. C.; KOMPINSKY, E. **Aplicação da observação na ultra-sonografia obstétrica**. In: *A Relação Pais-Bebê: Da Observação à Clínica*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000.
- CESBRON, P. **L'annonce em salle de naissance du diagnostic de trissomie 21 – Adoption parentale ou abandon?** In: *Le bébé du diagnostic prenatal*. Ramonville Saint-Agne: Editions Érès, 2003.
- CHASSEGUET-SMIRGEL, J. *As duas árvores do jardim*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1986.
- CICCONE, A. **Influence de l'histoire des parents sur le developpement de la personnalité de l'enfant**. In: *Naissance et Secret: Le droit à ses origines*. Ramonville Saint-Agne: Editions Érès, 1999.
- CORREA, O. B. R. (Org) *Os avatares da transmissão psíquica geracional*. São Paulo: Escuta 2000.
- CRAMER, B. **A técnica das terapias breves pais/crianças pequenas**. In: *Intervenções Psicoterápicas Pais-Bebê*. Trad. Patrícia Chittoni Ramos. Porto Alegre: Artmed, 1999.
- CUMMINGS, S. *The impact of the child's deficiency on the father: a study of fathers of mentally retarded and chronically ill children*. Am. J. Orthopsych., 46:246-55.
- DAFFOS, F. **La place de la psychiatrie dans la médecine foetale**. In: *La Psychiatrie Foetale*. Paris: PUF, 2005.
- DAVID, D. **Les paradoxes du désir d'enfant**. In: *Le bébé du diagnostic prenatal*. Ramonville Saint-Agne: Editions Érès, 2003.
- DAVID, D.; TOURNAIRE, M.; SOULÉ, M. **Le diagnostic prenatal et ses consequences psychologiques**. In: *Nouveau Traité de Psychiatrie de L'enfant et de L'adolescent*. Vol. 3. Paris: PUF, 2004.
- DEBRAY, R. *Bebês / Mães em revolta: tratamentos psicanalíticos conjuntos dos desequilíbrios psicossomáticos precoces*. Trad. Leda Mariza Vieira Fischer. Porto Alegre: Artes Médicas, 1988.

DELASSUS, J. - M. *Le génie du fœtus: vie prénatale et origine de l'homme*. Paris: Dunod, 2001.

DIAS, M. F. P. **Ora (direis) ouvir bebês...vicissitudes da transmissão sobre a clínica de bebês**. In: *Atendimento ao Bebê: uma abordagem multidisciplinar*. 1ª ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

DI LORETO, O. *Origem e modo de construção das moléstias da mente (psicopatogênese) – A psicopatogênese que pode estar contida nas relações familiares*. 1ª ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

DUMOULIN, M. **Le deuil de l'enfant de la grossesse**. In: *Le bébé du diagnostic prenatal*. Ramonville Saint-Agne: Editions Érès, 2003.

ENRIQUEZ, M. **Incidência do delírio parental sobre a memória dos descendentes**. In: KAËS R. et al. *Transmissão da vida psíquica entre gerações*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

FABRE-GRENET, M. **Une tentative de réflexion sur les pratiques médicales autour des fœtus**. In: *Le fœtus exposé*. Ramonville Saint-Agne: Editions Érès, 1998.

FONTANGES-DARRIET, M. **Aspects psychologiques de l'échographie anténatale – Réflexions sur une pratique**. In: *Le fœtus à l'hôpital*. Ramonville Saint-Agne: Éditions Érès, 1997.

_____. **Nouveau-né: les nouveaux regards**. In: *Grossesse et naissance: le passage*. Ramonville Saint-Agne: Editions Érès, 2003.

FONSECA et al. **Ultra-sonografia em obstetrícia: explorando um mundo novo**. In: *A Relação Pais-Bebê: Da Observação à Clínica*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000.

FREUD, S. (1913) **Pour introduire le narcissisme**. In: *La vie sexuelle*. Trad. de J. Berger, J. Laplanche et al. Paris: PUF, 1969.

FREUD, S. (1914) *Luto e Melancolia*. Standard Brasileira. Vol. XIV. Rio de Janeiro: Imago, 1992, p. 271-291.

GANDRA, M. I. S. **A psicologia na unidade de neonatologia**. In: *Urgências psicológicas no hospital*. São Paulo: Pioneira Thompson Learning, 2002.

GLAT, R. *O papel da família na integração do portador de deficiência*. Revista brasileira de Educação Especial, v. 2, n. 4, 1996.

GOLSE, B. *Sobre a psicoterapia pais-bebê: narrativa, filiação e transmissão*. ROHENKOHL C. M. F. (Dir.). Trad. bras. Inês Catão. 1ª ed. (Coleção 1ª Infância) São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

GOURAND, L. **L'échographie prénatale: les mots dits**. In: *Le bébé du diagnostic prenatal*. Ramonville Saint-Agne: Editions Érès, 2003.

GUYOTAT, J. **Processus psychotique et filiation.** In: *Confrontations psychiatriques*, nº. 16, 1978.

IRVIN, N. A. e col. **Assistencia de los padres del niño con malformación congénita.** In: *La relacion madre-hijo*. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana, 1978.

JACOB, L. S. **Interdisciplinaridade e ética na reprodução assistida.** In: *Psicologia em reprodução assistida: experiências brasileiras*. 1ª ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006.

JERUSALINSKY, J. **Quando se antecipa é o fracasso...prevenção secundária e estimulação precoce.** In: *Atendimento ao Bebê: uma abordagem multidisciplinar*. 1ª ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

JERUSALINSKY, A. N. **O nascimento do ser falante.** In: *O bebê e a modernidade: abordagens teórico-clínicas*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.

KREISLER, L. **Sémiologie et classification em psychiatrie du très jeune enfant.** In: *Psychopathologie du bébé*. Paris: PUF, 1989.

KREISLER, L.; CRAMER, B. **Les bases cliniques de la psychiatrie du nourrisson.** In: *Nouveau Traité de Psychiatrie de L'enfant et de L'adolescent*. Vol. 3. Paris: PUF, 2004.

KROM, M. *Família e Mitos – prevenção e terapia: resgatando histórias*. São Paulo: Summus editorial, 2000.

LAMOUR, M.; BARRACO, M. *Souffrances autour du berceau*. Paris: Gaëtan Morin Éditeur, 1998.

LAPLANCHE, J.; PONTALIS, J. – B.. *Vocabulário de Psicanálise*. Trad. Pedro Tamen. 4ª ed. São Paulo: Ed. Martins Fontes, 2001.

LEBOVICI, S. *O bebê, a mãe e o psicanalista*. Porto Alegre: Artes Medicas, 1987.

_____. **Interaction fantasmatique et transmission intergénérationnelle.** In: *Psychiatrie du bébé*. Paris: Genève: Eshel: Médecine et hygiène, 1988.

_____. *L'homme dans le bébé*. Revue Francaise Psychanalyse. 3, 1994.

_____. **L'arbre de vie.** In: *Transmettre la vie*. Ramonville Saint-Agne: Editions Érès, 1997.

_____. *L'Arbre de vie*. Ramonville Saint-Agne: Editions Érès, 1998.

_____. **As consultas psicoterápicas.** In: *Intervenções Psicoterápicas Pais-Bebê*. Trad. Patrícia Chittoni Ramos. Porto Alegre: Artmed, 1999.

LEBOVICI, S.; STOLERU, S. *Le nourrisson, la mère et le psychanalyste – Les interations précoces*. Paris: Bayard, 2003.

MAGALHÃES et al. **Avaliação da saúde fetal.** In: *Rotinas em Obstetrícia*. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

MAGALHÃES, J. A.; MAGALHÃES, O. A. **Medicina fetal**. In: *Rotinas em Obstetrícia*. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

MAGALHÃES, J. A.; SCHLATTER, D.; CHAVES, M. T. P. **Ultra-sonografia Obstétrica**. In: *Rotinas em Obstetrícia*. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

MALDONADO, M. T. **Psicossomática e Obstetrícia**. In: *Psicossomática hoje*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1992.

MALDONADO, M. T. *Psicologia da gravidez: parto e puerpério*. 14ª ed. São Paulo: Ed. Saraiva, 1997.

MARINOPOULOS, S. **De l'état d'être enceinte à l'attente d'un enfant: maturation psychique et représentation**. In: *Naissance et Secret: Le droit à ses origines*. Ramonville Saint-Agnes: Éditions Érès, 1999.

MARTINI, I. I. **Em uma enfermaria de cardiologia pediátrica: uma aplicação do método de ORMB**. In: *A Relação Pais-Bebê: Da Observação à Clínica*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000.

MATHELIN, C. *O sorriso da Gioconda. Clínica psicanalítica com os bebês prematuros*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud Editora, 1999.

MATTOS, S.; CHAGAS, C. **Cardiologia perinatal: uma abordagem multidisciplinar**. In: *Atendimento ao Bebê: uma abordagem multidisciplinar*. 1ª ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

MAURY, M. **Intervenções psicoterápicas nos bebês e seus pais no hospital**. In: *Intervenções Psicoterápicas Pais-Bebê*. Trad. Patrícia Chittoni Ramos. Porto Alegre: Artmed, 1999.

MAZET, P.; STOLERU, S. *Manual de psicopatologia do recém-nascido*. Trad. Francisco Franke Settineri. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990.

MELGAÇO, R. G. **A intervenção do psicanalista na clínica bebê/pais**. In: *Atendimento ao Bebê: uma abordagem multidisciplinar*. 1ª ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

MENENDEZ et al. **A função do pai: na consulta terapêutica pais-bebê e no tratamento do transtorno alimentar na criança**. In: *Ser pai, ser mãe, parentalidade: um desafio para o terceiro milênio*. Leticia Solis-Ponton (Org). Maria Cecília Pereira da Silva (Org. Trad. Bras.). 1ª ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

MICHAELIS. *Dicionário Escolar Língua Portuguesa*. São Paulo: Editora Melhoramentos, 2002.

MIGNOT, C. **Le retrait du bébé: souffrance ou protection? À propos d'une observation clinique**. In: *Dans mon berceau...il y a des cactus – De la souffrance du fœtus à la souffrance du bébé*. Ramonville Saint-Agne: Editions Érès, 2006.

MISSIONIER, S. **Eloge de l'angoisse**. In: *Grossesse et naissance: le passage*. Ramonville Saint-Agne: Editions Érès, 2003.

_____. **Épines et floraisons dans le nid prenatal**. In: *Dans mon berceau...il y a des cactus – De la souffrance du fœtus à la souffrance du bébé*. Ramonville Saint-Agne: Editions Érès, 2006.

MODELLI, A.; LEVY, R. H. C. **Esterilidade sem causa aparente: possibilidades de intervenção**. In: *Psicologia em reprodução assistida: experiências brasileiras*. 1ª ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006.

MORALES-HUET, M. **As psicoterapias mãe/bebê a domicílio: tratamentos de díades mãe/filho de risco e inacessíveis aos cuidados institucionais**. In: *Intervenções Psicoterápicas Pais-Bebê*. Trad. Patrícia Chittoni Ramos. Porto Alegre: Artmed, 1999.

OLIVEIRA, C. C. **O luto pela criança que não nasceu**. In: *Psicologia em reprodução assistida: experiências brasileiras*. 1ª ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006.

PARKES, C. M. *Luto – Estudos sobre a perda na vida adulta*. São Paulo: Summus, 1998.

POILPOT, M-P. **Introduction**. In: *Naissance et Secret: le droit à ses origins*. Ramonville Saint-Agne: Éditions Érès, 1999.

POUSSIN, G. *Psychologie de la fonction parentale*. Paris: Privat, 1993.

PUGET, J. **Disso não se fala...Transmissão e memória**. In: *Os avatares da transmissão psíquica geracional*. São Paulo: Escuta, 2001.

QUAYLE, J. **Óbito fetal e anomalias fetais: repercussões emocionais maternas**. In: *Obstetrícia psicossomática*. São Paulo: Atheneu, 1997.

RELIER, J-P. *L'aimer avant qu'il naisse. Le lien mère-enfant avant la naissance*. Paris: Éditions Robert Laffont, 1993.

RIALLAND, C. *Cette famille qui vit en nous*. Paris: Éditions Robert Laffont, 1994.

RIBEIRO, M. **Articulações entre narcisismo e reprodução assistida**. In: *Psicologia em reprodução assistida: experiências brasileiras*. 1ª ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006.

ROY, J.; VISIER, J-P. **L'annonce du handicap de l'enfant**. In: *Nouveau Traité de Psychiatrie de L'enfant et de L'adolescent*. Vol. 2. Paris: PUF, 2004.

SAADA, P.; GUINET, P. **Echographies foetales: le droit à l'erreur?** In: *Le fœtus à l'hôpital*. Ramonville Saint-Agne: Éditions Érès, 1997.

SANSEVERINO et al. **Investigação genética pré-natal**. In: *Rotinas em Obstetrícia*. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

SANTOS et al. **Amamentação obrigatória? Escutando mães e pediatras**. In: *Atendimento ao Bebê: uma abordagem multidisciplinar*. 1ª ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

SCHÜTZENBERGER, A. A. *Aïe, mes aïeux! Liens transgénérationnels, secrets de famille, syndrome d'anniversaire, transmission des traumatismes et pratique du géosociogramme*. 15^a edition rev. et aug. Paris: Desclée de Brouwer / La Méridienne, 2003.

SILVA, M. C. P. **Prefácio à edição brasileira**. In: *Ser pai, ser mãe, parentalidade: um desafio para o terceiro milênio*. Leticia Solis-Ponton (Org). Maria Cecília Pereira da Silva (Org. Trad. Bras.). 1^a ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

SIROL, F.. **As intervenções psicoterápicas em medicina fetal**. In: *Intervenções Psicoterápicas Pais-Bebê*. Trad. Patrícia Chittoni Ramos. Porto Alegre: Artmed, 1999.

SOLER, A. *L'Échographie Obstétricale expliquée aux parents*. Ramonville Saint-Agne: Éditions Érès, 2005.

SOUBIEUX, M-J e SOULÉ, M. *La Psychiatrie Foetale*. Paris: PUF, 2005.

SOULÉ, M.; SOUBIEUX, M-J. **Le diagnostic prénatal et la famille**. In: *Le bébé du diagnostic prenatal*. Ramonville Saint-Agne: Editions Érès, 2003.

SOUSSAN, P. B. *Le Bébé Imaginaire*. Ramonville Saint-Agne: Éditions Érès, 2005.

SOUZA-DIAS, T. G. *Considerações sobre o psiquismo do feto*. São Paulo: Escuta, 1996.

SZEJER, M. *A escuta psicanalítica de bebês em maternidade. Conferências de Myriam Szejer no IV Encontro Brasileiro para o Estudo do Psiquismo Pré e Perinatal*. Trad. Cláudia Berliner e Maria Lúcia Alzuguir Gutierrez. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999.

_____. *Palavras para nascer: a escuta psicanalítica na maternidade*. BERNARD H. (Col.). Trad. Cláudia Berliner. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999.

SZEJER, M.; STEWART, R. *Nove meses na vida da mulher: uma abordagem psicanalítica da gravidez e do nascimento*. LAMBRICHS L. L. (Col.). Trad. Maria Nurymar Brandão Benetti. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.

TEPERMAN, D. W. *Clínica Psicanalítica com Bebês – uma intervenção a tempo*. 1^a ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.

THÉVENOT, B.; NAOURI, A. *Conversando sobre Bebês – Do nascimento aos 3 anos*. Trad. Viviane Ribeiro. Bauru, SP: EDUSC, 2004.

TUBERT, S. *Mulheres sem sombra: maternidades e novas tecnologias reprodutivas*. Rio de Janeiro: Record: Rosa dos Tempos, 1996.

VERNY, T. *A vida secreta da criança antes de nascer*. KELLY J. (Col.). 3^a ed. São Paulo: C. J. Salmi (ed.), 1993.

VILETE, E. **A criança que eu fui chora na estrada**. In: *A Relação Pais-Bebê: Da Observação à Clínica*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000.

WAJNTAL, M. **As manifestações precoces das patologias do contato afetivo – um estudo da instauração do aparelho psíquico e do corpo.** In: *Atendimento ao Bebê: uma abordagem multidisciplinar*. 1ª ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

WILHEIM, J. *O que é psicologia pré-natal*. 2ª ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.

WIRTH, A. F. **Aplicação do método de observação de bebês em uma UTI neonatal.** In: *A Relação Pais-Bebê: Da Observação à Clínica*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000.

WOILER, E. **Algumas conseqüências emocionais da reprodução assistida, suas repercussões e impasses na clínica psicanalítica do adulto e da criança.** In: *Psicologia em reprodução assistida: experiências brasileiras*. 1ª ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006.

ZIBINI, M. V. C.; VASCONCELLOS, M. C. B. **Infertilidade e adoção: algumas reflexões.** In: *Psicologia em reprodução assistida: experiências brasileiras*. 1ª ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006.