



Estudos de Psicologia

ISSN: 0103-166X

estudosdepsicologia@puc-
campinas.edu.br

Pontifícia Universidade Católica de
Campinas
Brasil

Grill Gomes, Aline; Piccinini, Cesar Augusto

A ultra-sonografia obstétrica e a relação materno-fetal em situações de normalidade e
anormalidade fetal

Estudos de Psicologia, vol. 22, núm. 4, outubro-diciembre, 2005, pp. 381-393

Pontifícia Universidade Católica de Campinas
Campinas, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=395336344006>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal

Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

A ultra-sonografia obstétrica e a relação materno-fetal em situações de normalidade e anormalidade fetal¹

Obstetric ultrasound and mother-fetus relationship in normal and abnormal diagnoses

Aline Grill **GOMES**²

Cesar Augusto **PICCININI**³

Resumo

A ultra-sonografia obstétrica já é considerada um exame de rotina no pré-natal. Esse procedimento inaugurou uma nova forma de contato com o universo intra-uterino, além de ter passado a antecipar dados reais do bebê que antes só eram conhecidos após o seu nascimento. Hoje é possível saber o sexo do bebê, visualizar suas características físicas e maneiras de se movimentar, bem como fazer um diagnóstico de anormalidade fetal. Assim, a crescente utilização da ultra-sonografia parece afetar a relação pais-feto. Diversos estudos têm sido realizados a respeito das repercussões psicológicas da ultra-sonografia obstétrica na relação materno-fetal. O presente artigo revisa os principais achados desses estudos destacando tanto as situações de normalidade quanto de anormalidade fetal. Embora não haja consenso quanto ao impacto da ultra-sonografia para a relação materno-fetal, os estudos são unânimes em reconhecer o impacto emocional desse momento em situações de normalidade e, especialmente, nos casos de anormalidade fetal. Assim sendo, é necessário atentar também para os aspectos psicológicos desse exame e para seu potencial de afetar a relação pais-bebê.

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

Abstract

Nowadays the obstetric ultrasound is considered a prenatal period routine. This procedure has inaugurated a new contact with the intrauterine world, and has anticipated infant's real data concerning. It is possible to know the infant's sex, visualize physical characteristics and movement patterns, as well as to diagnose fetal abnormality. Therefore it is possible to affirm the increase of ultrasound use may affect parent-fetus relationship. Several studies have been carried out concerning the psychological implications of obstetric ultrasound on mother-fetus relationship. The present article reviews the main findings of these studies stressing both the fetal normality and abnormality situations. Even though there is no consensus regarding the impact of ultrasound on mother-fetus relationship, the studies are unanimous about the emotional impact of this exam in normal and, especially, in abnormal cases. It is necessary to attend to the psychological aspects of this examination and to its potential effect on parent-infant relationship.

Key words: fetal abnormality; pregnant; maternal-fetus relationship; obstetric ultrasound.

▼▼▼▼▼

¹ Artigo elaborado a partir da dissertação de A.G. GOMES, intitulada "A ultra-sonografia obstétrica e a relação materno-fetal: impressões e sentimentos de gestantes com e sem diagnóstico de anormalidade fetal". Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2003.

² Doutoranda, Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento, Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, RS, Brasil.

³ Instituto de Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Rua Ramiro Barcelos, 2600, Sala 111, 90035-006, Porto Alegre, RS, Brasil. Correspondência para/Correspondence to: C.A. PICCININI. E-mail: <algrill@cpovo.net>.

A ultra-sonografia é uma técnica de exame que utiliza a interação de ondas sonoras de alta frequência com os diferentes tecidos e órgãos do corpo humano para originar padrões de eco (Fonseca, Magalhães, Papiche, Dias & Schmidt, 2000). Com a captação e transformação desses ecos em imagens que se concretizam em um monitor, é possível ter acesso, no caso da ultra-sonografia obstétrica, à realidade do universo intra-uterino. O ultra-som esclarece a real idade gestacional, o sexo do bebê, a localização do feto, o diagnóstico de gestações múltiplas e a previsão ou o diagnóstico de malformações fetais (Pilu & Nicolaides, 1999). É um exame não invasivo, isto é, não estabelece contato direto com o ambiente fetal e possibilita a devolução imediata de seus resultados (Isfer, 1997).

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

A ultra-sonografia possibilita, então, desde um contato mais real com o feto, através do conhecimento do seu sexo e da visualização de algumas características físicas, até um diagnóstico de anormalidade fetal (Klaus & Kennel, 1992). Assim, a crescente utilização da ultra-sonografia parece afetar, de forma expressiva, a reação dos pais a respeito do bebê (Klaus & Kennel, 1992; Fonseca et al., 2000).

Diversas pesquisas, tanto qualitativas quanto quantitativas, têm sido realizadas visando investigar a influência da ultra-sonografia obstétrica na relação materno-fetal, tanto em situações de normalidade como de anormalidade. Este artigo apresenta uma revisão de alguns estudos, destacando seus principais achados e apontando para avanços futuros.

A gestante, ao ter acesso à visão do corpo, da forma e do comportamento de seu filho, além de escutar seu coração e ver o movimento do corpo, o concebe como mais real (Piontelli, 2000). É como se o encontro

com o bebê real fosse parcialmente antecipado (Caron, 2000). Com os dados concretos que o exame disponibiliza a respeito do bebê, os pais podem, desde então, confrontar o bebê imaginário com o bebê real. É notável que esse impacto seja diferente para cada mãe e o potencial de lidar com expectativas e frustrações interfira na relação que se estabelece com a criança. Os efeitos da ultra-sonografia dependerão muito, segundo a autora, da história passada da mãe, suas necessidades e conflitos psíquicos, seu momento atual de vida e sua capacidade de elaborar as representações mentais que possui de seu filho.

O exame ecográfico provoca uma sobrecarga emocional diante da rapidez do encontro mãe-feto através das imagens apresentadas na tela (Caron, Fonseca & Kompinsky, 2000). Diversos elementos aparecem de uma só vez, provocando uma reação de tamanha intensidade na mãe que conteúdos inconscientes podem vir à tona. Assim, o ambiente do exame ecográfico tem um impacto bastante importante nos pais, isto é, nunca é algo que produz indiferença; “pode gerar amor ou ódio, mas sempre algum sentimento é produzido pelas imagens que aparecem na tela do aparelho de ultra-sonografia” (Fonseca et al., 2000, p.113).

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

Nessa mesma direção, os autores apontam que não foram somente os pais que modificaram a sua visão sobre o feto, com o surgimento da ultra-sonografia. Os médicos também têm, agora, um novo contato com o ambiente fetal, pois ao ver o feto com mais acuidade, podem diagnosticar com maior segurança, garantindo melhores condições de saúde à dupla mãe e feto (Fonseca et al., 2000). Piontelli (2000) assegura que a ultra-sonografia mudou também a maneira dos médicos de

lidar com a gestante e com o feto. Os estudos de Villeneuve, Laroche, Lippman e Marrache (1988) mostraram os aspectos de maior relevância para a experiência emocional da gestante durante a ultra-sonografia. Além do resultado do exame e da percepção das imagens, a atitude do médico ecografista durante a ultra-sonografia foi bastante citada. Dessa forma, a postura do ecografista e/ou de qualquer profissional de saúde que acompanhe o exame é de bastante valia para tornar positivas ou negativas as repercussões daquelas imagens para a relação mãe-feto. Caron et al. (2000) referem que o impacto emocional diante do estranho-familiar revelado na ultra-sonografia deve ser acolhido por alguém treinado, seja um ecografista ou até um observador do exame. Para os autores, a ultra-sonografia é um nascimento antecipado, e a parteira é o ecografista. Ao revelar uma imagem real do feto, o ecografista lhe confere um *status* de paciente, o que parece interferir no tipo e na qualidade de vínculo que é estabelecido entre mãe-pai-feto (Quayle, 1997a).

O estudo do psiquismo fetal também tem sido beneficiado com a tecnologia ecográfica, que já foi utilizada até para identificar traços iniciais de personalidade do feto (Negri, 1997; Piontelli, 1995, 1999, 2000). Esses autores mostraram que desde a vida intra-uterina já é possível, através de movimentos e reações fetais, prever futuros comportamentos do bebê.

Especificamente nas situações de normalidade fetal, percebe-se uma certa divergência nos estudos que envolvem ultra-sonografia, quanto ao seu impacto na relação materno-fetal. Eles podem ser organizados em quatro grandes grupos: a) aqueles que descrevem efeitos positivos da ecografia na relação mãe-feto; b) os que acreditam na predominância de resultados negativos; c) os que relativizam os efeitos de acordo com a subjetividade dos pais; e, d) aqueles que não encontram diferença e/ou salientam que os efeitos são de curta duração não podendo ser considerados verdadeiros. Essas divergências entre os estudos podem ser parcialmente explicadas tanto em função dos diferentes conceitos que lhes servem de apoio (apego materno-fetal, relação materno-fetal, representação materna acerca do bebê) como pelas dificuldades metodológicas de se examinar tais conceitos. Além disso, essas divergências podem se dever tanto às diferentes ênfases dos estudos, por vezes mais centrados

nas mães e outros na relação, como à natureza da pesquisa - empírica ou mais baseada em observações clínicas.

O primeiro grupo de pesquisas aponta, então, para as repercussões positivas da ultra-sonografia para a gestante e para a relação materno-fetal. Esses estudos têm destacado que é notável o número de gestantes que afirmam que somente após a primeira ultra-sonografia começam a se sentir realmente grávidas e é também nesse momento que elas conseguem vislumbrar que os seus filhos não são completamente indefinidos, mas que já possuem a forma de ser humano (Fonseca et al., 2000). Essas conclusões foram compartilhadas por Sioda (1984), que mostrou que as gestantes não apenas viam a ultra-sonografia como incrementando a relação mãe-feto, mas também sendo capaz de fazê-las sentirem-se mais mães e, ainda, de tornar o feto mais concreto e real. Nos estudos de Caccia, Johnson, Robinson e Barna (1991), as gestantes referiram que as imagens da ultra-sonografia as fizeram se sentirem menos ansiosas e mais perto do bebê. Além disso, permitiram que elas o vissem como mais real e contribuíram para incrementar seus sentimentos de mãe. Baillie, Mason e Hewison (1997) apoiaram essas idéias ao mostrarem que a ultra-sonografia facilitou a transição para a parentalidade, intensificou o vínculo com o feto, diminuiu a ansiedade e aumentou a adesão das gestantes às recomendações médicas. Assim, poder-se-ia pensar que as imagens do feto oferecidas pelos exames ecográficos instaurariam um vínculo mais intenso entre mãe-feto (Fletcher & Evans, 1983). Por exemplo, uma das gestantes que participara desse último estudo relatou se sentir realmente mãe depois da ultra-sonografia, enquanto que outra, que estava ambivalente em relação à gravidez, decidiu, após o exame, manter a gestação. Não se pode ter essa idéia da ultra-sonografia como um meio certo de intensificar o vínculo da mãe com o bebê - depende sempre do caso, da família e até do diagnóstico. Por exemplo: em situações de anormalidade fetal, especificamente, a ultra-sonografia, por ter sido a reveladora de notícias desagradáveis sobre o bebê, pode, com bastante facilidade, não representar um meio de intensificar esse vínculo, e, mais do que isso, vir até a prejudicá-lo.

Tornar o bebê mais personalizado e aumentar a união pré-natal entre a mãe e o feto são efeitos da

ultra-sonografia descritos por Raphael-Leff (1997), que chama a atenção para o fato de que na ocorrência de um aborto, após a realização de um exame ecográfico, a perda fica mais difícil de ser elaborada. Assim, diante da decisão de dar fim a uma gravidez com feto malformado, muitos casais tendem a optar por não realizar o exame ecográfico, já que esse torna o processo mais sofrido (Garrett & Carlton, s.d.). Contudo, sabe-se que há pessoas que preferem e precisam conhecer seus filhos para poderem se despedir deles, sendo essa uma situação na qual a ultra-sonografia tem muito a auxiliar.

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

Embora quanto aos aspectos médicos não haja dúvidas da contribuição da ultra-sonografia obstétrica em relação aos aspectos psíquicos, os estudos sobre seu impacto na relação materno-fetal nem sempre apontam para a mesma direção. Contrapondo-se aos estudos acima, que assinalaram efeitos positivos da ultra-sonografia, alguns autores, predominantemente baseados em idéias teóricas, referem repercussões negativas do exame. Entre eles, alguns enfatizaram que a ultra-sonografia seria capaz de interromper e destruir as fantasias da mãe em relação ao feto (Courvoisier, 1985). É como se a exposição visual à que a mãe é submetida trouxesse a realidade muito precocemente, como um "curto-circuito" momentâneo no imaginário parental, fazendo com que a imagem real do feto substitua as sensações viscerais e a mãe se sinta invadida. Para Soulé

(1987), o exame ultra-sonográfico dá um fim a todas as fantasias maternas, constituindo as chamadas "interrupções voluntárias do fantasma" (p.142). É como se a mãe abortasse, estagnasse e bloqueasse o bebê fantasmático, originando diversas dificuldades para o vínculo da gestante com o feto. A partir dessa vivência, a gestante pode passar por alguns transtornos passageiros, especialmente no plano narcísico, na medida em que se "sentiu vista pelo seu bebê" (Mazet & Stoleru, 1990, p.24). A ultra-sonografia pode, ainda, reavivar as angústias de fragmentação pela visão fracionada emitida do feto desde a vigésima semana do período gestacional. Essa visão substituiria a percepção visceral profunda e completa que a mãe tem do bebê. Ademais, quando a ultra-sonografia é realizada antes dos movimentos fetais serem percebidos pelas mães, elas podem experienciar um choque ao reconhecerem que aquele feto lhes pertence (Fletcher & Evans, 1983).

Piontelli (2000) enfatizou também, no seu estudo, que as gestantes passaram a se sentir mais vulneráveis com a ultra-sonografia, já que a possibilidade de "algo dar errado" podia ser descoberta antes do nascimento. Antes da ultra-sonografia, as mulheres se sentiam suficientes para gerar e proteger o feto, e, hoje, sabem que seus corpos não são totalmente capazes de preservar sua cria. A gestante pode vivenciar o momento da ultra-sonografia com alto grau de ansiedade principalmente por temer os resultados e por não compreender o que está sendo dito e mostrado pelo médico (Quayle, 1997a). Por isso, a autora acredita que o exame pode trazer conseqüências disruptivas e potencialmente iatrogênicas para a relação mãe-pai-bebê. Raphael-Leff (1991) corroborou essa idéia quando trouxe a relação assimétrica que se estabelece entre ecografista e gestante durante o exame de ultra-sonografia. Essa por si só denuncia uma distância entre esses dois olhares: de um lado alguém acostumado a lidar com essas respostas rápidas e iniciais, e com habilidade técnica para enxergar tudo o que se apresenta na tela, e de outro uma pessoa mais vulnerável e frustrada por não compreender em profundidade as imagens de seu bebê. Caso essa disparidade não seja bem manejada pelo médico, o que deveria ser um encontro da mãe com o seu bebê pode se tornar um pesadelo.

Um terceiro conjunto de estudos não chegou a conclusões sobre o predomínio dos aspectos positivos ou negativos da ultra-sonografia. Por exemplo, Klaus e

Kennel (1992) não se disseram certos das repercussões positivas da ultra-sonografia para a formação do apego materno-fetal. Os autores descreveram algumas situações de decepção e outras de satisfação dos pais perante os resultados ecográficos - isto é, momentos que pareciam mais positivos e outros mais negativos -, apontando que seriam necessários mais estudos para se compreender os aspectos psicológicos envolvidos no exame. Para outros autores é importante que se avalie o desejo dos pais de conhecerem seu bebê antes mesmo do nascimento (Villeneuve et al., 1988). Há casais que manifestam esse interesse e demonstram querer saber tudo que se passa com o feto. Para eles, a ultra-sonografia é um momento bastante prazeroso. No entanto, mesmo que em menor número, existem pais que preferem esperar o nascimento para se deparar com seus filhos e isso exige dos profissionais uma postura mais cautelosa com relação aos exames ecográficos e às informações gerais sobre o feto. Os pesquisadores defendem, portanto, que os aspectos positivos e negativos da ultra-sonografia dependem fundamentalmente das expectativas internas dos pais e da sensibilidade do médico percebê-las.

A literatura apresenta, ainda, um grupo de pesquisas que não encontrou quaisquer efeitos da ultra-sonografia no apego materno-fetal (Kemp & Page, 1987; Heidrich & Cranley, 1989). Tais pesquisas, puramente quantitativas, utilizaram escalas para medir o apego materno-fetal; o primeiro estudo não controlou o tempo que havia passado desde o exame, e o segundo estudo trabalhou com dois escores, antes e quatro semanas depois do exame. É importante atentar que nos dois estudos não houve maior controle nos critérios da amostra, por exemplo: paridade, experiência prévia de ultra-sonografia e nível socioeconômico. Além disso, nos dois estudos foram avaliadas outras tantas variáveis além dos efeitos da ultra-sonografia, o que pareceu, nessas pesquisas, ser um complicador, pois os grupos, para cada variável, não estavam bem definidos.

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

é plausível se pensar que isso seja particularmente acentuado na primeira gestação da mãe.

A diminuição da ansiedade materna após o exame ecográfico foi descrita em diversos estudos (Cox, Wittman, Hess, Ross, Lind & Lindahl, 1987; Villeneuve et al., 1988; Zlotogorsky, Tadmor, Duniec, Rabinowitz & Diamant, 1996). Esse efeito foi também influenciado pelo nível de *feedback* médico durante o exame. Um alto *feedback* envolve respostas visuais e verbais, e pode incluir até mesmo uma foto do feto ao final da ultra-sonografia, enquanto que um baixo *feedback* envolve apenas comentários verbais (Zlotogorsky et al., 1996). Esses autores apontaram para a importância de um alto *feedback* durante a ultra-sonografia para reduzir a ansiedade materna e, inclusive, para causar uma impressão mais positiva do exame (Cox et al., 1987). Contudo, para alguns autores (Michelacci, Fava, Grandi, Bovicelli, Orlandi & Trombini, 1988; Zlotogorsky et al., 1996), a redução da ansiedade materna foi transitória e se deveu à ocorrência de um aumento de ansiedade prévio ao exame (Baillie et al., 1997). Na realidade, não só os efeitos da ansiedade parecem ser transitórios, mas também os efeitos dos aspectos positivos. Por exemplo, as pesquisas que relataram um aumento na intensidade de sentimentos positivos da gestante pelo feto logo após o exame ecográfico não constatarem continuidade desse efeito (Kohn, Nelson & Weiner, 1980; Milne & Rich, 1981; Heidrich & Cranley, 1989).

De modo geral, os procedimentos médicos do pré-natal são muitas vezes percebidos como uma ameaça à integridade do feto, e, por isso, são vivenciados com ansiedade pelas gestantes (Hertling-Schaal, Perrotin, Poncheville, Lansac & Body, 2001). É por essa razão que Quayle (1997b) enfatizou que a ultra-sonografia mesmo pertencendo ao grupo dos procedimentos pré-natais ditos não-invasivos - uma vez que não prevê contato direto com o ambiente fetal - é considerada invasiva do ponto de vista emocional. Assim, não se deve pensar que pelo fato de não estarmos diante de uma situação de intercorrência e/ou de ameaça à saúde do feto ou da gestante, a ultra-sonografia seja um procedimento completamente livre de conflitos e sentimentos desagradáveis, necessitando também da atenção dos profissionais da saúde no cuidado emocional da paciente.

A ultra-sonografia e a anormalidade fetal

O apoio emocional à gestante se faz especialmente relevante nas situações que envolvem um diagnóstico de anormalidade fetal. Primeiramente, deve-se saber que esse diagnóstico engloba tanto as malformações fetais associadas a anomalias cromossômicas como aquelas que se apresentam sem alterações no cariótipo do feto. As primeiras podem ser sugeridas através das medidas de substâncias do sangue materno e de resultados ultra-sonográficos⁴. Caso seja detectada alguma alteração em algum desses exames, podem ser solicitados procedimentos mais específicos, como a amniocentese⁵, a cordocentese⁶ e a biópsia de vilos coriais⁷ para que seja confirmada ou não a presença de anomalias cromossômicas. Para o diagnóstico das segundas, isto é, das malformações fetais estruturais ou anatômicas, a ultra-sonografia é o exame de escolha, pois permite o diagnóstico de, aproximadamente, 70% a 80% dessas malformações (Magalhães, 2001). A confiabilidade de um diagnóstico ecográfico, segundo o autor, está relacionada à acuidade diagnóstica, à experiência do ecografista, ao tempo despendido para o exame, e à qualidade técnica do aparelho utilizado.

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

Raphael-Leff (2000) afirma que o diagnóstico de anormalidade e a detecção de sofrimento fetal e/ou de

doença materna são fatos que vêm incrementar significativamente as dificuldades de uma gravidez e, frente a situações extremas envolvendo aborto espontâneo ou até morte intra-uterina, a elaboração da perda da gravidez é um passo bastante doloroso. Para a autora, lutos precisam ser elaborados diante de todas essas situações, mesmo daquelas em que o feto não teve uma morte concreta, embora o filho perfeito, idealizado, precise, agora, ser enterrado.

Esse confronto do filho imaginário com o filho real já pode, por si só, causar um importante foco conflitivo que, se não for bem elaborado, pode interferir na relação com essa criança, mesmo nos casos de gravidez normal (Lebovici, 1992). Na ocorrência de anormalidade, esse confronto assume uma dimensão muito maior (Klaus & Kennell, 1992). A profunda perda que se instala na mãe devido ao diagnóstico de um filho malformado acarreta uma "ferida narcísica", afetando diretamente sua auto-estima, na medida em que seu bebê é considerado como sendo sua extensão (Ramona-Thieme, 1995). Sobre essa questão, Moura (1986) refere que o filho é para a mãe a reedição da sua própria infância, o que torna a situação de anormalidade muito dolorosa para a mulher. Essa descoberta marca a relação dos pais com a criança por toda a vida (Quayle, 1997a). Para Sukop, Toniolo, Lermann, Laydner, Osório, Antunes e Magalhães (1999), seu impacto se faz sentir imediatamente no apego materno-fetal. Os autores investigaram a influência do diagnóstico pré-natal de malformação fetal na relação mãe-feto, utilizando uma escala de apego materno-fetal, e verificaram que o nível do apego em gestantes com diagnóstico foi menor do que entre aquelas que apresentavam uma gravidez normal.

A identificação maciça da mãe com a criança e, por conseguinte, a ferida narcísica que se instala diante de um diagnóstico de anormalidade fetal devem-se,

▼▼▼▼▼

- Estes podem ser: malformações fetais isoladas ou múltiplas - esse diagnóstico aumenta a possibilidade de anomalia cromossômica associada e/ou presença de marcadores ecográficos, que são imagens detectadas no exame sugestivas de necessidade de investigar a presença de uma anomalia cromossômica. Dentre os principais marcadores ecográficos sugestivos de anormalidade fetal estão: o edema nual, visão alterada das quatro câmeras cardíacas, intestino hiperecogênico, fêmur curto, foco ecogênico cardíaco, cisto do plexo coróide, leve dilatação das pelves renais e alterações no volume de líquido amniótico (Pilu & Nicolaidis, 1999).
- Procedimento diagnóstico invasivo que consiste na obtenção de uma certa quantidade de líquido amniótico para analisar o cariótipo fetal; utilizado mais adequadamente no período de 16 a 18 semanas de gestação (Magalhães, 2001).
- Procedimento diagnóstico invasivo que consiste na obtenção de sangue fetal para análise diagnóstica; pode ser realizado a partir de 18 semanas de gestação (Magalhães, 2001).
- Procedimento diagnóstico invasivo que consiste na obtenção de uma amostra do tecido trofoblástico (localizado na placenta) para análise genética; realizado com segurança entre 11 e 13 semanas de gestação (Magalhães, 2001).

conforme Caron e Maltz (1994), especialmente a um estado de regressão da mulher. Em geral, esse tipo de notícia é dada no segundo trimestre de gestação, quando as estruturas do bebê são mais bem visualizadas no exame ecográfico. Assim, o choque do diagnóstico provoca uma abrupta e dramática interrupção do processo psíquico normal de gestação, levando a uma regressão da mulher ao primeiro trimestre de gestação, quando a discriminação mãe-bebê está pouco evidente, isto é, o feto volta a ser sentido pela mãe como uma parte sua.

Autores que investigaram situações de risco para anormalidade fetal mostraram que, em geral, as mulheres deixam o envolvimento com seu feto em suspenso até a chegada dos resultados confirmatórios (Heidrich & Cranley, 1989; Raphael-Leff, 1997). Os estudos de Roelofsen, Kamerbeek e Tymstra (1993) também retratam essa realidade ao mostrarem respostas de gestantes que disseram que até que vissem os resultados iriam ignorar a gravidez e não se sentiriam conscientes de seu estado; outras referiam que deixariam de lado qualquer atividade ligada à gravidez, como falar sobre o bebê e usar roupas de gestante. Para Maldonado (1997), em situações de diagnóstico de anormalidade fetal, os sentimentos maternos parecem ficar, por defesa, resguardados até a certeza da sobrevivência do bebê. A singularidade com que cada mulher lidará com a gestação, com a maternidade e até com a decisão de manter ou dar fim a uma gravidez com diagnóstico de anormalidade fetal propriamente dita dependerá de diversos fatores, tais como: severidade do problema, experiência com esse tipo de situação, idade gestacional, efeitos da ultra-sonografia, estrutura familiar, questões socioeconômicas e culturais, aspectos psicológicos, opiniões dos outros e efeitos do aconselhamento (Garrett & Carlton, s.d.). Explorando mais detalhadamente os aspectos psicológicos envolvidos na gravidez, os autores comentaram sobre o fato de a gravidez ter sido ou não planejada, se foi muito desejada, incluindo até recursos de fertilização, os valores do casal sobre qualidade de vida e sua capacidade de lidar com situações difíceis. É importante relacionar esses fatores não somente à decisão a ser tomada, mas também à forma com que cada gestante, cada casal, lidará com a situação de um diagnóstico confirmado de anormalidade fetal.

Mesmo em situações que não envolvem anormalidade fetal, a gestante ao aperceber-se que

abriga em si um ser que logo a deixará, vivência o momento próximo ao final da gravidez como uma castração. Ela precisa renunciar a essa possessividade e conceder ao seu filho a vida que lhe é própria. Szejer (1999) fala aí de um primeiro luto. Durante a gestação, é natural que ocorra um processo de idealização do bebê, porém, após o nascimento, ocorre o encontro com o filho real, o que configura um segundo luto para a gestante. Esse luto pode seguir sendo elaborado durante todo o ciclo vital, dependendo da intensidade do funcionamento projetivo da família. Ambas vivências de lutos fazem parte do desenvolvimento normal (Soifer, 1980; Lebovici, 1992; Cramer, 1993; Raphael-Leff, 1997; Szejer & Stewart, 1997). No entanto, a notícia de uma anormalidade fetal corresponde a um processo de luto que não faz parte do curso normal do desenvolvimento, sendo, portanto, vivido com mais sofrimento pelos envolvidos (Quayle, 1997a).

Desencadeia-se um processo de luto equivalente ao luto por perda/morte (Quayle, 1997b), o que evidencia a gravidade da repercussão do diagnóstico de anormalidade fetal no âmbito familiar. O luto é pelo que é diferente do imaginado. O bebê começa a ser real, adquirir rosto, forma e identidade, e o casal, frente a uma situação de anormalidade, precisa decidir prosseguir com a gestação, ou se for obrigado a isso, precisa se adaptar a essa nova realidade. Esse processo de adaptação segue um ritmo de desenvolvimento particular para cada mãe e pai, porém é possível falar de algumas etapas comuns àqueles que passam por um processo de luto.

As reações parentais frente à notícia de uma anormalidade fetal foram estudadas por Drotar, Maskiewicks, Irvin, Kennel e Klaus (1975), que a partir de suas observações propuseram fases de organização dessas reações. São elas: choque, negação, tristeza e cólera, equilíbrio e reorganização. A primeira fase é marcada por uma perturbação abrupta do equilíbrio psíquico, levando a comportamentos de fuga, crises de choro e descontrole emocional. Em geral, os casais, especialmente as mães, tendem a se sentirem desamparados e com uma sensação de que tudo está perdido. É nesse momento que surgem as perguntas de necessidade de justificativa: Por que comigo? O que foi que eu fiz? Essas questões ocupam parte do discurso inicial frente ao diagnóstico e costumam retornar em

alguns outros momentos do desenvolvimento gravídico e mesmo pós-nascimento. Em seguida, é comum um período de descrença nos fatos e a necessidade de confirmação da verdade do diagnóstico. O casal, nessa fase, costuma procurar outros médicos e realizar novos exames, chegando, por vezes, a esconder a informação já sabida como uma tentativa de obter resultados diferentes. Esse estado de negação vai, paulatinamente, dando lugar à tristeza, pesar e raiva, o que constitui um momento bastante difícil para o casal que se encontra com sua capacidade racional tomada por sentimentos muito intensos. O casal começa a desejar compreender o que de fato ocorreu e as suas causas, além de pensar em como será após o nascimento e como eles podem se preparar para esperar o bebê, dando início a um período de equilíbrio e organização.

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

Na prática, todas essas fases aparecem muito relacionadas, o que faz com que reações próprias a uma fase sejam manifestadas em meio a outras, o que se explica pelo dinamismo psíquico. A individualidade de cada pai, de cada mãe e de cada casal vai influenciar não somente a forma de viver cada fase (Irvin, Kennel & Klaus, 1993), mas também o tempo despendido em cada uma delas e a capacidade de chegar ou não à fase de reorganização. A intensidade das repercussões

emocionais é dificilmente avaliada, mas existem fatores reconhecidos como fundamentais na qualidade de elaboração do luto, tais como: a idade gestacional em que o diagnóstico é recebido, a gravidade da malformação e a paridade do casal (Kroeff, Maia & Lima, 2000). Além disso, pode-se pensar que a possibilidade de receber apoio psicológico nesse momento é um diferencial para favorecer a elaboração do luto de forma mais saudável.

A ultra-sonografia possibilita que o diagnóstico de anormalidade fetal seja antecipado para os pais do bebê e para todos os envolvidos. A precocidade na comunicação do diagnóstico é entendida como minimizadora do problema na medida em que há mais tempo para se preparar emocionalmente para a realidade. Esse preparo diz respeito, principalmente, à aquisição pelos pais de clareza sobre o problema do bebê e sobre as atitudes necessárias frente à condição de anormalidade fetal (Kroeff et al., 2000). Saber antecipadamente de um problema que não oferece soluções imediatas possibilita que o indivíduo lance mão de defesas para se adaptar à situação (Quayle, 1996). Essa autora cita um estudo em andamento no hospital de Clínicas de São Paulo sobre as reações iniciais face ao diagnóstico de malformação fetal, no qual 95% das gestantes responderam que desejavam conhecer os resultados desfavoráveis, alegando que, dessa forma, poderiam se preparar melhor para a situação. Paradoxalmente, muitas dessas gestantes, especialmente as culturalmente menos favorecidas, que não entendem o valor do "genético", ou as que, por motivos religiosos ou pessoais, não consideram a possibilidade de interrupção de gravidez, optaram por não investigar em profundidade o problema do bebê, rejeitando a realização de procedimentos mais específicos, o que denota um comportamento ambivalente. Esse comportamento também foi observado em um estudo recente (Gomes & Piccinini, 2004) que, investigando profundamente três gestantes com diagnósticos de anormalidade fetal, apontou que apesar de elas se mostrarem satisfeitas em saber o diagnóstico - por possibilitar que tomassem medidas profiláticas no momento do nascimento do bebê - manifestaram sentimentos contraditórios. Uma delas enfatizou um sentimento de arrependimento por ter feito o exame, pois enquanto outras gestantes próximas a ela podiam experimentar a gravidez como um momento tranquilo

e emocionante em suas vidas, ela o vivenciava com muita conturbação e dificuldade. Outra gestante mostrou ambivalência ao atribuir ao diagnóstico precoce a responsabilidade por conflitos e até pelo rompimento ocorrido entre o casal. A terceira gestante enfatizou a importância de saber do diagnóstico, porém falou do constante e intenso sentimento de impotência diante do fato de só restar esperar o dia do nascimento do seu filho sem poder fazer nada por ele, o que lhe causava muito sofrimento. Percebe-se, assim, que mesmo que as gestantes evidenciem desejo e satisfação em saber previamente da existência de complicações, coexistem sentimentos contraditórios que dizem respeito, especialmente, em poder viver a gestação como um período mais tranquilo e especial, como, em geral, é esperado pela mulher.

Em relação a esse desejo de conhecer ou desconhecer um diagnóstico desfavorável, é necessário apontar a liberdade de escolha que deve ser proporcionada às gestantes. A ultra-sonografia é um procedimento que envolve uma técnica, um objetivo e um resultado, e todos esses elementos precisam estar ao alcance do conhecimento da gestante, obviamente, em uma linguagem compreensível, para que ela possa optar por realizá-lo ou não. Autores defendem que deveria ficar resguardado à gestante o direito de conhecer todos os aspectos do procedimento, além de ser necessário que ela assine um consentimento registrando que aceita realizar o exame (Chervenak & McCullough, 1991; Kohut, Dewey & Love, 2002).

Quanto às implicações emocionais do recebimento de notícias ruins, os estudos salientam a ocorrência de um impacto emocional expressivo após o diagnóstico. Por exemplo, uma pesquisa desenvolvida por Hunfeld, Wladimiroff, Passchier, Uniken Venema-Van Uden, Frets e Verhage (1993) investigou as repercussões emocionais do diagnóstico severo de malformação fetal informado após vinte e quatro semanas de gestação. Os achados mostraram que mais da metade das gestantes do estudo expressaram reações de muita tristeza e raiva após o diagnóstico, além de terem sofrido dificuldades em relação à alimentação e ao sono. Quase a metade evidenciou sentimentos de fracasso e medo e 45% apresentaram instabilidade emocional grave.

Sabe-se que alguns fatores tendem a fazer com que as repercussões emocionais sejam mais ou menos

graves. Dentre os que tendem a intensificar o nível do processo de luto, Hunfeld et al. (1993) cita o fato de a mulher não ter tido problemas para engravidar e/ou o parto acontecer mais precocemente do que trinta e quatro semanas. Quayle (1996) aponta para a questão da anormalidade ser ou não perceptível visualmente, o que também influencia a dinâmica psíquica vivida pelos pais. Caso se trate de um problema interno, ou dito “invisível” externamente, materializar-se-ia nos genitores a idéia de que um deles tem um caráter ruim, ou seja, uma falha interna, provocando a expectativa de constante fracasso. Já aquelas malformações “visíveis” levariam a uma culpa imediata e intensa nos pais, fazendo com que muitos deles abandonem suas vidas particulares para dedicar-se exclusivamente ao bebê. Ademais, sobre a paridade, Quayle refere que as gestantes primíparas vivenciam o diagnóstico de anormalidade fetal com mais sofrimento do que as múltíparas, caso essas últimas tenham tido filhos saudáveis. Por fim, a autora chama a atenção para o fato de que mesmo em casos de gravidez não planejada e não desejada, nos quais poderia se supor uma maior ambivalência das gestantes do que nas planejadas e desejadas, essas situações são igualmente desorganizadoras.

Observa-se, no entanto, que independente das particularidades de cada caso, o diagnóstico de anormalidade fetal provoca em muitas gestantes uma postura de submissão e passividade (Caron & Maltz, 1994). Segundo essas autoras, evidencia-se, então, um aspecto “masoquista” de submissão e aceitação a qualquer tipo de exames e medicamentos, como significando a esperança de salvar o bebê. Esse tipo de reação pode ser entendido, ainda, como uma necessidade de preservar a figura do médico, por esse ser visto como o único que pode reverter a situação. Na verdade, segundo Caron e Maltz, o médico terá de saber lidar com essa carga de projeções dos pais, tanto quando essa for de idealização quanto de culpa, para que a relação médico-paciente e, por conseguinte, mãe-bebê seja preservada com maior tranquilidade e segurança. Deutrax, Gillot-de-Vries, Vanden, Courtois e Desmetz (1998) também enfatizaram que a qualidade da relação entre os pais e os profissionais é importante para a estabilidade emocional da relação da mãe com o bebê, pois uma vez que os pais possam contar com um profissional continente, deixando com ele parte de suas ansiedades

e preocupações, tendem a ter mais leveza e tranquilidade na relação com o bebê.

Nesse sentido, Gotzmann, Romann, Schonholzer, Klagholfer, Zimmermann e Buddberg (2001) verificaram que a dificuldade emocional diante da notícia de um diagnóstico de anormalidade não parece ser enfrentada somente pelo casal e pela sua família, mas também pelos médicos. Esses profissionais, principalmente os do sexo feminino, tenderam a expressar altos níveis de estresse no momento que precisavam transmitir a informação, além de descreverem um sentimento de impotência para ajudar a paciente. Por essa razão, acredita-se na importância de uma qualificação específica em comunicação diagnóstica para médicos nas unidades de medicina fetal. Os profissionais precisam se sentir bem assistidos com relação às questões psicológicas da relação médico-paciente, especialmente nas situações de intenso impacto emocional, como as vivenciadas durante a notícia de um diagnóstico de anormalidade fetal. Mais adequada ainda seria a presença de um profissional de saúde mental nessas unidades de medicina fetal que pudesse auxiliar os médicos nessas situações de esclarecimento técnico e de contenção das ansiedades geradas por um diagnóstico indesejado.

No que concerne especialmente às idéias das gestantes sobre a ultra-sonografia obstétrica em si, em situações nas quais foi revelado um resultado de anormalidade fetal, as pesquisas evidenciaram uma visão positiva da ultra-sonografia apesar da presença também de sentimentos ambivalentes (Deutrax et al., 1998; Gotzmann, Schonholzer, Kolble, Klagholfer, Scheuer, Huch, Buddberg e Zimmermann, 2002). Os aspectos globais relacionados à saúde do bebê foram mais valorizados no discurso das gestantes em detrimento daqueles mais subjetivos como a visualização do bebê (Gotzmann et al., 2002). Além disso, a competência da comunicação do diagnóstico foi descrita como menos satisfatória do que a qualidade das informações técnicas, o que, segundo os autores, reforça a necessidade de uma maior atenção à comunicação do diagnóstico e ao apoio psicológico envolvendo tanto a gestante quanto o médico ultra-sonografista.

Na verdade, os cuidados médicos para as gestações de risco parecem ter se tornado mais eficientes no combate à mortalidade materna e

perinatal, mas esses avanços não incluíram uma melhora das condições psicológicas associadas a tais situações (Tedesco, 1997). A necessidade de hospitalização e/ou repouso e a realização de infundáveis exames e procedimentos trazem um alto nível de ansiedade à gestante. Assim, embora nessas situações de anormalidade fetal esteja atualmente assegurada a melhoria do prognóstico clínico materno e fetal, o mesmo não pode ser dito quanto ao auxílio para o equilíbrio pessoal e para as relações inter familiares. É necessário, segundo Tedesco, que os profissionais da psicologia possam compreender e atuar nesses aspectos, promovendo um estado de maior tranquilidade emocional à dupla mãe-feto.

Considerações Finais

Os estudos revisados salientam que, durante a gestação, a mulher está revivendo experiências vinculares antigas e, por isso, passando por reformulações na sua identidade psíquica. Conforme Raphael-Leff (1997), a gravidez expõe a mulher a uma forma primitiva de experimentação na qual “as balizas” conhecidas das sensações corpóreas normais e a organização emocional alteram-se, por vezes, chegando à deformidade. Somente essa condição psíquica de muita vulnerabilidade já justifica especificidades de manejo por parte dos profissionais. Isso deve ser reforçado diante de uma situação de ultra-sonografia, que é um momento de avaliação da mulher como “ambiente” de formação adequado ou não para o bebê, e também do próprio bebê. É quase como um “teste da verdade” (Raphael-Leff, 1991) ou “controle/selo de qualidade” (Quayle, 1997b), a partir do qual o casal, e mais diretamente a mãe, é avaliado em sua capacidade procriativa de forma bastante objetiva. Todas as partes deles que estavam projetadas no bebê são, agora, alvo de pesquisa; o bebê a ser examinado está trazendo com ele o “eu” parental. Frente a uma notícia diagnóstica indesejada, a mobilização dos profissionais necessita ser ainda mais cuidadosa e qualificada.

Os estudos aqui revisados embora não apontem necessariamente na mesma direção, são unânimes em reconhecer a ultra-sonografia como sendo um momento muito importante para a gestante e para a relação materno-fetal, tanto em situações de

normalidade como de anormalidade fetal. Assim sendo, diante da popularização da ultra-sonografia como importante recurso do pré-natal, é necessário atentar também para os aspectos psicológicos desse exame e para seu potencial de afetar a relação pais-bebê.

Além disso, cabe sempre considerar para os aspectos éticos envolvidos nesse procedimento. À gestante deve ser oferecido o direito de saber do que trata o exame, quais são seus objetivos, e o que vai ser feito com ela e seu bebê. Também é importante que se considere o direito da gestante de decidir se é seu desejo ou não saber das notícias que ali podem ser dadas. Ou seja, as gestantes devem poder optar por não tomar conhecimento de alguns aspectos, como o sexo do filho ou até de algum diagnóstico de anormalidade fetal, e isso precisa ser considerado pelos profissionais, por mais que possa parecer incompreensível. É importante salientar que ao adotar esse procedimento, corre-se o risco - caso a mulher decida por não saber as condições de saúde de seu bebê - de deixar determinadas situações se agravarem ou de não se evitarem certas intercorrências. Contudo, embora a paciente possa ter o direito de não querer saber, o médico pode argumentar que tem o dever de apresentar os resultados do exame, especialmente em situações em que determinados procedimentos precisam ser implementados com urgência. Dessa forma, é fundamental que a gestante esteja bem informada sobre o exame antes de sua realização, possuindo adequadamente todos os conhecimentos necessários para poder decidir por realizá-lo ou não, devendo o profissional intervir com seu conhecimento para tornar o procedimento compreensível à paciente. Sabe-se que em muitos países de primeiro mundo, pede-se o consentimento da gestante assinado antes do exame, como garantia de que ela saiba do que esse trata e do que pode vir a tomar conhecimento durante sua realização. Essa parece uma maneira segura de alcançar os objetivos aqui propostos, além de se constituir um momento formal para que ocorra um diálogo entre médico e paciente.

Assim, independente das repercussões positivas ou negativas da ultra-sonografia - no caso de um diagnóstico de normalidade ou de anormalidade fetal - na relação materno-fetal, há de se saber que o procedimento por si só gera um impacto emocional no psiquismo da gestante que provavelmente repercutirá na sua relação com o bebê. Portanto, esse

procedimento merece ser cuidadosamente realizado e assistido pelos profissionais da saúde, tanto na sua dimensão médica como psicológica.

Referências

- Baillie, C., Mason, G., & Hewison, J. (1997). Scanning for pleasure. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 104 (11), 1223-4.
- Caccia, N., Johnson, J., Robinson, G., & Barna, T. (1991). Impact of prenatal testing on maternal-fetal bonding: Chorionic villus sampling versus amniocentesis. *American Journal Obstetric Gynecology*, 165 (4 Pt 1), 1122-1125.
- Caron, N., & Maltz, R. (1994). Intervenções em grávidas com anomalias congênitas. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 16 (3), 202-207.
- Caron, N. (2000). O ambiente intra-uterino e a relação materno-fetal. In N. Caron (Org.). *A relação pais-bebê: da observação à clínica* (pp.119-134). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Caron, N., Fonseca, M., & Kompinsky, E. (2000). Aplicação da observação na ultra-sonografia obstétrica. In Caron, N. *A relação pais-bebê: da observação à clínica* (pp.178-206). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Chervenak, F., & McCullough, L. (1991). Ethics, an emerging subdiscipline of obstetric ultrasound, and its relevance to the routine obstetric scan. *Ultrasound Obstetrics Gynecology*, 1 (1), 18-20.
- Courvoisier, A. (1985). Échographie Obstétricale et Fantâsmas. *Neuropsychiatrie de l'Enfance*, 33 (2-3), 103-105.
- Cox, D.N., Wittmann, B.K., Hess, M., Ross, A.G., Lind, J., & Lindahl, S. (1987). The psychological impact of diagnostic ultrasound. *Obstetric and Gynecology*, 70 (5), 673-676.
- Cramer, B. (1993). *Profissão bebê*. São Paulo: Martins Fontes.
- Detraux, J., Gillot-de-Vries, F., Vanden S., Courtois, A., & Desmet, M. (1998). Psychological impact of the announcement of a fetal abnormality on pregnant women and on professionals. *Annual New York Academic Science*, 847, 210-219.
- Drotar, D., Maskiewicks, A., Irvin, N., Kennel, J., & Klaus, M. (1975). The Adaptation of Parents to the Birth of an Infant with a Congenital Malformation: a Hypothetical Model. *Pediatrics*, 56 (5), 710-716.
- Fletcher, J.C., & Evans, M.I. (1983). Maternal bonding in early fetal ultrasound examinations. *New England Journal of Medicine*, 308 (7), 392-3.
- Fonseca, M., Magalhães, J., Papich, H., Dias, R., & Schmidt, A. (2000). Ultra-sonografia em obstetrícia: explorando um novo mundo. In N. Caron (Org.). *A relação pais-bebê: da observação à clínica* (pp.97-118). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Garrett, C., & Carlton, C. (s.d.). Difficult decisions in prenatal diagnosis. In L. Abamsky & J. Chapple (Orgs.). *Prenatal diagnosis: the human side* (pp.86-105). London: Chapman & Hall.

- Gomes, A., & Piccinini, C. (2004). A Ultra-sonografia obstétrica e a relação materno-fetal no contexto de anormalidade fetal. Artigo submetido à publicação.
- Gotzmann, L., Romann, C., Schonholzer, S.M., Klagholfer, R., Zimmermann, R., & Buddberg, C. (2001). Communication competence in ultrasound examination in pregnancy. *GynaKol Geburtshilfliche Rundsch*, 41 (4), 215-22.
- Gotzmann, L., Schonholzer, S., Kolble, N., Klagholfer, R., Scheuer, E., Huch, R., Buddberg, C., & Zimmermann, R. (2002). Ultrasound examination in the context of suspected fetal malformations: satisfaction of concerned women and their appraisals. *Ultraschall Med*, 23 (1), 27-32.
- Green, J. (1990). Women's experience of ultrasound scanning. In L. Abamsky & J. Chapple (Orgs.). *Prenatal Diagnosis: the human side*. Londres: Chapman & Hall.
- Heidrich, S., & Cranley, M. (1989). Effect of fetal movement, ultrasound scans, and amniocentesis on maternal-fetal attachment. *Nursing Research*, 38 (2), 81-4.
- Hertling-Schaal, E., Perrotin, F., Poncheville, L., Lansac, J., & Body, G. (2001). Maternal anxiety induced by prenatal diagnostic techniques: detection and management. *Gynecology Obstetric Fertility*, 29 (6), 440-6.
- Hunfeld, J., Wladimiroff, J., Passchier, J., Uniken Venema-Van Uden, M., Frets, P., & Verhage, F. (1993). Emotional reactions in women in late pregnancy (24 weeks or longer) following the ultrasound diagnosis of a severe or lethal malformation. *Prenatal Diagnosiz*, 13 (7), 603-612.
- Irvin, N., Kennel, J., & Klaus, M. (1993). Atendimento aos pais de um bebê com malformação congênita. In M. Klaus & J. Kennel. *Pais/bebê: a formação do apego* (pp.245-275). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Isfer, E. (1997). Medicina fetal: o feto, o paciente. In J. Wilhelm (Org.). *Decifrando a linguagem dos bebês. Anais do Segundo Encontro Brasileiro para o Estudo do Psiquismo Pré e Peri Natal* (pp.181-192). São Paulo: Cop L Print.
- Kemp, V.Y.H., & Page, C.V.K. (1987). Maternal prenatal attachment in normal and high-risk pregnancies. *Journal of Obstetric Gynecology and Neonatal Nursing*, 16 (3), 179-184.
- Klaus, M., & Kennel, J. (1992). *Pais/bebê: a formação do apego*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Kohn, C., Nelson, A., & Weiner, S. (1980). Gravidá's response to realtime ultrasound fetal image. *Journal of Obstetric, Gynecology and Neonatal Nursing*, 9 (2), 77-80.
- Kohut, R., Dewey, D., & Love, E. (2002). Women's knowledge of prenatal ultrasound and informed choice. *Journal of Genetic Counselling*, 11 (4), 265-76.
- Kroeff, C., Maia, C., & Lima, C. (2000). O luto do filho malformado. *Femina*, 28, 395-396.
- Lebovici, S. (1992). Maternidade. In G. Costa (Org.). *Dinâmica das relações conjugais*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Magalhães, J. (2001). Medicina Fetal. In F. Freitas, S. Martins-Costa, J. Ramos & J. Magalhães. *Rotinas em obstetrícia* (pp.38-47). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Maldonado, M.T.P. (1997). *Psicologia da gravidez*. Petrópolis: Vozes.
- Mazet, P., & Stoleru, S. (1990). *Manual de psicopatologia do recém-nascido*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Michelacci, L., Fava, G., Grandi, S., Bovicelli, L., Orlandi, C., & Trombini, G. (1988). Psychological reactions to ultrasound examination during pregnancy. *Psychoterapy Psychosomatic*, 50 (1), 1-4.
- Milne, L., & Rich, U. (1981). Cognitive and affective aspects of the responses of pregnant women to sonography. *Maternal Child Nursing Journal*, 10 (1), 15-39.
- Moura, M. (1986). Nascimento do concepto malformado: aspectos psicológicos. *Femina*, 14 (7), 606-612.
- Negri, R. (1997). Observação da vida fetal. In M. Lacroix & M. Monmayrant. (Orgs.). *Laços do encantamento: a observação de bebês* (pp.113-129). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Pelchat, D. (1992). Processus d'adaptation des parents d'un enfant atteint d'une déficience et élaboration d'un programme d'intervention précoce à leur intention. *Revue Canadienne de Santé Mentale Communautaire*, 1, 63-80.
- Piontelli, A. (1995). *De feto à criança: um estudo observacional e psicanalítico*. Rio de Janeiro: Imago.
- Piontelli, A. (1999). Twins in utero: temperament development and interwin behavior before and after birth. In A. Sandbank (Org.). *Twin and triplet psychology* (pp. 7-18). London: Routledge.
- Piontelli, A. (2000). Is there something wrong? The impact of technology in pregnancy. In J. Raphael-Leff (Org.). *'Spilt milk' perinatal loss & breakdown* (pp.39-52). London: Institute of Psychoanalysis.
- Pilu, G., & Nicolaides, K. (1999). *Diagnosis of fetal abnormalities: the 18-23 week scan*. London: The Parthenon Publishing Group.
- Quayle, J. (1997a). Óbito fetal e anomalias fetais: repercussões emocionais maternas. In M. Zugaib, J. Tedesco & J. Quayle. *Obstetrícia psicossomática* (pp.216-227). São Paulo: Atheneu.
- Quayle, J. (1997b). Parentalidade e medicina fetal: repercussões emocionais. In M. Zugaib, M. Brizot, V. Bunduki & D. Pedreira. *Medicina fetal*. São Paulo: Atheneu.
- Quayle, J., Neder, M., Mihaydaira, S., & Zugaib, M. (1996). Repercussões na família do diagnóstico de malformações fetais: algumas reflexões. *Revista de Ginecologia e Obstetrícia*, 7 (1), 33-39.
- Ramona-Thieme, M. (1995). *Becoming a mother: research on maternal identity from Rubin to the present*. New York: Spring Publishing.
- Raphael-Leff, J. (1991). *Psychological processes of childbearing*. London: Chapman & Hall.
- Raphael-Leff, J. (1997). *Gravidez: a história interior*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Raphael-Leff, J. (2000). Introduction: technical issues in perinatal therapy. In J. Raphael-Leff. *'Spilt milk' perinatal loss & breakdown* (pp.7-16). London: Institute of Psychoanalysis.

- Roelofsen, E., Kamerbeek, L., & Tymstra, T. (1993). Chances and choices. Psycho-social consequence of maternal serum screening: a report from The Netherlands. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 11, 41-47.
- Sinason, V. (1993). *Your handicapped child*. London: Rosendale Press.
- Sioda, T. (1984). Psychological effects of cardiotocographic and ultrasonographic examinations in pregnancy and labour on the mother. Part I the significance of cardiotocographia and ultrasonographic examinations for the development of mateinal bonding. *Ginekologia Polska*, 55 (9), 653-660.
- Soifer, R. (1980). *Psicologia da gravidez, parto e puerpério*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Soulé, M. (1987). O filho da cabeça, o filho imaginário. In T. Brazelton, B. Cramer, L. Kreisler, R. Schappi & M. Soulé. (1987). *A dinâmica do bebê* (pp.132-170). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Sukop, P., Toniolo, D., Lermann, V., Laydner, J., Osório, C., Antunes, C., & Magalhães, J. (1999). Influência do diagnóstico pré-natal de malformação fetal no vínculo mãe-feto. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 21, 10-15.
- Szejer, M. (1999). *Palavras para nascer: a escuta psicanalítica na maternidade*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Szejer, M., & Stewart, R. (1997). *Nove meses na vida da mulher*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Tedesco, J. (1997). Aspectos emocionais da gravidez de alto risco. In M. Zugaib, J. Tedesco & J. Quayle. *Obstetria psicossomática* (pp.99-108). São Paulo: Atheneu.
- Villeneuve, C., Laroche, C., Lippman, A., & Marrache, M. (1988). Psychological aspects of ultrasound imaging during pregnancy. *Canadian Journal of Psychiatry*, 33 (6), 530-6.
- Zlotogorski, Z., Tadmor, O., Duniec, E., Rabinowitz, R., & Diamant, Y. (1996). The effect of the amount of feedback on anxiety during ultrasound scanning. *Journal of Clinical Ultrasound*, 24 (1), 21-24.

Recebido para publicação em 8 de setembro de 2004 e aceito em 25 de julho de 2005.