



UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PERNAMBUCO
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA, PÓS-GRADUAÇÃO E INOVAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA CLÍNICA
LINHA DE PESQUISA: FAMÍLIA, INTERAÇÃO SOCIAL E SAÚDE

Juliana Lucchesi

**Entre sombras e feixes de luz: um estudo observacional psicanalítico no
contexto da ultrassonografia pré-natal**

RECIFE
2023

JULIANA LUCCHESI C. LEÃO SILVA

**Entre sombras e feixes de luz: um estudo observacional psicanalítico no
contexto da ultrassonografia pré-natal**

Tese apresentada ao Programa de Doutorado em
Psicologia Clínica da Universidade Católica de
Pernambuco, para obtenção do título de doutora em
Psicologia Clínica na Linha de Pesquisa Família,
Interação Social e Saúde

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Marisa A. Sampaio
Supervisão: Maria do Carmo Camarotti

RECIFE
2023

L934e

Lucchesi, Juliana

Entre sombras e feixes de luz : um estudo observacional
Psicanalítico no contexto da ultrassonografia pré-natal /
Juliana Lucchesi, 2023.
189 f. : il.

Orientadora: Marisa A. Sampaio.

Coorientadora: Maria do Carmo Camarotti

Tese (Doutorado) – Universidade Católica de
Pernambuco. Programa de Pós-graduação em Psicologia
Clínica. Doutorado em Psicologia Clínica, 2023.

1. Psicanálise. 2. Ultrassom em obstetrícia. 3. Feto.
4. Lactentes. 5. Mãe e lactente. 6. Responsabilidade dos pais.
7. Assistência à maternidade e à infância. I. Título.

CDU 159.964.2

Luciana Vidal - CRB-4/1338

JULIANA LUCCHESI C. LEÃO SILVA

**Entre sombras e feixes de luz: um estudo observacional psicanalítico no
contexto da ultrassonografia pré-natal**

Tese de doutorado submetida à banca
examinadora como requisito para obtenção do
título de doutora em Psicologia Clínica

Aprovada em: 31 /05 / 2023.

Banca Examinadora



Prof.^a Dr.^a Marisa Amorim Sampaio
Universidade Católica de Pernambuco
(Orientadora)



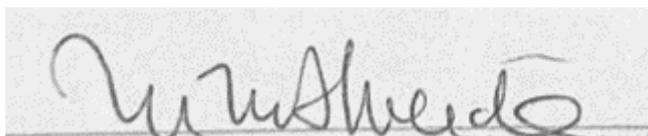
Prof.^a Maria do Carmo Camarotti
FAFIRE
(Supervisora técnica)



Prof.^a Dr.^a Edilene Freire Queiroz
Universidade Católica de Pernambuco
(Examinadora interna)



Prof.^a Dr.^a Maria de Fátima Vilar de Melo
Universidade Católica de Pernambuco
(Examinadora interna)



Prof.^a Dr.^a Mariângela Mendes de Almeida
Sedes Sapientiae e SBPSP (Sociedade Brasileira de Psicanálise de São Paulo)
(Examinadora externa)



Prof.^a Dr.^a Stephania Batista Geraldini
Sedes Sapientiae, IPA e IPUSP (Instituto de Psicanálise de São Paulo)
(Examinadora externa)

AGRADECIMENTOS

Um provérbio africano diz que “é preciso uma aldeia para se educar uma criança”. Eu ousou dizer que é preciso de muitos para se escrever e criar uma tese. Ao longo da construção desta tese eu tive muitas pessoas nos bastidores para ser colo, suporte e respiro nesses quatro anos de doutorado. Agradeço a todos vocês que, direta ou indiretamente, contribuíram de alguma forma para a construção da pesquisa.

Começo agradecendo a Marisa por toda a sua doação e generosidade. Você não soltou a minha mão em nenhum momento, gestou comigo essas ideias e me impulsionou a ir além. Aprendi com você mais do que pesquisa, bebês, parentalidade e todo esse saber que você generosamente sempre compartilha, aprendi sobre a docência com implicação e cuidado. Sem dúvidas, você marcou minha trajetória acadêmica muito mais do que imagina.

Agradeço a Cacau, que junto com Marisa forma uma dupla tão potente. A generosidade em partilhar são características que ligam vocês. Obrigada por todas as ricas contribuições para essa pesquisa. Você me inspira a sair das “amarras da academia” e apreender a beleza do pensamento livre.

Ao grupo de supervisão do Bick nas pessoas de Marisa, Cacau, Leylly e Andreza, obrigada pelo tempo doado, pela escuta atenta e por serem minha grande rede de apoio na pesquisa. Vocês foram essenciais para esse campo.

Agradeço muito aos meus pais, Marta e João. Obrigada por terem se esforçado para nos ensinar que a educação é o maior investimento que podemos fazer por nós. Vocês dois, talvez sem nem saberem, ensinaram para mim que o conhecimento é libertador. Obrigada por todo cuidado e colo ao longo da vida.

À minha irmã Mariana, agradeço a oportunidade de crescer ao seu lado e de conhecer a potência do amor fraterno. Hoje aprendemos mais uma coisa juntas: que podemos seguir caminhos diferentes e distantes, mas sempre temos uma à outra para voltar e dividir as angústias da vida. Obrigada por todos os incentivos nessa fase e na vida.

Ao meu amor Luiz Henrique, meu grande admirador e meu companheiro de vida. Obrigada por, mesmo sem ser da área, ler e me deixar falar, repetidamente, sobre esta pesquisa, sempre valorizando meus novos aprendizados e conquistas. Você ajudou a tornar esse percurso muito mais leve!

À Leylly, minha eterna dupla desde o tempo de estágio na clínica com crianças. Obrigada por sua escuta inteira e acolhedora, foram inúmeras as vezes em que você acolheu minhas angústias e se dispôs a pensar comigo sobre a tese e a vida. Obrigada por toda doação, incentivos e contribuições nessa pesquisa!

Às todas as minhas amigas psicólogas, em especial a Mayara, Duda, Leylly, Raissa, Dani e Meiry, grandes interlocutoras ao longo da minha carreira profissional, que muito me ensinaram e que acreditaram no meu potencial.

Agradeço a todos meus grandes amigos e amigas, obrigada por cada saída, pelas risadas e conversas infinitas. Eu adorava a sensação de esquecer as obrigações e viver a beleza dos encontros e da vida. Vocês tornaram esse percurso muito mais prazeroso e leve!

Às médicas e ao hospital onde a pesquisa ocorreu, por aceitarem a realização da pesquisa e por me acolherem em seu cotidiano de trabalho. Sem vocês a pesquisa não seria possível.

Agradeço muito às mulheres que generosamente participaram da pesquisa, compartilhando suas dores e alegrias. Vocês me ensinaram muito sobre a força feminina, a capacidade de resiliência e as estratégias de resistência/sobrevivência em um mundo tão desigual.

Aos pacientes que acompanhei ao longo da minha carreira profissional, obrigada pelos aprendizados, pela confiança e por me impulsionarem a aprender cada vez mais.

Aos colegas, professores e funcionários da pós-graduação em Psicologia Clínica da UNICAP, em especial ao LaFam, pelas trocas férteis e incentivos ao longo dessa pesquisa.

Aos professores que participaram da qualificação e defesa desta pesquisa, prof. Dra. Edilene Queiroz, Dra. Mariângela Mendes, Dra. Stephania Geraldini e Prof. Dra Maria de Fátima, pelas generosas e ricas contribuições para construção desse trabalho.

Agradeço a Coordenação de Aperfeiçoamento Superior (CAPES), pelo apoio financeiro e incentivo imprescindível a esta pesquisa.

Passava os dias ali, quieto, no meio das coisas
miúdas. E me encantei.

Manoel Barros

RESUMO

O exame de ultrassonografia (USG) se tornou rotineiro no acompanhamento pré-natal, considerado uma tecnologia de baixo risco, amplamente utilizado em todas as classes sociais, inclusive em áreas rurais de países da África. Apesar de ser utilizado pela Medicina de modo técnico no acompanhamento da gravidez, estimamos que a USG tenha impacto nas subjetividades, já que envolve o compartilhamento de emoções e sentimentos entre médicos e pais, sendo necessário cautela para que não se torne uma experiência ameaçadora. Pelo fato de antecipar imagens fetais, tornou-se parte do processo precoce de construção da parentalidade e abertura à filiação. Esta pesquisa qualitativa, referenciada na Psicanálise, visou analisar o campo intersubjetivo no contexto do ultrassom pré-natal como possível antecipador à construção da parentalidade e abertura à filiação. Mais especificamente, pretendemos: (1) Observar o interjogo de elementos objetivos e subjetivos no ambiente afetivo do exame de ultrassom pré-natal; (2) Desvelar indícios da construção da parentalidade e dos primórdios da relação com o feto, no contexto da observação do ultrassom pré-natal; (3) Analisar, com base no impacto das imagens da USG pré-natal e no campo intersubjetivo, o atravessamento da tecnologia na promoção de antecipações nos pais (parentalidade) e abertura à filiação. Para tanto, o trabalho de campo utilizou uma aplicação do método Bick de observação e foi dividido em dois momentos: a primeira etapa envolveu a observação, uma vez por semana, ao longo de cinco meses. No segundo momento da pesquisa, três gestantes foram acompanhadas pela observadora em seus exames de USG até a aproximação do parto. Após o fim das observações, foi realizada entrevista semiestruturada com essas três mães. Os relatos das observações e supervisões do Bick, assim como as transcrições das entrevistas, foram triangulados e analisados, o que permitiu a construção de eixos de discussão. Os resultados encontrados apontam que: a) no que remete à construção da parentalidade, alguns sentimentos das gestantes, advindos de histórias passadas, como de perdas gestacionais, foram captados pela observadora durante o exame USG, mas não valorizados ou sequer reconhecidos, mesmo sabidos, pela equipe médica; b) a imagem do feto na tela pareceu auxiliar a construção da maternidade/parentalidade, ao promover antecipações, pois ampliou o campo imaginativo das mães em torno do feto, e possivelmente dos pais, e possibilitou o asseguramento do bom desenvolvimento da gestação. Com relação aos pais, não foi possível observá-los no exame da USG, apenas acompanhar o que suas companheiras trouxeram sobre eles, pois, devido ao protocolo sanitário da Covid-19, eles foram impossibilitados de acompanhar as gestantes no exame. Também não tivemos narrativas dos pais nas entrevistas; c) o campo intersubjetivo da USG foi marcado pela complexidade de afetos que provocaram encontros e desencontros entre as subjetividades. Os encontros intersubjetivos ocorreram quando existiram trocas e diálogos férteis entre médicos e gestantes acerca das imagens fetais. Nesses momentos, pensamos que se formou uma placenta/envelope psicossocial que nutriu afetos entre a díade e sustentaram a mãe na elaboração psíquica da gestação, promovendo antecipações como via de acesso à simbolização que parecia inserir o filho na história familiar. Por outro lado, também observamos que ocorreram desencontros quando a tecnologia de USG foi utilizada apenas como recurso técnico, com a função de ensino e de construção de laudos médicos; com pouco espaço para o cuidado implicado e os aspectos subjetivos latentes. Nesses momentos, o exame parecia mais ligado ao mecânico e ao automático, sem espaço para experiência do novo e do vivo; d) o olhar da observadora, como continente das diversas projeções, como uma presença sistemática, e “companhia viva” pareceu impactar o campo intersubjetivo da USG, com base no que foi observado em atitudes das médicas e das gestantes, enquanto ressonâncias de sua postura; e) o bebê, com suas movimentações, ora cativou e convidou os presentes a olhar para si, promovendo uma possível diminuição das defesas psíquicas das médicas, com abertura para trocas afetivas, permitindo a entrada do lúdico para além do rigor da técnica. Em face disso, consideramos importante e factível a ampliação do olhar da equipe envolvida no pré-natal, incluindo a que realiza os exames de USG, para uma assistência que abra espaço ao acolhimento das ambivalências e dos significados criados em torno da construção materna/parental em sua

abertura à filiação. Esperamos que o diálogo interdisciplinar no pré-natal possa provocar reflexões sobre a intersubjetividade em jogo na experiência compartilhada no exame de ultrassom pré-natal, estimulando contribuições aos primórdios da família e às antecipações psíquicas criadoras de subjetividade do bebê.

Palavras-chave: ultrassonografia pré-natal; perinatalidade; parentalidade; feto; bebê; intersubjetividade; psicanálise; observação Bick; assistência integral.

ABSTRACT

The ultrasound exam has become routine in prenatal care, considered a low-risk technology, widely used in all social classes, including in rural areas of African countries. Despite being used by Medicine in a technical way in the follow-up of pregnancy, we estimate that the exam has an impact on subjectivities, since it involves the sharing of emotions and feelings between physicians and parents, requiring caution so that it does not become a threatening experience. Due to the fact that it anticipates foetal images, it became part of the early process of building parenthood and openness to affiliation. This qualitative research, referenced in Psychoanalysis, aimed to analyse the intersubjective field in the context of prenatal ultrasound as a possible anticipatory to the construction of parenthood and openness to affiliation. More specifically, we intend to: (1) Observe the interplay of objective and subjective elements in the affective environment of the prenatal ultrasound exam; (2) Uncover evidence of the construction of parenting and the beginnings of the relationship with the foetus, in the context of observation of prenatal ultrasound; (3) To analyse, based on the impact of prenatal ultrasound images and in the intersubjective field, the crossing of technology in promoting expectations in parents (parenting) and openness to affiliation. Field work was developed as an application of the Bick method of observation, divided into two moments: the first stage involved observation, once a week, over five months. In the second moment of the research, three pregnant women were accompanied by the observer in their ultrasound exams until the delivery was approaching. After the end of the observations, a semi-structured interview was conducted with these three mothers. The reports of Bick's observations and supervision, as well as the transcripts of the interviews, were triangulated and analysed, which allowed the construction of discussion axes. The results indicate that: a) regarding the construction of parenthood, some feelings of the pregnant women, arising from past histories, such as pregnancy losses, were captured by the observer during the USG examination, but not valued or even recognized, even known, by the medical team; b) the image of the foetus on the screen seemed to help the construction of motherhood/parenthood, by promoting anticipation, as it expanded the imaginative field of mothers around the foetus, and possibly of fathers, and made it possible to ensure the proper development of the pregnancy. With regard to the fathers, it was not possible to observe them in the USG examination, but to follow what their companions brought about them, because, due to the health protocol of Covid-19, they were unable to accompany the pregnant women. We also did not have parents' narratives in the interviews; c) the intersubjective field of USG was marked by the complexity of affections that provoked encounters and disagreements between subjectivities. Intersubjective meetings took place when there were fertile exchanges and dialogues between physicians and pregnant women about foetal images. At these moments, we think that a psychosocial placenta/envelope was formed that nourished affections between the dyad and supported the mother in the psychic elaboration of the pregnancy, promoting anticipations as a way of accessing the symbolization that seemed to insert the child in the family history. On the other hand, we also observed that disagreements occurred when ultrasound technology was used only as a technical resource, with the function of teaching and construction of medical reports; with little space for implied care and latent subjective aspects. At these times, the examination seemed more linked to the mechanical and automatic, with no room for experiencing the new and the living.; d) the gaze of the observer, as a container of the various projections, as a systematic presence, and "live company" seemed to impact the intersubjective field of the exam, based on what was observed in the attitudes of the doctors and pregnant women, as echoes of their posture ; e) the baby, with its movements, sometimes captivated and invited those present to look at itself, promoting a possible decrease in the doctors' psychic defences, opening up to affective exchanges, allowing the entry of playfulness beyond the rigor of the technique. We consider it important and feasible to broaden the perspective of the team involved in prenatal care, including the one that performs the ultrasound exams, for an assistance that opens space for the reception of ambivalences and the meanings created around the maternal/parental construction in its opening to affiliation. We hope that the

interdisciplinary dialogue in prenatal care may provoke reflections about the intersubjectivity at play in the shared experience in the ultrasound examination, stimulating contributions to the beginnings of the family and to the psychic anticipations that create the baby's subjectivity.

Keywords: prenatal ultrasound; perinatal; parenting; foetus; baby; intersubjectivity; psychoanalysis; Bick observation; comprehensive assistance.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	14
1. O CAMPO INTERSUBJETIVO DA UTRASSONOGRRAFIA PRÉ-NATAL E A CONSTRUÇÃO DA PARENTALIDADE.....	20
1.1 Os primórdios da vida psíquica: a construção bidirecional da parentalidade e da filiação	20
1.2 Ultrassonografia pré-natal: a entrada no ambiente secreto/interno	30
1.3 Vicissitudes do campo intersubjetivo na USG: entrecruzamento de olhares e linguagens.....	40
2 MÉTODO.....	47
2.1 Campo da pesquisa.....	47
2.2 Trabalho de campo.....	48
2.3 Análise dos dados	54
2.4 Aspectos éticos	55
3 RESULTADOS E DISCUSSÃO	56
3.1 Impressões iniciais sobre o campo intersubjetivo na sala de USG	56
3.1.1 A entrada no campo e a construção do lugar/olhar da observadora.....	56
3.1.2 O manejo do transdutor e o ensino: o poder da ciência	67
3.1.3 Os desencontros dos olhares e da linguagem	68
3.1.4 Quando os olhares e a linguagem se encontram e o bebê aparece	72
3.1.5 Quando a morte e o cuidado médico se fizeram presente	76
3.2 Conversando com as mães e conhecendo as famílias: o que eles têm a dizer? .	79
3.2.1 “Feito cego no cinema”: Fernanda, Daniel e Samuel.....	80
3.2.2 “Esse menino é fotogênico”: Catarina, Carlos Roberto e Cadu.....	91
3.2.3 “A emoção é em dobro”: Eliana, Elias, Eloina e Elodia	101
3.3 Discussão dos casos.....	114
3.3.1 Construção da parentalidade: a história interior de cada família	115
3.3.2 A máquina de USG e o feto: reverberações sonoras e visuais	124
3.3.3 O saber médico, o saber materno e o não-saber na observação Bick: interlocuções para a integralidade do cuidado.....	129
3.3.4 Vicissitudes do campo intersubjetivo no exame de USG: antecipações e cuidado.....	132
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	143
REFERÊNCIAS	147
Apêndice A - Pesquisas nas bases de dados	160
Apêndice B - Termo de concordância para a instituição (TCI).....	183
Apêndice C - Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE)	184
Apêndice D - Roteiro de entrevista	187
ANEXO – Parecer substanciado cep	188

APRESENTAÇÃO

O meu interesse pelo mundo dos bebês começou muito cedo, pois lembro-me de ter sido uma criança que, durante as tardes livres para brincar, escolhia ir à casa da vizinha, encontrar minha prima bebê, observar como cuidavam dela e niná-la para dormir. Cresci e essa curiosidade pelos bebês e pela infância me acompanhou. Na graduação de Psicologia, me interessava pelas disciplinas de desenvolvimento e realizei o estágio supervisionado na clínica infantil. Após a graduação, fiz residência em um hospital referência nos cuidados infantis, e segui na busca por aprender sobre e com as crianças. Ainda na residência, comecei a ter experiências no trabalho com os bebês, fossem eles prematuros ou a termo. Finalizada a residência, comecei a atender crianças no consultório particular e trabalhar em um hospital particular de Recife, na unidade de terapia intensiva (UTI) de cirurgia cardíaca infantil, em que grande parte dos pacientes eram bebês. Observar e acompanhar os bebês imersos em um ambiente hospitalar, envolvidos pelas tecnologias de saúde e pelo discurso médico, provocava em mim reflexões acerca das reverberações desse ambiente para o bebê e sua família.

Inicialmente, o desejo de realizar uma pesquisa de doutorado ocorreu na busca por compreender essas questões da prática no ambiente hospitalar, que envolvia o acompanhamento de bebês com malformações cardíacas e com longo período de internação em unidades de terapias intensivas. No entanto, com a entrada no doutorado e o aprofundamento das leituras sobre a clínica com bebês, cresceu a curiosidade e o desejo de mergulhar nos mistérios que envolvem os primórdios da família e a vida fetal.

Nesse sentido, pensamos sobre formas de entrelaçar esses desejos e questionamentos: como nos debruçar sobre o momento que antecede o nascimento e as práticas em saúde? Após um processo intenso de (re)construção de possíveis campos de exploração de pesquisa, amadurecemos a ideia de focar sobre o uso da ultrassonografia no pré-natal, como tecnologia de acesso ao mundo fetal, e os possíveis aspectos intersubjetivos envolvidos no exame. Parecia que tínhamos fechado o nosso objeto de pesquisa, mas, a partir de então várias outras perguntas se abriram.

Refletimos e nos inquietamos sobre quem seria o “sujeito” da pesquisa, visto que tínhamos diferentes atores envolvidos no exame de ultrassonografia: a família, os médicos e o feto/bebê¹, assim como a pesquisadora. Ainda que soubéssemos que nosso olhar principal era o feto/bebê, questionamos: como falar desse sujeito em potencial, que nos é mostrado via uma

¹ Optamos por usar os termos feto e bebê ao longo da tese, de forma a fazer diferenciação dos momentos em que o feto (mais aproximado de um objeto), ao ser olhado como sujeito em potencial, assume o lugar de bebê (futuro) para a família.

máquina de USG, guiada por um médico que interpreta essas imagens com base na técnica, mas também a partir da sua subjetividade? Como falar do feto sem olhar os pais, que se encontram gestando e ofertando os primeiros banhos de linguagem para o futuro filho? Entendemos que não é possível dissociar o feto, projetado na tela, do bebê imaginado pelos pais; resolvemos, assim, nos debruçar sobre o entrecruzamento dos olhares desses diferentes atores sobre o feto/bebê, incluindo a pesquisadora, durante o exame de ultrassonografia pré-natal. Desse modo, buscamos compreender os possíveis jogos de forças e projeções que perpassam o feto/bebê e a gestante durante o exame de ultrassonografia pré-natal. Optamos por denominar “campo intersubjetivo” o possível encontro/desencontro de subjetividades² durante o exame.

A intersubjetividade é compreendida mediante diferentes correntes teóricas; há uma diversidade de modos na compreensão dos discursos advindos das relações interpessoais, considerando o referente linguístico tomado na dialogia, o referente existencial da experiência compartilhada, bem como o referente existencial compreendido na experiência afetiva, transferencialmente compartilhada - intra e intersubjetividade (Coelho Junior, 2002).

Apesar do crescente e largamente debatido uso do termo na Psicanálise e sua interface com outros campos de estudo, “intersubjetividade” ainda é um conceito relativamente novo, sem que se tenha chegado a um acordo sobre sua definição (Coelho Junior, 2012). Destacam-se as contribuições de Ferenczi, Aulagnier, Winnicott, Green, Kaës, Beresntein (Piva *et al*, 2010). Essas contribuições assinalam a valorização das relações intersubjetivas; apesar de marcadas por importantes diferenças das escolas teóricas quanto aos aspectos envolvidos, existe o reconhecimento de que o conceito e a experiência da intersubjetividade remetem ao interjogo entre as experiências subjetivas do analista e do paciente (Piva *et al*, 2010), quando criam, experienciam e coconstróem o processo analítico (Levine & Friedman, 2000). Nessa compreensão, o analista não é mais visto como um continente vazio à espera de ser preenchido pelas projeções do paciente, mas um observador participante desse processo de profunda interligação de duas subjetividades (Daudt, 2015).

Com base em Green (2000), a intersubjetividade ganha substância na imbricação dos mundos internos dos dois parceiros do par analítico, por meio da fantasia da dupla, construída pelo encontro das subjetividades, posteriormente resgatadas nas suas diferenças, enriquecidas pelo encontro intersubjetivo (Goulart, 2009). Autores como Thomas Ogden (1994/1996, 2013) seguem essa compreensão, tendo desenvolvido reflexões teórico-clínicas sobre as formas de comunicação (verbal e não verbal) que constituem a prática psicanalítica.

² Admitimos a subjetividade como um conceito complexo ligado aos sentidos subjetivos, os quais são singulares e estão relacionados à diversidade de aspectos objetivos da vida social e cultural, bem como às inscrições psíquicas que caracterizam um sistema dinâmico de “heranças” e construções relacionais.

Para Ogden (1994/1996), na experiência intersubjetiva estão em jogo sensações e formas simbólicas associadas as experiências não-articuladas que vão ganhando forma na intersubjetividade do par analítico, na criação do terceiro-analítico. O autor defende o uso da matéria-prima que emerge no campo intersubjetivo no *setting* clínico, o que nos indica uma concepção de ser humano que integra em sua constituição a experiência da alteridade. Nessa dimensão intersubjetiva, denominada por Coelho Junior e Figueiredo (2003) como “transubjetiva”, a alteridade é inaugural. Trata-se de uma experiência de acolhimento e sustentação fruto de um solo transubjetivo, anterior à possibilidade de relação ou de oposição entre um eu e um outro. A alteridade surge, portanto, como constituinte das experiências subjetivas, de tal modo que “o analista precisa estar preparado para destruir e ser destruído pela alteridade da subjetividade do analisando, e para vir a escutar um som que emerge dessa colisão de subjetividades” (Boyer, 1994/1996, p. XVII).

Admitimos que a intersubjetividade envolve diferentes processos ou diferentes aspectos de um mesmo processo, seja no *setting* analítico, seja num *setting* de exame de USG, este marcado por imagens, silêncios, palavras que podem induzir fantasias, bem como no *setting* de uma pesquisa observacional psicanalítica. A Psicanálise considera que não há pesquisa quando não se leva em conta o desejo do investigador; o método psicanalítico parte do pressuposto de que o pesquisador se insere na experiência cotidiana com o outro por meio da dimensão pática (*pathos*) da condição humana, refletida na psicopatologia da contratransferência, na construção interpretativa de suas próprias formações imaginárias (Queiroz, 2002).

Uma vez que a epistemologia que nos guia nesta pesquisa de tese implica o reconhecimento de uma clínica dos primórdios, pautada nas relações intersubjetivas que delimitam elementos arcaicos do psiquismo do bebê e de seus cuidadores, nosso foco volta-se para as relações, os silêncios, palavras, ritmos, as melodias, os movimentos vividos para além da linguagem verbal. Ampliamos essa dimensão da intersubjetividade como constitutiva dos processos de subjetivação³ do bebê, para pensarmos o encontro intersubjetivo, as relações entre gestantes e médicos no exame de ultrassonografia pré-natal.

Partimos da ideia de que a gestação é um período de intensas mudanças nas configurações familiares, para pensarmos a USG pré-natal como um possível potencializador dessas (re)organizações psíquicas. Apesar de ser rotineiro e considerado um exame de baixo risco, o USG pode promover antecipações, via imagem projetada na tela, de aspectos

³ Consideramos o conceito de subjetivação como um processo que é forjado na relação dialética entre o que é transmitido e o que é transformado (Magalhães, 2005). Os pais realizam investimentos simbólicos fundamentais à constituição do filho como sujeito de desejo – subjetivação. É pelo desempenho das funções parentais que a mãe e o pai reatualizam seu desejo, na retomada de aspectos da cadeia subjetivante, na qual cada indivíduo acrescenta traços ao mesmo tempo em que também recebe inscrições (Cullere-Crespin, 2004).

relacionados aos fetos e aos processos de tornar-se pais e mães (Scacciati, 2015). Consideramos que o exame de USG propicia o encontro de sujeitos com diferentes olhares e linguagens: enquanto os médicos buscam antecipar possíveis anomalias, auxiliando nas condutas clínicas, os pais vão além do corpo/biológico: buscam também encontrar seu futuro filho.

Gourand (2011) ressalta a diferença entre o olhar da Medicina e dos pais para o feto no exame de USG. O primeiro se volta para o feto, visando examinar o seu corpo na busca por elementos estatísticos, escalas e curvas de crescimento. Os pais costumam observar o futuro filho, seu bebê, que já se encontra inserido em uma história transgeracional que o antecede. A experiência do exame de USG aconteceria, assim, nesse “meio” entre as expectativas dos pais e do ultrassonografista. Esses olhares não obrigatoriamente se contrapõem numa dicotomia; podem revelar diferentes e complementares facetas, desde que se respeite a ideia de que não há um que sabe mais, porém dois que partem de diferentes saberes.

Ainda que no olhar do médico ultrassonografista precise ressaltar as lentes da objetividade, perguntamos: atuaria a USG primordialmente na detecção de normalidade/anormalidade fetal, na disciplinarização dos corpos e comportamentos? Ou estariam essas subjetividades (médico-pais) em interação ao longo do exame, pensando o feto como sujeito em potencial? Haveria no exame de USG espaço para os pais pensarem o bebê como sujeito inserido em uma história transgeracional? Será que a precocidade desse “quase encontro” entre pais-filho, promovido pelas imagens da USG durante a gravidez, repercute no imaginário dos pais sobre o bebê e na possível criação de antecipações?

No que remete à pesquisadora, nos perguntamos: haveria espaço, no exame de ultrassom, para a experiência intersubjetiva que funcionasse como um ambiente para gestar o bebê, por meio da sua *reverie*⁴, pensando o impensado no “útero de sua mente”, trazendo palavras às sensações? A questão que se coloca, portanto, transcende a ideia de um único olhar sobre o feto/bebê durante o exame; nesse sentido admitimos a hipótese de que existe a possibilidade de encontros e desencontros de diferentes subjetividades no ambiente do exame de USG, com o potencial de antecipar ou obstaculizar aspectos relativos à construção da parentalidade e de abertura para a filiação.

⁴ A *reverie* remete a um evento simultaneamente pessoal e intersubjetivo – privadas e pessoais, porém criadas no contexto de um encontro, numa concepção dialética da interação (Ogden, 2013). Bion (1962/1991) fazia uso semelhante da *reverie*, remontando à “gestação simbólica” que a mãe/analista realiza a serviço do bebê/paciente, pensando o impensado no “útero de sua mente”. É com base na *reverie* que a mãe atua como continente do filho, criando significados a partir da transformação, ligação e atribuição de sentido ao material bruto projetado pelo bebê, composto por fragmentos dispersos, impressões sensoriais e emocionais, que antes eram somente passíveis de serem projetados. O trabalho psíquico realizado por um objeto dotado de mente simbólica, capaz de exercer *reverie* e continência, possibilita o desenvolvimento de um novo “aparelho para pensar”. Seu uso pelo analista e pelo pesquisador (implicado afetivamente no campo), acrescentamos, requer a tolerância para a experiência de estar à deriva (Ogden, 2013). Propomos que as *reveries* da pesquisadora e do grupo de supervisão possam servir como bússola emocional para que a pesquisadora possa se guiar no campo.

Admitindo a sutileza e a complexidade desses fenômenos, questionamo-nos sobre como captá-los no campo de pesquisa. O aparelho de pensar da pesquisadora precisaria funcionar como antena de captação dos diversos afetos; como ofertar condições para que pudesse lidar com esse jogo de forças? Foi então que optamos por desenvolver a pesquisa mediante uma aplicação do Método Bick de observação⁵. A partir dessa ideia, precisaríamos admitir e acolher elementos de outras subjetividades no caleidoscópio: não só dos sujeitos na sala de ultrassom, mas também da pesquisadora e dos integrantes no grupo de supervisão (esse como parte da experiência com o Método Bick).

Esse olhar epistemológico situa o pesquisador como afetivamente implicado pela via transferencial, de modo que o relato da pesquisa não se reduz à experiência em si ou à teoria nele envolvida. Trata-se de uma ficção marcada pela transferência, cujos personagens são sustentados por eventos e pessoas reais. Tem-se a elaboração de uma hipótese metapsicológica advinda da singularidade da experiência que produz uma terceira subjetividade (Ogden, 2013), numa organização ficcional que adquire valor de verdade (Queiroz, 2002, 2005).

Ademais, a postura de implicação da pesquisadora, amparada pelo grupo, admite um debruçar-se sobre si e sobre o outro em prol de uma escuta diferenciada e singular. Estima-se que sua presença possa contribuir para a possibilidade de os sujeitos escutarem-se e serem escutados, facilitando seu acesso à subjetivação (Herrmann & Lowenkron, 2004); essa era a nossa aposta e argumento ético para desenvolver esta pesquisa.

Conjecturamos que a pesquisa possa abrir espaço às linguagens e afetos que circundam o exame de USG, para além do paradigma médico, e possibilite a reflexão sobre o uso, cada vez mais recorrente e crescente, das tecnologias no cuidado à saúde das gestantes/primórdios da família. Busca-se colaborar com os profissionais de saúde que atuam no pré-natal sobre os possíveis aspectos emocionais vivenciados no exame de USG, e o uso dessa tecnologia num momento fértil à construção da parentalidade e abertura à filiação.

Esse momento fértil nos adverte sobre a importância do período da gestação, em que há uma intensificação da construção da parentalidade; rearranjos costumam ser feitos para a entrada do novo integrante na família (Scacciati, 2015). Importante apontar que embora alguns estudos tenham se debruçado sobre a vivência da USG para as gestantes, esta pesquisa se

⁵ O Método Bick se divide, respectivamente, em três etapas: observação, relato da observação e seminário/supervisão em grupo. Na primeira etapa o observador deve se despir de suas ideias pré-concebidas, se colocar de maneira não intrusiva nas relações e captar aquilo que emerge na cena observacional. No segundo momento, o observador escreve livremente suas sensações e as vivências não verbais que fizeram parte da observação. Por fim, o terceiro momento do método Bick consiste na supervisão grupal, em que o observador compartilha seus relatos escritos com o grupo de supervisão e esse busca compreender os conteúdos relatados, auxiliando o observador a afinar e desenvolver suas observações, visando à abertura para o novo (Caron & Lopes, 2014). Mais adiante detalharemos o método Bick e sua aplicação nesta pesquisa.

diferencia por buscar compreender o campo intersubjetivo na USG, ou seja, o ambiente com as subjetividades envolvidas e o entrecruzamento dos diferentes olhares para com o feto/bebê.

Nesse sentido, não pretendemos responder ou aprofundar sobre a continuidade da vida psíquica pré e pós-natal, como os estudos realizados anteriormente por autoras como de Piontelli (1995), Negri (1997) e Caron e Lopes (2014). Também não pretendemos pesquisar as influências do uso da USG no aumento do vínculo/apelo mãe-feto/bebê, como diversos estudos já analisaram (Rustico et al, 2005; Lapaire et al, 2007; Amarins et al, 2009; Edwards et al, 2010; De Jong-Pleij et. al, 2013)⁶. Buscamos observar as vicissitudes do campo intersubjetivo da sala de USG e compreender as narrativas e afetos que antecedem o nascimento, no sentido de possíveis antecipações auxiliassem nos processos de simbolizações relacionadas à parentalidade e abertura à filiação.

Diante desses questionamentos e posicionamento, a pesquisa tem como objetivo analisar o campo intersubjetivo do exame de ultrassom pré-natal como possível antecipador à promoção da parentalidade e da filiação. Mais especificamente, pretendemos: (1) Observar o interjogo de elementos objetivos e subjetivos, no ambiente afetivo do exame de ultrassom pré-natal; (2) Desvelar indícios da construção da parentalidade e dos primórdios da relação com o feto, no contexto da observação do ultrassom pré-natal; (3) Analisar, com base no impacto das imagens da USG pré-natal e no campo intersubjetivo, o atravessamento da tecnologia na promoção de antecipações nos pais (parentalidade) e abertura à filiação.

Tendo em vista essas considerações iniciais, a presente tese está composta por quatro capítulos. No primeiro capítulo, O campo intersubjetivo da USG e a construção da parentalidade, abordaremos as teorias e estudos que nortearam e auxiliaram a construção da presente pesquisa. No segundo capítulo, Método, discorreremos sobre o percurso metodológico da pesquisa. No terceiro capítulo, Resultados e discussão, exploramos o campo intersubjetivo da sala de USG e apresentamos as três famílias acompanhadas na pesquisa, e, em seguida, realizamos uma discussão teórica dos dados construídos. Por fim, realizamos as Considerações finais desta pesquisa, com conclusões, contribuições e limitações do estudo. Convidamos a(o) leitor(a) a mergulhar na atmosfera emocional do campo da pesquisa com feto/bebês, suas mães/família e a equipe de médicos ultrassonografistas, além desta que vos remete.

⁶ Mais adiante apresentaremos o estado da arte de estudos realizados na área, e no apêndice A pode-se encontrar uma tabela com a descrição das pesquisas localizadas em bases de dados, também a ser descrita no próximo capítulo.

1. O CAMPO INTERSUBJETIVO DA UTRASSONOGRAFIA PRÉ-NATAL E A CONSTRUÇÃO DA PARENTALIDADE

De forma a facilitar a compreensão e didática do estudo, dividimos o primeiro capítulo em três seções. Na primeira seção, Os primórdios da vida psíquica: a construção bidirecional da parentalidade e da filiação, abordamos as teorias sobre o processo de construção da parentalidade e da filiação. Na segunda seção, A ultrassonografia pré-natal: a entrada no espaço secreto, discutiremos sobre o uso da ultrassonografia durante a gestação, as pesquisas psicanalíticas e de outras epistemologias que se debruçaram sobre a parentalidade e o exame de USG. Por fim, na terceira seção, Vicissitudes do campo intersubjetivo na USG: entrecruzamento de olhares e linguagens abordamos a definição de campo intersubjetivo desta pesquisa e o ambiente emocional da sala de USG.

1.1 Os primórdios da vida psíquica: a construção bidirecional da parentalidade e da filiação

Freud em *Inibições, sintomas e ansiedades* (1925/1976) afirmou: “há muito mais continuidade entre a vida intrauterina e a primeira infância do que a impressionante cesura do ato do nascimento nos teria feito acreditar” (p. 87). Esse trecho nos aponta para a originalidade do pensamento de Freud, que, mesmo sem os atuais recursos tecnológicos da ultrassonografia (USG) e os avanços de pesquisas sobre o feto, já ressaltava os mistérios e a complexidade envolvidos na vida fetal.

Outra importante contribuição de Freud aos nossos primórdios está no texto “O estranho” (1919/2006), no qual reconhece a importância de fantasias associadas aos primórdios da vida, entendendo o estranho como retorno do recalcado. O texto recebe o título de “estranho familiar” porque admite que o estranho não se opõe ao familiar.

O estranho é aquela categoria do assustador que remete ao que é conhecido, de velho, e há muito familiar. (...) nem tudo o que é novo e não familiar é assustador; a relação não pode ser invertida. Só podemos dizer que aquilo que é novo pode tornar-se facilmente assustador e estranho; algumas novidades são assustadoras, mas de modo algum todas elas. Algo tem de ser acrescentado ao que é novo e não familiar, para torná-lo estranho (1919/2006, p. 238-9).

O autor compreende que o estranho pode também representar uma inquietação, “tudo o que deveria ter permanecido secreto e oculto, mas veio à luz” (Freud, 1919/2006, p. 243),

retorna sob a forma de um sintoma ou em outras formações do inconsciente, como: sonhos, atos falhos, esquecimentos.

Freud (1919/2006) descreve o útero materno como nosso primeiro lar, fonte de fantasias estruturantes perante o desamparo, uma matriz que nos protege e sustenta. Essa matriz pode ser alentadora ao reativar a fantasia de que antes de nascer tivemos outro lugar, seguro e garantido. Podemos admitir que tal fantasia está relacionada à condição primitiva da constituição do psiquismo, ilustrada pela oposição familiar/estrangeiro (eu/não-eu ou dentro/fora), mas também à experiência de compulsão à repetição percebida como algo estranho - distinção sobre o que é próprio e o que é alheio (aquilo que nos parece estranho, alheio, pode até ser negado, mas não cessa de voltar e nos remete a alguma familiaridade).

Esse interjogo de “estranho e familiar” admite leituras diferentes, a partir da tríade mãe-pai-feto: o feto pode ser sentido e fantasiado como um “estranho familiar” à gestante; o pai pode ser visto como um estranho familiar ao feto, uma vez que o útero seria o seu primeiro lar; o feto, como veremos adiante, parece guardar íntima familiaridade com a “estranha” que o gesta. É comum falarmos mais das mulheres e seus fetos, com a gestação tratada como um mistério do corpo feminino, implicando, por vezes, na exclusão do pai no pré-natal. São poucos os teóricos que abordam as fantasias do pai; a título das exceções está Rafael Leff (2017), que explora fantasias como o sentir-se intruso, lutando para construir o seu lugar junto à díade, também confrontado com as suas fantasias arcaicas advindas da vida fetal, do Édipo e da transgeracionalidade.

Muito antes da então tecnologia da USG, Bion, em 1977 (como citado por Zimmerman, 2011), questionou sobre um possível psiquismo fetal, admitindo que o feto pode ouvir e responder a sons musicais, tanto de dentro, advindos dos burburinhos internos do corpo da mãe, como os de fora, assim como é certo que o feto se move no útero em resposta a determinados ritmos e apalpações no ventre.

O que vou dizer não pode aspirar ao status daquilo que ordinariamente se denomina “pensamento científico”; o máximo que posso reivindicar é de que se trata de uma conjectura imaginativa. A questão central dela é que mesmo antes do nascimento, o feto – não sei o quão perto do feto estaria de ser a termo, ou se poderia se aplicar ao embrião em um estágio mais precoce – se torna sensível àquilo que poderia ser denominado “ocorrências”, eventos como sentir a pulsação de seu sangue, ou sentir a pressão física de um tipo que pode ser comunicado através de um fluido aquoso tal como o fluido amniótico ou mesmo o fluido extracelular. (Bion, 2020, p. 38)

(...)

Não vejo razão para duvidar que o feto a termo tenha uma personalidade. Parece-me gratuito e sem sentido supor que o fato físico do nascimento seja algo que cria uma personalidade que antes não existia. É muito razoável supor que este feto, ou mesmo o embrião, tenha uma mente que algum dia possa ser descrita como muito inteligente. (Bion, 2020, p. 38)

(...)

Um plasma germinativo é potencialmente perceptivo [...]; posso então imaginar que mesmo no útero esta criança se torna consciente de certas “coisas” que são “não ele” [...]. É possível que o feto esteja consciente de uma “visão” primordial, da luz, e pode ser que desgoste destas experiências que lhe são impingidas, sensações que parecem provir do espaço exterior – sensação de luz, sensação de barulho – e também de algum lugar que possa parecer ser interno – o batimento cardíaco, o sangue correndo pelas artérias. Isto poderia ser tão intolerável que o feto poderia – usando nossa terminologia consciente – se esquecer disso, se livrar disso, não ter nada a ver com isso. [...] Suspeito que a experiência do nascimento seja muito severa; o que as pessoas fizeram quando eram embriões ou fetos não está mais disponível ao conhecimento. (Bion, 2020, p. 47)

Trevarthen, Aitken e Gratier (2019) apontam que as raízes da intersubjetividade primária se encontrariam no período pré-natal, no que pode ser considerado um registro protointersubjetivo. Aragão (2012) acrescenta que a sensorialidade fetal e os registros de memória de curto prazo seriam protosimbólicos, pois seriam “as primeiras marcas, os primeiros sulcos sobre os quais viriam se associar as experiências pós-nascimento” (p. 76).

Também, sabemos que o feto vive, já no útero, breves experiências de descontinuidade, relacionadas, por exemplo, à apresentação de estímulos sonoros vindos do interior do corpo materno ou do ambiente externo que atravessam a parede uterina de proteção. Também sabemos das movimentações do feto, de suas reações com aspecto defensivo diante de estímulos luminosos que são apresentados no interior do útero (Aragão, 2012, p. 76).

Carvalho e Justo (2022) pontuam que o ambiente acústico do útero é marcado por experiências de continuidades e descontinuidades rítmicas e auditivas, visto que a audição já se encontra desenvolvida no final da gestação. Realizaram uma revisão das pesquisas nessa área e observaram que os primeiros estudos, entre 1980 a 2000, buscaram compreender as capacidades reativas do feto aos estímulos acústicos e à voz materna gravada. A partir dos anos 2000, as pesquisas passaram a observar o comportamento fetal frente à voz materna “ao vivo e

compreender a influência das variáveis maternas e obstétricas na reatividade fetal e neonatal” (p. 16). Ainda segundo esses autores, as pesquisas atuais têm se dedicado a compreender o papel da voz materna nos primórdios da comunicação humana, ao abordar como as experiências auditivas pré-natais podem influenciar na aprendizagem e no reconhecimento de sons necessários ao desenvolvimento da comunicação. As pesquisas atuais ainda buscam se aprofundar sobre questões relacionadas à resposta intencional do feto à voz materna e a sua capacidade de discriminar os sons estranhos dos sons familiares. Nesse sentido, tanto os estudos anteriores como os atuais sugerem uma “memória pré-natal” no feto.

Prat (2022), ao considerar que diversos estudos demonstram a existência de uma sensorialidade fetal e preferência por vozes e gostos conhecidos no útero, formulou a hipótese de que “as alternâncias de vigília e sono e a percepção dos movimentos da mãe permitem ao feto introduzir diferenças qualitativas nas alternâncias da presença-ausência” (p. 26). A autora afirma que o tato, por ser o primeiro órgão de sentido desenvolvido no embrião, o primeiro aparelho de transmissão de informações com o externo, constitui o início do desenvolvimento psíquico, uma vez que esses estímulos se tornarão excitações pulsionais.

A percepção da ritmicidade interna permitirá ao feto (e depois ao bebê) articular suas próprias atividades e movimentos com o ritmo da mãe e, de forma mais ampla, com o do parceiro relacional, e fazer associações, ligações entre fatores que provêm de diferentes modalidades sensoriais. (...) Da mesma maneira, o amadurecimento dos órgãos da gustação enriquecerá a presença-ausência com uma ritmicidade na modificação dos sabores do universo. (Prat, 2022, p. 84).

Winnicott (1987/2020) foi um dos primeiros psicanalistas a se aprofundar na importância da família e do ambiente no desenvolvimento psíquico do bebê. Para ele, ainda no útero, o feto é corporal e fisicamente dependente da mãe, o que se segue logo após o nascimento, pois precisa de um outro que lhe ofereça os cuidados necessários à sua sobrevivência. Assim, por serem totalmente dependentes, os bebês são afetados pelo que ocorre ao seu redor e armazenam memórias de experiências que lhes suscitam uma sensação de confiança e desconfiança em relação ao ambiente.

Ao longo dos anos, teorias sobre o psiquismo do bebê se desenvolveram e hoje já somos capazes de reconhecê-lo como um ser ativo e com uma subjetividade que o torna capaz de interagir e responder às situações. O bebê realiza uma leitura dos gestos, afetos, olhares, movimentos corporais e entonação da voz dos seus interlocutores, interpreta essas ações e responde de maneira intencional (Parlato-Oliveira, 2019).

Nesse sentido, o bebê e seus cuidadores criam uma rede de interação complexa, construída por diversos fatores multimodais. Essa compreensão possibilita olhar para o bebê como ator em sua história, questionando o lugar determinante da família na vida psíquica da criança. Tal ideia, entretanto, não afasta a importância da participação dos cuidadores no desenvolvimento infantil, mas entende que há um interjogo de significados que serão interpretados pelo bebê (Parlato-Oliveira, 2019).

O recém-nascido demonstra ter uma motivação inata para o contato humano e uma necessidade de compartilhar experiências com seus cuidadores. Ele interage com os outros através das expressões faciais, do corpo, das imitações, numa tentativa de estabelecer uma “protoconversa” regulada pelos afetos despertados na interação. Assim, o bebê teria um “espaço psíquico intersubjetivo”, que parece indicar a consciência do outro e uma interação mútua com seus cuidadores (Trevvarthen, 2019).

Admitindo a sensorialidade fetal e o bebê como um ser ativo, refletimos sobre a sua participação na construção da parentalidade, não sendo apenas receptáculo das projeções e desejo dos pais. Golse (2019) define essa dupla troca nas relações iniciais entre pais-filho como uma “narrativa bidirecional”, marcada por movimentos ascendentes e descendentes. As formas de interação do bebê, seu estilo interativo, seu “temperamento” entram em ressonância com as representações parentais e podem ter um efeito modificador, transformando as representações que os pais direcionam ao filho. Torna-se possível considerar, nesse sentido, que “a transmissão psíquica entre os pais e o bebê não se dá somente no sentido descendente (dos pais em direção a seu bebê), mas também no sentido ascendente (do bebê em direção aos seus pais)” (p.18).

Golse (2019) considera que assim como os pais narram histórias para o bebê, nomeando suas expressões, eles também perguntam ao bebê o que ele quer “dizer”, dando espaço para que esse conte sua história. Dessas histórias narradas por cada um (pais e bebê), num movimento bidirecional, nasce uma terceira história:

Uma terceira história que nasce, que se origina, que se enraíza nas duas primeiras, aquela do adulto que já viveu e a do bebê que começa a viver; uma história que possa desde então funcionar como um espaço de liberdade. Uma terceira história que é escrita em colaboração à medida que é feita e que é contada, mas que só será estruturante para o bebê se formar uma ligação com as duas histórias que existiam antes dela, deixando espaço para o novo, para o possível, para o que ainda não adveio. (Golse, 2018, p.18).

Nesse sentido, o bebê, para sobreviver psíquica e fisicamente, precisa ser inscrito na história familiar e transgeracional, mas também é necessário que deixe a sua marca singular

nessa história, sendo reconhecido como diferente dos pais, para que, assim, possa existir espaço para alteridade, para o novo e para a quebra de repetições do passado (Zornig, 2010).

Compreende-se, ademais, que o processo da construção da parentalidade e da filiação é complexo, iniciado muito antes do nascimento, e implica a necessidade de elaboração objetal progressiva dos pais e do filho, o que vai além do instinto, das leis e da ciência. “A parentalidade vai além do fator biológico: para se tornar um pai ou uma mãe é preciso ter feito um trabalho interior que começa pela aceitação de que herdamos algo de nossos pais. (...) As interações com o futuro bebê começam antes mesmo do nascimento” (Lebovici, 2004, p. 21).

Ao abordar os processos de filiação e de afiliação, Lebovici (1993) aponta que tradicionalmente, a palavra filiação remete à relação em linha, no sentido descendente, que une duas gerações; nesse sentido, os pais filiam o filho. O conceito não está encerrado nas redes estreitas da transmissão intergeracional e no mandato que situa a criança na teia familiar, por isso a afiliação indica a existência de laços; assim, o bebê se afilia aos pais.

Outra contribuição de Lebovici (1993) é a afiliação cultural, explicando que os pais transmitem o pertencimento a uma cultura. Desse modo, filiação e afiliação se encontram, uma vez que pela filiação abre-se espaço à afiliação, e a afiliação permite a inscrição na filiação, marcadas por uma relação dinâmica e dialética, impactada pelos efeitos da cultura e da rede de apoio à família. Temos nesses processos, portanto, o encontro do capital psíquico dos pais, o psiquismo em desenvolvimento do bebê, tomado como ativo na inscrição, além do apoio a esses pela rede que inclui familiares, amigos, profissionais de saúde, sociedade.

Os desdobramentos da conjugalidade para a parentalidade implicam transformações na configuração familiar e abertura do espaço simbólico para que o filho possa existir. O lugar do filho, nesse sentido, não se encontra pronto, perfeitamente moldado à espera de ser ocupado; ele será construído e ajustado ao longo da vida a partir dos conflitos e desejos que perpassam as relações. O processo de torna-se pai e mãe são distintos, cada um irá construir sua parentalidade a partir da sua mitologia familiar e herança transgeracional, buscando exercer a função de cuidar e de inserir o filho na grande rede familiar que o antecede (Dunker, 2020).

Missonnier (2004) remete à base narcísica individual de cada um dos pais e à base narcísica conjugal, a passagem do um/dois (mãe-feto) ao três (mãe-pai-feto), superando a ilusão de um bebê que venha a satisfazer todas as expectativas de cada um e/ou do casal. Será essa passagem do dois ao três que promoverá o acolhimento dos pais ao bebê real, não alienado, porém pensado, subjetivado.

A separação do corpo materno funda o eixo semiológico dos conflitos de separação, dos mais arcaicos aos mais objetualizados. O tornar-se mãe e pai reencena a antecipação da dependência primária absoluta do bebê, o que pode, para alguns, ser fonte de angústia, pois faz

ressurgir as “escórias traumáticas da angústia parental diante dessa dependência temida do *infans*” (Prat, 1996, como citada por Missonnier, 2018, p. 51).

A noção de “estranho familiar” também marca a importância da base narcísica, da fantasia guardiã de vida, aos nossos primeiros laços. Transmitimos elementos de nosso próprio narcisismo ao imaginarmos, ao olharmos e nos referirmos ao feto. É sobre esse suporte que o feto encontrará as bases para construir o sentimento de existir, o seu próprio amor pela vida, postula Missonnier (2007). O autor remete à relação de objeto uterina: “ela aspira a dar corpo e sentido ao encontro interativo dos processos de nidificação embriofetal e de nidificação parental durante a gestação humana” (Missonnier, 2018, p. 63).

A gestação teria, portanto, a função de preparação aos pais/família para o encontro com o bebê na realidade pós-parto, tornando possível o acolhimento do pequeno ser. Missonnier (2004) menciona também o “funcionamento psíquico placentário” para explicar que além do processo de nidificação no corpo/placenta, há uma nidificação psíquica, em que o feto começa a se enraizar no psiquismo dos pais durante o pré-natal. A placenta, nesse sentido, entraria como um terceiro, com uma função continente, ao mesmo tempo num nível biológico e psíquico, composta por material da linhagem materna e paterna, também como um terceiro entre mãe e filho.

A placenta é constituída de células maternas e paternas. No nível biológico, desde o princípio, o envelope primitivo é a assinatura da copresença das duas linhagens parentais. E é possível dizer, na mesma perspectiva metafórica, que a placenta representa a base do ninho narcísico parental. Este é o ponto de partida. O bebê provavelmente se enraíza nessa nidificação placentária e, no nível psíquico, essa base forma o enquadramento narcísico. Em geral, a qualidade da antecipação dos pais mostra que há um equilíbrio entre o investimento narcísico (a base do ninho que se elabora durante o primeiro trimestre) e o investimento objetal. Falo, portanto, da dinâmica placentária, para sublinhar a promessa objetal dessa matriz narcísica (Missonnier, 2004, p. 116).

O feto não nasce humano, ele se torna humano durante a gravidez. (...) O espaço útero-placentário é a interface entre o feto e seu ambiente. Essa intrincação do comportamento de aninhamento dos pais e da nidificação fetal é perigosa porque é o confronto da incerteza inevitável quanto ao resultado que hesita entre o nada, o inominável, o monstruoso e o virtualmente humano (Missonnier, 2007, p. 61).

Rothstein (2013) complementa que:

Em termos psíquicos, a presença de um terceiro protege não só o bebê da mãe, mas também a mãe em relação ao bebê. Protege-a do bebê invasor, de sua angústia de desmoronamento. A placenta psíquica, a existência de um terceiro mediador da relação, esboça o começo de um processo de separação ou individuação fetal, já em ação no período pré-natal (p. 118).

Se o bebê nos mobiliza em nossos alicerces enigmáticos, justificando silêncios ou a paixão de nossos investimentos sobre ele, então, o feto pode ser indutor de posições defensivas, suporte projetivo da inquietante estranheza, mas que não se opõe ao familiar, da dialética continente/conteúdo (Bion) na própria fonte de nossa primeira identidade “uterina” (Missonnier, 2007).

Ao longo do período gestacional, os pais sentem ainda mais intensamente as incertezas do futuro e passam por um processo denominado por Missonnier (2018) de “antecipação psíquica perinatal parental” (p. 61). Essa antecipação diz respeito à necessidade de simbolização dos cenários possíveis, sendo uma via de acesso à simbolização. Não se trata de um estado “psíquico estático nos pais ‘grávidos’, mas de um processo dinâmico e adaptativo de humanização progressiva do feto” (Missonnier, 2007, p. 66).

Ao reconhecer a importância do período pré-natal, Missonnier (2007) cunhou o termo “relação de objeto virtual (ROV)” como efeito do investimento narcísico e da elaboração objetal progressiva dos pais para com o embrião-feto. Os pais, nesse sentido, partiriam de um investimento narcísico extremo (grau zero do objetal), passando pela emergência progressiva de um investimento pré-objetal, à construção do objeto total com o nascimento, e sucessivamente até fazer o luto desse objeto total, ideal, no primeiro ano de vida. Ao longo desse processo, os pais vão construindo um ninho biopsíquico – formado biologicamente e psiquicamente através de afetos e representações direcionadas ao feto.

Ceragioli, Luperini e Smorto (2015) defendem a ideia de “útero psíquico”, que requer o processamento de afetos destrutivos dirigidos ao feto, também a ser significado como “outro”, não colado com a mãe. O útero psíquico é compreendido como uma construção influenciada também pelo feto. Assim, à medida que esse se fixa no útero, que é anunciado e se desenvolve, é criada uma trama intersubjetiva de fios que tecem o continente psíquico da mãe e se entrelaçam no inconsciente da família por meio de sonhos, devaneios, desejos secretos, memórias, palavras e silêncios, os quais contêm o feto/bebê (função bioniana de contenção). Nesse sentido, o ambiente ao redor dessa mulher e do feto precisa ser acolhedor para desenvolver e expressar uma função psíquica que reconheça e proteja processos como a parentalidade e a filiação.

As partes visíveis e não visíveis da trama, com as zonas cinzentas que representam o avesso do tecido, encarnam eficazmente aquela presença simultânea de sentimentos opostos, amor e medo, desejo e rejeição que constituem o tecido do útero. O pensamento que se concebe em torno do feto nutre a criança, constrói a mãe e alimenta sua relação, atuando como uma segunda placenta (Ceragioli *et al.*, p. 84).

Aragão (2012) considera o feto um operador simbólico, ou seja, que pode vir a ser alvo de qualquer representação que tenha sido fonte de amor ou de ódio no curso do desenvolvimento infantil da mãe, figurando nessa cadeia simbólica. Todos da família, sobretudo a gestante, precisarão fazer o luto de uma posição anterior. A gestante precisará lidar com a complexa ambivalência de manter e destruir o objeto amado, o “objeto estranho, invasor de seu espaço narcísico e corporal” (Aragão, 2012, p. 80).

Nesse sentido, concordamos com Inglês-Mazzarella (2006) ao afirmar que “o bebê é um estrangeiro que precisa ser humanizado, conhecido e reconhecido, assim como integrado à trama familiar” (p. 76), bem como com Szejer (1999) quando se refere à castração umbilical do bebê, quando esse, humanizado, pode:

(...) ouvir as vozes dos outros, aquelas que veiculam, mais ou menos à própria revelia, os dados de sua história, nessa dimensão inconsciente que nos precede e nos atravessa, levando-nos às vezes aos impasses dos não-ditos e às pendências das gerações anteriores. (Szejer, 1999, p. 73-74)

Com o anúncio da gestação, os pais serão levados a um duplo movimento identificatório: uma busca imaginária sobre o bebê que foram um dia, bem como à reflexão sobre uma identidade parental (uma construção nova, no caso dos pais). Com isso, por meio do impacto do feto nos modelos identificatórios dos pais e avós, entram em jogo fantasias sobre o bebê que foram, assim como sobre os pais que tiveram/foram/gostariam de ter tido/sido. “Essas identificações relançam sobre a cena psíquica os cenários de fusão, de separação e de diferenciação” (Aragão, 2012, p. 81).

Elementos desse duplo movimento identificatório integram o mandato transgeracional descrito por Lebovici (1993). Trata-se de um conceito sistêmico, pois evidencia uma rede complexa de sistemas psíquicos entrelaçados, ramificados, que evoluem e situam os conflitos parentais infantis com os avós de seus filhos. Esses remetem às “falhas que persistiram nos conflitos infantis dos pais e que de alguma forma se repetem nos filhos” (Renbein, & Chatelard, 2013, p. 579).

A escuta transgeracional no pré-natal a respeito do dinamismo psíquico expresso nos afetos, silêncios, choros, sorrisos, hesitações, pode facilitar a criação e sustentação da parentalidade, trabalhando no sentido de uma prevenção primária (Missonnier, 2004; Zen & Triani, 2018; Caron *et al.*, 2016). É importante reconhecer que sentimentos de resistência por vezes fazem parte da ambivalente e complexa parentalidade. Negá-los poderá torná-los mais intensos, potencializando a angústia da mãe/família, sobretudo quando o feto não pode mais ser o objeto sobre o qual projetar o bebê imaginário, já que ele não atende mais às expectativas parentais e ao mandato transgeracional (Scacciati, 2015).

A intervenção o mais a tempo possível pode ocorrer seja nos exames e consultas de pré-natal.

Ao oferecer uma interpretação compartilhada das imagens, o médico pode funcionar como um facilitador no processo de tornar-se pai, mãe, irmão ou avó, ajudando a organizar a instalação de vínculos com o bebê. (...) Colocar-se no lugar dos pais, do feto, dos irmãos ou das avós reduz o impacto que a imagem pode causar. Isso pode ajudar os participantes a se identificarem com seus respectivos papéis e beneficiar a relação entre os protagonistas. É por isso que sugerimos que se trata de um novo ritual de iniciação que pode ajudar a construir essa fase fundamental para o desenvolvimento psíquico desse novo ser (Caron *et al.*, 2008, 73-74).

Dificuldades nesse processo podem ser observadas quando os pais não conseguem realizar a operação simbólica de suas funções para que o futuro bebê estabeleça as identificações primárias que asseguram a continuidade do ser (Goldfarb & Lopes, 2006). Missonnier (2004) remete à observação da estrutura psíquica materna e paterna, bem como à qualidade da presença dos avós presente: no apoio, nos conflitos, na receptividade, sustentação, diálogo, troca de informações, revisão de posições deixadas em suspenso.

O ambiente de acolhimento e apoio à gestante é fundamental para que ela desenvolva a função continente ao feto e posteriormente ao bebê. Essa continência inicial está na base da vida protopsíquica fetal, raiz da intersubjetividade, considerada por Trevarthen e Aitken (2001) como um registro protointersubjetivo. Os traços afetivos, musicais, sensoriais protorrepresentativos, protossimbólicos são as nossas primeiras marcas, base das interações constitutivas, na integração das experiências sensoriais e relacionais (Aragão, 2012). É sobre esse suporte que o feto/bebê encontrará as bases para construir o sentimento de existir.

O necessário investimento afetivo individual, conjugal e familiar é observado desde o pré-natal, por exemplo, por meio do que a imagem do feto parece mobilizar em cada um da família. As imagens borradas desse “projeto de gente” no exame de ultrassonografia obstétrica

(USG) podem nos remeter ao nosso desamparo, provocar reações diversas e distintas, oportunizando a confrontação entre o bebê imaginário e o feto real (Caron, Fonseca, & Lopes, 2008; Aragão, 2012), como abordaremos no eixo a seguir.

1.2 Ultrassonografia pré-natal: a entrada no ambiente secreto/interno

O surgimento da ultrassonografia pré-natal contribuiu nesse complexo e importante momento inicial da construção da relação pais-feto/bebê e da parentalidade, antecipando imagens e aspectos relacionados aos fetos. Chazan (2007) teorizou sobre os desdobramentos da consolidação da USG, a partir dos anos 80, no acompanhamento das gestantes. Ela considera que o uso desse exame contribuiu para o processo de medicalização da gravidez e controle dos corpos, além de antecipar nos pais aspectos do futuro filho antes mesmo de serem sentidos os movimentos fetais. A USG possibilitou o acesso à vida fetal, um campo antes não acessível, alvo de especulações e fantasias.

O desejo de conhecer mais sobre os mistérios da vida, nesse sentido, impulsionou o desenvolvimento de tecnologias que permitissem acessar o desconhecido. A ultrassonografia surgiu desse campo; sua descoberta tornou possível acessar a “caverna sagrada” feminina e desvendar parte do mundo fetal antes desconhecido, abrindo um campo fértil de pesquisas (Caron & Lopes, 2014).

A ultrassonografia permitiu – a partir da interação paciente, transdutor, instrumentos de medida e o médico – diagnósticos e análises técnicas em tempo real. É considerada pela medicina uma tecnologia versátil, minimamente invasiva, com a possibilidade de mostrar imagens seccionais internas do corpo (Cerri, Leite, & Rocha, 2017). No campo da obstetrícia, a ultrassonografia provocou uma mudança nos conhecimentos acerca do feto e nas condutas médicas, contribuindo para maior vigilância da gestação. Hoje, a USG se tornou um exame rotineiro na gestação, com a finalidade de descobrir o número de embriões, a idade gestacional, descobertas de malformações fetais, o posicionamento, as medidas e o peso do feto, além de observar aspectos da placenta e do líquido amniótico (Chazan, 2007).

Os tratados de radiologia e medicina fetal delimitaram critérios que devem ser avaliados em cada período da gestação. A partir da quarta e da quinta semana gestacional, já é possível visualizar o saco gestacional; no final da quinta e começo da sexta semana, aparece a vesícula vitelínica, sendo essa a estrutura mais precoce a aparecer dentro do saco gestacional. É apenas entre a sexta e sétima semana que é possível observar o embrião, medindo um a dois milímetros de comprimento, e escutar a atividade cardíaca fetal. Na oitava semana de gestação, se observa o aparecimento de brotos dos quatro membros e a segmentação do sistema nervoso central,

aos poucos o embrião perde sua curvatura característica e começa a ter estrutura fetal. Após a décima semana se inicia o período fetal, com a conclusão da embriogênese e o desenvolvimento maior das estruturas anatômicas. Considera-se entre 11 e 14 semanas o melhor momento para avaliação, no primeiro trimestre, das estruturas anatômicas e a descoberta de anomalias fetais. Nesse período é que se realiza o exame de USG denominado de “morfológico do primeiro trimestre”, em que se avaliam possíveis anomalias, a vitalidade fetal, o desenvolvimento dos órgãos e o rastreamento de pré-eclâmpsia.

Na 14ª semana, tem início o segundo trimestre da gestação, no período entre 20 a 24 semanas é realizada a USG morfológica do segundo trimestre; como os órgãos estão maiores, faz-se uma nova avaliação, mais detalhada, de possíveis malformações fetais, além de serem avaliadas a vitalidade e o crescimento fetal, as condições da placenta e do líquido amniótico. Na 26ª semana, tem início o terceiro trimestre da gestação, no qual o feto ocupa maior espaço no útero e a quantidade de líquido amniótico é menor, o que torna as imagens no exame de USG menos nítidas. O principal objetivo do exame nesse período é detectar o peso do feto, os movimentos corporais, o volume do líquido amniótico e as condições da placenta. Em todos os exames, orienta-se que os órgãos, membros e coluna sejam observados. Em casos de gestantes hipertensas ou com restrição de crescimento, se orienta também a avaliação das artérias umbilical, cerebral e os respectivos aspectos hemodinâmicos (Cerri, Leite, & Rocha, 2017).

No Brasil, a ultrassonografia é considerada pelo Conselho Federal de Medicina (1992), uma prática exclusiva dos médicos, sendo eles responsáveis por decidir os protocolos dos exames e o que deve ou não ser medido. Atualmente, a ultrassonografia obstétrica faz parte dos exames realizados durante o pré-natal, recomendada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pelo Ministério da Saúde brasileiro (MS). A OMS (2016) recomenda a realização da ultrassonografia pré-natal com o objetivo de “estimar a idade gestacional, melhorar a detecção de anomalias fetais e gravidezes múltiplas, reduzir a indução do trabalho de parto para gestações pós-termo e melhorar a experiência da mulher na gravidez (p. 6)”.

O Ministério da Saúde (2016) preconiza a realização do exame de ultrassonografia durante a gestação de baixo risco, nos seguintes casos: no início do primeiro trimestre para avaliar a idade gestacional; no fim do primeiro trimestre para realizar a medida da translucência nugal entre a 11ª e a 13ª semana de gestação; e no segundo semestre entre 20ª e 24ª semanas – quando os órgãos fetais já estão formados e são de visualização mais precisa – para rastreamento de malformação. Acrescenta que as decisões em incluir as ultrassonografias no pré-natal também devem considerar a qualidade dos serviços de saúde e a expectativa dos pais.

A ultrassonografia obstétrica, nesse sentido, se desenvolveu visando uma melhor assistência médica ao feto e à gestante, atuando de maneira normativa e investigativa sobre a vida uterina. Mas, para além desses aspectos objetivos, há também outros que permeiam o exame, ainda que nem sempre observados: a postura do ultrassonografista no momento da USG, a vivência dessa experiência para os pais e os aspectos intersubjetivos na cena (Rothstein, 2013).

Aragon (2003) ressalta os ganhos decorrentes da tecnologia médica em diversos ramos da saúde. No entanto, estima que a ultrassonografia no pré-natal surgiu pela necessidade e ansiedade do ser humano controlar e antecipar os acontecimentos futuros. Chama atenção para a angústia que pode ser gerada pelo exame de USG e a presença do poder do médico na vida do casal, determinando sobre os caminhos da gestação e, de certa forma, a viabilidade do feto.

Missonnier (2004) atenta para o fato de que o processo de construção da parentalidade e a percepção do feto como sujeito geralmente não são priorizados e/ou reconhecidos pelos profissionais de saúde no pré-natal; a onipotência da técnica acaba ocupando lugar central nesse período. Para ele, é necessário que se abra espaço para os aspectos subjetivos envolvidos na transição do “tornar-se” pais e filho, auxiliando na construção da alteridade do feto e no processo de simbolização da experiência. A USG é apontada como possibilidade na criação de vida ou de morte: “para que ela seja um ritual de vida, é preciso que sua violência seja reconhecida e simbolizada logo de início” (p. 120). O autor defende o uso dessa técnica no favorecimento e sustentação da parentalidade, tomando-a em seu aspecto de prevenção primária.

Golse (2011) também defende a importância de compreender que a experiência visual dos pais frente a ecografia acontece no nível subjetivo e envolve diferentes sensações e emoções. E, nesse sentido, o compartilhamento das emoções dos envolvidos – ultrassonografista e pais – requer tempo e precisa ser bem pensado para que não se torne uma experiência ameaçadora.

O exame de USG é compreendido por Bydlowski (2002) como um teste virtual, num momento em que a mulher ainda não consegue representar o feto num nível psíquico (processo de objetualização do feto⁷). O exame permitiria à gestante humanizar as imagens borradas por meio de suas fantasias e memórias. A autora defende, em trabalho anterior (1991), a hipótese de um fenômeno denominado “transparência psíquica”, que ocorreria na gestação e seria marcado por uma abertura psíquica possível pelo afrouxamento das defesas da gestante. Tal

⁷ Processo gradual de objetualização do feto/bebê em quatro estágios: objeto puramente interno; objeto interno remetido aos aspectos físicos, mas já psiquicamente externalizado; objeto físico externalizado, mas ainda psiquicamente internalizado; objeto definitivamente externo (Bydlowski, 2002).

fenômeno pode permitir que elementos fruto da memória sensorial dela, de marcas de sensações e angústias primitivas, anteriores à aquisição da linguagem, ganhem atualidade e possam ser elaborados e repensados. Esses elementos podem funcionar como abertura para a transmissão de significantes da história familiar para o bebê.

Raphael-Leff (2017) observa que, para a mãe, o exame de USG significa uma esperada mensagem de que seu útero é um lugar “produtivo, vivificante” (p.73). Ao olhar seu filho no ultrassom, ver seus movimentos, atividades, suas feições, passa a imaginar seu útero como um “lar”, auxiliando o vínculo com o feto e posteriormente com o bebê.

Soulé, Gourand, Missonnier e Soubieux (1999) remetem ao papel da USG na construção da parentalidade. O exame pode funcionar como um organizador psíquico, com importante potencial preventivo ao fortalecer a parentalidade em construção, bem como identificar sinais de alerta relacionados a esse processo de transição na identidade parental, mas também no tornar-se avós e irmãos.

Nesse sentido, podemos identificar sinais positivos na criação dos primórdios da parentalidade, por exemplo, na antecipação criativa projetada nas imagens borradas, situando o feto na linhagem materna e paterna, atribuindo-lhe um lugar na história da família. “Esse mesmo movimento é o que permite aos pais (...) situarem-se em relação aos que os antecedem e em relação à criança” (Zen & Triani, 2018, p. 19).

O potencial traumático do exame está associado ao derrame transitório de fantasias que não auxiliem na construção parental e filial, e ao risco de paralisia psíquica por identificações patológicas – por exemplo, tomar o feto como um objeto persecutório ou perigoso - até mesmo paralisia psicótica (Soulé *et al.*, 1999). Sendo assim, a USG estimula ressonâncias direcionadas ao bebê imaginário e ao bebê real que espelham a história individual, parental e transgeracional (Missonnier, 2004; Scacciati, 2015).

Em alguns casos, a mulher no pós-parto por vezes não consegue criar uma representação do bebê, devido aos seus terrores antigos remexidos com o exame, muitas vezes não narrados no tempo gestacional, dificultando ou impedindo a transformação em imagens mentais, bem como a relação mãe-bebê. Aulagnier (1999) considera que os conflitos insuportáveis e os lutos irrealizáveis gerados por situações precoces podem estar na base de psicoses, autismos e manifestações psicossomáticas; podemos situar também as depressões puerperais.

Em relação aos irmãos, já mobilizados por suas ambivalências filiais e fraternas, testemunhariam com o exame as imagens que representariam a cena primária, de um modo mais perturbador que seus pais, ao mesmo tempo em que são convocados a deixar de lado seus sentimentos agressivos para com o irmão, seu futuro rival. Cruzar os limites da sexualidade

parental, reativando fantasias sobre a cena primária, pode ser perturbador para crianças, podendo até mesmo constituir uma violência psicológica (Scacciati, 2015).

Além dos pesquisadores franceses (Soulé, Golse, Missonnier, Soubieux, dentre outros) e italianos (Scacciati, 2015) que estudaram sobre USG obstétrica, fundamentadas na Psicanálise⁸. Encontramos os estudos psicanalíticos que utilizaram o método Bick de observação ao se debruçarem sobre a vida psíquica fetal. Dentre eles, se destacam os trabalhos de Piontelli (1995), Negri (1997) e Caron e Lopes (2014).

A radiologista e psicanalista italiana Alessandra Piontelli (1992/1995) realizou estudo pioneiro acerca do psiquismo e da atividade fetal. Amparada pelo método Bick, desenvolveu observações de ultrassonografias no pré-natal (gestações gemelares e única), continuadas no pós-natal, com o bebê em seu ambiente familiar até os seus dois anos de vida. Os resultados encontrados apontam para a hipótese de que há uma consistência e continuidade dos movimentos do feto durante a vida uterina e no pós-natal. Apesar de algumas críticas relativas ao método utilizado, Piontelli é considerada pioneira nos estudos sobre o psiquismo fetal.

Negri (1997) também utilizou o método Bick de observação para analisar fetos gemelares heterozigóticos durante os exames de USG (a partir da 12 semana) e após o nascimento até os dois anos de vida. Ela buscou, juntamente com seu grupo de supervisão e pesquisa, estabelecer conexões entre o mundo intrauterino e extrauterino. Os resultados encontrados consideram que o feto vivencia experiências sensoriais significativas dentro do útero, as quais envolvem também aspectos físicos e hormonais da gestante. O estudo sugere que, ainda na vida uterina, especialmente nos últimos meses, o feto já é estimulado pelas atividades rítmicas (batimentos e barulhos no corpo da mãe), auditivas e pela diversidade sensorial oferecida pela placenta.

Apesar dos resultados encontrados, Negri (1997) considera que sua pesquisa não oferece respostas completas sobre os mistérios que permeiam a vida fetal e a relação entre a vida intra e extrauterina. Ela ressalta a necessidade de novas pesquisas, com novos casos, para que seja possível a continuidade das descobertas e um aprofundamento dos estudos. Pondera que um método mais rigoroso e um acompanhamento longo dos sujeitos da pesquisa, nos estudos futuros, poderão auxiliar a encontrar respostas mais concretas sobre o papel do ambiente uterino ao longo da vida.

No Brasil, o grupo envolvendo a psicanalista Nara Caron e pesquisadores da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (Rita Lopes e Cesar Piccinini, dentre outros)

⁸ Reconhecemos que não existe apenas um único pensamento psicanalítico, mas diferentes teorizações e “Psicanálises”. Em nosso trabalho, quando nos remetemos à Psicanálise estamos nos referindo ao nosso recorte psicanalítico das relações objetais, com o enfoque nas questões intersubjetivas/relacionais, que considera que afetamos e que somos afetados pelos outros por meio de movimentos projetivos e introjetivos.

realizou pesquisas explorando os significados da ultrassonografia pré-natal para a família e na compreensão do mundo fetal. Entre essas, destacam-se: o longo estudo que realizou observações das ultrassonografias no pré-natal, por meio do método Bick, buscando compreender os desejos conscientes e inconscientes das gestantes e o desenvolvimento do feto (Caron, Fonseca & Kompinsky, 2000); a pesquisa de Gomes, sob orientação de Piccinini (2003), que investigou os sentimentos das grávidas acerca da USG pré-natal, nos contextos de normalidade e anormalidade do feto, e suas implicações na relação mãe-filho; e o estudo que buscou analisar os aspectos emocionais relacionados à presença dos irmãos durante o exame de USG pré-natal (Caron & Fonseca, 2011).

Caron e Lopes (2014) e seu grupo de pesquisa realizaram uma pesquisa longitudinal, inspiradas na pesquisa de Piontelli (1992/1995), visando acompanhar o desenvolvimento do bebê e da relação pais-bebê, da décima segunda semana de gestação até os três anos de vida do bebê, via observações amparadas no método Bick. No entanto, buscando superar alguns entraves metodológicos da pesquisa original de Piontelli, Caron e Lopes optaram por criar dois grupos de observadores e supervisores independentes, sem comunicações durante a pesquisa. Assim, um grupo ficou responsável pelo acompanhamento da gestação/USG e parto, e o outro pelas observações após o nascimento.

Essa pesquisa também buscou compreender as condições senso-perceptivas e a singularidade dos fetos a partir da ideia de que o mundo fetal não é totalmente protegido e ausente de sentido. Para Caron e Lopes (2014), há no feto um aparelho senso-perceptivo e motor, e até mesmo um psiquismo rudimentar, que se refina ao longo da gestação, criando movimentos próprios. Em suas observações, perceberam que há uma variabilidade nos movimentos fetais: “a sequência das ecografias permite visualizar a presença de padrões de movimentos singulares que imediatamente identificam cada feto” (p. 234).

Além desses estudos que utilizaram o método Bick de observação, realizamos busca por artigos empíricos nas bases de dados Psyc, SciELO, Portal Regional da BVS, Redalyc, Pubmed, Periódicos Capes, DOAJ e o periódico *Infant Observation*. Partindo da pergunta “No contexto da ultrassonografia gestacional, como os trabalhos em psicologia e psicanálise parecem abordar a construção da parentalidade, as interações pais-feto e os aspectos subjetivos do exame?”, utilizamos os descritores: “ultrassonografia obstétrica” (e sinônimos) AND família OR parentalidade AND psicologia OR psicanálise. Excluímos os estudos envolvendo malformação fetal, por acreditarmos que fogem dos objetivos da nossa pesquisa. Incluímos apenas artigos resultados de estudos empíricos, publicados em Português, Inglês e Espanhol, a partir do ano de 2000.

Inicialmente, encontramos 112 artigos, desses excluímos 76 por não terem relação com nossa questão de pergunta de pesquisa, totalizando 36 artigos científicos. Importante ressaltar que esses artigos partiam de diversas bases epistemológicas, objetivos e instrumentos de coleta de dados, porém todos tinham alguma relação com a parentalidade e com o exame de ultrassom pré-natal (Apêndice A).

Localizamos variados estudos que buscavam correlacionar os tipos de ultrassonografia pré-natal realizadas (2D, 3D e 4D) e os possíveis desdobramentos de cada uma dessas técnicas na construção da parentalidade. Grande parte dos estudos analisou que as gestantes apreciavam e entendiam melhor a imagem 3D/4D, porém não percebiam diferenças no aumento do vínculo/apego mãe-bebê quando comparavam as técnicas 2D e 3D (Rustico et al, 2005; Pretorius et al, 2006; Lapaire et al, 2007; Amarins et al, 2009; Edwards et al, 2010; De Jong-Pleij et. al, 2013). Righetti et al (2005) perceberam aumento progressivo do apego pré-natal ao longo da gestação, no entanto, não observaram relação com a USG 3D/4D. Eles refletiram a importância de considerar o apego pré-natal como uma ação mental profundamente enraizada, que surge do contato de uma história de vida existencial específica e do humano ontogênico em desenvolvimento.

Pretorius e colaboradores (2007) realizaram estudo para avaliar os impactos das USGs 3D/4D nos pais; solicitaram que os pais desenhassem imagens dos fetos antes e após as USGs. Os resultados indicam que não existiu diferença significativa nos desenhos das mães e pais. No entanto, existiam diferenças entre os desenhos realizados antes e após a USG. Houve tendência de desenharem estruturas menos anatômicas depois do exame; menos participantes desenharam cabelo após 3D/4D. As imagens desenhadas após o exame tinham membros desenhados em uma orientação particular (pernas cruzadas ou mãos na face) e os fetos eram frequentemente desenhados dentro de um ambiente uterino. Os desenhos feitos após o exame 3D/4D eram, frequentemente, mais “artísticos”; e os desenhos antes do exame eram frequentemente “convencionais”. O estudo conclui que as USGs 3D/4D pareceram fornecer às famílias uma “visão mais realista” do feto e do ambiente uterino.

Encontramos também diversas pesquisas que se dedicaram a compreender possíveis sentimentos e percepções das mães e/ou pais frente à experiência da USG. Os estudos de Gomes et al (2010), Souza et al (2011) e Piccinni et al (2012) consideram que USG pré-natal introduz uma nova temporalidade e a ideia de concretude da gravidez, sendo o bebê visto como mais real. As pesquisas de Grigoletti (2005) e Gomes et al (2007) observaram que as imagens do feto na USG favoreceram e desencadearam o retorno de conteúdos psíquicos, assim como, também ampliaram a capacidade imaginativa da mãe sobre o filho; o que sugere o impacto emocional que o exame pode causar nas gestantes. Além disso, grande parte desses estudos sobre as

percepções maternas da USG, perceberam que a USG auxiliou as gestantes na assimilação da gestação e trouxeram segurança sobre a boa saúde do feto (Bashour, 2005; Grigoletti, 2005; Gomes et al, 2010; Gomes et al, 2007; Souza et al, 2011; Piccinini et al, 2012; Rijken et al, 2012; Thomas, 2017; Åhman et al, 2019).

Matos e colaboradores (2017) se diferenciaram por investigar apenas a experiência dos pais acerca da gestação e USG. Encontraram que a USG foi vivenciada como um ritual de passagem, um evento importante para auxiliar na transição para paternidade. Os pais relataram vontade de levar a foto do feto e passarem mais tempo na sala de USG, no entanto, a maioria considerou que a USG despertou ansiedade pelo medo de diagnósticos ruins. A pesquisa de Roberts e colaboradores (2015) analisou que as mães consideraram que ver o feto auxiliava na conexão com o futuro bebê. No entanto, elas falaram menos do vínculo materno-fetal e mais sobre o vínculo com os demais familiares.

Outra temática bastante estudada nas pesquisas foi a diferenciação dos sentimentos dos pais e/ou mães com relação período da realização da USG (primeiro, segundo ou terceiro trimestre). Simó e colaboradores (2018) pesquisaram os sentimentos das mães nas USGs em cada trimestre. Eles encontraram que, no primeiro trimestre a USG é particularmente relevante, pois contribui para uma adaptação positiva à gravidez e à maternidade. No segundo e no terceiro trimestre, a USG ajuda a reduzir a ansiedade, mas não possui efeitos significativos sobre as demais variáveis psicossociais estudadas. É possível que as mulheres já tenham começado a se adaptar e a construir representações mentais de si como mães, então o efeito não foi significativo quanto à USG do primeiro trimestre.

O estudo de Westerneng e colaboradores (2019) investigou a percepção das mães sobre a USG apenas no terceiro trimestre da gestação. Encontraram resultados semelhantes às pesquisas anteriormente descritas: as gestantes consideraram que a USG no terceiro trimestre era um “bônus” e que nesse período estão mais confiantes quanto à saúde do bebê, apesar de ainda sentirem necessidade de mais uma confirmação da saúde do feto. Por fim, questionaram que os possíveis benefícios psicológicos da USG encontrados em outros estudos podem não se aplicar à USG de rotina no terceiro trimestre.

Halle et al (2018) observaram a busca por USG no primeiro trimestre no sistema particular de saúde da Islândia. Apesar de não fazer parte dos exames de rotina, 95% de todas as participantes tinham pelo menos uma USG e 64% tiveram duas ou mais USG neste período. Ekelin et al (2009) se debruçaram sobre a diferença de sentimentos dos pais na USG do segundo trimestre e encontraram que as gestantes apresentavam maior grau preocupação em relação ao exame, bem como maior grau de ansiedade do que os homens. Após o exame, essas emoções eram semelhantes. Mulheres, mas não homens, com experiência anterior de aborto estavam

significativamente mais preocupados antes da USG que outras mães que não sofreram esse tipo de perda.

Dois artigos se destacaram por se debruçar sobre as percepções de gestantes refugiadas acerca do exame USG. O estudo realizado por Rijken e colaboradores (2012) estudou gestantes que residiam no campo de refugiados na fronteira entre a Tailândia e a Birmânia. Os resultados indicam que as gestantes se sentiam seguras da saúde fetal; observaram ansiedade e timidez dessas gestantes, com linguagem corporal consistente com desconforto, tentando cobrir a barriga, sendo mais comum em gestantes mais jovens e muçulmanas. Eles também observaram que durante a USG existia quase nenhuma interação entre o ecografista e a paciente; as gestantes raramente faziam perguntas e expressaram que receber algum *feedback* de que estava tudo bem com o bebê era suficiente. A maioria das gestantes declarou que não podia ver ou não sabia o que os ecografistas estavam olhando. Apenas duas relataram que o ultrassonografista mostrou as imagens do feto e explicou o que estava acontecendo, o que lhes trouxe sentimentos positivos sobre essa experiência.

Bashour et. al (2005) encontraram resultados parecidos ao observarem as percepções de gestantes sírias acerca da USG de rotina na gravidez. A visualização do feto era uma grande fonte de prazer, conforto e segurança para elas. A descoberta do sexo do bebê parecia muito importante para as gestantes, apesar do fato de que nem sempre expressavam diretamente aos médicos seu desejo de ter essas informações. Elas ficaram satisfeitas quando seus médicos interagiam e compartilhavam com elas a foto do feto. Os pesquisadores ressaltaram a necessidade de mais autonomia das mulheres sírias para fazer perguntas e pedidos sobre a USG.

Encontramos três estudos realizados na África (zona rural do Quênia, Gana e num povoado de Botswana). Oluoch e colaboradores (2015), que pesquisaram na zona rural do Quênia, observaram que devido às condições de vida, as gestantes buscavam o acompanhamento mais no final do segundo trimestre da gravidez e relataram gostar de ver o feto na tela. De forma geral, as gestantes e os prestadores de serviços relataram que as USGs contribuíram no pré-natal por possibilitar a confirmação da gravidez, uma melhor estimativa da idade gestacional e maior precisão do estado de saúde do feto. Os ecografistas relataram dificuldade de manutenção da USG no ambiente de baixa renda por falta de equipe técnica capacitada.

As gestantes ganenses que participaram do estudo de Mensah (2014) viram a USG como uma parte integrante do pré-natal. A maioria fez USG pré-natal porque um médico ou parteira tinha solicitado. As vantagens percebidas mais comuns do USG foram a determinação do sexo do feto, verificar o feto e avaliar bem-estar fetal. Existe um fluxo inadequado de informações dos médicos, parteiras e ecografistas sobre as indicações para a USG, os processos envolvidos

e os resultados do procedimento. A maioria das mulheres não tiveram permissão para ver seus fetos no monitor e menos da metade das mulheres foi informada sobre o sexo do feto.

O terceiro estudo foi realizado por Tautz e colaboradores (2000), num povoado de Botswana. Os pesquisadores observaram que as salas USG eram pequenas, cheias e a maioria das grávidas estava desacompanhada. A comunicação verbal entre médico e clientes era muito restrita, pois quase 100% dos médicos no sistema de saúde são expatriados e poucas pacientes falavam Inglês. O “intérprete” presente era um enfermeiro do hospital cujo Inglês era básico e a maioria das instruções soava mais como uma palavra-chave. Assim, os procedimentos não eram explicados às pacientes e o *feedback* era breve. Nas entrevistas, as gestantes relataram terem ficado impressionadas com o desligamento da luz, o gel colocado na barriga e o movimento de um objeto no estômago. A escuridão foi associada à morte e perigo ou pelo menos percebido como algo muito incomum, já que uma sala de exame é “bem iluminada”. Além disso, quase metade das gestantes respondeu que a tela da USG não lhes foi mostrada.

Sobre essas diferenças sociais e a pouca participação da gestante durante o exame, encontramos apenas um estudo brasileiro realizado por Chazan (2016), essa pesquisa etnográfica visou comparar as USG realizadas em clínicas privadas, hospitais escolas e clínicas públicas. O estudo observou que o modo como os médicos atendiam às mulheres e faziam uso da USG mudavam a depender do local do exame e da classe socioeconômica da gestante. Assim, nas clínicas particulares e por convênio, o feto era visto como feto-bebê-pessoa com nome e características, os médicos dedicavam mais tempo para encontrar boas fotos e fazer vídeos, e potencializavam o consumo de exames; além disso, os ultrassonografistas se preocupavam em reforçar a sua credibilidade com as gestantes e com os obstetras que os haviam indicado. No hospital universitário, era construído um feto-paciente-modelo, transformado em conhecimento médico, ou seja, o tempo despendido para USG variava de acordo com ser “um bom caso clínico” para os estudantes de medicina. Já na maternidade pública, era produzido um feto-número, com diagnósticos sumários, alimentando estatísticas; os exames eram realizados de maneira muito rápida e não eram ofertadas imagens do feto para a gestante. Nos dois últimos, não existia espaço para as gestantes se trocarem, assim como a privacidade e a fala da paciente não parecia ser alvo de preocupação dos médicos.

Por fim, encontramos a pesquisa de Åhman e colaboradores (2019) sobre a percepção dos ecografistas quanto ao uso da USG no pré-natal. O estudo foi realizado com enfermeiras/parteiras norueguesas que conduziam o exame. Elas relataram que a USG colocava o feto numa posição central no cuidado à maternidade, o que poderia interferir na autonomia das mulheres. Consideraram que seu trabalho era gratificante por facilitar os futuros pais a se conectarem com seu filho e obter garantias sobre a saúde fetal.

Essas diferentes pesquisas nos fazem refletir sobre as diversas nuances que envolvem o exame de USG e o processo de construção da parentalidade: a postura dos ecografistas, a história anterior da gestação, o contexto social, o desejo de gravidez e o desejo de maternidade (ter um filho e maternar), a vida conjugal e o processo singular de cada sujeito.

1.3 Vicissitudes do campo intersubjetivo na USG: entrecruzamento de olhares e linguagens

Refletimos que, se no início da exploração do exame de USG pré-natal o discurso predominante parecia ser o da detecção precoce de anomalias, descoberta sobre as capacidades do feto e o apego materno, agora talvez já estejamos no campo da compreensão sobre as relações precocíssimas, dos processos somato-psíquicos que ocorrem no útero e das relações intersubjetivas que marcam e podem conter, sustentar ou inibir as expressões da parentalidade e abertura à filiação.

Gourand (2012) considera que o exame de ultrassonografia foi criado com o objetivo funcional de encontrar patologias nos fetos. Do ponto de vista relacional, o feto examinado pelo médico é o bebê gestado pelos pais: eles não se dirigem à imagem projetada na tela como “meu feto”, mas como “meu bebê”. Assim, pais e médicos não têm a mesma linguagem e olhar.

Do lado dos médicos, há um delicado exercício profissional que busca a investigação de anomalias no feto e de algum mal andamento da gravidez. Eles precisam conduzir o exame sem despertar preocupações desnecessárias, sem falhar na sua busca e ainda assumir a responsabilidade de estar enganado, caso não encontrem nenhuma evidência. Além disso, eles precisam ser cautelosos com as palavras, evitar se comunicarem a partir da linguagem que aprenderam, uma linguagem estrangeira para os pais, que não estão ambientados ao *setting* de USG (Gourand, 2012).

São foco da formação em Medicina aspectos como a objetividade científica, a onipotência da técnica, a importância de se distanciar das emoções (suas e alheias), e a alcançar uma espécie de neutralidade, que auxiliariam na assistência médica. O foco da formação é o desenvolvimento das habilidades técnicas e da Medicina baseada em evidência, muitas vezes em detrimento da humanização da relação (Gourand, 2012).

Essa suposta objetividade médica permite pouco espaço para expressão da subjetividade dos pais durante o exame de USG, que, para além de quererem saber sobre o bom desenvolvimento da gravidez e feto, muitas vezes também desejam imaginar seu futuro bebê a partir das imagens projetadas. Os pais encontram-se ainda em um momento de possível

turbulência emocional, num duplo movimento de lidar com estranho-familiar do feto projetado na tela (Aubert-Godard, 2002).

Percebemos, nesse sentido, que esse encontro não é neutro; há uma considerável energia psíquica no ambiente da sala de USG, assim como há imperativos diferentes em ambos os lados. Além disso, médicos e pais entram para o encontro sem saber a imagem do feto que irão encontrar: nem sempre sabem o que falar ou esperar da USG. Talvez ambos pouco reflitam sobre as escolhas pelo trabalho e pela realização do exame, e seguem seu dever de cumprir o protocolo médico, sem se aprofundar nas redes de sentidos e afetos que compõem o exame (Aubert-Godard, 2002).

Missonnier (2004), ao remeter à USG como possibilidade na criação de vida, como já exposto, admite que o banho de linguagem em prol da subjetivação do feto/bebê encontra amparo nas atitudes do ecografista, que de certo modo autoriza os pais em sua função. Estão essas pessoas atentas e abertas ao outro ou estariam mais comprometidas com o consumo de imagens sem reflexão, em prol do ideal de controle (Rothstein, 2013)?

Segundo Rothstein (2013), a sobreposição de transparências poderia facilitar o encontro entre dentro e fora; as imagens e as palavras proferidas seriam vividas pela mãe/pai como uma presentificação do bebê e até de si mesmos como pais, num encontro antecipado com o filho, promovendo o esboço do processo de diferenciação mãe/pai/feto, fundamental à construção da parentalidade e da filiação.

Sutis mudanças na realização do exame possam ser valiosas no que diz respeito ao processo de parentalização, especialmente no âmbito da saúde pública. Quando o médico leva em conta as condições psicológicas da gestante, passa a compreendê-la de forma complexa e a incluí-la como paciente e não como um corpo dessubjetivado que carrega um feto; passa também a considerar que o feto não é apenas a imagem que ele descreve no monitor, mas o bebê expresso nas palavras da gestante. Mais atento à comunicação verbal e não verbal com a futura mãe, ao acolhê-la, o médico facilitará a integração “bebê de fora/bebê de dentro”, enlaçando a tríade mãe-pai-bebê que está prestes a constituir-se como família (Rothstein, 2013, p. 124).

Dependendo do modo como o exame de USG é realizado - por exemplo, as palavras ditas ou silenciadas, a postura adotada pela família e equipe a partir das imagens e emoções mobilizadas, as expectativas e o lugar conferido ao feto - seu potencial pode se relacionar à antecipação da vida ou às desconexões entre o feto/bebê e sua família.

Golse (2011) considera que os primórdios da vida psíquica fetal não devem ser pensados a partir unicamente do feto, mas essa vida psíquica só faz sentido quando pensada do ponto de

vista relacional, ainda que precocíssimo, e o potencial que a mente psíquica adulta poderia exercer nos primeiros materiais “protomentais” do bebê. A presente pesquisa vai ao encontro dessa reflexão e propõe pensar se esse quase encontro antecipado dos pais, ecografista e o feto, por meio da USG pré-natal, teria o potencial de funcionar como um ambiente fértil para um jogo de projeções, defesas e comunicações inconscientes entre as várias subjetividades. A esse “quase encontro” de diferentes subjetividades, linguagens e olhares denominamos de campo intersubjetivo.

A intersubjetividade é um termo de difícil conceitualização por ter origem e usos diversificados. Bruce Reis (2012), ao fazer um panorama desse conceito, considera que apesar de antigo, o termo intersubjetividade tem sido mais utilizado por psicanalistas nos últimos 30 anos, o que tem modificado o modo como alguns desses compreendem o funcionamento psíquico. Para esse autor, Freud introduziu a importância de outras pessoas na constituição do indivíduo, mas foi Klein, Bion e Winnicott que teorizaram, a partir dos estudos com crianças, sobre a relevância dos outros e do ambiente nos processos de subjetivação. As teorias das relações de objetos deram continuidade a esses estudos, modificando a centralização no intrapsíquico para pensar o sujeito nas suas relações com o mundo e com os outros, bem como tornaram a contratransferência um importante instrumento de acesso ao funcionamento psíquico do paciente e do analista.

Reis (2012) também ressaltou que os psicanalistas e filósofos não foram os únicos a teorizar sobre intersubjetividade, pesquisadores do desenvolvimento, como Trevarthen, Aitken e Gratier (2019), consideram que antes mesmo do nascimento os bebês conseguem perceber os ritmos das mães e logo após o nascimento já se engajam em uma “protoconversa” com os outros, compartilhando gestos, movimentos faciais, cadências e tons vocais como forma de expressão.

Ao fazer esse panorama sobre os diferentes usos e conceitos da intersubjetividade, Reis (2012) considera que o termo será cada vez mais comum para a Psicanálise, com implicações na forma de compreender o funcionamento psíquico:

Falaremos sobre o partilhar dos estudos afetivos, sobre o compartilhamento na criação dos processos clínicos, na co-construção do campo terapêutico, e não apenas sobre a contratransferência do analista como uma reação à transferência do paciente. Usaremos nossas presenças corpóreas para nos conectarmos ao outro e para experienciar suas experiências, para sentir sua alegria, sua tristeza, sua dor; para “estar com” o outro por meio desses estados e ajudar a regular seus estados internos por meio de nossas presenças afetivas. Pensaremos menos em algo ocorrendo “por trás dos bastidores”, como uma espécie de teatro-cartesiano da mente, na medida em que a

ênfase recairá sobre a relação intersubjetiva imediata compartilhada por dois seres humanos que estão constantemente produzindo efeitos no outro. Por fim, nossa ‘cura pela fala’ será provavelmente renomeada como ‘cura pelo fazer’, à medida que aceitarmos que a escuta do analista também é sua comunicação e que seus movimentos, timbre e ritmo da voz, sentimentos e intenções estão o tempo todo impactando e influenciando o outro em níveis inconscientes (p.231-232).

Zornig (2012), ao refletir sobre o crescente uso da intersubjetividade na Psicanálise, considera que a clínica dos primórdios contribuiu para a mudança do intrapsíquico para o intersubjetivo, ao fazer uma passagem da clínica do conteúdo para a clínica do continente, sendo o foco na relação e no que é vivido para além da linguagem verbal. Ela também ressalta que Freud já considerava a importância das relações, mas que foi Ferenczi o primeiro a teorizar sobre a importância relações afetivas iniciais e o ambiente no desenvolvimento psíquico da criança. Ele criou a ideia de “tato psicológico” e “do sentir com” como recursos importante na clínica, considerando, assim, o intersubjetivo na clínica.

Santos e Zornig (2014) indicam que a intersubjetividade possibilita, devido à condição de desamparo original do bebê, que o processo de subjetivação aconteça. “O sujeito, nessa perspectiva, nasce com base nas tensões dialéticas de unidade e separação, internalidade e externalidade, ou seja, no espaço *entre* mãe e bebê, o que marca a interdependência entre os campos da subjetividade e da intersubjetividade” (p. 85).

Bion (1962/1991) utilizou a relação mãe-bebê como modelo ou metáfora para exemplificar o estado de mente do analista que possibilitaria uma maior proximidade ao que ocorre na experiência emocional do paciente, no inconsciente da relação analítica. Tomamos emprestada a sua definição de identificação projetiva, considerada por esse não só como um mecanismo de defesa, mas como o primeiro modo de comunicação entre a mãe e o bebê, ao que ocorre entre eles e não ao que se passa em cada um deles isoladamente. Bion também compreende esse fenômeno como um processo situado na origem da capacidade de pensar – mecanismo saudável e promotor de crescimento psíquico, pois gerador de significado.

Golse (2008) acrescenta que existe um eterno debate entre defensores do intrapsíquico e do interpessoal sobre quando é possível falar em intersubjetividade. Enquanto alguns psicanalistas europeus argumentam uma “instauração gradual e necessariamente lenta da intersubjetividade”, autores anglo-saxões como Trevarthen e Stern, acreditam em uma “intersubjetividade primária”, em que o bebê já nasceria com aptidão de captar e interagir com o ambiente. Golse (2008) propõe uma terceira via entre essas duas perspectivas:

Essa terceira via consiste em pensar que o acesso à intersubjetividade não se realiza em um “tudo ou nada”, mas que se realiza, ao contrário, de maneira dinâmica entre momentos da intersubjetividade primária efetivamente possíveis de imediato, mas fugidios, e prováveis momentos de indiferenciação; todo o problema do bebê e de suas interações com seu entorno sendo, precisamente, estabelecer progressivamente esses primeiros momentos de intersubjetividade lhes fazendo tomar o passo, de maneira mais estável e mais contínua, sobre os tempos de indiferenciação primitiva. (Golse, 2008, p.50)

A subjetivação aparece, portanto, como uma internalização das representações intersubjetivas, ou seja, no bebê, surge como uma internalização progressiva das representações de interações (no campo do apego ou da sintonia afetiva), mas com uma injeção gradual, no sistema da dinâmica parental inconsciente, de toda a história infantil dos pais, de sua conflitualidade edípica, de sua história psicosssexual, de sua problemática inter- e transgeracional e, obviamente, de todos os efeitos de *après coup* associados. Em relação à intersubjetividade, a subjetivação implica, além disso, uma dinâmica de especularização (o objeto também é, por sua vez, um outro-sujeito) (Golse, 2020, p. 282).

Guerra (2013) desenvolveu a expressão “língua intersubjetiva” para pensar as formas de interação criadas pelo cuidador e pelo bebê no início da vida. Através da prosódia, do ritmo, do tom da voz, das expressões faciais, os pais e cuidadores vão descobrindo formas de interagir com o bebê, assim como este também capta e reage sensorialmente às expressões daquele que cuida. Haveria, assim, a “co-criação” de uma língua construída no encontro de duas subjetividades. “Para que aconteça a experiência da ‘subjetivação’ deve-se experimentar com o outro o prazer estético (sensorial e rítmico) de compartilhar as emoções, integrando o novo, o surpreendente, o inesperado como manifestações de uma mútua criatividade (p. 46)”.

Nesta tese, a noção de intersubjetividade nos remete a pensar sobre o que ocorre no “entre” (Coelho Junior, 2002). Já a ideia de “campo intersubjetivo” nos remeteu à noção de “campo analisante” do casal Baranger (1961-1962/2010): a situação analítica é composta por uma estrutura espacial e temporal, orientada por linhas de forças e por uma dinâmica própria. O encontro assimétrico do analista com o analisando produz uma complexa interação envolvendo defesas inconscientes, transferência, contratransferência, introjeções e projeções.

Ao unirmos os conceitos na ideia de “campo intersubjetivo” e transpormos para a sala de ultrassonografia, imaginamos que a luz baixa, os sons, as imagens borradas dos fetos e os

encontros/desencontros dos atores envolvidos torna a sala um ambiente fértil para o interjogo de projeções/introjeções, defesas e comunicações inconscientes entre as várias subjetividades.

A placenta pode ser uma interessante metáfora para imaginarmos esse campo intersubjetivo da sala de USG. Segundo o dicionário online Michaelis (2015) ela é definida como: “Órgão discoide e vascular que se forma no interior do útero, no curso da gestação, e pelo qual se estabelece a comunicação nutritiva entre o organismo materno e o feto, feita pelo cordão umbilical”. Assim como a placenta, durante a gestação, é importante que se desenvolva uma rede de apoio, uma grande placenta social, que possa amparar, sustentar, conter e proteger os pais frente às novas mudanças. Nesse sentido, o ambiente da USG poderia também compor essa grande placenta social, na medida em que as imagens do feto podem antecipar aspectos da parentalidade e ser um campo intersubjetivo fértil para a criação de projeções e comunicações conscientes (e inconscientes) entre os envolvidos.

Missonnier (2004) e Raphael Leff (2017) utilizaram a metáfora da placenta para refletir sobre os processos psíquicos que acontecem na gestação. O primeiro criou o termo “funcionamento psíquico placentário” para explicar o funcionamento psíquico materno durante a gestação. Para ele, tanto no nível biológico quanto no psicológico a placenta funciona como um terceiro que separa mãe e bebê. Ou seja, a placenta auxilia na elaboração dos pais de que o feto não é a extensão psíquica da mãe, para que aos poucos possam criar antecipações como via de acesso a simbolizações em torno do filho. Esse processo gradual de amadurecimento placentário biopsíquico pode ser facilitado pelas sensações físicas da mãe, as interações dos pais com o feto e a narrativa/simbolização da imagem na USG.

Raphael-Leff (2017) criou o termo “paradigma placentário” ao se referir às trocas emocionais que acontecem na gestante com ela própria e com o feto. Essas trocas também acontecem nos níveis biológico e psíquico; a mãe se encontra em um estado de trocas emocionais com o feto e busca filtrar alguns sentimentos. Inspirada na teoria de Bion da mãe como um container⁹, propõe pelo paradigma placentário que esse processo se inicia antes do bebê nascer:

Estou sugerindo que um paradigma para este processo maternal existe, desde bem antes do bebê nascer. A futura mãe já está servindo como continente para seu filho e, através do processo placentário de dar e receber, o está nutrindo e também metabolizando os detritos por ele produzidos, em seu próprio corpo. (Raphael-Leff, 2017, p. 83).

⁹ A mãe é um continente das ansiedades do bebê, usando-se como instrumento que recebe as projeções e a partir da *reverie* maternal poderá digerir e amortecer essas emoções internamente e comunicá-las ao filho.

Tisseron (2011) considera que a mãe é como um primeiro envelope para o bebê, mas apesar de se sentir como envelope, ela não consegue se imaginar dessa forma. A USG funcionaria como um segundo envelope ao auxiliar a mãe a ver-se como “um envelope” e a se imaginar como um envelope que contém e protege o filho. Entretanto, a máquina de USG não seria suficiente: é necessário um alguém para validar o que a mãe enxerga, o ultrassonografista, que funciona como um terceiro envelope. Quando o olhar do ecografista é cuidadoso e de cumplicidade com a mãe, ele pode auxiliar a gestante a elaborar e legitimar sua experiência, reforçando sua capacidade materna.

Indo mais além, pensamos que esse envelope/placenta pode facilitar o processo individual da gestante, como também da tríade que se forma: pais e feto/bebê. Nesse sentido, nos inspiramos nessas metáforas do envelope e da placenta para imaginarmos o ambiente da sala de USG como parte dessa placenta social mais ampla e como um complexo campo intersubjetivo que pode filtrar, envolver, proteger e nutrir os futuros pais com os diferentes afetos suscitados ao olharem para as imagens do seu futuro filho na tela da USG e ao ouvirem palavras de encorajamento da parentalidade. Adversamente, esse campo intersubjetivo da USG pode não compor parte dessa placenta psicossocial, caso a tecnologia seja utilizada de modo mecânico, deixando pouco espaço para o cuidado da tríade.

Para observarmos o campo intersubjetivo da USG, utilizamos o método Bick de observação, por acreditarmos ser um instrumento com potencial de captar a complexidade dos afetos e as trocas inconscientes no ambiente. Pensamos que, diferente do olhar médico, que busca antecipar possíveis complicadores na gravidez e na formação do feto, o método Bick propõe que o observador se livre de julgamentos, ideias prévias, e procure não se antecipar na busca por interpretações e sentidos dos conteúdos observados. Nesse método, o observador não deve se ocupar em analisar o bom desenvolvimento psíquico da gestação, mas precisa se permitir observar e captar a complexidade de afetos presentes no ambiente. A seguir, abordaremos os caminhos metodológicos que nos guiaram na construção do trabalho de campo.

2 MÉTODO

O presente estudo, de natureza qualitativa, utilizou o referencial psicanalítico como método de pesquisa, o qual se baseia na compreensão do material inconsciente como elemento fundamental no encontro intersubjetivo em pesquisa e na construção do conhecimento. Nesta modalidade de pesquisa, além de se debruçar sobre os inconscientes (do sujeito/objeto de pesquisa e o seu próprio), o pesquisador precisa levar em consideração as relações transferenciais em jogo no campo - as fantasias, resistências, projeções.

O referencial teórico-metodológico que embasou esta pesquisa pressupõe a escuta diferenciada, contextualizada e singular, que valoriza a acolhida das angústias vividas no campo entre pesquisador e sujeitos, os aspectos psíquicos mobilizados nesse encontro, abrindo a possibilidade para um diálogo construído na intersubjetividade do campo de estudo. Os resultados da pesquisa, nesse sentido, não são frutos do olhar apenas do pesquisador ou das falas dos participantes, mas dizem respeito aquilo que ocorre no “entre”, nas interações e na relação transferencial.

A epistemologia psicanalítica considera que não é possível conhecer o objeto de pesquisa como um todo, tampouco alcançar a compreensão total ou a verdade absoluta acerca dele (Diniz, 2018). Há que se reconhecer o espaço da ignorância e o desejo de conhecer; esse movimento dialético instaura a possibilidade de alteridade do objeto, admitindo que este se diferencia e se separa, recusa e resiste ao domínio do sujeito do conhecimento (Figueiredo, 2002).

A relação do pesquisador com os participantes é construída ao longo da pesquisa e os acontecimentos decorrentes desse jogo transferencial permite que ambos saiam diferentes de como se encontravam antes da pesquisa. Essas transformações e elaborações fazem parte do processo de fazer pesquisa em psicanálise (Figueiredo & Minerbo, 2006).

2.1 Campo da pesquisa

Consideramos o campo dos serviços públicos e privados em Recife que realizavam exames de ultrassonografia pré-natal, abordamos alguns desses lugares para o desenvolvimento da pesquisa. Há que se ponderar sobre o momento de cuidados higiênico diante da pandemia do Covid-19, fato este que dificultou a etapa inicial de estabelecimento de contato e anuência com algumas clínicas. Após abordar diversos serviços, apenas um hospital público localizado em Recife aceitou receber a pesquisadora para desenvolver observações ao longo de exames de pré-natal (Apêndice A - Termo de Concordância para a Instituição).

Esse hospital público atua nas áreas de ensino, pesquisa, extensão e assistência, contribuindo na formação de profissionais de saúde e no desenvolvimento de pesquisa. Além disso, o hospital presta serviços ao Sistema Único de Saúde (SUS), oferecendo atendimento médico-hospitalar ambulatorial e de internação à população do estado de Pernambuco e de outros estados da região Nordeste, como referência de média e alta complexidade. O campo de pesquisa foi realizado no setor de Medicina fetal desse hospital, que realiza o exame de ultrassonografia pré-natal, alvo desta pesquisa.

O setor de Medicina fetal é um serviço especializado em exames de USG pré-natal e composto por médicos três obstetras especialistas em medicina fetal e médicos residentes. O serviço é referência no estado de Pernambuco para gestantes de alto risco e atendem pacientes internadas no hospital e/ou que são acompanhadas durante o pré-natal no próprio hospital. A frequência do exame por paciente é variável e avaliada a cada caso. O serviço é composto por uma sala de exame, com uma máquina de ultrassom e funciona de segunda a sexta através do agendamento prévio do exame.

Além desse serviço, uma clínica particular especializada em ultrassonografia pré-natal, localizada no Recife, também aceitou receber as pesquisadoras para realização da pesquisa. A clínica possui uma sala de exame com uma máquina de ultrassom, uma recepção, e tem como clientela predominante gestantes de camadas médias, em todas as idades gestacionais e riscos. Apesar do aceite do termo de consentimento para a realização da pesquisa, quando o estudo se iniciou, houve resistência da equipe para a presença da pesquisadora, com receio de “incômodo e desconforto” (sic) por parte da clientela atendida. Por esse motivo, não foi possível realizar a pesquisa nesse serviço.

2.2 Trabalho de campo

O trabalho de campo transcorreu entre junho de 2021 e março de 2022, enquanto se vivia, no mundo e no Brasil, momentos delicados da pandemia da Covid-19. A pesquisa de campo dividida em duas etapas, em ambas realizamos uma aplicação do método Bick de observação: na primeira, realizamos uma aplicação do método Bick de observação, uma vez por semana – de junho a outubro de 2021. O foco inicial deste momento foi familiarizar a observadora quanto ao ambiente do exame de ultrassonografia e seu clima emocional, além de identificar as possíveis gestantes a serem convidadas para a segunda etapa da pesquisa. Nesse sentido, não existia uma família específica a ser observada, ao contrário, buscou-se observar todas as gestantes que realizavam o exame naquele turno, juntamente com todos os atores presentes na cena. Nessa etapa da pesquisa, a observação aconteceu no turno da manhã, com

duração média de três a quatro horas, a depender do quantitativo de gestantes que realizariam o exame. As idades gestacionais, o tempo de duração de cada exame e o quantitativo de USG foram variáveis. Ao total, foram realizadas 13 observações nessa primeira etapa da pesquisa, incluindo também a observação das primeiras USGs das quatro gestantes escolhidas para a segunda etapa.

Na segunda etapa da pesquisa, quatro mulheres que tinham entre 12 e 16 semanas de gestação foram convidadas a serem acompanhadas pela observadora em seus exames de USG até o final da gestação. A escolha por esse período da gestação tinha relação com a realização do exame morfológico do primeiro trimestre e, conseqüente exclusão de fetos com diagnósticos de malformação – o que poderia acrescentar mais complexidade à compreensão da construção parental e relacional com o futuro bebê.

Nessa segunda etapa do campo, realizamos uma aplicação do método Bick e entrevistas semiestruturadas. No que remete à aplicação, foram realizadas as seguintes adaptações: 1) ao invés de realizadas semanalmente, como indica o *setting* clássico (explanado em detalhes em seguida), as observações Bick ocorreram nos respectivos dias dos exames de USG de cada gestante; 2) as observações passaram a durar menos tempo, uma a duas horas, pois era finalizadas após o exame das gestantes escolhidas; 3) por se tratar de um hospital escola, o exame era realizado inicialmente pelas residentes de Medicina fetal e posteriormente avaliados pela médica *staff* do serviço, de modo que a duração da observação dependia também do tempo que a gestante era reavaliada. Ao total, foram realizadas sete observações nessa segunda fase da pesquisa, que ocorreram entre os meses de novembro de 2021 e março de 2022. Após o último exame de USG e o fim das observações, foi realizada entrevista semiestruturada com as gestantes selecionadas.

A escolha pelas gestantes levou em consideração a disponibilidade emocional para participar da pesquisa, com a devida assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE – Apêndice C). Quatro gestantes foram convidadas e aceitaram participar da pesquisa; no entanto, uma delas, incomodada com os longos períodos de espera para a realização da USG no hospital, resolveu realizar os exames apenas em clínicas conveniadas ao seu plano de saúde, inviabilizando sua participação na pesquisa, o que contabiliza uma perda. Restaram, portanto, as outras três gestantes, que foram observadas nos demais exames de ultrassonografia, até o parto.

A pesquisadora buscou criar uma relação que a auxiliasse na continuidade do acompanhamento ao longo do campo. Assim, além de conhecer a rotina do exame e se inserir no contexto emocional dos participantes da cena, visou o contínuo engajamento nessa realidade, que a permitisse uma melhor descrição de detalhes objetivos e subjetivos, emoções e nuances

das relações presentes na USG. Retomaremos este ponto mais adiante com a descrição do Método Bick de Observação.

Todas as observações realizadas nas duas etapas da pesquisa foram registradas em diário de campo, de modo a compreender elementos objetivos e subjetivos: como o exame era conduzido, a dinâmica da relação entre profissional-família-feto. Essa aproximação gradual com os sujeitos e sua rotina no exame puderam, gradativamente, facilitar a presença da observadora e tornar o seu olhar menos opaco quanto às relações.

O diário de campo também auxiliou na compreensão da dinâmica transferencial observada/sentida. A autorreflexão e as supervisões da pesquisa foram fundamentais para o aprimoramento metodológico da pesquisadora, na busca por significados iniciais diante dos modos aparentes de sentir, viver e pensar dos interlocutores.

A escrita no diário de campo e as supervisões propiciaram o aprimoramento da sensibilidade reflexiva da pesquisadora, por meio da compreensão do seu papel junto à rede transferencial em jogo. Foram valorizadas as angústias e ansiedades de âmbito pessoal, deixando-se mover deliberadamente por elas para buscar compreensão mais profunda das questões relacionais, identificando-se com o outro e acolhendo as angústias deste (Turato, 2003).

A observação, o diário de campo e a supervisão foram amparadas no método Bick de observação. O método Bick foi criado em 1948 pela psicanalista Esther Bick, visando o ensino e a transmissão da Psicanálise, na clínica Tavistock, em Londres, a pedido de John Bowlby. A técnica foi construída para facilitar o aprimoramento dos profissionais, a partir da observação de bebês com seus familiares, e posteriormente, passou a ser utilizada também em pesquisa. Em seu *setting* clássico, o tempo de duração da observação de bebês vai do nascimento aos dois anos de idade do bebê, e o local de realização da observação deve ser, prioritariamente, o contexto e a rotina familiar desse (Bick, 1964). Nesta pesquisa, portanto, o Bick foi desenvolvido mediante adaptações, configurando uma aplicação do método Bick para a pesquisa.

O método Bick se divide em três momentos: observação, relato e seminário/supervisão em grupo. O primeiro momento da observação se inicia com um agendamento prévio do melhor dia e horário para o bebê e seus familiares se encontrarem com o observador, semanalmente, um dia por semana, ao longo de uma hora. Durante as observações, o pesquisador deve buscar captar aspectos das relações entre o bebê, sua mãe e seus familiares a partir da sua inserção na rotina da família e do bebê (Bick, 1964; Costa, 2017).

Bick preconizava que o observador deve se despir de suas ideias pré-concebidas e se colocar de maneira não intrusiva nas relações entre mãe, bebê e familiares. Para ela, o

observador precisa se permitir deixar que os pais o coloquem em sua casa, a partir da própria maneira deles. O observador não deve construir nenhuma hipótese prévia, para, assim, captar e sentir o que possa emergir do meio, sem interpretação ou tentativas antecipadas de compreensão (Bick, 1964; Costa, 2017). Sua postura deve ser de implicação reservada (Figueiredo, 2007): atento sem ser invasivo, intrusivo ou querer conscientemente interferir na dinâmica da família. Essa postura possibilita que o observador possa captar as comunicações verbais e não-verbais do bebê e sua família por meio dos seus próprios afetos, corpo e psiquismo (Oliveira-Menegotto et al, 2006).

Bick percebeu que as anotações no decorrer das observações eram inadequadas porque interferiam na atenção flutuante, na captação das emoções e na dinâmica do bebê e de sua família. Assim, considerou importante um segundo momento dentro do método, que consistiria no relato escrito após a observação. Nesse, o observador descreve aspectos objetivos e subjetivos, as memórias, afetos vivenciados durante o encontro com o bebê e seus familiares. O observador não precisa descrever buscando encontrar todos os significados, mas deve se expressar livremente, procurando transmitir suas sensações, sons, cheiros e vivências não verbais que fizeram parte da observação (Caron & Lopes, 2014).

Assim, o pesquisador inclui-se na observação de modo reservado, não intervencionista (no aspecto comportamental), porém servindo de “continente” para a atividade mental da mãe e do bebê, desempenhando efetiva participação não verbal e inconsciente. O cerne é a atenção ao detalhe externo e interno – observando o bebê e seu entorno, relatando inclusive as suas próprias reações, para, então, formular compreensões sobre o que está ocorrendo, padrões no desenvolvimento realcional (Bick, 1964); esses elementos foi mantidos nesta pesquisa.

O observador deixa-se impregnar por uma realidade sensível – sons, cores, atmosferas emocionais – que entra em ressonância com seus sentimentos. Adota uma atitude de espera, tolerância e paciência frente ao desconhecido e ao “não saber”, deixando-se penetrar por mensagens não compreendidas. Precisa, então, suportar viver na falta de sentido, aguardando que ele surja a partir da regularidade do acompanhamento e da compreensão sobre as “verdades psíquicas”, sem ideias pré-concebidas, podendo perceber a singularidade de cada relação mãe-bebê (Oliveira-Menegotto et al, 2006). A descrição do método por Bick é a de que partimos do não saber: enquanto o observador está na situação, não sabe e não procura nenhuma conclusão. Esse elemento/postura também foi mantido nesta pesquisa.

Por fim, o terceiro momento do método Bick consiste na supervisão grupal, em que o observador compartilha seus relatos escritos e suas vivências das observações realizadas. Na supervisão, o grupo busca compreender a relação do bebê com seus familiares e, a partir disso,

auxiliar o observador a afinar e desenvolver suas observações, visando à abertura para o novo, imprescindível ao desenvolvimento do método (Caron & Lopes, 2014).

Segundo Bick (1964), a partir da supervisão é possível perceber padrões de comportamentos que se repetem no decorrer das observações, como também perceber que os padrões antes encontrados vão se modificando ao longo dos meses, por meio de uma adaptação e transformação da família às necessidades do bebê.

Nesta pesquisa, a escrita e a supervisão ajudaram a colocar em palavras as comunicações inconscientes, representando um momento e um espaço continente para as angústias primitivas que costumam mobilizar o observador, pois careciam de sentido simbólico. O grupo de supervisão, por meio de associações livres e escuta flutuante, conduziu o trabalho no sentido de auxiliar a observadora, não somente permitindo que os dados que não foram relatados pudessem ser resgatados, mas também que os registrados fossem compreendidos. Ao longo desse processo, foi possível perceber o surgimento de um novo sentido, surpresas compartilhadas, inéditas, que sinalizam novas “verdades psíquicas” e possibilidades de acesso às elas.

O grupo de supervisão foi composto pela observadora, duas profissionais experientes no método Bick e duas psicólogas com experiência em clínica infantil, as quais se revezaram na escrita dos principais pontos abordados na supervisão (material para o quarto momento do Bick – descrito a seguir), revisitando pressupostos, discussões e interpretações, numa visão mais interligada da experiência.

Além da observação, do relato escrito e da supervisão, o grupo coordenado por Lopes e Caron, no Rio Grande do Sul, desenvolve um quarto momento, destinado à análise acadêmica e publicação científica do material. Nesse quarto momento, o material é traduzido em linguagem dirigida a um público maior e desconhecido. São destacados os principais aspectos supervisionados, revisitando pressupostos, discussões e interpretações, numa percepção mais integrada da experiência. Tenta-se criar no leitor as principais experiências emocionais do processo, compartilhando conclusões teórico-práticas (Caron et al., 2012).

Esther Bick buscou construir um método que não tivesse noções fixas e engessadas sobre o psiquismo infantil. Para ela, o que deve ser enfatizado é a singularidade de cada família e como cada bebê se desenvolve a partir do seu ritmo e dos relacionamentos familiares que lhe sustentam. Em virtude da qualidade almejada e da possibilidade de ressonância positiva nos envolvidos, o método se espalhou pelo mundo, se desdobrando numa variação de *settings* e aplicações, ampliando sua abrangência na clínica e na pesquisa. Embora as adaptações e aplicações criativas sejam oportunas, é necessário que os pesquisadores não desconsiderem a

essência do método, seus três tempos: observação, escrita e supervisão (Sampaio, Amazonas & Queiroz, 2019).

Como apontado anteriormente, desenvolvemos nesta pesquisa uma aplicação do método Bick original para ajustar o setting observacional a uma observação no campo acadêmico. As aplicações envolveram mudanças no cenário de observação, do ambiente habitual da família para a observação na sala do exame de ultrassonografia, com a participação de outras pessoas (médico *staff* e residentes). Adaptamos a frequência e o tempo das observações de acordo com a disponibilidade da clínica de USG, da gestante e dos objetivos da pesquisa. No entanto, nos preocupamos em cultivar os três momentos criados por Bick e o quarto proposto pelas pesquisadoras do Rio Grande do Sul.

Apesar de a presente pesquisa ser caracterizada como uma produção acadêmica, com objetivos delimitados, metas de tempo em campo e produção associada, com adaptações no *setting* original, buscou-se, nesta experiência, não só manter os três tempos que configuram o método, mas também deixar-se impactar pelos afetos envolvidos no campo intersubjetivo, permitindo observar aquilo que emerge nas cenas, preservando o espaço do não saber. Valorizamos o uso da atenção flutuante e a compreensão dos fenômenos transferenciais, com o relato das observações e a supervisão em grupo. Após cada observação, foi realizado um relato escrito, o mais próximo possível do que foi vivenciado, explorando os aspectos emocionais. O conteúdo desses relatos foi, posteriormente, analisado e trabalhado no grupo de supervisão. Ao total, foram realizadas 20 manhãs de observação, com frequência e duração variadas, conforme explicitado anteriormente, e 18 encontros de supervisão.

Na última etapa do trabalho de campo, depois de finalizada a observação dos exames de USG pré-natal, combinamos com as gestantes a realização de uma ou mais entrevistas (mediante o aprofundamento de cada contato), em local reservado e escolhido por elas. A entrevista semiestruturada foi guiada por roteiro norteador (Apêndice D – Roteiro de Entrevista). As entrevistas foram gravadas, mediante autorização prévia, e, após esses encontros a pesquisadora registrou no diário de campo os detalhes lembrados, especialmente o clima afetivo expresso, os movimentos transferenciais e a escuta dos seus próprios afetos.

A escrita contendo descrições do ambiente, dos sentimentos e percepções, recortes de falas dos diversos atores, facilitou o subsídio na compreensão do fenômeno transferencial (evitando atuar os papéis projetados na pesquisadora/projetados por ela no ambiente). O momento de troca com os demais membros da equipe de pesquisa acerca dessas percepções de campo auxiliou na reflexão sobre os aspectos transferenciais e teórico-metodológicos da pesquisa, caracterizando-se como um momento de supervisão direcionada à pesquisa empírica.

2.3 Análise dos dados

A análise dos dados se iniciou com a entrada no campo, com a exploração dos registros das observações nas supervisões em grupo, visando auxiliar a pesquisadora ao longo do processo. A supervisão foi essencial na construção do lugar da observadora, enriquecendo seus relatos e aprimorando seu olhar para os aspectos relacionais e transferenciais. Após a saída do campo, realizamos o processo de análise dos dados construídos: o material escrito dos relatos das observações, os relatos da supervisão e as transcrições das entrevistas.

A triangulação foi desenvolvida por meio dos múltiplos olhares na construção do campo (da observadora e do grupo de supervisão), bem como a triangulação do material produzido visou respeitar critérios como a reflexividade, indexicalidade, dependibilidade (exame da trilha), e a inconclusividade (Spink & Menegon, 2004; Velloso & Tizzoni, 2020). Com isso, buscamos lidar com as subjetividades para não cair no subjetivismo, considerando que a ciência é construída com base na implicação de diversos autores, na reconstrução das trilhas interpretativas, na contextualização e na compreensão num contínuo sequencial e sistemático. Visamos, desse modo, trabalhar por meio de um “profundo e intenso envolvimento do pesquisador com os dados produzidos, num *continuum* de processos que evocam criatividade, flexibilidade, capacidade crítico-reflexiva, além dos princípios éticos” (Velloso & Tizzoni, 2020, p. 1).

No que remete às entrevistas, procuramos nos familiarizar com os dados, por meio de repetidas leituras das transcrições. Após isso, analisamos elementos concernentes aos possíveis impactos do exame/imagens/campo intersubjetivo na família à preparação para a parentalidade e à abertura para a filiação/construção do feto como sujeito.

O material foi organizado via o relato de cada caso, de forma a identificar semelhanças e diferenças entre os casos, e ampliar a compreensão do fenômeno mediante análise comparativa: identificação de similaridades, complementaridade e singularidades.

Durante a análise, destacamos os principais aspectos supervisionados, revisitando tanto a escrita das observações no diário de campo, como dos relatos do grupo de supervisão, e posteriormente das entrevistas, material esse triangulado. Buscamos jogar luz sobre o contraste ou a complementaridade dos elementos obtidos nas entrevistas, observações e diário de campo, ordenados e reunidos em casos.

A análise e interpretação do material estiveram fundamentadas na teoria psicanalítica, a qual leva em consideração os aspectos inconscientes envolvidos, a leitura flutuante dos conteúdos e os aspectos transferenciais envolvidos. Foram consideradas na análise dos dados a subjetividade da pesquisadora, entendendo-a como um instrumento significativo na compreensão do material construído. Nesse sentido, buscamos escutar não apenas aquilo que

se encontra consciente/o discurso manifesto, mas a escuta implicada no inconsciente dos sujeitos.

As anotações no diário de campo, as advindas das supervisões e dos relatos destas, bem como as transcrições das entrevistas, foram analisadas individual e coletivamente por meio de discussões entre os membros da pesquisa, tendo em vista a representatividade dos significados, a ampliação e aprofundamento das interpretações, com vistas à troca de impressões. A validade interna foi almejada por intermédio do engajamento junto ao objeto pesquisado e observações persistentes.

O princípio êmico da pesquisa foi respeitado, com as interpretações realizadas a partir da aproximação à perspectiva dos indivíduos sob estudo, associadas ao quadro de referenciais teóricos escolhido e ao contexto histórico e social. Buscamos a compreensão das relações existentes entre o teoricamente posto, empiricamente observado e o subjetivamente apreendido, destacando a participação do inconsciente neste processo dialético, intuitivo e especulativo de conhecimento (Herrmann & Lowenkron, 2004).

2.4 Aspectos éticos

A presente pesquisa seguiu as orientações da resolução 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), e foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Católica de Pernambuco (UNICAP) – CAEE 46484621.9.0000.5206 (Anexo A). As participantes foram orientadas quanto ao objetivo do estudo, os procedimentos a serem realizados na pesquisa, a garantia do sigilo e o caráter voluntário da participação. Após isso, foram convidadas a participar do estudo, mediante a prévia leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Os dados coletados na pesquisa foram armazenados em uma pasta online e criptografada, na plataforma *onedrive*, cujo acesso requer utilização de senha pessoal, visando garantir a proteção dos dados e o sigilo das informações. Além disso, os dados foram estudados e divulgados apenas em eventos ou publicações científicas, de forma anônima, não sendo usadas iniciais ou quaisquer outras indicações que possam identificá-los.

A clínica de Psicologia da UNICAP foi definida como referência para o apoio psicológico quando fosse observada importante dificuldade na interação pais-feto/bebê ou quando a família o solicitasse, porém não houve necessidade em nenhum caso.

Não existem conflitos de interesse da pesquisadora e/ou orientadora do projeto com qualquer instituição financeira que tenha interesses econômicos nos resultados do trabalho.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O presente capítulo propõe apresentar a análise e discussão das observações e entrevistas realizadas. Para tanto, dividimos em dois eixos: o primeiro, Impressões iniciais sobre o campo intersubjetivo na sala de USG, trata de uma explanação sobre a primeira etapa das observações. Nesse momento da pesquisa, foram observadas todas as USGs, sem direcionar o olhar para um caso específico, de forma a compreender o campo intersubjetivo em jogo no exame. O segundo eixo, Conversando com as mães e conhecendo as famílias: o que eles têm a dizer?, diz respeito à segunda etapa da pesquisa, em que três casos foram acompanhados ao longo das USGs e posteriormente realizadas entrevistas. Organizamos nesse formato para tentar transmitir ao leitor a experiência das observações e os encontros/desencontros com os sujeitos envolvidos na pesquisa.

3.1 Impressões iniciais sobre o campo intersubjetivo na sala de USG

Para melhor sistematização dos conteúdos observados na primeira etapa da pesquisa, dividimos este eixo em cinco seções temáticas: Na primeira, A entrada no campo e a construção do lugar/olhar da observadora, buscamos mostrar ao leitor como aconteceu a entrada no campo de observação, a atmosfera emocional, os espaços físicos e os participantes da cena de observações. Na segunda seção, O manejo do transdutor e o ensino: o poder da ciência, expomos o lugar dado ao ensino médico durante as observações da USG. A terceira seção, Os desencontros dos olhares e da linguagem, analisamos as divergências de olhares e da linguagem entre as gestantes e a equipe médica e os possíveis desdobramentos desse desencontro. A quarta seção, Quando os olhares e a linguagem se encontram e o bebê aparece, analisamos, a potência dos encontros entre os integrantes presentes na sala de USG e os possíveis efeitos na vivência emocional da gestante. O quarto e último eixo, Quando a morte e o cuidado médico se fazem presente, abordamos observações sobre a patologia/morte de fetos e seus impactos na equipe médica e na mãe.

3.1.1 A entrada no campo e a construção do lugar/olhar da observadora

Inicialmente, pretendíamos realizar observações dos exames de USG em instituições públicas e privadas. Ao contatar algumas clínicas privadas, explanamos sobre a pesquisa e apenas uma delas aceitou assinar o TCLE para a realização da pesquisa, porém essa clínica desistiu quando entrei em contato para iniciar a pesquisa de campo. O motivo apresentado era de que talvez as clientes se incomodassem com a presença de mais uma pessoa na sala. Nessas

instituições particulares contatadas, os médicos sempre nos lembravam que seria mais fácil desenvolver a pesquisa num hospital público.

Cogitamos que o lugar para a pesquisa parecia ser o serviço público por ser visto como um local onde transitam pessoas que supostamente não teriam como reclamar porque não cobram seus direitos ou sequer poderiam questionar/estranhar a presença de mais um aprendendo junto aos residentes, por se tratar de um hospital universitário. De fato, no serviço público aconteceu, por parte dos profissionais, uma rápida aceitação, sem aparente questionamento sobre possíveis incômodos que as gestantes e suas famílias pudessem sentir. Essa diferença entre público e privado, antes mesmo da entrada no campo, já anunciava as marcas das desigualdades sociais e raciais no Brasil. Assim, esse foi o campo de pesquisa possível: um hospital público, com enfoque no ensino.

O local onde foi desenvolvida a observação correspondia a uma pequena sala de ultrassonografia dentro do centro obstétrico. Os corredores e enfermarias que antecedam a sala de USG ressaltavam a condição precária dos hospitais públicos. A sala de recepção tinha cadeiras pouco confortáveis; na sala de USG, encontravam-se a maca para a gestante deitar-se, a máquina de ultrassom, um computador com impressora e uma TV grande colocada na frente da maca da gestante para reproduzir a imagem do exame. Além de três cadeiras mais confortáveis, para quem estivesse na máquina de USG e no computador, existiam três bancos de plástico empilhados, nos quais eu e algumas residentes de medicina nos sentávamos.

O público atendido é constituído por famílias de camadas médias, tanto brancos como negros, embora os negros sejam maioria. As famílias atendidas nesse hospital são de Recife ou de cidades mais distantes do estado de Pernambuco, precisando viajar horas para chegar ao hospital. Por ser uma instituição dedicada ao ensino, os exames de USG eram realizados por uma equipe formada por uma médica *staff* e três médicas residentes. As gestantes eram atendidas por ordem de chegada e, primeiramente, o exame era realizado pelos residentes de medicina fetal - para que pudessem aprender a realizar o exame - que posteriormente era corrigido/refeito pela médica *staff*. Desse modo, as gestantes precisavam aguardar praticamente a manhã inteira na sala de espera para que a *staff* confirmasse a acuidade do exame.

As primeiras observações foram marcadas por minhas sensações de estranhamento e ansiedade pelo ambiente desconhecido (ou quiçá um estranho familiar) da USG:

Entro no hospital e já percebo toda a mistura de pessoas, barulhos e coisas quebradas no caminho. Tinham três elevadores, um quebrado, um apenas para pacientes com diagnóstico de covid – me fazendo lembrar do risco que envolve esse ambiente, e um terceiro elevador pelo qual entrei. Já conhecia o ambiente do dia que fui pegar a assinatura do TCLE, mas ainda me parecia desconhecido. A sala da medicina fetal está

no mesmo corredor da sala de parto. Em alguns momentos escutávamos, dentro da sala, gritos de mulheres que estavam parindo. (Obs. 1)

Eu pego um banquinho e me sento no mesmo lugar que na última observação. Refleti sobre as últimas supervisões, pensando no meu lugar naquele ambiente... Parecia não atrapalhar, eu não queria isso, mas também meu corpo estava ali presente; constantemente, eu descruzava minhas pernas para que houvesse um maior espaço para a transição de todos os presentes na sala. Perguntei-me: Qual o meu lugar? Qual o melhor horário para chegar? Para onde olhar? A primeira supervisão me lembrou que são muitas subjetividades presentes, que olhar para toda a intersubjetividade em cena, com a mente flutuando para todos os aspectos, não era fácil; estava me sentindo impregnada por muitas informações e estímulos. Será que não estava focando bem em nada? (Obs. 2)

Acrescentam-se ainda os receios relativos ao momento da pandemia da Covid-19, causando muitas mortes. A máscara era um acessório de cuidado e proteção constante, o que também me fez questionar: “Como será a observação agora que nosso atual cenário só permite deixar os olhos de fora? Qual a expressão do meu olhar? Conseguirei expressar acolhimento apenas com o corpo e olhar, sem o sorriso?” (Obs. 1).

As máscaras já sinalizavam a diferença socioeconômica, na medida em que eu e as médicas estávamos com nossas máscaras descartáveis e/ou PFF2/N95, enquanto as gestantes, de maneira geral, encontravam-se com máscaras de tecido, que podiam ser reutilizadas e tinham menor custo, porém as protegiam menos.

O meu medo de contrair o vírus da Covid-19 era atenuado pelo uso da máscara PFF2, o jaleco e o álcool em gel de maneira assídua e o uso também constante e correto das máscaras por parte da equipe médica. Além disso, a minha primeira dose da vacina foi aplicada dez dias antes do início do campo de pesquisa. Existia também meu desejo de observar a vida fetal, que abafava meus sentimentos sobre os riscos da Covid-19 e direcionavam meus pensamentos para os medos, ansiedade e animação com a possibilidade de observar o campo intersubjetivo da sala de USG. Parecia existir em mim um estado de mente dividido: um lado que precisava lidar com as mortes que ocorriam do lado de fora da sala de USG decorrentes da pandemia e a vida pulsante nos batimentos e imagens dos movimentos fetais que se presentificavam dentro da sala. Questionava-me como ser continente nesse espaço observacional desconhecido, com risco de contaminação e permeado por diferentes emoções?

Eu não tinha familiaridade com o ambiente da sala de USG; olhar para as imagens difusas me causava estranhamento e ao mesmo tempo fascinação e desejo por aprender mais sobre o mundo fetal. No entanto, eu era também capturada pelo ambiente marcado pela presença intensa de residentes, o que provocava confusão acerca da direção do meu olhar:

Diante dessas diferentes interações fico sem saber onde me colocar, se respondo às perguntas da médica staff, se fico atenta à conversa entre as residentes, se olho para o feto ou se presto atenção naquela mãe que me parecia muito angustiada pelo seu momento atual. De certa forma, aquelas conversas constantes entre a equipe e que não tinha relação com o exame, tiravam o meu foco do bebê e sua mãe. Quando eu olhava para a mãe, eu sentia grande ansiedade; talvez ela imaginasse uma possível antecipação do parto, a prematuridade do filho ou estava perdida, assim como eu, em meio a tantas informações técnicas/médicas. Ao olhar para o feto, só percebia as linhas de medições, em especial da cabeça e do abdômen, não havia espaço para o perfil, os movimentos dos fetos. As imagens se resumiam aos ensinamentos das medições. (Obs. 3)

A busca do contorno geral do corpo ou das feições do rosto em perfil parece nos indicar a minha vontade de me aproximar da expressão emocional do bebê-feto, ou até mesmo de passar para uma dimensão definida, num momento ainda incipientemente em constituição para a minha própria identidade como observadora. Talvez esse movimento aponte para a nossa inevitável e constituinte tendência à suposição do sujeito e busca por relações desde os primórdios.

O grupo de supervisão também sentiu essa confusão nos primeiros relatos e apontou que talvez eu tenha captado o que seria a vivência dessas mães e seus bebês: muita informação e um turbilhão de sensações. Percebemos que eu parecia temerosa nesse ambiente cheio de estímulos desconhecidos, pouco convidativo, querendo terminar logo a pesquisa, interromper precocemente as observações, como num parto prematuro. Seria esse o campo intersubjetivo, uma complexa interação de várias subjetividades? E qual seria o espaço do bebê: apenas um objeto mensurável de estudo? Seria visto como filho e sujeito em potencial ou como um objeto de escrutínio do olhar médico? (Sup. 3).

Frente à confusão de olhares, e ainda que eu insistisse em olhar para o feto e para a mãe, não conseguia enxergá-los como gostaria: “*Eu olho para a tela o tempo todo, mas só são os traços...*” (Sup. 5). A sensação inicial era de ser impactada por um feixe de luz carregado de afetos potentes, mas que me impediam de enxergar e memorizar as cenas, sentindo-me também

intrusa e estrangeira na sala de USG, confusa com a quantidade de canais sensoriais, sem conseguir atribuir sentido à experiência.

O uso do transdutor para escrutinar as medições do corpo do feto e da placenta nos remeteu à diferença entre ver e olhar: o ver como atributo do olho e o olhar como ação da pulsão. A dinâmica do olhar nos ajuda a compreender a importância da reciprocidade nas interações. Chamamos atenção para o olhar do médico para a mãe e para o feto. Podemos questionar: o que as gestantes viam ao olhar para os médicos? Como os médicos as viam e como viam os fetos? O que os movimentos fetais projetados na tela de USG despertavam no olhar da mãe e dos demais integrantes da cena? E o que o olhar da pesquisadora espelhava para as gestantes e para a equipe?

Winnicott teorizou sobre o olhar do bebê após o nascimento e como esse interjogo de olhares impacta ambos. O olhar liga-se à primeira experiência de alteridade: ao olhar o filho, a mãe devolve ao bebê o próprio *self* dele (Winnicott, 1971/2005). É fundamental que ao olhar o bebê a mãe não o reduza a um funcionamento meramente fisiológico, tomando-o como ser de interação. Se a mãe não se vê capturada pelo olhar do filho, esse se reconhece fora do seu campo afetivo. Trazendo essa teorização para o ambiente do exame de USG, nos parece legítimo questionar se as gestantes (e seus fetos?)¹⁰ se viam capturados pelo olhar da equipe, bem como pelo da pesquisadora.

Ao longo das primeiras supervisões, fomos construindo alguns sentidos aos excessos de estímulos e afetos vivenciados nas observações. Refletimos que o meu sentimento de invisibilidade, recorrente no ambiente da USG, parecia estar relacionado com a percepção que o bebê e a mãe eram também invisíveis no campo intersubjetivo. Não era comum as médicas perguntarem os nomes dos bebês, pouco interagiam com a mãe e com a observadora, de modo que o ensino parecia ter maior visibilidade na cena de observação. Associamos ainda que, assim como as mães, eu me sentia ansiosa, parecia não querer atrapalhar o trabalho das médicas, tentava passar despercebida e me acomodar na cadeira de forma que ficasse mais fácil a movimentação das profissionais que realizavam o exame. A sensação de invisibilidade compartilhada com a gestante pôde ser trabalhada na supervisão 8, como podemos observar no relato:

¹⁰ Esta tese não busca responder questões a respeito do início do psiquismo. Nos sentimos impactadas pelos comentários, ao longo das supervisões, quanto ao sentimento de que os fetos pareciam “se mostrar” (esse conteúdo será explorado mais adiante), como que reagindo aos afetos, incluindo aqueles que perpassavam os olhares, os burburinhos e toques na barriga da gestante, tal como levantado por Bion e Trevarthen. Consideramos essas reflexões como suposições e conjecturas fundamentadas em nossa imaginação; como afirma Bion são “conjecturas imaginativas”, pois captam pensamentos soltos no espaço, sem compromisso com o rigor científico. Já as “conjecturas racionais” exigem uma fundamentação em fatos de comprovação científica (Bion, 2020).

Nosso grupo ficou chocado e indignado com as conversas que as residentes tiveram em pleno exame, na frente da gestante, mas na ausência da médica staff. Falavam sobre: “partos arrastados” nos seus plantões como obstetras e como elas diziam mandar em todas pacientes nos seus plantões, conduzindo logo elas para o parto cesáreo. A observadora comentou que sentiu indignação, até mesmo porque ela estava lá, tudo na sua frente, em sua presença, como se ela fosse invisível. O grupo de supervisão refletiu que a observadora e a gestante pareciam ter ficado invisíveis, como se houvesse uma negação desses sujeitos. (Sup. 8)

Com a relação à filiação com a equipe, parecia existir um movimento de aproximação e distanciamento, de me identificar com as médicas e não querer olhar para nossas semelhanças. Havia momentos pontuais em que me sentia reconhecida como uma igual pelas médicas, talvez num lugar privilegiado, representante da ciência, associada, por minha cor branca de pele e “uniforme de médico” a um lugar social e profissional privilegiado que me possibilitou ser filiada pela equipe, autorizada ao exame, “protegida” por meu jaleco:

Logo em seguida entra a quarta paciente do dia. A gestante pede para a mãe dela entrar e a médica responde: “Não, devido à Covid não pode acompanhante”. Nessa hora, me senti a intrusa; como posso estar ali e a avó não?! Senti uma tristeza pela paciente, que me pareceu extremamente ansiosa. (Obs. 1)

Entrei na sala, me sentei e percebi que, contando comigo, eram cinco mulheres de jaleco e uma paciente que não podia levar seu acompanhante. Senti que era mais uma “delas” estudando e aprendendo com a gestante e o feto, como bem tinham me lembram na supervisão. Fiquei me perguntando: como me diferenciar? Como me posicionar diferente? A ideia de pensar que seria uma delas não me agradava muito, ainda assim, sabia que tinha mais semelhanças. (Obs.7)

Cogitamos também que o sentimento de estranheza e intrusão da observadora talvez se aproximasse do sentimento e de fantasias que alguns pais relatam diante da gestação (Raphael-Leff, 2017). Ao longo das observações, os pais e outros familiares foram proibidos de entrar na sala para acompanhar o exame de USG. Como a pesquisa foi realizada em fase delicada da pandemia da Covid-19, havia um protocolo no hospital que não permitia a entrada dos acompanhantes das gestantes na sala de exame de USG. Os homens/pais ou outros familiares que as acompanhavam ficavam na expectativa de notícias sobre o exame, sem ter o direito de vislumbrar o próprio filho, neto, sobrinho na tela. Nesses momentos, mais identificada com a

mãe e acompanhantes, eu, mesmo me sentindo filiada à equipe, era acometida por sentimentos de estar usurpando o lugar do acompanhante junto à gestante, impactando minha escuta dos movimentos transferenciais.

Ao mesmo tempo em que eu percebia meu privilégio de cor e classe, esse lugar também me causava desconforto, pelo medo de ser “confundida” com as médicas, de fazer parte de um “conluio” que, por vezes, excluía as gestantes: “*não sei se quero me afiliar a essa família*”, ponderei numa das supervisões.

Essa sensação de intrusão e privilégio eram recorrentes nos meus relatos e nas discussões do grupo de supervisão. Passamos a compreender que não era minha presença que excluía a família; ainda que eu não estivesse na sala, não eram permitidos acompanhantes, uma vez que a proteção e o bem-estar das médicas parecia ser prioridade. Por outro lado, o risco de contágio foi avaliado de forma diferente quando possibilitou a entrada da observadora nesse mesmo ambiente para fins científicos. Questionamos: como pesar o risco de transmissão do vírus em relação ao custo da ausência do olhar da família em momento tão delicado? E quem representava risco ou ameaça às médicas e por quê?

A esse respeito, o grupo de supervisão ponderou que, ainda que eu me afiliasse ao ambiente e à equipe, eu era diferente. Assim como o bebê, foi necessário que eu pudesse encontrar meu lugar, me diferenciar para me construir como observadora. Essa construção foi criando corpo ao longo das observações, mas foi no sexto encontro de supervisão que o grupo percebeu maior riqueza de detalhes descritivos e afetivos nos relatos das observações e um maior empoderamento do meu lugar como observadora:

Diante das perguntas de todas nós para Ju, Marisa observou: “Dá a impressão da gente tentando entender esse ambiente em que você foi inserida... a gente lhe vendo nesse lugar de quem está dentro desse universo... empoderada mesmo” (sic). Ju parecia estar em um novo lugar: de saturada a empoderada, por ter acesso a esse lugar misterioso que causava curiosidade em nós. Percebemos uma maior capacidade da observadora de estar em mais de um lugar ao mesmo tempo: com as médicas (percebeu a tensão e sabia o que estava acontecendo) e com a mãe (a falta que um acompanhante deveria fazer a ela), de se identificar com mais de um nesse momento, recebendo projeções de lados diferentes. (Sup. 6)

Os relatos das supervisões seguintes também mostraram a percepção do grupo de supervisão acerca do amadurecimento do olhar da observadora:

As últimas observações estavam mais densas e ricas, pois trouxeram mais cores sobre o campo intersubjetivo, como se Ju tivesse se reposicionado no campo. Ju comentou

que estava “se deixando levar”, não mais tão tensa em como observar detalhes, mas permitindo simplesmente estar no lugar, captando os afetos presentes. (Sup. 7)

Nas supervisões seguintes, observamos que a pesquisadora se encontrava mais à vontade na sala de USG e entendia melhor as imagens do feto; o grupo de supervisão percebeu certa autonomia como pesquisadora/observadora (Sup. 8). Além disso, fomos percebendo a familiaridade das médicas com a presença da observadora e maior interação com essa, o que gerou na observadora receios sobre o difícil equilíbrio entre ser e não ser indiferente delas, para não sair da posição de observadora (Sup. 9).

O grupo de supervisão percebeu, assim, que ao longo da construção do lugar de observadora, pôde ser desenvolvida a capacidade negativa (Bion, 1962/1984), necessária à observação Bick. Ou seja, a afetação, o potencial imaginativo para suportar dúvidas, tolerar as ansiedades, as incertezas e o “não-saber”, o inquietante estranho familiar, para que pudesse conter internamente a emergência de sentimentos angustiantes.

França (2019) reflete que a imersão na intimidade do que acontece durante a observação provoca no observador o reencontro com suas vivências internas, que, constantemente, são evidenciadas em fantasias acerca do seu lugar como observador: não ser invasivo, ser aceito no ambiente de observação, conter os seus afetos e julgamentos. Todos esses aspectos demandam um processo de elaboração, amparado também nas supervisões, para que aos poucos o observador possa construir seu espaço interno. O fato de sentir-se mais livre e atento para receber os afetos que envolvem o complexo ambiente de observação, auxilia em suportar a ausência de compreensão/significado do material observado.

Refletimos que a construção do olhar como observadora perpassou a vivência de dessas fantasias e sentimentos, até se desenvolver uma melhor capacidade de continência e reserva. Assim, ao final das observações, percebemos uma maior autonomia da pesquisadora, diferenciação do seu lugar e familiaridade com o ambiente, assim como maior receptividade das médicas com a sua presença. Na última observação, uma situação específica, nos fez refletir sobre a maturidade e a ética que acompanha o método Bick:

Normalmente, consigo observar na posição de reserva, mas nesta observação específica, em dois momentos, não me contive. (...) A médica staff não tinha chegado ainda e a residente estava fazendo a USG abdominal da gestante; chegou uma pessoa na porta para entregar os trabalhos impressos para ela, e a residente ficou se comunicando com essa pessoa, gritando, da USG para porta, o que me causou uma sensação de desrespeito absurda com a paciente, que estava com a barriga à mostra, e com vários homens na porta. Em outro momento, residente finalizou essa USG

abdominal, e começou a fazer a transvaginal na paciente. Então, comentei com a outra residente sobre o fechar a porta com a tranca, algo que a médica staff faz, pois tinham homens na porta esperando para fazer o backup da máquina. A residente prontamente concordou e fechou. Depois do exame terminar, essa residente, que não estava no manuseio da máquina de USG, esperou a paciente se vestir calmamente, antes de chamar a próxima paciente, e a residente que estava na máquina a incentivou para chamar a outra paciente da sala de espera. Então, a residente disse que “tem homem na porta e estou esperando a paciente se vestir”. A residente da máquina de USG falou: “Ah, é, mas abre uma brechinha”, o que a outra residente não considerou. O segundo momento aconteceu quando uma paciente ainda estava se vestindo, após a USG transvaginal, e a residente abriu a porta, escancarando-a, e ainda ficou falando com a residente que estava dentro da sala. Ou seja, ela não apenas abriu a porta para chamar outra paciente, como a deixou toda aberta para comunicar algo com quem estava dentro. Por um rápido impulso, me levantei e comecei a fechar delicadamente a porta no meio das duas, e elas, automaticamente, falaram: “eita, a paciente está se vestindo” e fecharam a porta. Era como se de fato as gestantes nem estivessem ali, não fossem olhadas. (Obs. 20)

Refletimos que talvez nesse momento a observadora tivesse a intenção de “proteger” a mãe-feto. Apesar disso, existiram receios de ter saído do lugar de observadora e não conseguir suportar meus anseios frente ao sentimento de invisibilidade materna. Oliveira-Menegotto et al (2021, p.504) ao discutirem sobre o lugar do observador na aplicação do método Bick em contextos de vulnerabilidade, consideram a necessidade de revisitar os pressupostos do método para o contexto de vulnerabilidade social, pois quanto mais complexo é o ambiente de observação maior a necessidade de “rigor ético e conceitual das intervenções”. As autoras refletem sobre o difícil lugar do observador em não intervir diretamente no ambiente de observação, assim como também não “se omitir diante das situações de vulnerabilidade encontradas”; sendo a supervisão um importante espaço de reflexão e discussão sobre a postura do observador no ambiente.

A mudança de *setting* na observação Bick foi descrita por outros autores e envolve questões éticas, como a de intervenção a tempo. Num dos primeiros editoriais da Revista *Infant Observation*, em 1998, Maria Rhode e Suzanne Maiello destacaram as fronteiras entre a observação Bick como uma experiência de treinamento e como uma ferramenta terapêutica. Houzel, nessa mesma revista, em 1999, identificado como pioneiro na aplicação do Bick com fins eminentemente terapêuticos, publicou “Uma aplicação terapêutica da observação de bebês

em psiquiatria infantil”, remontando ao trabalho que desenvolvia na França, na época já há 15 anos, usando o método para tratar interações disfuncionais na relação primária entre mãe e filho. “Se a observação infantil constitui um tipo de laboratório para testar esta função de atenção e seus efeitos terapêuticos, não se devem restringir esses efeitos à observação e às suas aplicações isoladamente” (Houzel, 1999, p. 52).

Rhode (2007) destaca aspectos que contribuem para o efeito útil da presença de um observador, mesmo que essa pessoa não esteja oferecendo qualquer ajuda objetivamente prática. Aponta também que em algumas observações, dificuldades imprevistas assinalam para a necessidade de o observador assumir deliberadamente um papel mais terapêutico, mudando o *setting* para uma função como observador participante. Nessa possibilidade, as observações passam a servir como informações sobre as quais o observador se baseia para responder diretamente ao bebê e interpretar as comunicações desse para os pais, que apresentam dificuldades em reconhecer, identificar os movimentos pulsionais do filho, e responder a esse.

A observação terapêutica é desenvolvida no contexto de uma necessidade clínica identificada pelo observador, confirmada no grupo de supervisão. O observador passa a assumir um papel mais proativo e receptivo, de forma a auxiliar na construção e devolução das interpretações à família. O princípio norteador é o de que o provimento de uma camada extra de contenção pode favorecer o contato emocional mais profundo na relação entre criança e cuidador, com a possibilidade de quebrar círculos viciosos quando as interações não caminham bem ou falham (Wakelyn, 2012; Rhode, 2007).

A chave para as duas modalidades de observação será a importância central da receptividade inconsciente do observador, sua abertura às comunicações no nível mais profundo, bem como sua capacidade de fazer uso da contratransferência, seja ao serviço da compreensão que permita abster-se da ação, ou ao serviço da compreensão voltada à intervenção terapêutica (Rhode & Maiello, 1998). Desse modo, a característica que distingue a observação Bick nos moldes clássicos da observação terapêutica é a possibilidade de o observador receber e processar as experiências dolorosas, devolvendo-as aos pais e ao bebê por meio de interpretações (Houzel, 1999; Rhode, 2007).

A observação terapêutica tem sido aplicada em diversos contextos e para problemas variados - tais como atraso no desenvolvimento e em situação de risco psíquico - principalmente na França e na América do Sul. Na França, destacam-se os pioneiros Didier Houzel, Pierre Delion e Myriam David – essa que, juntamente com sua equipe, utilizou a observação de bebês a domicílio, em berçários e creches como instrumento preventivo e terapêutico, sobretudo nos casos de graves patologias parentais (Rhode, 2007).

Em nossa pesquisa, apesar das situações de vulnerabilidade observadas nas mães, avaliamos que não havia necessidade de mudança no *setting* observacional, uma vez que fomos percebendo, em supervisão, que a postura da observadora parecia em alguns momentos, funcionar para as mães, com base nas narrativas de entrevista, como uma espécie de contenção psíquica, de “companhia viva”¹¹, sobretudo nos momentos em que pareciam não se sentir acolhidas pela equipe. De modo semelhante, talvez alguns membros da equipe tenham se sentido acolhidos pelo olhar e pela postura não intrusiva da observadora, movimento que talvez os tenha auxiliado a adotar uma conduta diferente em certos momentos (esse ponto será abordado mais adiante).

As observações da USG também nos fizeram refletir que talvez a diferença social e o lugar de saber dos médicos na sociedade tenha implicado no aumento do poder médico e na subserviência das gestantes. Aguiar, d’Oliveira e Schraiber (2013) consideram que as práticas médicas acabam reproduzindo atitudes presentes na sociedade, que reforçam as desigualdades sociais e naturalizam a violência com os menos favorecidos. Porém, esses atos médicos, potencialmente violentos, são revestidos de justificativas de serem ações necessárias para o cuidado do paciente.

Os relatos pouco nos indicavam sobre as diferenças raciais. Questionamo-nos por que isso não aparecia, visto que ainda que o bebê da tela não tenha cor já parecia carregar as marcas que lhe são imprimidas pela sociedade e pela cultura. Refletimos que o fato de a raça não ter emergido nos relatos não significava que as diferenças raciais não existissem naquele campo, mas que talvez o olhar da observadora branca refletisse, justamente, o olhar de parte da sociedade: a invisibilidade da questão racial no Brasil. A indecisão de uma das mulheres em definir a sua cor - se morena, preta ou parda - ao preencher as informações para participar da pesquisa, nos indica a dificuldade diante dessa questão racial. Trata-se de uma questão não falada, mas emergente na experiência, encarnada e vivenciada na pele pela observadora, no exercício de sua função, que foi assumindo lugar e voz ao longo das discussões com o grupo de supervisão.

Munanga (2017) considera que o racismo é um fenômeno presente em todas as sociedades e relações humanas. No entanto, esse fenômeno sofre variações de acordo com a cultura e a história de cada lugar. Nem sempre as pessoas querem enxergar a presença do racismo nas relações e esse silêncio é uma das características desse fenômeno no Brasil, o qual é “difuso, sutil, evasivo, camuflado, silenciado em suas expressões e manifestações, porém

¹¹ Companhia viva: nos termos de Anne Alvarez (1994), é alguém que exerce qualidades mentais como contenção, empréstimo de si, via seus recursos pulsionais, para tornar pensamentos pensáveis, que se oferece como um “coração pensante”, sobretudo pacientes que sofreram traumas precoces e/ou estão em situação de vulnerabilidade psíquica.

eficiente em seus objetivos” (p. 41). Acrescenta-se a isso a miscigenação no Brasil, que acaba por dividir pardos e negros, desmobilizando a identidade grupal e criando a figura do mestiço.

O racismo que perpassa as instituições brasileiras – como as acadêmicas, políticas, econômicas – também está presente no inconsciente, visto que as estruturas sociais coloniais são introjetadas na subjetividade (Fanon, 1952/2008). Percebemos, assim, que o campo intersubjetivo da pesquisa era também um campo carregado das marcas sociais que cada sujeito carrega.

3.1.2 O manejo do transdutor e o ensino: o poder da ciência

O lugar do ensino parecia ser uma prioridade, em detrimento, em muitos momentos, de uma melhor escuta e acolhimento das gestantes. A presença maciça de médicos e as relações entre eles frequentemente capturavam o olhar da observadora: *“A staff se coloca em pé ao lado e atrás da cadeira da residente e coloca a mão, sem luva, no transdutor. Nesse momento as mãos das médicas seguem juntas movimentando o transdutor”* (Obs. 1). Reconhecemos a importância que era dada ao exame e ao aprendizado da residente, mas percebíamos, em contraste, poucos olhares e escuta ofertados à gestante.

O lugar de poder e saber da médica *staff* era exaltado, como pode ser visto no relato da situação em que as residentes estavam com dificuldades para captar uma boa imagem para medições do feto: *“as residentes falavam que quando a staff colocar a mão no transdutor, ele, o feto, vai ajudar e tudo vai se ajeitar. Elas dizem que não sabem o que acontece, que poder têm essas mãos da médica staff”* (Obs. 1). As residentes pareciam órfãs da “grande mãe” com seus poderes mágicos quando a médica *staff* não estava presente no exame.

Um estudo etnográfico realizado em clínicas de USG públicas e privadas no Brasil observou uma hierarquia nas salas de exame: no grau mais elevado estaria a máquina de USG, seguido pelo médico/professor, capaz de manuseá-la e ensinar aos estudantes a interpretar as imagens. Em seguida se encontravam os estudantes – a razão principal da instituição - e por último estaria a gestante e seu feto, os quais seriam traduzidos em laudos e números. Curiosamente, essa hierarquização não foi percebida nas clínicas particulares; a autora do estudo interpretou que o nível socioeconômico da gestante foi relevante para essa ordenação (Chazan, 2011).

Em nossa pesquisa, a importância dada ao ensino frequentemente provocava na observadora a impressão de que as gestantes eram esquecidas, justo elas que carregavam as expectativas de receber informações sobre o bebê:

A residente passa o transdutor pela coluna do bebê e a staff, que estava observando, pergunta se ela viu algo na vértebra. A residente fala: “não é espinha bífida né?!”, diante do que a staff diz que não e explica que tem algo “desalinhado”, orientando que a aluna observe melhor. As outras residentes se aproximam da máquina (...). A mãe demonstra angústia com essas comunicações entre elas e questiona o que encontraram, referindo que está ficando nervosa com a conversa. A staff tenta acalmar ela dizendo não era “nada demais”, que não tem nenhuma “repercussão significativa para o bebê”. (Obs. 8)

A conversa entre as médicas parecia ignorar os possíveis impactos na gestante. Szejer (2020) considera que mães (e os bebês) não costumam ser vistos como sujeitos de linguagem, mas como objetos de questões médicas e econômicas, sendo priorizada a eficácia da técnica e o domínio dos corpos. Desconsidera-se, assim, a importância da palavra, da gravidez no psiquismo e toda variedade de expectativas relacionadas ao exame.

Algumas falas, revestidas de “brincadeiras”, apontavam de forma ainda mais explícita o poder médico e a ausência do espaço de fala para a gestante:

Após uma situação de brincadeira entre as médicas sobre a dificuldade de enxergarem uma tecla da máquina, a staff fala para a mãe: “todo mundo é doido aqui né?!”, e todos riem. A residente que não estava na máquina diz para a gestante: “você não pode rir não, só pode falar e olhe lá”, todos na sala riem, até a paciente (menos eu, que fico chocada com essa fala). A staff responde: “isso é brincadeira viu?!” (Obs. 1)

Chazan (2011) também observou, em seu estudo etnográfico, que os médicos pouco conversavam com a gestante durante a USG. Elas eram objetificadas e pareciam fazer parte do aparato de aprendizagem, pouco encorajadas a falar e fazer questionamentos sobre o exame. Existiria, assim, uma dupla invisibilidade da mulher: no exame de USG, que exclui a grávida e focaliza o corpo fetal, e a exclusão vivenciada pelo enfoque no ensino, que ignora a gestante em detrimento da educação médica.

3.1.3 Os desencontros dos olhares e da linguagem

Era comum que as gestantes, na sala de exame, pedissem para tirar fotos das imagens projetadas na tela, desejosas de registrar e compartilhar vislumbres do bebê. Geralmente os médicos diziam “se tiver uma foto boa, nós deixamos” (Obs. 2). Em outras situações, dependendo do modo como o ambiente estava - por exemplo, se a equipe estava de bom humor

– as gestantes conseguiam fazer a foto, mas havia também muitas negativas para esse registro. Imaginamos que as negativas dificilmente aconteceriam com as mães nos atendimentos particulares.

Questionamos: por que as gestantes de baixa renda não eram autorizadas a registrar a imagem do próprio filho? Por que os médicos, intérpretes das imagens, se sentiam no direito de não permitir esse registro? O que era uma “foto boa” e boa para quem?

Já para o final do exame, a gestante pergunta se pode tirar uma foto para mostrar ao pai. Elas, que estava com a mão juntas tentando achar algumas medições, ficam caladas, parecendo concentradas para acharem os melhores parâmetros de circulação uterina. Depois a mãe insiste e pergunta novamente apenas para a residente, que estava terminando sozinha o exame, e essa responde: ‘pera, florzinha! Deixa eu conseguir achar isso aqui’. A residente termina o exame, dizendo que estava tudo bem. E a mãe, novamente, pergunta da foto, fica um silêncio e isso me irrita um pouco. A médica staff responde dizendo para mãe ir se vestindo que ela vai procurar as fotos que ficaram na máquina. A residente então pega a foto do perfil meio borrado e a mãe pergunta se não tem do bebê todo. A residente responde que não, que ele todo só se consegue quando é menorzinho, no início da gestação e que aquela era a melhor imagem que ela iria conseguir no dia. A mãe tira a foto e depois a residente mostra a foto do órgão genital, perguntando se ela queria tirar também foto e a mãe tira. (Obs. 5)

Tisseron (2011) afirma que talvez os médicos se incomodem com o pedido de fotos por acharem que as famílias iriam construir histórias falsas e não entender totalmente os vídeos/fotos do feto. No entanto, ao desejarem carregar consigo a foto da USG, os pais buscam simbolizar e antecipar a representação desse futuro bebê. O que os pais irão fazer com o vídeo/imagem da USG também faz parte do processo singular de simbolização da parentalidade e de abertura para a entrada do bebê no grupo familiar. Estimamos também fazer parte da prática, cada vez mais recorrente em nossa cultura brasileira, de compartilhar as imagens em redes sociais.

Os recorrentes pedidos das mães para tirarem fotos pareciam incomodar a equipe, que passou a se comunicar por códigos durante o exame de uma gestante:

A staff comentou que não sabia o que estava havendo, “está tudo assim...”. Percebi que ela se referia aos pedidos de fotos das mães. Uma das residentes disse: “como? De foto?”, diante do que a staff confirmou. Senti tristeza pelas pacientes, me coloquei no lugar delas; provavelmente, eu também iria querer foto da USG (...). Em um momento,

a staff. pega um perfil do bebê, uma imagem não muito boa, me pareceu bem tremida e ruim e diz: “se quiser tirar foto, isso é o melhor que você vai ter”. (Obs. 2)

Percebemos que o fato de as mães pedirem, comunicarem seu desejo pelas imagens incomodou as médicas nesse dia da observação. As mães deveriam se calar e receber apenas aquilo que era ofertado pelas médicas? Chazan (2016) observou ultrassonografias realizadas em serviços particulares e públicos. Encontrou que o registro de fotos e vídeos eram diferentes a depender do local e médico que realizava o exame. Enquanto nas clínicas privadas era comum que os profissionais demorassem mais nos exames e se esforçassem para encontrar uma boa imagem 3D para os pais, o que elas denominavam “foto do bebê”, nos serviços públicos poucos médicos se dedicavam a encontrar uma boa imagem do bebê para família. As que desejavam a “foto do bebê” frequentemente buscavam clínicas particulares para consegui-las.

A comunicação por códigos era comum durante o exame, como se as médicas achassem que as gestantes não compreendiam sua linguagem, aumentando a assimetria. Ainda que pudessem não entender, por vezes não havia esforço da equipe para utilizar uma linguagem compreensível para as gestantes. Eram olhares e falas que divergiam: enquanto as médicas olhavam para o orgânico, a mãe olhava para o sujeito, seu filho: *“A residente diz: ‘uau, ficou perfeito’, sugerindo que a imagem estava de muito boa qualidade para as medições. A gestante perguntou: ‘o que?’, e as residentes disseram: ‘nada não, são umas medições entre a gente’”* (Obs. 2). Houve momentos em que falaram explicitamente por códigos quando se remeteram ao sexo do bebê: *“Em um momento, percebi a residente falando baixinho para a outra residente: ‘é XY’, ao que a colega riu e disse: ‘XY foi ótimo’”*. (Obs. 2)

O momento de revelação do sexo do bebê, tão importante para algumas gestantes, por vezes era desconsiderado pelos médicos:

A gestante comentou animada que tem uma grávida de gêmeos na recepção, louca para saber o sexo dos bebês, e a residente responde: “e nós estamos loucas para saber se os bebês dela estão bem.” Isso me irritou, pois fiquei pensando se ela mesma, se estivesse como paciente, não ficaria ansiosa para saber o sexo dos seus filhos. Pensei: “por que isso incomoda tanto ela?”. (Obs. 8)

Noutros momentos, o sexo do bebê era comunicado à gestante, sem sequer questionarem antecipadamente se ela gostaria ou não de ser informada:

A staff falou: “sabe o sexo?” A mãe disse “não”. A staff se antecipou e disse: “é menino! Eita, você queria saber?” (Obs. 5)

A predominância do discurso médico não se restringia aos termos científicos, mas se ampliava para momentos de conversas sobre seus interesses pessoais, amenidades e falas que não diziam respeito à mãe e ao bebê, parecendo desconsiderar a presença destes:

Durante todo o exame a residente e a staff comentaram sobre as Olimpíadas. A residente estava assistindo ao jogo no celular, sem som, e a staff pediu para ela aumentar o som. (...) As duas comentavam alto sobre o jogo e isso foi me incomodando, pois me desconcentrava do foco na mãe e no bebê. Será que elas fazem isso nos seus serviços particulares? Qual será o pensamento da mãe sobre isso? (Obs. 6)

Em outros momentos, os médicos discutiam casos clínicos, novamente parecendo esquecer a presença da mãe:

Durante a USG, staff e residente discutiam sobre o caso de uma gestante com 30 semanas, com histórico de diabetes. Falaram do risco de tirar o bebê e de prematuridade, além de debateram sobre as possíveis condutas (...). Enquanto presto atenção no que elas falam, percebo que a mãe também fica prestando atenção, olhando mais para as duas do que para a TV onde ficava o seu bebê. (Obs. 12)

Era frequente o sentimento de mal-estar no grupo de supervisão diante de relatos como esses, que apontavam para a invisibilidade do bebê e uma certa surdez da equipe para as falas das gestantes. Refletimos sobre as possíveis fantasias e angústias das gestantes, decorrentes das conversas da equipe sobre a intimidade de outras pacientes e da gravidade clínica de outros bebês. Como será que as gestantes se sentiam diante do fato de que a tela do jogo olímpico se mostrava, para os médicos, mais atrativa que a tela que projetava o bebê? Cogitamos que poderia existir alguma defesa das médicas, no sentido de evitar entrar em contato com a história das gestantes e seus bebês, as levando a seguir, muitas vezes, de forma mecânica com o exame de USG. O grupo de supervisão também se inquietava com o fato das mães se calarem e não questionarem a postura das médicas; o que as impedia de falar?

Outras vinhetas nos remeteram ao abafamento da subjetividade da mulher, expresso no suposto desejo dos médicos pelo controle do corpo e das escolhas da gestante, parecendo acreditar saberem o que é melhor para o outro, excluindo os significados familiares: “*Continua bem magrinha, não engorda não, que a gente gosta assim*” (Obs. 11). Em uma outra observação, os médicos tentavam influenciar a mãe sobre a escolha do nome que seria dado ao bebê: “*Os bebês podem ser salvos desses nomes até antes do registro*” (Obs. 11)

Schraiber (1997) considera que ações em saúde são sempre pautadas em uma interação, uma relação entre duas pessoas, médico e paciente. No entanto, por ser uma relação com

atribuições técnica e científica desiguais torna-se, muitas vezes, uma relação assimétrica, em que apenas um lado decide. Haveria, nesse sentido, uma cisão do encontro entre esses dois personagens, o que levaria também a uma quebra da interação. O médico então passaria a centralizar a comunicação e definir a conversa útil tecnicamente daquela que parece não ser. Quando isso acontece tende-se a valorizar as decisões técnicas e descartar todos os outros componentes do sujeito integral; o poder técnico-científico passa a disciplinar o social, o psíquico e as decisões sobre o modo de vida do outro.

O olhar e a linguagem de soberania do poder-saber médico/científico frequentemente escrutinizava gestante e feto, por vezes em detrimento de um olhar de acolhimento, de antecipação criativa diante das imagens difusas, dificilmente vistas e/ou sentidas como um sujeito. A equipe parecia ignorar o seu poder no auxílio à inclusão do feto na sociedade e na linhagem materna e paterna, que poderia lhe atribuir um lugar na história social e familiar.

3.1.4 Quando os olhares e a linguagem se encontram e o bebê aparece

Apesar de observarmos muitos desencontros entre as médicas e as gestantes-fetos, também foi possível observar momentos de encontro, no qual a onipotência técnica pôde dar espaço ao humano. Ao longo das supervisões, discernimos dois fenômenos que nos deixaram surpresas. Alguns relatos, ainda no início das observações, nos indicavam um bebê sedutor, que se mostrava, cativando todos, a despeito do ambiente muitas vezes pouco acolhedor, marcado pelas diferenças dos jogos de poder. Percebemos também que à medida em que se digeriria o sentimento de raiva e os impactos contratransferenciais perante a não consideração das subjetividades da mãe e do feto/bebê, gradualmente, apareceram mais relatos em que os médicos, para além dos corpos, pareciam reconhecer a subjetividade, transmitindo a sensação de um verdadeiro encontro.

Tratam-se, portanto, de momentos de encontro relacionados a dois fenômenos diferentes: um bebê sedutor, ativo, que chamava o olhar para si; uma observadora, mais continente, que parecia promover um olhar diferente e uma postura mais acolhedora. Ambos nesse momento pareciam promover conexões no ambiente, contagiando a todos e integrando diferenças. Questionamos: *por que em alguns momentos a equipe médica conseguiu olhar e escutar as gestantes e seus bebês? Acontecia algo no ambiente que convidava os bebês a se mostrarem? Haveria uma força que emana do bebê a captar olhares para ele?* (Sup. 5).

O grupo de supervisão reconheceu nos relatos certo movimento da observadora, quando buscava direcionar seu olhar para a mãe e para o bebê, tentando de alguma forma ser presença sensível, sobretudo diante de situações em que os profissionais desviavam o olhar para o celular

e/ou computador. Teria o olhar da observadora “*funcionado como continente e guardião, como uma placenta acolhedora? Teria o seu olhar de acolhimento auxiliado para que esses encontros de olhares acontecessem?*” (Sup. 17).

Apresentamos a bebê Gabriela, que pareciam se mostrar, cativando os olhares. Nessas situações, a equipe se colocava mais receptiva à gestante e encantada com seu bebê. Que força era essa que emanava da bebê, que parecia ativamente se mostrar?

Staff: “Quer saber o sexo?”

Gestante: “Quero sim”.

Staff: “Tem palpite?”

Gestante: “Eu sonho muito com menina, e todos nesta semana disseram que é menina, mas minha intuição é menino”.

Staff: “É menina, seus sonhos estavam certos”.

Gestante: “Ai, meu Deus, é Gabriela, uma menina. Minha mãe sempre disse que era uma menina”.

Staff: “Mãe sabe das coisas”.

Parecia que a felicidade da gestante tinha inundado a sala e todos resolveram se voltar para o bebê, diante do qual a residente falou: “olha esse piu-piu, como é grande!”.

(Obs. 1)

Essa mesma bebê também se mostrou em outra observação, parecendo seduzir a todos na sala de exame:

Assim que a médica abre a imagem da USG, mostra o perfil da bebê de modo nítido, sugando o líquido. Era possível ver ela se mexendo à vontade no espaço do útero, uma linda imagem da bebê Gabriela. A staff comenta: “olha, que linda! Olha a boquinha, o narizinho!” A mãe pergunta se ela está mexendo a boca, sugando... A staff responde que ela estava bebendo o líquido, com uma voz mais acolhedora e apreciando também a imagem. A mãe ficou encantada vendo a imagem. Interessante que noto que dessa vez as residentes também olharam para a imagem, ao invés de ficarem no celular, e também escuto de alguma delas “ownn, que linda...” Pela primeira vez senti que a sala foi contagiada pela beleza e pela presença da vida fetal. (Obs. 3)

Nesses momentos em que o bebê se mostrava, era comum perguntarem à gestante o nome dele. As falas pareciam circular entre os participantes, como se a linguagem e os olhares se encontrassem, permitindo que antecipações fossem criadas, como parte de uma placenta social (Missonnier, 2004) que incluía as diferentes subjetividades:

Durante as medições a médica parou no perfil do bebê e fez: “ownn, olha a boquinha e o narizinho, mãe”. A mãe comentou que achava pela outra USG que seria um nariz pequeno, mas que por esta dava para ver que não era pequeno. A residente comenta que realmente parece ser um nariz maior; a mãe diz que não tinha como o nariz ser pequeno, pois ela e o companheiro têm o nariz grande. A residente interpreta a imagem: “ele está com a mão na cabeça, preocupado com os boletos para pagar”. A mãe diz: “own, mamãe que tá preocupada, filho, você não precisa não”. A mãe parece proteger o bebê de certas ansiedades, se soltando mais. A staff refez o exame e também passou pelo perfil do rosto, rindo ao comentar que o bebê estava bocejando, e gravou esse movimento. Então, perguntou à mãe o nome do bebê: “é Bernardo”. A staff mostra a boquinha para a mãe e fala rindo que ele estava preguiçoso, bocejando. A mãe demonstra encantamento e fala: “é o amor de mamãe”. Uma funcionária da limpeza, que varria a sala, parou e olhou para a tela, parecendo seduzida pelo bebê. Observei que a staff percebeu esse momento e comentou: “você também gostou, né?!” Todos riram! A funcionária riu e a staff focou a imagem, dizendo: “vou mostrar para você ver de novo” e a funcionária ficou olhando, paralisada, o que me transmitiu um sentimento de admiração e encantamento perante a imagem. (Obs. 6)

Noutros momentos, acontecia um maior investimento de tempo e dedicação para mostrar à mãe a imagem desejada do bebê, com a médica se coresponsabilizando ao admitir receber as projeções do bebê:

A staff reclama com o bebê e pede para ele parar de se esconder. A médica, chacoalha a barriga da gestante, tentando fazer com que o bebê tirasse a mão e diz: “De mim ele pode ficar com raiva, não tem problema”. Depois disso, conseguiu que o bebê mostrasse o nariz e a boquinha, mesmo que parte do rostinho tivesse coberta. Ela pergunta se a mãe quer tirar uma foto e a ajuda nisso. Alguma das residentes fala que ele saiu brabo na imagem e a staff disse: “também, eu cutuquei tanto ele...” (Obs. 4)

Na vinheta a seguir, a linguagem pareceu comum, de modo que equipe e gestante conseguiram transformar uma evidência clínica em herança familiar:

A residente estranha o peso e refere que o bebê está grande; a mãe pergunta sobre o “grande”; a residente diz: “não é patológico, é um sobrepeso saudável”. Chama a atenção como a residente estava mais solta: “é um gordinho simpático”, me passando a sensação de tentar sair dos termos técnicos e brincar com a mãe e o bebê. Então, a

mãe riu e disse: “um gordinho simpático igual ao pai. (...) e bochechudo igual a mãe”. (Obs. 7)

Noutros momentos, a observadora sentia que as médicas se permitiam brincar e ofertar às mães a desejada “imagem 3D”:

A staff pegou o transdutor de imagens 3D, que é diferente do transdutor que costumam usar, e olhou, rindo para as residentes, me passando a sensação de uma criança pegando um brinquedo e mostrando para os pais que ela estava “brincando/trelando”. (...) As fotos 3D ficam lindas! Perguntaram o nome da bebê: “Luisa”. Todos na sala, inclusive eu, ficaram babando o rostinho 3D e falando “ownn”. (Obs. 12)

Percebemos também, que em algumas observações as médicas incentivam o registro da imagem e atribuíam características, apelidos para alguns bebês que a cativavam:

(...) a médica staff comenta com a mãe que era um bebê bem grande. Pergunta se a mãe sabe o sexo, a mãe diz que é o menino e a médica confirma. A médica staff comenta que ele é bem grandão, e a mãe fala que a menina que nasceu morta tinha 4 e alguma coisa. A médica staff fala que acha que esse pode ser por aí, fala que não vão saber com certeza o peso pela imagem está ruim, mas tudo indica que ele é bem grande. Pergunta a mãe o nome dele, a mãe diz: ‘Mateus’. A médica staff repete: “Mateus, o gordo!” A mãe fica rindo e parece gostar da brincadeira. A médica staff pega o outro transdutor que faz 3D e diz: “eu adoro ver 3D de gordinhos.” Assim, que ela coloca o transdutor, é possível ver a imagem 3D de Mateus, ele não estava se escondendo, se mostrou sem mão no rosto, com as bochechas bem grandes e fofas. Todos na sala comentam “que bochechudo!” e fazem comentários sobre a fofura dele. A mãe parece adorar, fica rindo parece bem concentrada na imagem. Após a médica staff terminar o exame ela pergunta se a mãe tem telefone, a mãe diz que sim e sai literalmente correndo para pegar na enfermaria o celular. A médica registra as fotos e a mãe fala que está mandando já para avó e demonstra está bem encantada com o filho. Para mim, foi bem legal perceber a felicidade da mãe, nessa etapa final da gestação. Após uma perda anterior talvez muito significativa. (Obs. 10)

Já no final das observações, um relato nos surpreendeu, como se de fato a presença da observadora tivesse contagiado a médica *staff*, promovendo mais momentos de respeito pelas mulheres, bem como de integração no ambiente:

Durante esse exame, as médicas comentaram que tinha faltado muita gente gestante da agenda, só tinha chegado mais uma gestante. A residente. falou: “Amém, Deus ouviu minhas preces!”. A staff. questionou: “por que? Para chegar cedo em casa?” Achei que a residente ficou meio constrangida, fez uma pausa e respondeu baixinho: “é!”. Mais uma vez sinto incomodo pela gestante escutar isso e fico feliz com o questionamento da staff. Pareceu, para mim, que ela de alguma forma, fez a residente perceber o que estava falando, como se tivesse sido uma pergunta/intervenção. (Obs. 19)

O lugar de acolhimento se apresentou de maneira mais significativa no segundo momento da pesquisa, quando a observadora começou a acompanhar os casos escolhidos, deixando claro a essas gestantes que estaria em seus exames até o bebê nascer. Foi possível perceber nos relatos das observações a presença de mais troca de olhares e sorrisos de reconhecimento entre gestantes e observadora:

Catarina entra na sala, senti que estava desconfiada. Percebo que ela me vê, me reconhece e ri para mim, retribuo o sorriso. (Obs. 16)

Nessas ocasiões, as médicas comentavam: “essa é sua paciente?”; “é essa que você está acompanhando?”. Quem sabe essa cumplicidade tenha funcionado como testemunha e guardiã de um espaço de encontros.

Golse (2011) considera que o encontro dos sujeitos presentes na sala de USG passa pela emoção, sensações e sentidos. Entretanto, para que o encontro com o feto seja possível é necessário usar o visual da ecografia nos níveis subjetivo e não objetivo, sendo a objetividade uma utopia. Gourand, Missonnier e Soubieux (2011, p. 5) acrescentam que para que esse encontro possa acontecer é necessário que o ultrassonografista concorde em “tocar uma partitura que permita aos pais acreditarem no seu projeto”; ele deve aceitar a inevitável intersubjetividade da relação, emprestando sua carga projetiva e subjetividade. Quando isso acontece, a USG pode funcionar como organizador psíquico da parentalidade.

3.1.5 Quando a morte e o cuidado médico se fizeram presente

Nas supervisões refletimos que o cuidado aparecia de uma forma diferente quando existia algum diagnóstico relacionado à patologia/morte do feto. Nesses momentos, foi possível observar sentimentos e palavras diferentes das médicas, na tentativa de ofertar um espaço de acolhimento, reflexão e às vezes de fala a algumas gestantes, porém geralmente numa

antecipação que parecia querer afastar sentimento de culpa. Isso ocorreu na USG de Severina, que mobilizou a observadora e equipe médica presente:

A residente começou a observar o bebê de perfil pelo abdômen, fez algumas medições de batimentos e observou os órgãos. Eu fiquei tensa ao olhar para a cabeça, percebi que era muito evidente que não havia o formato arredondado na cabeça, formando uma testa. O perfil era bem diferente dos demais bebês que eu tinha visto; me peguei entrelaçando minhas mãos e apertando um pouco, percebi que estava tensa com esse diagnóstico. A mãe parecia estar com os olhos bem grandes, mas não sei se tão atenta assim à imagem. Em um momento, a residente fala: “é parece mesmo”, como se fosse em código. A médica staff responde algo do tipo: “está bem claro”. Não falam nada para a mãe, mas pedem para ela ir ao banheiro fazer xixi, para fazerem o exame por baixo. A mãe se veste, e nessa hora olha para mim e parece sorrir com os olhos; sorrio de volta para ela, fico com vontade de acolhê-la. Quando ela sai para ir ao banheiro, sinto um olhar cabisbaixo de todas, inclusive meu. A médica staff comenta que está bem claro, olho para ela e meio que confirmo com a cabeça. Ela olha para mim e faz: “é triste né?!” Pergunta se eu percebi, eu confirmo. A mãe volta do banheiro e fazem a USG transvaginal nela. Assim que acaba o exame, a médica staff diz para ela se vestir e se sentar na cadeira de frente para ela, que ela vai explicar tudo bem direitinho. Ela pega um papel e uma caneta da gaveta e quando iria começar a explicar. A residente fala: “Dra. quer que eu chame a acompanhante?” Fico feliz por isso, pois pensei nisso, mas fiquei calada. A médica staff pergunta à mãe quem estava acompanhando-a, ela diz que é sua cunhada. A médica staff pergunta se ela quer que chamem ela, ela diz que sim, “que ela é mais entendida das coisas”. A médica staff cumprimenta a cunhada e começa a desenhar o bebê e a cabeça, explica como ocorre a formação da cabeça e diz que no caso desse bebê não se formou o osso que envolve a cabeça. A voz da médica staff me passou mais a sensação de tranquilidade e segurança. Ela falou calmamente e com linguagem acessível. Ela diz que não teve nada que a mãe fez para que isso acontecesse, fala que mesmo que tenha bebido ou fumado, não seria por isso, explica que é algo que pode acontecer com qualquer gestante. Deixa claro que nesses casos o bebê não sobrevive quando nasce, que pode ter raros casos que vive poucas horas, dias, mas normalmente morre logo em seguida. Diz que o aborto no Brasil é crime, mas esse é um dos poucos casos que é permitido interromper a gestação. Explica que são três casos/situações e esse é um desses. Deixa claro para a mãe que ela pode interromper a gestação, mas não é obrigada, é uma escolha dela. Diz que ela pode querer seguir a gestação, fazer o pré-natal e esperar nascer, ou pode interromper a qualquer momento.

Diz que pode encaminhar ela para o pré-natal lá, caso ela decida por seguir a gestação, ou ela pode ir para qualquer emergência com o laudo que ela vai dar, que ela poderá interromper em qualquer momento da gestação. Diz que ela não precisa decidir agora, que é muita coisa para ela processar, que ela pode ir para casa e pensar. E qualquer coisa ela poderia voltar ou ligar para falar com elas. Repete que ela pode fazer o que achar melhor para ela, que ambas as decisões são difíceis e que elas e as outras equipes do hospital vão acolher o que ela decidir, que estão lá para “cuidar dela” independente da escolha. (Obs. 12)

Refletimos que no exame de Severina o lugar de saber também pôde ser espaço de cuidado, algo nem sempre observado nas USGs. A médica *staff* pôde nomear o que todos sentiam: a tristeza de uma mãe que parecia atravessada por um diagnóstico mortífero e a ressonância disso no ambiente da USG.

Outra gestante, Rose, com 18 anos e um diagnóstico fetal de múltiplas malformações nas USGs anteriores, também pareceu despertar sentimentos diferentes na equipe médica:

A médica staff se aproxima, passa mais o transdutor, insiste só um pouco mais e diz: “mãe a gente tinha lhe falado que era muito grave seu bebê e tinha um risco de não aguentar; infelizmente, hoje não encontramos batimentos”. A mãe balança a cabeça, não demonstra sentimentos, faz sinal de concordar... depois repete: “não tem batimentos” como se para entender que o bebê tinha morrido mesmo. Então percebo algumas lágrimas que ela estava enxugando. A médica staff diz que vai entregar o laudo e que ela irá para triagem para verem como vão fazer para tirar, pois o bebê não poderia ficar muito tempo morto dentro dela. Ela pergunta para onde tem que ir algumas vezes e isso vai me deixando incomodada com a equipe, fico com vontade de dizer para chamarem o acompanhante, que aquela notícia não era para dar com ela sozinha na sala, que ela não estava em condições de processar bem as informações. Mas me contenho, apenas penso nela, como processaria tudo isso ao sair da sala, como contaria à família? Será que ela iria para emergência? A médica staff chega a perguntar se ela está com alguém, e ela diz que seu esposo estava na recepção, sinto esperança de que vão chamá-lo, mas não chamam ele. Dizem para ela esperar lá fora, que elas entregariam o laudo. Ao final, a residente ressalta para a mãe, que a mal formação era aleatória, que não significava que ela teria o mesmo risco com outros filhos. A paciente só responde balançando a cabeça. (Obs. 8)

Refletimos o poder que a morte tem de nos convocar a pensar na vida; sentimos que talvez, com essas duas gestantes, as médicas tenham saído dos seus modos de funcionar automáticos – medir os fetos e encaixá-los em padrões – para pensar também sobre as subjetividades em jogo. Ainda que na doença/morte, houve um olhar para as vidas e as subjetividades envolvidas. Porém, também notamos a ausência de palavras possíveis diante da morte: a sala cheia de vozes, nesses momentos, foi sentida pela observadora como vazia, sem vida.

Gourand (2011), considera que a comunicação de um prognóstico ruim é sempre difícil para os médicos, porém essas notícias difíceis têm uma particularidade nos casos diagnosticados nas USGs pré-natais. Isso porque, ao relatar um óbito ou malformação fetal, o ecografista interrompe o campo imaginário dos pais, passa a existir um conflito ente o filho imaginário dos pais e o feto real dos médicos. O autor considera importante que o médico, antes de comunicar essa descoberta aos pais, busque organizar a situação em palavras para si, de forma a compreender os sentimentos envolvidos na sua difícil tarefa.

3.2 Conversando com as mães e conhecendo as famílias: o que eles têm a dizer?

Após os cinco meses de observação dos exames de USGs, analisadas e discutidas no eixo anterior, começaram as observações apenas das USGs das três famílias escolhidas, que continuaram realizando os exames no hospital onde a pesquisa foi feita; posteriormente, foram realizadas as entrevistas individuais com essas gestantes. Assim, o presente eixo buscou analisar as três famílias acompanhadas. Embora não tenha sido possível observar com maior profundidade os pais, optamos por denominar os casos pelo grupo familiar: o pai, a mãe e os(as) bebês. Entendemos que ainda que os pais não estivessem fisicamente nas observações das USG, eles estiveram presentes de outras formas: na sala de espera, no discurso e na mente dessas gestantes.

Tendo em vista as nuances e complexidades de cada caso, optamos por analisá-los primeiro, individualmente/verticalmente e, posteriormente, realizamos uma análise e discussão horizontal dos casos. Para tanto, dividimos este eixo em quatro seções: As três primeiras seções dizem respeito às três famílias que denominamos respectivamente de: “Feito cego no cinema”: Fernanda, Daniel e Samuel; “Esse menino é fotogênico”: Catarina, Carlos Roberto e Cadu e “A emoção é em dobro”: Eliana, Elias, Eloina e Elodia.

Antes de abordar os casos, consideramos relevante ressaltar que o momento das entrevistas, conforme planejado – ambiente calmo escolhido pela gestante em que a fala pudesse acontecer livremente – aconteceu dentro do possível. Assim, a entrevista de Catarina foi a primeira a ser realizada; ocorreu na enfermaria do hospital em que as observações foram

desenvolvidas, pois Catarina teve início do trabalho de parto antes da última USG ser realizada. Ela me avisou que foi internada e os médicos inibiram o trabalho de parto, mas, provavelmente, Cadu nasceria em breve. Durante a entrevista na enfermaria estavam presentes outra paciente, que saiu logo em seguida para fazer um exame, e o pai de Cadu que estava dormindo, pois tinha viajado à noite para acompanhar Catarina. Com Fernanda, foi possível realizar a entrevista na sua casa, ambiente escolhido por ela, em que apenas o pai estava, mas resolveu ficar dormindo por ter trabalhado à noite.

Por fim, a entrevista de Eliane não aconteceu antes do nascimento das bebês, por falta de disponibilidade dela, que pediu para que realizássemos depois que estivesse em casa com as bebês. No entanto, diante ausência de rede de apoio, ela não teve horário livre para a entrevista e realizamos conversas e gravações por meio do aplicativo WhatsApp. Refletimos que esses diferentes formatos das entrevistas durante a pesquisa nos mostram como é a gestação e a vida: as coisas não acontecem como idealizamos e planejamos, mas transcorrem no real e no possível para cada mulher.

É importante ressaltar que duas gestantes (Catarina e Eliane) relataram, na entrevista, terem realizado exames de ultrassonografia em clínicas particulares. No entanto, não foi possível acompanhá-las nesses exames devido ao fato de não existir uma autorização prévia dessas clínicas, com validação do Comitê de Ética, para a realização da pesquisa nesses locais. Nesse sentido, todas as ultrassonografias observadas foram realizadas apenas no hospital público autorizado para a pesquisa.

3.2.1 “Feito cego no cinema”: Fernanda, Daniel e Samuel

Se for preciso, nem falo
Fico em silêncio, me mudo
Faço que finjo e que iludo (...)
Para me refazer.

(Música: Almério e Martins, Desaperreio)

Fernanda, 26 anos, se considera “morena ou preta ou parda” e tem ensino médio completo. Reside em Recife, com Daniel, pai de Samuel, com quem vive um relacionamento de 10 anos. Tem seis irmãos, sendo um homem e cinco mulheres. Fernanda não mencionou nada sobre seu pai ao longo da entrevista e nas USGs, o que nos fez refletir sobre a uma possível ausência de figuras masculinas em sua vida. Sobre a mãe, relatou que era uma pessoa que não gostava de sair de casa, mudar sua rotina e era muito reservada. Na época em que esteve internada por risco de trabalho de parto prematuro, as irmãs de Fernanda, junto com seu esposo

Daniel, se revezavam para acompanhar e cuidar dela, sugerindo ser essa a sua principal rede de apoio durante a gravidez. Observamos que as narrativas de Fernanda indicavam quase nenhum cuidado parental durante a gestação, bem como como o cuidado fraterno feminino parecia ter tentado ocupar um pouco essa função.

Fernanda já trabalhou como babá, mas no momento da pesquisa estava sem emprego e Daniel trabalhava como motoboy de aplicativo. Ressaltou que sempre quis ter filhos, ainda que com poucos recursos financeiros, havendo tido suas gestações planejadas. Samuel era sua terceira gestação; nas duas anteriores ocorreram abortos espontâneos¹², ambos com oito semanas de gestação. A escolha pelo nome Samuel tem relação com o nome de um menino que ela cuidou como babá e referiu ter se apegado muito a ele, bem como à patroa.

Quando encontrei Fernanda pela primeira vez ela estava com 16 semanas de gestação, já tinha realizado duas USGS anteriormente e já sabia que esperava um menino e realizava uma USG transvaginal para avaliar como estavam os pontos e o colo do útero após o procedimento recente da cerclagem uterina¹³. Ela vestia a bata do hospital e estava internada devido ao procedimento realizado e um tratamento para infecção bacterina.

Apesar dessa primeira observação ter sido um exame rápido, algo em Fernanda me fez querer observá-la outras vezes. Minhas primeiras impressões sobre ela foram de tensão, dor e simpatia: *“A mãe parecia bem simpática. (...) A mãe sugeria um ar de tensão e fazia algumas expressões de dor silenciosa durante o manuseio do transdutor na vagina”* (Obs.12).

Logo após essa minha observação, nesse primeiro exame de USG, a convidei para participar da pesquisa e ela prontamente aceitou, relatando que seria bom, pois estava muito ansiosa e precisa “espairecer” a mente. Ela encontrava-se sozinha quando a abordei, não sendo possível convidar o pai presencialmente no dia, como também não o procurei para convidá-lo para participar depois: apenas falei para Fernanda dessa possibilidade de ele participar da entrevista. Penso que, para além dos critérios de inclusão – disponibilidade para participar da pesquisa, encontrar-se com 16 semanas e não existir mal formação fetal – talvez algo da expressão de dor de Fernanda durante o exame tenha me capturado.

Além desse primeiro encontro, realizei mais duas observações dos exames de USG de Fernanda e Samuel, nas quais ela foi ao hospital acompanhada da irmã e do esposo, que a aguardavam na sala de espera devido à impossibilidade de participação do exame.

¹² O ministério da saúde (2009) considera aborto “a expulsão ou extração de um produto da concepção com menos de 500g e/ou estatura menor que 25 cm, ou menos de 22 semanas de gestação, tenha ou não evidências de vida e sendo espontâneo ou induzido” (p. 24).

¹³ Sutura cirúrgica indicada com objetivo de manter o colo uterino fechado até o final da gravidez (Cavalcante, Sarno & Barini, 2020, p.139).

Após o último exame de USG marquei com Fernanda a entrevista na casa da sua irmã, local em que ela estava morando para ter ajuda com o repouso durante a gravidez. Era uma casa simples, em um conjunto habitacional em Recife; realizamos a entrevista na sala, ambas sentadas em um sofá, enquanto o seu marido estava no quarto dormindo por ter trabalho à noite. Fernanda ressaltou, em vários momentos da entrevista, que as irmãs estavam presente nas suas gestações, a acompanharam em algumas consultas e internamentos, buscaram contatos para encontrar uma vaga para assistência médica necessária ao caso, sugerindo existir um “*holding* fraterno”, uma união feminina entre elas.

Escutar Fernanda após as observações para ter sido importante para ela, na medida em que permitiu dar voz aos afetos e angústias que permeavam o campo intersubjetivo da sala de USG. Ousamos dizer que foi significativo para que a gestante compartilhasse alguns sentimentos vivenciados, que muitas vezes eram comunicados inconscientemente, mas não elaborados e verbalizados. A entrevista nos ajudou a desenvolver outras compreensões a comportamentos e sentimentos de Fernanda: os motivos do seu “riso nervoso”, seu silêncio e a experiência do exame de USG pré-natal.

A primeira questão que se destacou nas narrativas de Fernanda foi como a gravidez de Samuel era marcada pelas perdas gestacionais anteriores, algo que não aparecia com tanta cor nas observações, talvez pelo pouco espaço para falar das mortes em meio ao exame da nova vida. No relato da entrevista percebemos que o medo de “perder de novo” se fez presente antes mesmo da “descoberta da gravidez”:

Eu descobri e nem sabia que estava, aí eu percebi depois. Eu estava tão assim, é... (pausa) (...) às vezes, pensando, assim, que era coisa da minha mente, que eu nem imaginava que eu estava. Por causa das duas, dessa experiência, das duas, eu disse: “não, eu acho que isso é coisa minha mesmo”. Aí eu peguei e fiquei levando, aí só descobriu também, eu já ia fazer quase 3 meses, aí foi quando eu comecei a fazer o pré-natal. (...) Meu medo era só esse... de engravidar e perder de novo. Porque até então, eu queria, eu queria estar grávida, sempre foi o meu desejo de ter um filho (Entrevista).

Refletimos que o “não saber” de Fernanda parecia ser um modo de se proteger de um possível sofrimento de perda, pois, nas gestações anteriores, quando ela descobria a gravidez, logo em seguida as perdia. Pensamos que talvez houvesse um jogo de ambivalência de “não saber e saber”; ainda que houvesse desejo de filho, saber sobre a gestação parecia ser assustador, pois podia implicar na perda. Talvez a repetição das gestações dificultasse Fernanda em separar o novo filho dos anteriores, como quando ela relatou o sentimento relacionado às contrações de

treinamento¹⁴ durante a gestação de Samuel: *“Ali, eu pensei que iria perder ele de novo, né? E (risos) e é isso!”* (Entrevista).

As perdas gestacionais anteriores, juntamente com o diagnóstico de incompetência istmo-cervical¹⁵ parecem ter feito Fernanda questionar sua capacidade de gestar um bebê saudável: *“Eu pensava, assim, que como assim, eu perdi os dois, assim... aí pela minha incompetência, assim, de não segurar...Eu poderia.... ele poderia nascer com algum, alguma doença, algum defeitozinho(...)”*.

Refletimos que o próprio termo médico incompetência istmo-cervical carrega a marca da incompetência, podendo criar ou reforçar um sentimento de fracasso nas mulheres. Percebemos que Fernanda interpretou a nomenclatura como um significante pessoal, uma incompetência em gerar um filho saudável. Esse medo e sentimento pareciam ganhar novos contornos e expressividades no momento dos exames de USG:

Quando eu fazia ultrassom, eu sempre pensava assim... que eu iria ter alguma novidade, alguma coisa. (...)eu sempre pensava assim, alguma coisa assim: “será, será que elas vão encontrar alguma coisa dele ruim, para poder me dizer?” O meu, o meu pensamento era sempre esse. Aí depois a gente chegava lá que via quando ela dizia: “coração, tem dois pulmãozinho, aí já aliviava, sabe?” (Entrevista)

Percebemos na sua fala, novamente, o querer e não querer saber, bem como certa ilusão de que o exame de USG tem o poder de mostrar tudo e trazer respostas sobre o bom desenvolvimento do bebê:

Porque lá na consulta, só escuta assim bem rápido, na ultrassom escutar melhor. Ali, ela vai ouvindo cada sonzinho, então, para mim o importante era ultrassom. O melhor para mim, era a ultrassom, (pausa) que me deixava mais confortável. (Entrevista)

Aí eu ficava sempre preocupada, aí... às vezes eu ficava pensando, que ela ia dizer isso, dizer que ele tava com alguma coisa, que ele já tem alguma coisa já na gestação. Então a minha aflição também de fazer... eu gostava de fazer, gosto... mas também com, assim, com a dúvida, sabe? Aí eu ia, aí eu queria saber... ir para poder saber em

¹⁴ Termo comumente utilizado para se referir às contrações de Braxton-Hicks, que são contrações irregulares, de curta duração, semelhantes as cólicas menstruais e sem dilatação do colo (Félix, 2019).

¹⁵ A incompetência istmo-cervical (IIC), congênita ou adquirida, é caracterizada clinicamente com uma perda gestacional tardia (aborto tardio ou parto prematuro), geralmente de forma rápida e indolor, com conseqüente expulsão de um feto viável. É responsável por 2 a 13% das situações de ERA (aborto espontâneo recorrente). O diagnóstico de IIC fora da gravidez pode ser realizado pela história clínica e exame ginecológico, mas é bastante duvidoso. Os protocolos da ESHRE e Febrasgo recomendam acompanhamento, por ultrassonografia transvaginal, da anatomia do colo uterino (medidas, formato e dilatação) durante a gestação, considerando a realização da cerclagem com a modificação do padrão anatômico do colo uterino. Não existe um consenso sobre a conduta nos casos de IIC, podendo ser conservadora (repouso), medicamentosa (progesterona) ou cirúrgica (pessário, cerclagem) (Cavalcante, Sarno & Barini, 2020, p. 139).

relação a isso. Por que só vê na ultrassom né?! (...)Então, a cada que eu fui fazendo... a cada ultrassom que eu fui fazendo, foi trazendo a resposta e notícias boas, não é? Aí isso pra mim foi muito importante, não é? (Entrevista).

Fernanda descreveu o desconforto (pela dor) e o conforto que o exame lhe causava, na medida em que ter boas notícias acalmava suas angústias, expressando o lugar de poder e saber dado ao médico e à máquina, que poderiam lhe oferecer respostas. Parecia existir um grande caldeirão de diferentes e ambivalentes emoções provocadas pelo exame. Mais do que isso, cada USG parecia lhe despertar reações e registros singulares. Entretanto, ela não parecia sentir que havia espaço para falar sobre seus medos e desconfortos durante o exame. Parecia que as médicas tinham o poder de controlar quem fala ou não durante o exame, e Fernanda não se sentia autorizada a se expressar.

Nas duas primeiras USGs eu ainda não conhecia Fernanda e não pude presenciar/observar o exame. No entanto, seus relatos acerca desses exames foram sentidos por mim, na entrevista, com intensa vivacidade e emoção. Acerca da primeira USG, me tocou a forma como ela descreveu a escuta do coração de um feto pela primeira vez:

Eu pensei assim... que ele iria vir para mim. Entendeu? Que ele iria vir. Então ali foi muito assim, eu fiquei muito assim, não pensei, não pensei em algum momento que eu ia perder assim naquele momento, sabe? Pensei que ele ia vir, pensei: ‘ele vem, dessa vez ele vem para mim’, então foi muito gratificante, muito mesmo. Escutar o coração dele, aquele batido bem forte. Ai foi muito bom, foi uma experiência ótima. (...)Ali foi a primeira vez que eu escutei o coração de um bebê batendo, forte! Então, eu disse, ai eu: ‘dessa vez ele vem, funcionou, dessa vez ele vem para mim’. (...) Eu até chorei, assim, lá deitada. Porque foi muito assim... para mim, foi uma experiência muito grande, que eu vou guardar para o resto da minha vida. Que foi o primeiro... que eu escutei o primeiro batimento do coração dele. (Entrevista)

Lembro da intensidade do seu tom de voz e de sentir meu corpo se arrepiar na entrevista; parece que o som da vida auxiliou ela a deixar de lado o fantasma da morte. Ousamos dizer que talvez tenha sido o primeiro momento em que vida, o coração batendo, pôde se sobressair à morte, e o feto começou a ter contornos de filho. No entanto, essa experiência não pôde ser vivenciada pelo pai, que ficou esperando na recepção, devido ao protocolo da Covid-19 proibir a entrada de acompanhante. Além disso, não permitiram que Fernanda gravasse a USG e os batimentos; restou ao pai sentir a emoção narrada por ela:

Aí contei ao meu esposo que ele estava lá fora. Contei a ele: “o coração dele bate tão forte”. Ai pegou e ele ficou rindo: “é mesmo?” Ficou perguntando como era. Ai eu

fiquei explicando a ele, é assim, assim: 'eu queria que tu visse que tu tivesse lá para escutar. Era tão bom!' Ai ele: 'poxa!' Ficou assim, né? Porque não deixou entrar.
(Entrevista)

Questionamos os possíveis impactos da ausência do pai na sala para a construção da parentalidade e no processo de passagem de dois para três nessa família. Como a falta parece ter impactado pai e mãe? Também nesse primeiro exame de ultrassom conseguiram descobrir o sexo do bebê, porém esse momento não foi como Fernanda imaginou e solicitou:

Eu descobri, porque até então eu disse, eu pedi para a médica fazer suspense. Porque eu iria fazer chá revelação. Só que ela pegou, acabou, esqueceu, assim, e disse: "olha aqui os ovinhos". Ai eu, pronto...Eu disse, só que eu tinha dito ela antes, né? Ela disse: 'você quer saber, o sexo?' Eu: "Quero não". (Entrevista)

Fernanda compartilhou com seu companheiro que esperavam um menino e ambos resolveram fazer o chá revelação apenas para a família. Refletimos sobre a desatenção e descuido da equipe frente ao desejo de Fernanda, como uma mãe que a ignora, e percebemos que já nessa primeira USG Fernanda não se sentiu escutada e olhada pelas médicas, algo que foi se repetindo ao longo da entrevista. Questionamos também se a descoberta do sexo e a potência dos batimentos cardíacos possibilitaram uma maior concretude da gravidez e um movimento do processo de filiação.

Ao contrário dessa sensação de vida e esperança da primeira USG, a segunda, realizada uma semana depois, afetou Fernanda de forma diferente. Talvez tenha reacendido o trauma das perdas gestacionais, pois nesse exame ela descobriu que o colo do útero estava curto e precisaria fazer o procedimento de cerclagem:

Aí quando eu fui nessa ultrassom que descobriu (se referindo à incompetência isto-cervical), aí naquela época que te encontrei, eu já estava já bem aflita, que no meu entender que não iria dar certo. (...) Porque, assim... eu nunca escutei sobre isso, sobre essa cirurgia, nunca tive experiência com ninguém em relação a isso. Ai no meu pensamento, no meu entender, foi, assim... que não iria dar certo. Que os pontos iriam cair, e eu não ia sustentar, porque tem que ter muito repouso. (Entrevista)

Além da difícil notícia, Fernanda considerou que foi não acolhida pela médica:

(...) Ela descobriu que estava com o colo do útero curto, ela só disse assim: 'você tem que ir para emergência obstetrícia lá embaixo... num sei que', só disse isso. Ai eu

disse: “mas o que é que está havendo? O que é que está acontecendo?” Aí, ela só disse porque eu perguntei, ela fez: “o seu, o seu... o remédio...”, porque eu já estava usando progesterona, “não está fazendo efeito e você vai ter que fazer uma cirurgia... sei que, sei que, sei que. (...) só que também ela não explicou perfeitamente. Ai eu disse: “mas, como é isso?” Ai ela: “você tem que descer, você vai ficar internada”. Ela já, assim, não amenizou...ela já foi logo dizendo...Ai, ali foi um susto para mim, né?! (...) Sempre disse, disse meio assim... dura assim...você tem que ir, não sei que...Aí eu fiquei mais assustada, mais desesperada por causa disso, porque não me explicou. (Entrevista)

Em vários momentos da entrevista Fernanda relatou a dificuldade na comunicação das médicas sobre os achados do exame. Diante da percepção de ausência de espaço para tirar as dúvidas, buscava informação no Google e/ou com os médicos que a acompanhavam no pré-natal. Era como se ela precisasse de um intérprete para traduzir o exame: *“quando você não tem aquela experiência, você ainda fica como cega, né, no cinema?”* (Entrevista). Será que se sentia abandonada, cega, nesse novo e estranho corpo/lugar?

Foi após esse procedimento da cerclagem, na terceira USG, realizada para avaliar os pontos da sutura, que conheci Fernanda e comecei as observações da USG. Na entrevista, percebi que a sua expressão de dor e tensão, presente na minha observação, parecia ter um motivo:

Quando ela fez essa transvaginal, que depois da costura, que ela mexia mesmo lá dentro, que foi bem forte, eu pensei: ‘não, ela vai torar os pontos’, ficava com medo, mas também eu não falava nada, ficava calada para poder evitar sempre alguma coisa, assim... eu sempre evito alguma coisa. Eu tinha medo um pouquinho de falar. Porque, às vezes, assim... a pessoa...Às vezes, quando a gente fala, um paciente fala, nem todos aceitam, sempre pensam ao contrário e quer prejudicar você de alguma forma ali, eu penso, assim, as vezes, sabe? Eu não sei se meu pensamento é errado. Deus me perdoe, mas nem todos são assim, sabe? Não vou generalizar. (...) a vontade, era dizer, né?! Que estava doendo, que tinha que ser mais devagar. Porque até então estava recente a cirurgia, mas preferir ficar calada. (Entrevista)

Fernanda não expressava verbalmente os incômodos sentidos; o espaço da USG parecia um ambiente que “faz calar”. Ela se colocava num lugar de passividade “sempre para evitar alguma coisa”, ainda que para isso precisasse sofrer sozinha. Cogitamos algo da sua história de vida que reforce a inibição e o calar frente ao poder médico, assim como talvez tenha se calado

perante a ausência de cuidado materno. Além disso, refletimos sobre as diferenças socioeconômicas entre as médicas e Fernanda, algo semelhante à diferença de classe social experienciada no trabalho como babá de famílias de poder aquisitivo mais alto: havia espaço de fala para ela nesse ofício ou seria um lugar de subordinação, apenas? A narrativa de Fernanda aponta para ideia “autoproteção” associada ao calar e suportar as dores, pois ao mesmo tempo que as médicas eram vistas por ela como alguém com o poder de lhe prejudicar, eram elas que dariam as respostas sobre o estado de saúde do seu filho.

Na quarta USG pré-natal, quando Fernanda estava com 26 semanas de gestação, observei que quando as médicas olharam o prontuário dela, questionaram, um pouco irritadas, o acompanhamento obstétrico pré-natal ter “deixado passar” o período da morfológica do segundo trimestre, impossibilitando a realização desse exame. *“Fiquei com a sensação de Fernanda não ter escutado essa informação e percebido que perdeu o morfológico, ela passou o exame todo calada, talvez tensa, não sei bem.”* (Obs. 16). Durante a entrevista, Fernanda confirmou que não sabia se a segunda morfológica tinha sido tardia. Questionamos se lhe foi tirado o direito de saber sobre algo que dizia respeito ao seu exame de USG.

Ainda nessa USG, percebi que foram frequentes conversas pessoais das médicas não relacionados ao exame: *“(...) enquanto a residente realizava a USG a médica staff conversava amenidades com os outros na sala. Falou que estava com fome e ficaram combinando o que iriam pedir no aplicativo de comida para almoçar (...)”* (Obs. 16). Fernanda abordou na entrevista os incômodos relacionados às conversas paralelas entre as médicas e a sensação de desatenção:

Então, se elas estão ali para aprender as coisas assim... elas tinham que estar mais focada. Às vezes... uma ultrassom que eu fui, elas estavam falando de almoço, uma com a outra. Eu fiquei olhando assim, eu fiquei olhando assim... meio estranho para elas. Ela: ‘tu vai pedir o quê?’ E um fazendo, aí pegava, aí ela esquecia o que tinha dito, aí tinha que ver tudo de novo. (...) Aí, às vezes, né... Você ficar como se não tivesse importância, para elas. (Entrevista)

Refletimos que talvez o exame de USG parecia significar para Fernanda um momento de saber sobre seu bebê e ter respostas para seus anseios, mas era também um ambiente de pouca abertura para trocas subjetivas entre médicas e paciente. Esse campo intersubjetivo, sentido como pouco facilitador às expressões subjetivas, juntamente com o medo do que as imagens da tela poderiam revelar, levaram Fernanda a se encolher e inibir seus desconfortos.

No entanto, o campo intersubjetivo da USG também possibilitou abertura para a subjetivação do feto, com possíveis desdobramentos na construção da parentalidade. Isso pôde

ser visto também nessa quarta USG, quando a médica *staff* assumiu a condução da máquina de USG. Ela perguntou a história clínica de Fernanda e se debruçou um pouco mais sobre o bebê, como pode ser visto no relato da observação:

(...) Ela focou nos pés e foi possível ver bastante movimentos, e a médica staff fez: 'que chutão!' A mãe comenta que chuta muito e que ela sente na costela; a staff diz que ele estava sentado com as pernas para a costela e a cabeça do lado esquerdo. Em outro momento a staff fala: 'que bebezão' e a mãe só parece rir, não fala nada ou pergunta. Percebo que todos na sala ficam no celular, só eu e a staff estávamos olhando para o bebê e eu também olhava para a mãe. No final do exame, a médica staff tentou que focar no perfil e foi fazer a imagem 3D, mas o bebê colocou a mão no rostinho. A médica staff mostra para a mãe a imagem e diz que ele colocou as mãos, e dá uma sacudida na barriga e falou: 'vamos ver se ele tira as mãos'. A mãe fala que ela pode mexer, e ri. A médica staff consegue uma imagem 3D com uma parte do rosto com a mão, a imagem fica bem bonita. A mãe parecia gostar, mas não falou nada. Eu fiquei feliz em ver um pouquinho mais do bebê, mas ainda com a vontade de querer saber o nome, que falassem mais sobre ele, que a mãe pudesse se expressar. Mas a mãe segue muito calada, olhando para televisão, sem muita expressividade, e quando foi se levantar lembro dela fazer uma expressão de dor. A médica staff pede o celular dela para tirar foto, pois na impressão só sai preto e branco. (Obs.16)

Em supervisão, refletimos sobre as outras telas (de celulares) serem mais interessantes do que a tela da máquina de USG e como o espaço sala de exame seria ocupado mais por amenidades cotidianas do que pelas falas das gestantes, com pouca abertura para mãe e bebê em construção aparecerem (Sup.14).

A imagem/foto do bebê pareceu ser uma marca importante dessa quarta USG para Fernanda: “*elas tiraram a foto do rostinho dele, foi quando ela deixou eu tirar foto do celular. Tu estava lá, não foi?*” Essa imagem parece ter um significado importante para ela, pois contou que enviou para toda a família e que estava curiosa para saber como ele seria. A imagem talvez tenha possibilitado um espaço para pensar Samuel como um sujeito em potencial, membro da família.

Ah, eu vi pela foto, não é? Que ele vai ser... como eu disse a você que ele vai ter rostinho gordinho feito o meu... Ai, isso ali eu já vi. É... que ele vai ser com um rostinho gordinho, que o nariz... o nariz eu vi, assim que... tão... eu percebi assim... que vai ser igual ao do pai dele, não vai ser igual ao meu (risos). Mas, eu fico só mais imaginando

como... como é que ele vai ser, sabe?! Aí, depois dessa foto dele, que tirou do rostinho, aí a única imagem que mais fica é dessa, do rostinho dele. (Entrevista)

Fernanda parece indicar que a imagem tem um papel importante na construção do vínculo e mobiliza diferentes afetos: “às vezes eu dou uma olhadinha também, está aqui no celular, às vezes, eu dou uma olhadinha, antes de dormir eu fico olhando, essas coisas assim, a foto dele”; (...) “eu sei que menino é mais sapeca, menino. Ai, não sei se ele vai ser mais, assim... treloso. Essas coisas assim... eu fico sempre imaginando isso, sabe?!”

A quinta USG e última observação foi realizada quando Fernanda estava com 36 semanas. As médicas tinham um evento científico neste dia, de modo que os exames foram rápidos e o de Fernanda foi realizado apenas pela médica *staff*, como podemos ver no relato da observação:

Tudo é feito de forma extremamente rápida apenas pela médica staff; penso na paciente, que estava perdendo de ver melhor e entender as partes do seu bebê. A residente de G.O fala médica staff: ‘Nossa, Dra., como a senhora é rápida. A gente luta para conseguir uma imagem boa para medir, e a senhora no instante acha’. (...) Ela mede rapidamente a cabeça, abdômen e fêmur, e finaliza o exame. Estimo que em quase 5 minutos. Diz para a mãe que estava tudo bem, que ele estava com a cabeça para baixo, o corpo do lado esquerdo e o pé do lado direito perto da costela. A mãe ri e diz que sente esse pé dele. Diz que teve um pequeno líquido aumentando no testículo, que é normal nos bebês e provavelmente desaparece antes de nascer ou logo após o nascimento. (...) Sinto que foi tão pouco que conseguimos ver de Samuel, só sei o nome porque lembrei da conversa com Fernanda, mas não se perguntou nada sobre ele. (Obs. 20)

Na entrevista, Fernanda expressou ter percebido a pressa das médicas, se sentindo, como eu na observação, que faltava ver mais um pouquinho de Samuel, de aproveitar esse momento do exame: “Eu vi que elas já estavam muito apressadas, para alguma coisa e foi... já deixou a médica, para a médica fazer ligeiro. (...) A pessoa espera um bocado lá fora para quando chegar na sala, que foi naquele dia, ser bem rápido” (Entrevista).

Além da pressa, relatou ter se impressionado com a imagem de um Samuel em partes por estar grande e não caber na tela, o que pareceu causar um estranhamento: “(...) vi ele bem grandão, porque das outras vezes dava para ver ele completo, não é? Mas dessa vez eu tive que ver ele bem partidinho, porque ele estava bem grandão. Ai pra mim, foi um pouco estranho, sabe?” (Entrevista).

Questionamos se esse estranhamento teria relação com a mudança das imagens do feto projetado na tela ou se poderia estar relacionado à ideia de que o espaço que ela divide com o bebê encontra-se mais restrito e, conseqüentemente, os medos do momento do parto e da chegada do bebê se intensificam.

Acrescente-se a isso a falta do acompanhante na sala de USG, devido ao protocolo da Covid-19, que poderia ser que ajudasse a tornar esse estranho familiar, que compartilhasse angústias com ela e a amparasse num ambiente de silenciamento. Porém, ainda que ela relatasse o desejo da presença do acompanhante, ela não sentia que poderia questionar. Só a possibilidade de pensar em falar lhe causava medo da reação das médicas, o que poderia prejudicar o exame e o filho:

Assim, só que eu achava estranho porque não deixava o acompanhante entrar tendo um monte de pessoas lá dentro, se fosse caso de, de, de negócio... da situação da covid, assim, eu podia pegar porque era muita gente. Entendeu? Aí eu também não sabia quem estava doente, quem não estava, aí podia me prejudicar, mas...Eu também não quis falar muito porque eu pensei assim, né, pensando, né? Que iria me prejudicar, em relação ao meu filho assim, de elas não fazer direito, de elas fazer com raiva. Aí eu digo: 'não, não vou falar não, porque eu tenho medo disso, sabe?' Aí, todas as ultrassom, ele ficou lá fora. (Entrevista)

Nesse caso, nos pareceu que o exame USG funcionou como um lugar que “dá respostas” sobre se o feto está bem, porém não conseguiria atender ao suposto desejo de Fernanda de ter respostas sobre como ser mãe, pois não se podia questionar o poder/saber médico, sob o preço de ter o exame prejudicado. O campo intersubjetivo na sala de USG parecia um ambiente “fechado”, um lugar que faz calar, e que parece ter abafado a subjetividade de Fernanda. Fernanda relatou que sentia não ser importante no ambiente da USG: “elas são muito fechadas para o paciente, não deixava a gente muito aberto para falar as coisas, sabe? Aí eu percebi aquilo ali também preferiu me fechar” (Entrevista).

Questionamos o motivo da subserviência de Fernanda, da resignação de “ter que aguentar calada” e o medo de ser repreendida pelas médicas, talvez como seria pela mãe por querer assumir o lugar de maternidade. Talvez as médicas ocupassem um lugar de saber para Fernanda, que significa também poder, o poder de dizer sobre seu bebê, de enxergar nas imagens o que ela não conseguia ou não se permitia ver, como uma “cega no cinema”:

Para mim era estranho, eu nunca tinha visto assim né... uma coisa assim... porque até assim... eu acho bonito a experiência dela, delas... de ver algo ali né?! (risos) Que a gente não... eu mesmo assim, como é... não, não vi nada. (risos) não via nada... Mas

dali elas veem qualquer coisa. Aí... pra mim é uma imagem que eu nunca vou decifrar, nunca. Eu só via só o formatinho dele, só o desenho dele só, que ele estava assim... e agora tá assim... Só via só o desenho dele, mas o restante eu não entendia nada.
(Entrevista)

Esse trecho da entrevista nos faz pensar sobre o lugar de onipotência da técnica e do saber médico, talvez sentido por Fernanda como preponderantes, reavivando o lugar de ignorância, subserviência e inibição perante a mãe. Fernanda se inibia frente ao saber das médicas e ao saber das irmãs, que diziam onde ela deveria ser assistida e residir durante a gestação. Talvez a inibição também tivesse relação com sua história de vida, carregada por desigualdades sociais e atividades laborais em “casa de família”, com pouco espaço para se sentir valorizada. Acrescentamos ainda o diagnóstico de incompetência istmo-cervical, a vulnerabilidade frente a atual gravidez e as perdas gestacionais anteriores, levando Fernanda a questionar sua competência e seu saber como mulher e futura mãe. Por fim, conjecturamos que Samuel pode não ter se mostrado nas USGs com facilidade, assim como sua mãe se inibia e não sentia que aquele ambiente estimulava a expressividade. Esperamos que Samuel, Fernanda e Daniel tenham experienciado um ambiente “suficientemente bom” para serem e aparecerem mais.

3.2.2 “Esse menino é fotogênico”: Catarina, Carlos Roberto e Cadu

Porque o passado me traz uma lembrança
Do tempo que eu era criança
E o medo era motivo de choro
Desculpa pra um abraço ou um consolo
(...)

De repente, a gente vê que perdeu ou está
Perdendo alguma coisa
Morna e ingênua, que vai ficando no caminho
Que é escuro e frio, mas também bonito
Porque é iluminado
Pela beleza do que aconteceu há minutos atrás
(Música Poema - Cazuza)

Catarina, 27 anos, se considera branca e católica. Reside com seu companheiro Carlos Roberto, pai de Carlos Eduardo, que chamaremos de Cadu, no interior do estado do Pernambuco, cerca de quatro horas de distância de Recife. Ela tem ensino médio completo e trabalhava em uma pousada antes da gestação - deixou o trabalho após a descoberta da gravidez e a necessidade de repouso. Catarina e Carlos Roberto têm dois anos de relacionamento e são

de um nível socioeconômico baixa; ele trabalha com agricultura, sendo essa a principal renda do casal. Catarina tem cinco irmãos, duas mulheres e três homens, seus pais são casados, e sua mãe a ajudou nas atividades domésticas ao longo da gestação. Descreveu a assistência recebida do tio, irmãos e mãe, em diferentes momentos da gestação. Ressaltou a presença sensível do seu companheiro Carlos Roberto ao longo da gestação, a acompanhando e acalmado na sala de espera da USG, além de participar das decisões sobre Cadu.

Catarina teve três perdas gestacionais antes da gravidez de Cadu, todas de outro relacionamento. Na primeira gestação ela tinha 18 anos e perdeu o bebê com 16 semanas de gestação; na segunda ela tinha 21 anos e perdeu com 26 semanas; e na terceira perdeu com sete/oito semanas. Contou que essas perdas gestacionais lhe foram traumáticas e causaram o que ela denominou: “bastante ansiedade” e “começo de depressão pós-parto”. Relatou que nunca procurou “se tratar ou confirmar”, mas após a primeira perda passou “15 dias sem dormir”, chegando a precisar voltar a dormir na cama dos pais. Refere que quando estava superando uma perda, acontecia outra e voltavam os sentimentos anteriormente vivenciados.

Quando conheci Catarina ela estava com 12 semanas de gestação e realizava sua primeira USG no serviço. Foi a primeira gestante que convidei para participar da pesquisa e acompanhar as USGs até o final da gestação. A escolha por ela também foi incentivada pela médica *staff* que comentou que ela era “orientada” e “sabia contar a sua história”, isso porque, Catarina, ao ser questionada pela médica *staff* sobre as perdas gestacionais, contou detalhes dos abortos e natimorto¹⁶:

Após o exame, ela pergunta melhor a Catarina se o bebê morreu dentro ou teve sangramento. Catarina conta que em uma perda a gestação estava bem no começo e teve muito sangramento durante um dia. Em outro caso, ela entrou em trabalho de parto, e foi para o hospital e nasceu morto, e no último, com 26 semanas, ela novamente entrou em trabalho de parto, e o bebê nasceu vivo e faleceu minutos depois do nascimento. (Obs. 9)

Durante a observação eu não pensei muito sobre o motivo de escolher ela, apenas a convidei logo após o exame, com a presença do seu companheiro, que a aguardava na recepção por não poder acompanhar o exame. Eles, prontamente, aceitaram participar da pesquisa e ambos assinaram o TCLE, o pai ainda acrescentou: “conversar é sempre bom.” Hoje, após as

¹⁶ O ministério da saúde (2009, p.24) entende por natimorto ou óbito fetal quando “ocorre a morte do produto da gestação antes da expulsão ou depois da sua extração completa do corpo materno, independentemente da duração da gravidez. Indica o óbito o fato de, depois da separação, o feto não respirar nem dar nenhum outro sinal de vida como batimentos do coração, pulsações do cordão umbilical ou movimentos efetivos dos músculos de contração voluntária”.

reflexões em supervisão e releitura das observações, compreendo que talvez a escuta das três perdas tenha me afetado e suscitado o desejo de poder escutá-la e ofertar algum *holding* diante do possivelmente pouco eficaz ofertado no ambiente da sala de USG.

Além disso, essa primeira observação foi repleta de falas das residentes, na ausência da médica *staff*, sobre condutas e erros médicos, como se excluíssem a presença de Catarina e as possíveis reverberações daquelas conversas para ela. Curiosamente, Catarina foi a única das gestantes acompanhadas na segunda etapa, que a médica *staff* sugeriu que eu convidasse para participar.

Observei apenas duas ultrassonografias de Catarina (a morfológica do primeiro e do segundo trimestre). A última USG pré-natal de rotina foi antecipada e realizada com 34 semanas, quando ela foi para a emergência do hospital devido ao início de contrações e sangramento em casa, por isso não conseguiu me avisar a tempo. Após essa USG, por segurança, a equipe decidiu interná-la na enfermaria para tentar inibir o trabalho de parto e para maior vigilância do caso. Nesse sentido, a entrevista precisou ser adaptada e realizada na enfermaria do hospital devido ao risco do nascimento e às dificuldades para fazer a entrevista após o parto. No mesmo local da entrevista, a enfermaria, estavam presentes o marido de Catarina, que encontrava-se dormindo numa das camas da enfermaria, e outra paciente internada, que se ausentou durante a entrevista para realizar exames.

Além dessas três USGs no serviço público, Catarina realizou três outras em clínicas particulares na sua cidade. As duas primeiras foram particulares e realizadas antes de Catarina começar o acompanhamento no hospital da pesquisa. A terceira realizada, por escolha dela, porque se aproximava das 26 semanas, data em que teve uma perda gestacional anterior. Nessa última, ela referiu que passou muito mal e chegou a vomitar inúmeras vezes pela ansiedade e decidiu fazer a USG particular para saber se Cadu estava bem.

Catarina contou que tinha desistido de engravidar após as perdas gestacionais, mas começou o novo relacionamento com o pai de Cadu e como ele queria muito ter um filho e ela também tinha desejo, ela resolveu parar o anticoncepcional. Após a descoberta da gravidez de Cadu, Catarina relatou ter ficado assustada e com medo; apesar disso, se movimentou na procura por médicos e serviços de saúde que lhe ofertassem a assistência adequada ao caso.

O primeiro médico particular, próximo à cidade que reside, lhe deixou muito triste após a consulta e devolveu o dinheiro afirmando não ter podido fazer nada por ela:

(...) Ele perguntou, assim... se foi planejado e tal, eu disse que não. Ele disse: 'essas coisas a gente, quando vai fazer tem que se planejar e ainda mais você que teve essas perdas, muito provavelmente vai perder de novo'. (...) Não me deu indicação, nada, assim, sabe, o que me deixou atordoada. É tanto que eu saí do consultório dele e

chorei tanto, chorei tanto, porque eu fui atrás de alguém que me ajudasse, né?! Que me desse uma luz. (Entrevista)

Após esse acontecimento, Catarina conversou com o tio e Carlos e eles decidiram se esforçar financeiramente. Procurou outro médico particular da sua cidade, que fez exames, descartou a possibilidade de ser trombofilia e diagnosticou Catarina com provável “incompetência istmo-cervical”, mas pelo alto custo da cerclagem no serviço particular, ele a encaminhou para um hospital público em Recife, local onde a pesquisa foi realizada. Catarina fala que insistiu muito com a prefeitura da cidade que reside para conseguir a vaga no hospital em Recife. Ainda que tivesse com encaminhamento médico com data limite para cerclagem, precisou lutar para conseguir sua vaga a tempo de realizar esse procedimento. Seu relato aponta uma sobreposição de traumas e a capacidade de resiliência em se manter firme, ainda que com dificuldades.

As perdas gestacionais anteriores reverberaram na vivência da gestação de Cadu; Catarina relatou intenso sofrimento quando o período gestacional de Cadu se aproximava das datas das perdas anteriores:

Não conseguia mais comer, eu vomitava o dia inteiro, pela ansiedade de chegar nas 16 semanas”. “(...) foi chegando perto das 26 semanas e eu comecei a sofrer (risos). (...) de uma ansiedade tão grande, que eu precisei ir duas vezes para o hospital sabe? Teve um dia que eu cheguei a vomitar 15 vezes no dia. (Entrevista)

Durante a entrevista, ressaltou que Carlos sempre a acompanhava nas consultas e se fazia presente nos momentos de intensa ansiedade, sugerindo ser uma boa rede de suporte para ela. Ainda assim, o fantasma da morte parecia atormentar Catarina. No entanto, ela também parecia perceber os sinais da vida sendo gerada em seu ventre. O momento da escolha do nome evidenciou a sua busca por afastar o fantasma da morte. Seu companheiro queria colocar o nome do irmão dele que faleceu de uma forma trágica e Catarina argumentou: “*A gente está planejando ter uma vida nova, que tá vindo, é um ser inocente, um ser né? (...) eu não queria que viesse esse peso para vida do meu filho, que é um inocente ainda e aí ele aceitou*”.

É importante notar como o significante da vida se fez mais forte frente à morte, nesse momento. Catarina conseguiu argumentar com Carlos Roberto, e ele concordou em colocar o seu nome Carlos e o segundo nome Eduardo, escolhido por ela. A descoberta do sexo também marcou a diferença de Cadu em relação às outras perdas gestacionais, pois foi uma surpresa para Catarina: “*Eu fiquei feliz e bem surpresa. Porque eu achava que iria ser menina, é. Por conta das minhas outras perdas que foram de menina antes, era menina as outras vezes...*”

Os sentimentos ambivalentes pareciam se intensificar no momento da USG; Catarina relatou que de todas as vezes que ia para alguma consulta no hospital “os ultrassons eram o que me deixavam mais nervosa”. Acrescenta:

Acho que o medo de ter, sabe, de ter alguma coisa de errado. Porque eu já sabia que eu tinha a incompetência no útero e tal. Mas aí eu queria saber dele, como é que ele iria tá e tal, e aí eu ficava muito nervosa. Eu não sei se tu percebeu algumas vezes que tu estava lá, mas minha perna tremia, eu não conseguia... Às vezes eu tinha vontade de perguntar as coisas, mas eu não conseguia, de tão nervosa que eu ficava. Esperando que me dissessem assim, “oh, está tudo bem”, enquanto não me dissessem isso, eu não conseguia relaxar. (Entrevista)

Percebemos que a marca do significante “incompetência” era outro fantasma que assombrava a maternidade; mais do que um diagnóstico, esse termo foi interpretado como algo pessoal, quase que uma incompetência em gerar. Se, por um lado, fazer o exame USG despertava muito medo, ao final da USG ela sentia menos medo:

(...)a ultrassom ajudou a ter menos medo. Eu ficava muito nervosa em ir fazer a ultrassom, com medo de ter alguma coisa errada. Só que depois que eu saía da ultrassom eu sentia um alívio muito grande. Por ter visto que estava tudo bem e deixar mais tranquila de voltar para casa sabendo que estava tudo certo, entendesse? Porque eu acredito que se não tivesse a ultrassom, eu ia ficar com aquele medo sempre: Será que tá tudo bem? Será que tá tudo certo? (...) depois que ela dizia, tá tudo bem, era como se tirasse um caminhão de cima de mim. (Entrevista)

Percebemos o poder que a máquina de USG assumiu para Catarina de revelar um saber sobre o bebê, ao passo que o saber da mãe, sua percepção intuitiva do corpo e do bebê mexendo, como também, o saber do sonar e do exame clínico não pareciam ter o mesmo grau de importância que a USG. Essa hierarquia de saberes, com a USG em primeiro lugar, parecia impactar na construção, autorizando a vinculação com o bebê e as percepções sobre sua presença dentro de si. Talvez para ela a USG tenha possibilitado que as antecipações psíquicas e o bebê imaginário aos poucos fossem ganhando espaço na sua mente.

(...) E o fato das perdas que eu já tinha era como se eu não quisesse me apegar. Eu sentia isso, que era como se eu não quisesse me apegar. É tanto que eu não falei para ninguém que estava grávida, passei um tempo bom ainda pra contar. (...) E aí, depois que eu comecei a ver a imagem dele lá, tudo bonitinho. Aí a gente começa a se apegar, na verdade. Aí começa a sentir, começa a sentir mexer e tudo, e aí começa a ter

expectativa, né? E aí, depois que eu soube que era um menino. Pronto, (risos) comecei a imaginar como é que é iria ser, né? E a planejar o que é que eu iria fazer, como queria o quartinho dele, como é que eu queria as coisinhas dele e tal. Mas até nessa questão do já está apegado, já tá amando, você ama uma pessoa que você não conhece. Ainda assim, eu só consegui começar a comprar as coisinhas dele depois das 26 semanas enquanto não passou... (...) Mas ao mesmo tempo que a gente sente, eu acho que os traumas que a gente tem, deixa a pessoa meio receosa né?!” (Entrevista)

A projeção do rosto do bebê na tela pareceu ter o potencial de capturar a mãe e demais participantes da USG ao ponto de fazer as médicas se debruçarem e dedicar seu tempo para olhar o feto além das medições:

Quando eu entrei na sala, eu já disse que queria filmar, só que ela disse que não podia, mas quando foi no final, que ela mostrou o rostinho dele, lá bem bonitinho, aí ela colocou na tela lá grande e deixou eu tirar foto, não podia filmar, mas ela deixou eu tirar foto pra guardar (risos). (Entrevista)

Ademais, parece que a imagem do feto/bebê possibilitou o início da entrada dele na família mais ampla:

(...) eu mandei no grupo, que a gente tem um grupo com a minha mãe e meus irmãos e aí eu mandei para todo mundo ver de uma vez só, que todo mundo está ansioso que queria ver (...). E Carlos Roberto pediu para eu mandar para ele e saiu espalhando para todo mundo (risos). A foto do menino. (Entrevista)

Percebemos que talvez Catarina sinalizasse uma abertura para o processo de subjetivação do filho, não o percebendo como extensão dela ou o feto da medição das médicas, mas como um bebê, um “menino”. A circulação da imagem de Cadu no grupo familiar parece sinalizar um desejo da família em conhecer o novo integrante a partir da imagem projetada na tela. No entanto, refletimos que apesar do desejo de “mostrar o filho para o mundo”, Carlos precisou se contentar com os relatos de Catarina sobre as USGs, com as poucas fotos que ela podia registrar de Cadu e ser apoio para ela na sala de espera, enquanto seu futuro filho era projetado na tela da USG.

Catarina ressaltou como sentiu a ausência do companheiro na sala de USG devido ao protocolo da Covid-19:

Porque, querendo ou não, você quer alguém lá do seu lado, passa uma segurança a mais para você, né? E aí, eu fiquei mais nervosa do que já tava. Mas depois a gente

já sabia que não podia entrar mesmo. Carlos ficava tentando me acalmar lá fora, para poder quando fosse minha vez, tentar ficar um pouco mais tranquila. (Entrevista)

Por outro lado, contou que na USG realizada na clínica particular da sua cidade o pai pôde enfim participar: *“eu fiz uma particular lá onde eu moro. E aí ele entrou comigo. Porque como era particular, o médico libera, deixa entrar. (...) Aí nessa o médico mostrar a ele, os órgãozinhos dele, tudo lá, bem bonitinho. Aí ele viu diretamente lá na ultrassom, né?. (Entrevista)*

Catarina também relatou outras diferenças entre a clínica pública e a privada:

Porque lá você vai (se referindo ao particular), e aí eu quero fazer um ultrassom e o médico vai e faz um ultrassom. E aqui não (no público), quando a gente chega, acho que pelo fato deles já saberem de tudo, é uma outra visão, mais aprofundada, mais... né?! Pelos ultrassons, eu prefiro as daqui entendesse? (Entrevista)

Por outro lado, se queixou do excesso de estudantes na rede pública:

Eu acho que o fato de ter tanta gente assim junto no local, deixa a pessoa um pouquinho... Além de constrangida da situação, né? A gente precisa fazer endovaginal, e está lá, aquele tanto de gente na sua frente, que a gente já fica bem constrangida, né?. (Entrevista)

Refletimos sobre esse constrangimento, se seria algo naturalizado pela instituição ou uma ausência de percepção dos incômodos da gestante. Catarina contou como cada USG lhe afetou de maneira diferente: a primeira USG foi particular e realizada na sua cidade. Disse ter ficado nervosa por ter descoberto um início de descolamento da placenta:

A primeira que eu fiz, eu fui pouquinho tranquila, mas aí eu descobri que estava com descolamento e quando eu fui 15 dias depois para fazer, vê se tinha colado ou não, eu quase não consigo fazer a ultrassom. Porque eu tive uma crise de ansiedade lá no consultório do médico, queria vir embora, porque eu não queria ver, eu não queria saber se tinha colado ou se não tinha colado, de tanto medo que eu tava sentindo de não ter colado sabe?! De alguma coisa ter acontecido. E aí Carlos tava comigo e aí gente saiu pra fora, caminhou um pouquinho na rua. Eu pedi a ele que caminhasse um pouquinho comigo na pracinha que tinha em frente ao consultório. Para mim poder tentar me acalmar um pouco, porque já estava chegando a minha vez e eu não conseguia parar de tremer. Vontade de chorar, eu tava desesperada, de tanto medo

de deitar lá e o médico dizer que tinha alguma coisa de errado, que não tinha colado ao que alguma coisa tinha acontecido. (Entrevista)

Após essas duas USG particulares, realizou a morfológica do primeiro e segundo trimestres no serviço público em que a pesquisa foi realizada:

E aí nessa eu vim bem aflita porque iria ver direitinho, realmente o que tinha, o que não tinha, como é que ele estava e tal, não sei o quê. E aí, dessa daí eu fiquei bem apreensiva, mas aí depois que eu fiz essa daí, que vi realmente que estava tudo bem, eu me tranquilizei, meu coração acalmou. Eu sempre ficava nervosa, em todas, mas depois que eu fiz, essa primeira morfológica, eu acho que eu fiquei mais tranquila. Porque ela disse que era tudo perfeitinho nele. (...) E aí, depois dessa, teve a das 25 semanas, que aí precisava ver tudo de novo, né? Se realmente tava como era pra tá, acho essas duas eu fiquei bastante nervosa. (Entrevista)

Essas duas USGs foram observadas por mim e discutidas em supervisão. Na primeira, observei uma certa invisibilidade da mãe e do bebê por parte das residentes, na ausência da médica *staff*. Elas conversavam sobre amenidades e conteúdos ligados aos seus interesses pessoais, talvez sem querer descobrir mais sobre a vida e história de Catarina, Carlos e Cadu. As poucas palavras dirigidas a Catarina eram para afirmar que “seu bebê está bem”, o que pareceu proporcionar certo conforto emocional para ela.

Outro ponto que chamou nossa atenção foi uma possível “mostração” de Cadu, no sentido, de “se mostrar”, “se fazer presente”, então percebido para além da medição e protocolos, captado na atenção e nos olhares. Na primeira USG, Cadu tentou aparecer:

O bebê parecia se mexer muito, passava a sensação de ter muito espaço ali no útero, era como se seus pés estivessem empurrando a bolsa/útero para se esticar. Era possível ver todo o formato do corpo, mas não os detalhes do rostinho. A mãe ficava olhando para a tela, não sei se ficava também envolvida nos papos das residentes ou se estava imersa no mundo do seu bebê. (Obs. 9)

Na segunda USG morfológica, Cadu apareceu ainda mais; foi possível observar que o campo intersubjetivo da sala de USG parecia se contagiar com a presença da vida fetal:

A residente captura duas imagens 3D do bebê bem bonitas, o outro residente presente elogia: ‘arrasou, ficou ótima’. Uma foto tinha a mão do bebê aberta com os dedinhos e na outra imagem a mão não aparecia. Catarina pergunta se vai sair no laudo a foto, e a residente diz que ela vai poder tirar foto e pergunta como é nome do bebê e

a mãe fala “Carlos Eduardo”. Então a residente escreve ao lado da imagem o nome dele. A boquinha de Cadu estava fechada e parecia um queixinho mais para dentro. A mãe enquanto tirava a foto perguntou bem baixinho: “com quem você parece meu filho?” A residente fala: “não diz lá fora que você ganhou uma 3D não, visse?!” e ressalta que tem muito exame no dia. Catarina responde: ‘não vou falar, vou guardar segredo. (Obs.15)

Nesse mesmo exame, refeito pela médica *staff*, Cadu, novamente, se mostrou:

A médica staff captura uma imagem de Cadu e comenta: ‘é sério ele’. A mãe ri e diz: ‘esse nariz não é meu’. A médica staff responde: ‘mas é o dele’, e brinca que vai criar um software de nariz, para melhorar o nariz e as mães não ficarem preocupadas. Refere que todas falam essas coisas e se preocupam com isso. E explica para mãe que não é bem assim o nariz, que a imagem aumenta e que o líquido também. E reforça não é o seu, mas é o dele. Ao mesmo tento que achei meio indelicada essa fala, também senti que ela marcou uma diferença. (...)A residente olha para imagem em 3D e comenta que a foto ficou bonita e diz: ‘Esse menino é fotogênico’. Fique refletindo que ele pareceu não “se esconder” como outros bebês. Será que ele quis se mostrar para todos na sala e, principalmente, para a mamãe, para dizer que estava tudo bem. (Obs.15)

Em supervisão, refletimos que Cadu pôde cativar a todos na sala, que olhares e um nome foram direcionados a ele. Refletimos sobre as elocubrações acerca do nariz de Cadu, pensamos que a mãe poderia estar criando alteridade para o bebê e talvez a médica não tivesse dado espaço para a mãe se perguntar sobre a origem do nariz. Questionamos os possíveis desdobramentos dessa quebra no processo de filiação e inserção de Cadu na cadeia familiar. Ao mesmo tempo, pensamos que talvez a médica tenha tentado proteger o bebê de certa intrusão da mãe ou projetasse algum elemento seu na mãe e bebê.

Refletimos sobre a possível dificuldade de as médicas não conseguirem lidar com o não saber e quererem dar respostas, também se blindando para não receber o que vinha da mãe; como a ideia da *staff* de fazer um *software* que projeta perfeitamente a imagem do bebê. Será que ela buscava responder às suas próprias inquietações, anulando o vislumbre psíquico desse bebê imaginado a partir dos jogos de sombras e feixes de luz? Isso também pôde ser visto no momento que a residente respondeu Catarina, após ela falar das perdas gestacionais e que estava muito nervosa: “agora você está amarrada”, se referindo à cerclagem. Parecia difícil para as médicas escutarem sobre os medos e as perdas da paciente, como se precisassem tamponar e

dar soluções às angústias. Foi interessante também observar que apesar de imagens mais claras, em 3D, esse refinamento não impediu que o bebê imaginário se mostrasse nas projeções percebidas no campo intersubjetivo.

Na última USG, quando Catarina precisou ser internada por um sangramento, relatou se sentir mais tranquila por “esclarecer” (tornar mais claro, menos nebuloso), apesar de sentir que o bebê mexia:

(...) eu cheguei com um pouquinho de sangramento e tal. E eu queria saber o que estava acontecendo. Mas assim, em relação a ele, como eu estava sentindo ele mexer direitinho e tal, eu fiquei tranquila, não senti o nervoso que eu senti das outras, sabe? (...) Acho que o fato de tá pertinho já, também dele nascer me deixou mais tranquilo, um pouquinho. (Entrevista)

Catarina relatou que nessa última USG ela não conseguiu entender bem as imagens por causa do tamanho maior dele. Por outro lado, ela parecia ter se apropriado do saber sobre seu corpo e de sentir Cadu se movimentar, o que parece ter lhe possibilitado maior tranquilidade no final da gestação. Para ela, a vivência das USGs parecia misturar diferentes bebês em mente: o bebê idealizado x o bebê do ultrassom x o bebê real

Mulher, eu já criei tanta imagem na minha cabeça. Eu acredito que ele vai ser sim um pouquinho parecido com Carlos, pela fotinha lá, da ultrassom. (...) Ou se é coisa da minha cabeça, mas não sei. (...) Eu fiquei imaginando mais de um jeito depois do ultrassom, porque eu criei expectativa em cima daquela foto que eu vi. Mas só Deus sabe como é que vai ser. Porque a pessoa, tem uma noçãozinha de como ele é lá dentro, mas na verdade quando ele sair a gente não sabe, porque já mudou bastante, né? Ele vai tá mais gordinho, mais grandinho. Eu acredito que muda muita coisa, né?. (Entrevista)

Catarina relatou que, nem sempre existia uma linguagem em comum entre médicas e pais; ela se sentia excluída da conversa entre essas sobre seu bebê por não entender o que era dito: “Aí ela (a médica) ficou fazendo e falando para outra que tava lá, mas tem códigos que a gente não entende, não é? Muito código e aí eu não perguntei mais nada, não”. Ela também sentia que, nem sempre, pareciam estar de fato presente durante a USG:

(...) a que estava fazendo a ultrassom, ficava falando o que tava vendo pra doutora ir anotando, mas a doutora estava em outro mundo. Aí a outra que estava lá do lado levantou e foi anotar o que a menina estava dizendo, mas ela já tinha falado algumas

coisas que ainda não tinham sido anotado, entendeu? Uma falta de atenção, na verdade” (Entrevista).

Parece que Catarina sentiu a desatenção da médica para consigo e com seu bebê, como se ela tivesse sido excluída e esquecida. Acrescentou que muitas vezes não se lembrava de perguntar, como que se excluindo:

Eu acho que a gente fica nervosa, às vezes, não consegue perguntar. Elas deviam ir falando: ‘Olha, ele tá medindo assim, tá pesando tanto, a posição que ele tá...’ (...)tem muita gente que não pergunta por vergonha, outros não perguntam porque ficam nervosas demais, igual a mim (risos).

Refletimos que talvez o nervosismo de Catarina tivesse relação com a emoção de olhar as imagens de Cadu, o medo dos possíveis diagnósticos descobertos pelas médicas e o ambiente com pouca abertura para interação.

Ao longo da entrevista de Catarina e das observações das USGs de Cadu, refletimos que ausência do pai foi sentida de forma significativa por ela e, possivelmente, por Carlos Roberto. Ainda assim, ele buscou se fazer presente de outras formas, para ser o suporte emocional de Catarina. Observamos também um medo intenso em Catarina de possíveis resultados da USG; o que, muitas vezes, parecia paralisar a sua livre expressão. Ressaltamos que talvez o ambiente que priorizava a linguagem técnica e o ensino, com pouco espaço para trocas intersubjetivas, tenha contribuído pouco nas antecipações em torno de Cadu.

No entanto, consideramos que, a despeito desse ambiente nem sempre facilitador, Catarina se mostrou resiliente e insistiu na aposta da vida de Cadu, apesar dos traumas e perdas anteriores, e talvez a confirmação das médicas do bom desenvolvimento fetal tenha colaborado para esse processo. Cadu também pareceu querer “se mostrar” para a mãe (e a família), não se escondia nos exames, mostrava que estava ali, vivo dentro dela. Por fim, cogitamos que talvez a boa rede de apoio relatada por Catarina possa ter facilitado a sua construção da parentalidade e, possivelmente, a de Carlos Roberto.

3.2.3 “A emoção é em dobro”: Eliana, Elias, Eloina e Elodia

Filhos são frutos,
filhos são parte do nosso caminho,
filhos são flores e são espinho,
filhos são nós, e nós que atam e desatam.

Filhos são nossa parte, fazendo arte,

filhos são doces pimentas do ser,
 filhos são nosso prêmio e pranto,
 filhos são surpresas,
 em cada canto.
 (Fernando Ferro - Filhos)

Eliana tem 30 anos, é católica e tem uma união estável com Elias, pai de suas filhas. Declarou-se branca, tem segundo grau completo e curso técnico em Enfermagem. Reside com seu companheiro no interior de Pernambuco, em média cinco horas de distância de Recife; trabalha como técnica de enfermagem em um hospital da sua cidade.

Eliane contou na entrevista que a gravidez foi planejada, mas teve um grande susto ao descobrir que era gemelar, logo na sua primeira gestação. Descobriu que eram gêmeos quando foi fazer um exame de USG pré-natal em sua cidade porque estava sentindo cólicas e queria saber se o bebê estava bem. Relatou que quando descobriu: *“foi um susto, um susto muito grande, porém depois de alguns dias eu já me senti feliz”*. Conta que em todo momento sua maior preocupação era como cuidar sozinha de dois bebês, visto que sua rede de apoio é bem pequena, apenas tem o suporte de uma prima. O pai das gêmeas ficou bastante feliz, pois sempre quis ter gêmeos.

Na primeira USG a médica *staff*, ao refazer o exame da residente, perguntou mais sobre a história de Eliane e da gravidez:

A médica staff perguntou se era o primeiro filho, a mãe diz que sim, e diz que já acha que não vai querer outro, e se queixa: ‘imagina se vier dois de novo?!’ A médica diz que já viu casos assim, mas fala para a mãe esperar nascer, para depois dizer se realmente não vai querer. A mãe fala: ‘o pai parece ter feito promessa para serem dois. Desde que liberei para engravidar, o pai dizia que seriam gêmeos, e depois que descobri que estava grávida ele voltou a insistir que seriam dois com certeza’. A paciente fala que se assustou quando descobriu na primeira USG que seriam dois. A residente fala: ‘ele não quer adivinhar o número da megasena para eu ganhar não?!’ ‘A mãe diz: ‘pois é, eu falei para ele me dizer porque eu teria um monte de babá.’ Alguém fala: ‘é a força do pensamento’. A médica staff pergunta se tem caso na família, a paciente diz que tem na do marido. (...)A mãe se queixa do trabalho que vai ser, dizendo que “é bonito ver gêmeos nos outros, mas não consigo (Obs. 10).

Esses aspectos suscitaram na observadora o desejo de conhecer mais sobre a experiência da parentalidade gemelar e a dupla vida fetal. Soma-se a isso a contraposição com as outras pacientes escolhidas que sofreram perdas fetais, enquanto Eliane era “super fértil”. Na entrevista, ela falou que o sonho da vida do seu marido era ser pai de gêmeos: *“mulher, desde*

que eu estava grávida, ele disse que o sonho dele era ser pai de gêmeos, que iria ser pai de gêmeos, de gêmeos... e disse que pediu a Deus. E veio minhas meninas!” (Entrevista)

Diferentemente dos outros dois casos, em que as gestantes demonstraram um maior desejo de participar da pesquisa, ressaltando que seria bom para elas, Eliane aceitou participar, mas frisou ser tímida e que não saberia falar, o que me pareceu diferente do que eu tinha observado na USG. Nesse primeiro contato, ela estava acompanhada da prima, não sendo possível convidar também o marido. Assim, apesar de Eliane despertar curiosidade em mim e o desejo de escutar sua história, desde o começo parecia existir algo confuso para mim sobre o seu desejo de participar da pesquisa.

Ao total, foram realizadas cinco observações de ultrassons pré-natais de Eliane e suas bebês; além dessas, ela realizou duas USGs em uma clínica particular próxima à sua cidade. Uma USG no início da gravidez, em que descobriu a gestação gemelar, e a outra para tentar uma imagem 3D das gêmeas. Na última USG observada por mim, descobriram diminuição no líquido amniótico de uma das bebês, o que resultou em uma cesariana antecipada, alguns dias depois do exame. Durante esse período de espera para a decisão da conduta médica, procurei ficar em contato com Eliane e encontrar um horário oportuno para realizarmos a entrevista, mas acontecia algum imprevisto com ela ou ela não tinha horário disponível. Senti certa resistência, imaginei que também podia ter relação com os sentimentos envolvidos pela antecipação da cesárea e a saúde de suas filhas. Uma de suas respostas para as minhas tentativas de realizar a entrevista foi em forma de questionamento: *“não pode ser depois do nascimento?”*. Respondi que até poderíamos tentar depois, mas que talvez fosse difícil ela ter tempo disponível com as duas bebês para cuidar. Busquei ter tato nesse momento delicado, ser mais acolhedora, respeitar seu tempo e ser menos incisiva nos convites.

Após o nascimento das filhas, mantivemos pouco de contato; ela me disse que *“quando as coisas se acalmassem”* entraria em contato comigo. Respeitei o momento vivenciado por ela e evitei invadir o período delicado do puerpério. Questionei-me se ela não gostaria de participar mais da pesquisa, mas o fato dela não ter dito nenhum *“não”* e sempre dizer: *“as coisas estão corridas”*, *“não esqueci de você”*, *“quando as coisas melhorarem eu falo com você”*, me fizeram resistir a essa ideia.

Após quase sete meses de espera, percebi que sentia falta de um fechamento do caso de Eliane, a gestante das quais mais observei ultrassonografias e que tinha tantas questões em aberto. Além disso, escrever sobre o caso, apenas com as minhas observações, sem sua fala direta, me causava a sensação de roubar seu protagonismo na pesquisa. Justamente quando minhas observações mostraram que a fala dessas gestantes no exame de USG era pouco valorizada, não a escutar talvez fosse perpetuar essa sensação em mim.

Para minha surpresa, Eliane respondeu meu contato dizendo: “*pensei em você esta semana*”. Explicou-me que como sua rede de apoio era pequena, ela estava cuidando sozinha das filhas e quando elas dormissem, me mandaria mensagem. Alguns dias depois, me disse que estava com dificuldades de ter um horário livre e perguntou se não poderíamos fazer por áudio/mensagem pelo Whatsapp. Apesar de entender todas as limitações desse formato, resolvi aceitá-lo, pois sentia que ainda que fosse um formato “partido”, menos livre, era uma forma de escutar seus sentimentos acerca das USGs.

Durante as conversas com Eliane, ela parecia evitar falar da sua família; quando eu perguntava, dizia apenas que a sogra não poderia ajudar pela idade. Busquei outros caminhos e perguntei como foi sua infância; nesse momento, ela apenas respondeu: “*a história é longa*”. Respondi que caso ela não se incomodasse em falar, seria bom escutá-la. Ela me respondeu que não tinha problema, que falaria, mas ficou em silêncio. Após alguns dias, Eliane voltou a falar e contou apenas que foi criada pela tia e pelo o pai. Vivia em uma cidade pequena: “*uma infância com pouca riqueza, mas feliz, hoje vejo isso, mas quando era criança achava horrível minha vida*” (Entrevista). Não aprofundou os motivos de se sentir assim, apenas disse: “*hoje, com 31 anos, vejo que nada é como a gente quer*”. Afirmou que atualmente tinha apenas ajuda da prima e do marido; perguntei sobre a prima: “*minha prima é tudo pra mim, é como se fosse uma mãe mesmo*” (Entrevista). Parecia que Eliane buscava uma mãe diante da ausência da sua própria.

Diferente de outros momentos em que Eliana priorizava me responder por áudio, da última vez ela escreveu. Apesar da dificuldade de compreender o manejo/tato adequado frente às falas entrecortadas via WhatsApp – que generosamente chamamos de entrevista – entendi que não caberia insistir nessas questões – ela falaria o que lhe fosse possível – aceitei esse vislumbre de Eliane, assim como foi desafiador lidar com as imagens esfumaçadas no início das observações.

Eliane contou na entrevista como estava sendo sua rotina com as bebês e a dificuldade de rede de apoio:

Minha família mora na mesma cidade que eu, só que a minha casa para a casa deles é um pouquinho distante, tipo 20 minutos, aí acha longe para vim ajudar, família né?! Família... E minha sogra é idosa, ela não tem a disponibilidade de ficar com as meninas, porque as meninas têm muita energia, então ela não consegue ficar, então ela não vem, aí eu fico só com as meninas de manhã. (...) Aí durante a manhã eu fico com elas sozinhas, a tarde minha sobrinha vem brincar com elas e a noite meu marido está em casa, e ele me ajuda, a noite e a madrugada. (Entrevista)

Percebemos que essa preocupação com sua rede de apoio se repetiu ao longo da USGs; parece que Eliane antecipava o trabalho e a sua solidão no cuidado com as filhas. Esse mesmo sentimento parecia perpassar a pesquisadora e as médicas:

A residente se queixa de um dos fetos se mexer muito e não ajudar. Na minha percepção era como se ele tivesse se virado de costas para a residente. Ela demorou bastante tentando fazer todas as medições e durante muito tempo, o silêncio fazia parte do exame. Achei bem perceptível a maneira como os bebês mexiam as mãos, por enxergar o corpo todo, era possível ver como as mãos se movimentavam, me passando uma sensação maior ainda de movimento. Após o fim da USG, elas mediram a pressão da paciente e comentaram que tinham que medir para a médica staff, que não estava presente, não reclamar com elas. (Obs. 10)

Conheci Eliane na USG morfológica do primeiro trimestre, quando ela estava com 11 semanas. Chamou minha atenção Eliane ser mais comunicativa que outras gestantes e as bebês se movimentarem bastante, como descrito na observação anterior.

Durante a entrevista, Eliane contou que a USG era sentida por ela com algo bom:

O momento da ultrassom sempre foi especial, pois era de lá que eu saía com o coração mais feliz em saber que os bebês estavam bem e que estavam crescendo tudo direitinho, sem alteração, sem nada de anormal. (...) quando fazia a ultrassom, que auscultava os batimentos dos coraçãozinhos delas, ali era uma emoção muito grande, eu não sei nem descrever. (Entrevista)

No entanto, relatou que essa primeira USG e a última lhe causaram mais ansiedade:

Eu só fiquei aperreada na primeira ultrassom que eu fiz, eu não sei se tu tava nessa... porque quando eu terminei de fazer a ultrassom, a menina, foi a... a residente, ela disse: 'eu vou aferir sua pressão'. Aí eu entendi ela dizendo assim: 'antes que ela morra logo'. Aí a primeiro ultrassom, é a que descarta se o bebê tem síndrome, alguma anomalia, aí pronto... quando ela disse isso, eu saí para fora morrendo de medo, quase chorando... só que aí quando a médica chegou e olhou de novo, aí ela disse que estava tudo bem, aí eu não entendi. Aí só foi nessa que eu fiquei assim. (Entrevista)

Após essa entrevista, reli as minhas observações dessa USG e me lembrei que as residentes falaram “antes que ela morra”, se referindo ao fato da médica *staff* se irritar com as residentes, caso elas não tivessem aferido a pressão de Eliane, algo que fazia parte do exame morfológico do primeiro trimestre. No entanto, Eliane não sabia dessa informação e interpretou

essa fala a partir das suas questões pessoais. Observamos que além dos termos/nomenclaturas usuais entre os médicos, que, frequentemente, excluem a gestante do discurso médico e ignoram o seu não saber científico. Há também as piadas e conversas íntimas que só são compreendidas por quem convive nesse ambiente. Parece existir pouco cuidado com os reflexos e possíveis interpretações dessas falas na/para a mãe, além do suposto pouco interesse sobre a importância do exame de USG para cada gestante.

Na segunda USG morfológica, quando Eliane estava com 23 semanas, observamos que talvez as médicas de certa forma “reproduziam” o trabalho de cuidar de duas bebês, ao medir durante a USG:

No início do exame a residente comenta: ‘calma, deixa eu me achar aqui’, fala que ambos estão transversos e se queixa que eles estavam se mexendo muito. As médicas nomeiam os bebês de feto 1 ou A e feto 2 ou B, alternando essas denominações. A mãe fala: ‘o de baixo se mexe mais que o de cima’, mas a residente brinca que o de cima estava pior no exame. (Obs. 14)

Chama atenção que, assim como no primeira USG morfológica, as bebês se movimentavam bastante e aproveitam o espaço livre que ainda tinham no útero. Em outros momentos, Eliane parece tentar deixar de lado a preocupação sobre o trabalho que teria para protegê-las das falas/projeções médicas:

(...) a residente, vez por outra, se queixava que os bebês estavam se mexendo muito, não ajudando ela. A mãe responde: ‘eles não estão a fim’ rindo, e a residente rebate: ‘eles não têm que querer não!’. A mãe ri e diz algo do tipo: ‘é bom que eles aprendem desde a barriga que não tem que querer, tem que obedecer. (Obs. 14)

A médica *staff* refez esse exame da residente e pareceu possibilitar certo espaço de simbolização para a mãe e abertura para o processo de filiação:

A médica staff mexe na barriga da mãe, que diz: “ai!”, como que tivesse levado um susto. A médica staff diz: “um terremotozinho dentro para ver se eles ajudam e viram”. (...) Em outro momento a mãe pergunta: “ultrassom de gêmeos é mais complicada né?!”. A médica staff diz: “é porque são dois dividindo o mesmo espaço”. (Obs. 14)

Em todos os momentos dessa USG as bebês mostraram que estavam presentes, com toda a agitação:

A médica staff segue comentando de como elas estão se mexendo e que um se virou e agora os bebês estão de frente um para outro e acrescenta: ‘Eles tão namorando, olhando um para o outro’. A imagem nesse momento foca na cabeça dos dois (sem mostrar os membros) uma de frente para outra. A mãe pergunta: ‘é a cabeça dos dois?’ Ela confirma. Um pouco depois a médica fala: me ajude, rapaz!’ Se referindo ao bebê 1 que se mexia muito. Então o residente achou que era com ele, e se levantou em direção à barriga da gestante, perguntando o que era para ele fazer. Todos riem na sala, e a médica diz que estava falando com o bebê (...). (Obs. 14)

Percebemos que essa médica se permitiu conversar com a mãe e encontrou um lugar de subjetivação para além das medições. Ademais, em outro momento, a médica *staff* conseguiu auxiliar a mãe frente aos medos e antecipações acerca das bebês:

Um pouco depois a mãe diz: ‘eles são bonzinhos’, de maneira irônica. A médica staff parece não entender e pergunta: ‘como assim?’. A mãe brinca dizendo: ‘desse jeito já mostra que eles não vão parar quieto’. A médica staff brinca e diz: ‘e você já viu criança parada? Criança com saúde, não para mesmo’. E a mãe concorda (Obs. 14)

Percebemos que a equipe tanto pareceu querer disciplinar a mãe e os bebês, como em outros momentos pôde auxiliar a mãe a resignificar seus anseios. Refletimos também que Eliane, em alguns momentos, parecia projetar seus sentimentos nas bebês:

Diante de algumas queixas deles se movimentarem, a mãe diz: ‘eles estão assustados’. A médica staff diz algo do tipo: ‘com o que? se está tudo maravilhoso aí dentro, nem precisam se preocupar com o mundo aqui fora’. A mãe diz: ‘eles estão preocupados com o preço das fraldas. (Obs. 14)

Ademais, nessa USG, descobriram que as bebês era meninas, mas disseram apenas para a acompanhante, para a mãe poder fazer o chá-revelação desejado. Eliane, durante a entrevista, contou que após descobrirem que eram meninas no chá-revelação houve uma dificuldade em decidirem os nomes das bebês:

A decisão dos nomes delas foi... eu acho que uns cinco meses de discussão, porque tanto eu como o pai queríamos outros nomes, aí acabou que eu cedi. O pai delas não abria mão de Eloina, foi aí que escolhi Elodia. Mas eu queria outro nome, mas ele não entrou em acordo, então eu acabei cedendo. É tanto que no chá revelação, se fosse dois meninos já tinha um nome, agora duas meninas não tinham nome. Eu acho

que eu decidi, a gente decidiu, muito... já no oitavo mês, aí ele não abria mãe de Eloina, aí eu escolhi Elodia. (...) (Entrevista)

Em supervisão, refletimos que, apesar do processo de buscar uma diferenciação das gêmeas, com placentas diferentes, a mãe escolheu nomes semelhantes: uma parecia estar contida na outra, com um ELO (Eloina, Elodia) que se forma entre elas (Sup. 16).

Interessante ressaltar que, em alguns momentos dessa segunda USG, Eliane tentava “transgredir” as regras e não ceder facilmente aos “não pode” da equipe médica. Isso se repetiu em dois momentos: na insistência para a entrada do acompanhante, ainda que soubesse da restrição na USG anterior, e com a expressão do desejo de registrar uma foto das bebês:

No momento que a residente estava medindo o cerebelo e a parte ocular, um flash apareceu no celular da gestante, chamando a atenção de todos na sala. A mãe fala: ‘eita, o que foi isso?!’, como se não soubesse o que o celular fez. A residente fala que não pode filmar não, que pegaram ela no flagra. Ela ri e diz algo do tipo: ‘o celular tá aqui, nem estou mais mexendo’ e coloca ele do lado dela na maca. Percebo certo riso na sala, e a mãe então pergunta: ‘mas, não pode tirar foto não?’ Escuto a médica staff bem baixinho, talvez só eu tenha escuta porque minha cadeira estava próxima a dela, dizendo que podia. A residente fala ao mesmo tempo que se tivessem imagens boas, elas deixavam. Volto a sentir insatisfação com essa postura, e penso como seria diferente no particular, fiquei torcendo que elas capturassem imagens boas e lembrassem de permitir que ela tirasse (...). (Entrevista)

A terceira USG, realizada com 27 semanas, nos fez refletir que talvez Eliane estivesse começando a elaborar o susto inicial de ser mãe de duas: “*Em um momento a residente estava focando na barriga de uma bebê e aparece uma parte da cabeça, Eliane pergunta: “são as cabeças das duas?” A residente responde: “não, essa é a barriga, florzinha (Obs. 17).*” Apesar de parecer menos agitada, Eliane ainda demonstrava buscar conhecer suas bebês e se encontrar como mãe. Por outro lado, as médicas não pareciam auxiliá-la nesse processo e incluir as bebês como sujeitos em potencial; então as medições do feto tomaram conta da cena: “*A médica staff fica anotando e observando o exame da residente, ela olha a imagem da medição da barriga do feto e fala: “ficou linda essa barriga!” (Obs. 17).*”

Pensamos que talvez nessa USG o ambiente da USG não tenha se aberto para a entrada das bebês, ainda que a mãe tivesse alguma iniciativa de colocá-las na cena: “*Não foi possível ver a interação entre elas duas, ou o rostinho delas, o exame foi bem rápido. A mãe comenta: ‘hoje elas estão quietinhas’.* A residente concorda, mas acrescenta: ‘mas, alguém chutou a

minha mão aqui”” (Obs. 17). Parece que existiu pouco ou nenhum espaço para conversar com as bebês: não perguntaram seus nomes – elas já estavam sendo nomeadas de Eloina e Elodia pela mãe. Questionamos em supervisão por que as bebês se movimentaram menos: será que estavam mais calmas como a mãe ou seria o pouco espaço que existia no útero, visto que elas juntas já significavam dois quilos?

Na quarta USG de Eliane, com 31 semanas, percebemos que permanecia a sua busca por uma foto das imagens das bebês, pela presença do seu acompanhante, bem como foi visto um espaço ainda menor para as bebês se movimentarem, juntamente com um maior cansaço físico da gestação:

Eliane entrou e perguntou se podia acompanhante e a residente responde que não. (...) Ela se deitou na maca demonstrando grande dificuldade, a residente fala: “deixa o celular aí do lado, se tiver uma imagem boa você pega”. Eliane responde: “vou fazer um vídeo”. (Obs. 18)

Na entrevista, Eliane contou que a ausência do acompanhante foi o que mais lhe incomodou e que mudaria no serviço: *“Devido a minha experiência eu não me incomodava com a quantidade de pessoas que tinha na sala, a única parte que eu fiquei triste foi porque é meu acompanhante, o pai, não podia entrar comigo para acompanhar o exame. Porque eu acho que faz parte né?! A mãe e o pai (...)”* (Entrevista).

Percebemos o sentimento de Eliane com a ausência do seu companheiro, na expectativa de poder compartilhar essa experiência com ele. Por outro lado, Eliane parecia entender o fato de se tratar de um hospital escola, justificando o número de estudantes na sala: *“(...) em relação a ter vários estudantes, eu não me importo não porque lá no consultório também é assim e lá é um hospital, eu tenho que saber que lá é um hospital, de um hospital escola, tem muita residente, então eu não me importo”* (Entrevista).

Eliane conta também na entrevista que começou a se despertar para as características físicas das filhas no último mês de gestação:

Assim... quando foi chegando perto do último mês, foi que começou a vir na minha cabeça ‘meu Deus, como será que as meninas vão ser? Será que são bonitinhas? São feias? A gente só começ... eu acho que a gente só começa a pensar como é que vai ser a fisionomia quando está no finalzinho. É tanto que eu tentei tanto, tentei fazer uma ultrassom 5d, que é aquela que aproxima mais o rosto, só que como era gêmeos e eu demorei a fazer, ai nem deu para ver. Ai só nos últimos que eu fiquei com ansiedade de como seria, mas quando nasceu, eram bemmm pequenininhas. Tu chegou a vê-las, quando elas nasceram? Eloina mesmo só tinha 2,100gramas, era muito

pequeninhas, hoje já são duas moçonas. (...) Ultrassom particular eu só fiz uma porque eu queria fazer a 5D que ver o rostinho mais específico, só que eu nem consegui ver (Entrevista).

Percebemos que começou a existir nessa penúltima USG uma preocupação das médicas em diferenciar quem de fato era cada bebê, momento em que elas estavam com menos espaço e se movimentavam menos, tornando mais fácil a diferenciação, também pela pouca possibilidade de expressão das bebês:

A residente começou o exame de Eliane tentando entender quem era cada bebê em relação ao outro exame, perguntou a Eliane se eram do mesmo sexo, e Eliane disse que eram duas meninas. A residente responde: 'só para dificultar'. Eliane pareceu não entender tão bem o comentário e diz que são duas placentas, que quando disseram no primeiro exame que era uma placenta só ela se perguntou: 'como irei diferenciar'. A residente diz que falou isso porque se fossem de sexos diferentes ajudaria a diferenciar quem estava em cada posição e o crescimento dos bebês. (Obs. 18)

Pensamos que além da diferenciação médica, pôde começar a se iniciar o processo de diferenciação psíquica, admitindo-se que cada bebê começa a ter certas características. Eliane contou na entrevista como ela foi percebendo essas diferenças na gestação e como ela comparava com as bebês à época da entrevista:

Eu sempre sentia que uma mexia mais que a outra, a G1 sempre mexia mais que a G2, inclusive elas têm personalidades hoje diferentes, muito diferentes. A G1 é bem agitada, estressada, chorona, teve cólica, e a G2 não, é tranquila, não chora muito, só chora para comer, dormir, assiste... bem tranquila mesmo, é totalmente diferente. É tanto que eu já sentia na barriga, eu só sentia mais uma mexendo, eu acho que era uma né?! Porque de gêmeos eu não sei direito, eu até perguntava, eu não sabia se era um, se era as duas. Mas pelo que eu sentia eu achava que era só mais a G1 mesmo que mexia. (Entrevista)

Interessante observar que talvez a USG possa ter ajudado Eliane a diferenciar as gêmeas. Talvez sua insistência para encontrar uma foto também fizesse parte desse processo de diferenciar e imaginar as filhas:

Eliane pergunta para a residente se a máquina de USG é chamado de 3D ou 5D. A residente responde que a máquina pode fazer imagem 3D, mas que as bebês estão sem

espaço e que por isso fica difícil ela ver o rosto das bebês, então explica que não conseguem fazer o exame 3D. (Obs. 18)

Nesse exame, a médica staff pareceu se interessar mais pela história gestacional e as bebês: “A médica staff pergunta o nome das bebês e Eliane diz: Eloina e Elodia. (...) A médica staff explica para Eliane que na imagem são as duas cabeças e que as bebês estavam uma de frente para outra, pois estão sentadas com a coluna para lateral” (Obs. 18).

Eliane parecia não desistir de registrar as imagens:

A médica staff vai terminando o exame e diz que estava tudo bem com elas. Eliane pergunta se não pode tirar foto. A médica staff volta para a região da cabeça e mostra como elas estão sem espaço e sem mostrar o rosto. Diz que só conseguem enxergar muitas mãos na frente dos rostos, que as duas estavam com a mão no rosto. Eu também não conseguia ver uma boa imagem, nariz ou qualquer parte do rosto. A médica staff fala que agora elas estão apertadinhas, que imagens boas vão ser mais difíceis, porque mesmo que elas as cutuquem, elas não têm muito espaço para se mexerem. O exame termina e Eliane vai limpando a barriga e se arrumando. Ela vira para mim e diz algo do tipo: ‘não é possível que essas danadas não vão me deixar tirar uma foto, não se mostraram’, se referindo às bebês. Eu sorri e ela fala: ‘tem como tirar uma foto?’ Olhando para a televisão, onde estavam várias imagens menores do exame. Digo que acredito que sim, que ela pode tirar, mas pergunto se ela quer alguma daquelas específica. Ela pega então o celular para tirar a foto e pergunta também à residente, se pode tirar a foto. A residente diz que pode, mas diz que não tem nada mostrando direito. Pergunta se ela quer que ela abra alguma, porque não tem o rosto. A médica staff e a residente falam que as imagens vão no laudo também. Eliane apenas tira as fotos da TV, sem nada aparentemente específico. (Obs. 18)

Questionamos de quem Eliane parecia falar quando dizia “essas danadas não vão deixar tirar uma foto”: das bebês ou das médicas? Refletimos também sobre Eliane não ter conseguido a imagem desejada, assim como não conseguiu a presença do acompanhante. Pensamos que talvez ela desejasse essa imagem para poder mostrar suas bebês, compartilhar com seus familiares, como outras mães conseguem. Pensamos no pai que havia anunciado premonitoriamente a gravidez e que não pôde ter acesso às imagens e ao exame das filhas. Além disso, talvez a possibilidade de carregar as imagens das bebês com ela pudesse ter algum efeito facilitador na elaboração da gravidez gemelar e da maternidade. Percebemos ainda, nessa

penúltima USG, um discurso de medo de engravidar novamente e a elaboração da sua “super fertilidade”:

Depois a médica staff pergunta se ela já tinha filhos, ela diz que não, que é a primeira. A médica staff diz: ‘e veio logo em dobro!’ Eliane diz: ‘pois é!’, com voz resmungando. A médica staff diz: ‘mas é bom, tudo de uma vez também, depois você coloca um DIU’. Eliane responde: ‘boto logo dois’. Todos riem na sala. (Obs. 18)

O último exame de USG aconteceu com 36 semanas de gestação; foi um exame delicado por terem percebido a necessidade de antecipação da cesárea. Durante a USG se, repetiu a necessidade de Eliane por uma foto das gêmeas. Ela se encontrava bastante cansada e com um grande barrigão:

Eliane se deitou na maca com muito esforço, e eu senti como se estivesse sofrido e muito cansativo essa fase para ela, tive muita vontade de querer ajudar ela a sentar e se levantar da maca. Assim que a maca foi deitada, Eliane falou: ‘hoje eu quero tirar uma foto bem bonita, será que dá?’ e ri. A residente responde: ‘gemelar, 36 semanas?! Muito difícil viu, essa foto você que vai tirar e mostra pra gente depois’. Eliane ri e diz: ‘se Deus quiser, já estou feliz de chegar até aqui’. A residente coloca o gel na barriga e começa o exame, focando no feto 1 que é o bebê do lado esquerdo. Eliane no início da imagem já pergunta algo do tipo: ‘esse é o corpinho dela?’ A residente responde: ‘não, com 36 semanas e ainda mais gemelar, não se consegue ver o corpo todo não, só partes, e explica que era só uma parte do corpo. (Obs. 19)

A dificuldade em encontrar a imagem também pareceu ter expressões no próprio corpo da gestante:

A residente empurra muito o transdutor na barriga da mãe, Eliane faz umas expressões de dor e incômodo, e eu sinto que apesar talvez ser necessário para medir melhor a imagem, aquela cena é muito agressiva/invasiva, o corpo da mãe parece sofrer até nesse momento, me incomoda também ela não avisar antes à mãe que precisa fazer isso. (Obs. 19)

Na entrevista, Eliane remeteu à experiência dolorida do exame: “É tanto que na hora de fazer a ultrassom eles... no que vai passando para ver o bebê, no que é dois, ave, machucava demais. Chega a barriga da pessoa ficava doendo da ultrassom, por conta que demorava, apertava mais, para ver direitinho né?!” (Entrevista).

A mesma expressão de dor aconteceu quando a médica *staff* assumiu o comando da máquina para encontrar melhores imagens, porém explicou para Eliane o motivo da pressão:

(...) a médica staff fala que está mais difícil porque a bebê 2 está por baixo da bebê 1, então fica difícil achar uma boa imagem dela para ver o peso. Eliane comenta que talvez seja por isso que ela sente mexer muito mais do lado esquerdo, e comenta que não dá para saber quem está mexendo das duas. A médica Staff confirma que é muito difícil, saber quem está mexendo. (Obs. 19)

Refletimos como as mínimas explicações sobre o toque, a pressão e o manejo do corpo se fazem necessário e respeitoso com a grávida, que se encontra em uma posição passiva e vulnerável com seu corpo desnudo. Interessante pontuar que após essa explicação da médica, Eliane pôde trazer aspectos também do seu imaginário sobre Elodia e Eloina. Ao final da USG, a médica *staff* explicou melhor os resultados das medições e as alterações significativas encontradas:

Eliane pergunta se elas estão bem. A médica staff explica que sim, mas que a bebê 2 caiu o percentil, significa que está crescendo menos, mas nada sério e pergunta quando Eliane vai para o obstetra. Eliane responde que naquele mesmo dia. A médica staff pergunta: “qual a programação dele?”, e Eliane fala: “ele pensou em interromper com 37 semanas”. A médica staff diz: ele vai decidir o melhor, se espera a próxima semana ou adianta para essa. Eliane pergunta: “isso significa que elas estão em sofrimento?” A médica staff diz: “na verdade é um alerta que esse sofrimento pode acontecer, então eles têm que ficar mais atentos”. (Obs. 19)

Durante a entrevista Eliane contou seus sentimentos durante esse exame:

Mulher, quando ela me deu aquele diagnóstico eu fiquei tão preocupada, tão preocupada, que minha pressão deu uma elevada eu fui para emergência nesse dia. (...) eu fiquei muito, muito nervosa quando ela me deu esse diagnóstico, só melhorei quando eu passei em Dr. João (obstetra que lhe acompanhava no pré-natal), ele me tranquilizou disse que era uma perca, mas era muito pouco então a gente ia esperar para quarta-feira para ver como é que andava. (...)Eu fiquei muito nervosa com diagnóstico da médica, na mesa da ultrassom... só que Doutor João me tranquilizou, eu fiquei mais calma, porque eu tenho uma confiança muito grande nele. No momento que você tem confiança no médico, o que ele disser você acredita, aí foi tipo... ele disse que não era nada sério. (Entrevista).

Após esse exame, Eliane foi para a consulta com o obstetra, que teve como conduta realizar mais uma USG com 48 horas; como o resultado permaneceu igual, ele aguardou mais 48 horas, quando ela já teria completado 37 semanas, e realizou a cesárea. As bebês nasceram pequenas e bem, mas percebemos, pelo relato de Eliane, como as palavras ditas pela médica ultrassonografista parece ter tido um efeito de palavra mortífera, que a desorganizou psiquicamente, enquanto as palavras do médico obstetra parecem ter tido efeito de vida tranquilizador. Interessante notar que ela falou de confiança apenas quando se referiu ao médico obstetra, mas não ao se referir à médica ecografista, o que nos fez questionar: o que leva alguém a estabelecer ou não um vínculo de confiança com os(as) médicas na USG?

Ao longo das observações das USGs de Eliane percebemos que ela pareceu ser uma pessoa comunicativa na sala USG, expondo alguns pensamentos e chegando a “tentar transgredir” as regras. Pensamos que talvez essa expressividade tenha relação com a familiaridade com o ambiente hospitalar, por ser técnica de enfermagem e branca como as médicas, ou talvez ela não tenha sentido que o ambiente era pouco aberto para interação. Outro ponto que consideramos relevante foi o sentimento ambivalente em relação à gemelaridade. Por outro lado, essa ambivalência parecia ter relação com a rede de apoio fragilizada e sua história de vida familiar, com uma possível ausência materna.

Pensamos que a modalidade de “entrevista” escolhida e possível para ela, via WhatsApp por gravações de áudios e textos, possa dizer sobre a busca de Eliane por “pedaços da sua história”. Eliane registrou a foto da televisão que mostrava “os pedaços” das bebês, com as várias imagens aleatórias dos órgãos delas, e cogitamos que talvez Eliane estivesse buscando se (re)construir como mulher e mãe, na ausência de experiências com a sua própria.

Consideramos também significativo que diante de uma possível solidão de Eliane – sentida por mim contratransferencialmente nas observações e nas “entrevistas” – a vida a tenha surpreendido com uma gestação gemelar, em que, segundo ela, “a emoção é em dobro”, o que talvez não tenha sido tão surpreendente para o marido. As bebês Elodia e Eloina pareceriam ter aproveitado o espaço livre, quando podiam ainda se mexer dentro do útero, “se olhando” e mudando de posição constantemente. Por outro lado, não conseguiram “se mostrar” para a mãe, no tempo em que Eliane parecia estar mais disponível para olhar mais para elas.

3.3 Discussão dos casos

Na seção anterior, apresentamos e analisamos cada família individualmente; no presente eixo discutiremos as eventuais semelhanças entre os casos observados. Não deixaremos de

discutir também as diferenças, pois admitimos que cada família carrega suas histórias pessoais cumulativas e suas marcas socioculturais. Para uma melhor compreensão didática, dividimos este bloco em eixos relacionados aos participantes do campo intersubjetivo observacional. No primeiro eixo, discutiremos os pontos que consideramos interligados nas três gestantes e o processo de construção da parentalidade em cada família; denominaremos o eixo Construção da parentalidade: a história interior de cada família. Em seguida, o eixo A máquina de USG e o feto: reverberações sonoras e visuais, em que abordaremos a máquina de USG e as reverberações das imagens e sons no ambiente, bem como buscaremos nos aproximar dos sentidos e das projeções relativas às imagens e movimentos fetais. No terceiro eixo, O saber médico, o saber materno e o não-saber na observação Bick: interlocuções para a integralidade do cuidado, discutiremos a centralidade no ensino e a técnica no ambiente da USG e a sua diferenciação em relação ao método Bick de observação. Por último, temos o quarto eixo, Vicissitudes do campo intersubjetivo no exame de USG: antecipações e cuidado, em que buscaremos discutir as complexidades e vicissitudes desse campo intersubjetivo na sala de USG.

3.3.1 Construção da parentalidade: a história interior de cada família

Assim como o feto precisa de tempo para se desenvolver e se tornar bebê, a mulher também precisa ser olhada na gestação para, no seu tempo psíquico, constituir-se como mãe e auxiliar o feto a se tornar um bebê. Os olhares a que nos referimos partem, inicialmente, do seu próprio olhar, o “olhar patético” (do nervo patético; patetismo, de paixão interior), descrito por Bydlowski (2002) ao delimitar o olhar oblíquo da gestante para o seu ventre (assim como encontramos em Madonas retratadas por pintores da Renascença – Figura 1), para um “objeto interior invisível e misterioso (...) representação do objeto interno avivado pela gestação (...), dirigido para o interior de si mesma” (p. 212-213). Há também outros olhares que podem auxiliar a gestante e seu companheiro(a) em sua construção: o olhar da equipe de saúde, o olhar da família, da rede de apoio, da sociedade, como abordado por Missonnier (2004) como uma possível placenta psicossocial. Esses olhares se entrelaçam e têm o potencial de auxiliar os pais na criação de um espaço psíquico, com base no qual o bebê poderá advir como um ser subjetivado, não mais como um feto/ser biológico.

Figura 1 - Museu Cívico Madonna del Parto Renascença



Fonte: <https://www.pngwing.com/pt/free-png-cmvgj>

Raphael Leff (2017) considera que após a fecundação, a formação do embrião e a confirmação da gravidez se inicia uma história interior para cada mulher com acesso aos conteúdos inconscientes e potencialmente mobilizadores. Acrescenta a isso os(as) parceiros(as), que também carregam sua história pessoal e transgeracional. No meio desses conflitos internos de tornar-se pai e mãe, existe uma criança imaginária, que já existe muito antes da sua concepção. A autora faz uma interessante comparação para elucidar o complexo processo dinâmico de criação do filho imaginário e da construção dos pais. Ela os compara com “pontos coloridos de um caleidoscópio” (Raphael Leff, 2017, p. 19), no sentido de que ao longo da gravidez são (re)construídas diferentes imagens em torno da criança desconhecida a partir dos conteúdos primitivos e dos componentes da história interior dos pais. Esses conteúdos são constantemente reativados e processados, criando novos enredos.

Nas observações e entrevistas das gestantes, conseguimos perceber uma constante (re)organização psíquica para lidar com a nova fase e com a chegada do filho. Enquanto Catarina e Fernanda pareciam ainda afetadas com as perdas anteriores e com o medo de uma repetição, Eliane parecia se organizar psiquicamente para lidar com a experiência de ser mãe e de cuidar de duas bebês.

Observamos também que o suporte (ou ausência) de uma rede de apoio também contribuiu para os medos das gestantes. No caso de Catarina, percebemos um marido presente no discurso dela e na sala de espera, que parecia auxiliá-la nas decisões. Além dele, existia a presença das avós e dos tios de Cadu, uma família que participou auxiliando Catarina durante a gestação. No caso de Fernanda, o marido e as irmãs estavam presentes nas internações, suprimindo de certo modo a ausência do auxílio materno. Eliane relatou ter ajudas pontuais da

prima e do marido, e nas observações durante o período gestacional, como na entrevista, já com suas filhas nascidas, ela antecipava os receios e o trabalho que seria (e era) cuidar de duas bebês.

Pudemos observar que mesmo que Cadu, Samuel, Eloina e Elodia, estivessem presentes no discurso das mães durante as entrevistas, elas abordaram mais temáticas relacionadas às próprias questões acerca do “torna-se mãe”, com poucas antecipações em torno do futuro filho. Bydlowski (2002) observou em sua clínica que, diferente do que muitas vezes se imagina, o tema dominante do pensamento da gestante não é o feto-bebê, mas os conteúdos pessoais e conflitos antigos, que ganham uma nova configuração com a transparência psíquica. Ela denominou de “transparência psíquica” o estado, normal e particular do psiquismo da gestante, em que os fragmentos do pré-consciente e inconsciente chegam facilmente à consciência. Assim, as resistências diminuem e as situações passadas retornam à consciência com mais força e vivacidade. Nesse estágio, haveria uma “crise maturativa” e uma busca da gestante pelo desenvolvimento da nova identidade. O futuro filho teria, assim, um “duplo status”: estaria presente dentro do ventre materno e na sua mente, mas sua representação apenas acontece com base no conteúdo da história anterior da mulher/família. A transparência psíquica e a preocupação materna primária (PMP) promovem a evolução do status de exterioridade do feto/bebê, de modo a formar o alicerce gradual de objetificação do filho, de um objeto eminentemente narcísico a um bebê externo, a ser cuidado via *holding* e *handling*.

Golse e Bydlowski (2002) chegam a considerar a transparência psíquica, juntamente à preocupação primária (PMP) de Winnicott (1987/2020), como uma via de objetualização:

Nós gostaríamos de colocar aqui em perspectiva essas duas noções, de preocupação materna primária e de transparência psíquica, para propor a hipótese da passagem de uma à outra em torno do nascimento da criança. Tal passagem funda-se sobre uma balança, uma gangorra da atenção psíquica da mãe de dentro para fora. Gangorra essa que vem testemunhar um verdadeiro vai-e-vem entre o objeto-criança e as representações maternas suscitadas pela sua presença. (p. 216)

Campana, Santos e Gomes (2019) propõem uma mudança no termo “preocupação materna primária”, criado por Winnicott, para “preocupação parental primária”. Elas consideram que a criação do termo “parentalidade” buscou ampliar os processos de “torna-se pai e mãe”, visto que estamos vivenciando na atualidade um período de transição entre o modelo patriarcal/tradicional, em que os cuidados eram divididos por gênero, para um novo modelo, que considera as famílias plurais, em que os cuidados com o bebê são divididos independente de gênero e de forma mais igualitária. As autoras se fundamentam na visão de Winnicott de que a capacidade de se adaptar ao bebê por meio da preocupação materna primária não estaria

relacionada à inteligência, mas à identificação com o bebê e à experiência de ter sido um bebê e recebido cuidados. Consideram também que o pai pode ter essa capacidade de se identificar com o bebê; atualmente, eles têm saído do lugar de sustentação da díade mãe-bebê, para serem também cuidadores dos bebês.

Davoudian (2022) considera que o processo de se tornar pai envolve a história individual e conjugal, mas também se desenvolve dentro de um cenário social; a sociedade também participa desse processo ao reconhecer o papel do pai e o duplo laço construído. As instituições de saúde e a Psicanálise fazem parte desse social, mas, por vezes, acabam excluindo o lugar do pai e a relação pai-filho, o que pode ser visto nas próprias nomenclaturas escolhidas: proteção materno-infantil, unidades mãe-bebê, casas maternais entre outras. Essa crítica não desconsidera a importância de algumas teorizações psicanalíticas centradas na díade mãe-bebê para a clínica, mas aponta que esse foco pode nos levar a esquecer do pai. Reflete-se, nesse sentido, sobre a importância do reconhecimento social (e psicanalítico) da relação pai-filho, e que possamos questionar a nossa parcela de responsabilidade nas ausências paternas às consultas e a nossa verdadeira demonstração do desejo de escutá-los (Davoudian, 2022):

Os homens e os pais de nossas periferias merecem que nós os encontremos, que nós lhes demos a palavra e restauremos seu lugar junto a seus filhos. (...) Nós encontramos, a meu ver, o que constitui uma das contradições essenciais no discurso da paternidade contemporânea: a rejeição da figura clássica do *pater familias* e a dificuldade de compor com esse novo pai afetivo bem presente junto de seu filho. O fim do modelo patriarcal (que ninguém lamenta) não deve engolir, em sua passagem, os pais. (Davoudian, 2022, p.130 e 133).

Em nossa pesquisa de tese, os pais pareciam ocupar essencialmente o lugar de provedores. As observações durante a pesquisa evidenciaram a exclusão desses pais na sala de USG, justificadas pelo momento delicado da Covid-19. Pensamos que além dessa explicação sanitária, parece haver pontos em comum com questões ressaltadas por Davoudian (2022): a falta de reconhecimento social da importância do lugar do pai nas consultas em saúde, bem como a não atenção à importância da construção da paternidade e do laço pai-filho desde os primórdios. Questionamos que talvez ocorra uma possível desvalorização ainda maior dos pais de camadas médias e pobres (socioeconomicamente); seriam os pais também excluídos dos exames de USG realizados nas clínicas particulares?

Conjecturamos que ainda que possa existir o desejo em alguns pais de participarem das consultas, dos exames, das pesquisas, nem sempre existe abertura para isso nas práticas de saúde e demais instituições sociais. Destacamos também a não implicação desses homens nas

entrevistas, apesar de alguns deles estarem presentes no local onde foram realizadas. Por outro lado, também não houve uma maior insistência da observadora/pesquisadora em incluir os pais nas entrevistas. Ao constar que dois pais estavam no recinto no momento da entrevista (um deles dormia numa cama de hospital, como se estivesse “hospitalizado”, e o outro, na casa, dormia no sofá como que “hibernando”), nos faz pensar sobre uma possível tentativa desses de aproximação das vivências das esposas grávidas. Assim como os pais foram excluídos do exame de USG, percebemos que também o foram do momento da entrevista; será que essa exclusão interferiu de alguma forma na sua própria construção da paternidade/parentalidade? Essa pode ser mais uma conjectura imaginativa a ser explorada em estudos futuros.

Raphael-Leff (2017) afirma que por muitos anos os estudos priorizaram o psiquismo materno e apenas atualmente os homens têm tido espaço nas pesquisas sobre gestação e parentalidade. Considera que isso reflete o sentimento dos pais, por vezes excluídos de consultas e ignorados pela família e amigos. Soma-se o fato de não poderem vivenciar as mudanças físicas corporais da mulher na gestação e no parto, bem como de serem pouco escutados em suas fantasias na construção da paternidade/parentalidade.

Piccinini et al. (2004), em seus estudos sobre o envolvimento paterno na gestação, observou um aumento expressivo da presença do pai nesse período, se preocupando em aprender sobre os cuidados com o bebê, assim como buscavam oferecer apoio material/financeiro e emocional para as grávidas. Os pais afirmaram grande desejo de participar das atividades e consultas na gestação; todos eles participaram dos exames de USG e seus relatos sugeriram que o momento da USG proporcionou uma sensação da presença concreta do bebê e sentimentos bons. Os pesquisadores ressaltaram a importância de não excluírem os pais desses exames e consultas, pois essas condutas acabam dificultando a transição para a parentalidade e para suas questões pessoais.

Piontelli (2000) também constatou que os pais, ao presenciarem seu filho na tela da USG, buscavam se envolver mais ativamente na gravidez da sua companheira e se preocuparam mais com os futuros cuidados com o bebê e consigo. Observou que, durante a USG, os pais ficavam animados, se movimentavam e se mostravam excitados ao verem o bebê na tela.

Em nossa pesquisa, as três mães se queixaram sobre a proibição da entrada dos companheiros na sala de USG, e falaram que, se fosse possível, mudariam essas regras e esse formato do serviço. Ressaltamos também que duas gestantes puderam vivenciar uma USG com o pai quando essa foi realizada em uma clínica particular, o que nos faz refletir, novamente, sobre os impactos das desigualdades sociais na assistência pública.

Sem o suporte emocional dos seus companheiros, Fernanda, Catarina e Eliane precisaram lidar sozinhas com o impacto das imagens, com sua história pessoal reavivada, com

a tensão ao longo do exame. Diante disso, perguntamo-nos: qual o impacto do contexto do exame de USG nessas famílias, diante do emaranhado de histórias carregadas de sofrimento e exclusões?

Os relatos das três gestantes, principalmente de Catarina e Fernanda, apontaram para a falta que a presença de um familiar no ambiente estranho da USG fez para elas. Fernanda relatou como queria ter compartilhado a experiência de escutar o som do coração com o pai de Samuel. Já Catarina relatou que o pai de Cadu tentava lhe acalmar na sala de espera, enquanto ela vivia esse momento com intensa ansiedade. Conjecturamos que a ansiedade e a ausência do pai foram sentidas também em virtude das histórias de perdas anteriores de Catarina e Fernanda. Em ambos os casos pareciam existir medos e fantasias relativas à (in) fertilidade e “incompetência” de gerar. Por outro lado, pensamos que Eliane precisou lidar com os desdobramentos da “super” fertilidade e o medo de gerar duas bebês.

Para Fernanda e Catarina, o diagnóstico de incompetência istmo-cervical, no contexto de repetidas perdas gestacionais e de assistência precária, pareceu mobilizá-las com um forte sentimento de incompetência como mulher e como mãe. Percebemos que a nomenclatura médica “incompetência” foi memorizada pelas duas e utilizada na entrevista com um significado particular. Perguntamo-nos sobre as implicações desse termo no imaginário das mães, que talvez estivessem em situação de vulnerabilidade emocional.

Cogitamos um possível estado de vulnerabilidade emocional nas gestantes referente às perdas fetais anteriores e à assistência precária que receberam dos serviços de saúde. Iaconelli (2007) afirma que, na perda perinatal, dificilmente os profissionais de saúde e a sociedade, de modo geral, consideram o luto e as necessidades vivenciadas pelos pais, pois não costumam associar essa perda à “morte de um filho”. Amparada na teoria de Ferenczi (2011), a autora considera que a perda perinatal tem o potencial de se tornar patológica quando não há acolhimento e cuidado direcionados aos pais: “O desmentido da experiência subjetiva revela-se como reiteração do evento traumático, confiando-lhe um lugar de representação dissociada no psiquismo” (Iaconelli, 2007, p. 619).

Raphael-Leff (2017, p. 159) comenta sobre a “conspiração do silêncio” que acontece em casos de aborto, sendo a morte tratada como se não tivesse acontecido, e a expressão de tristeza e desespero da mulher vistos como excessivos:

A perda não é perda de produtos da concepção – como são eufemisticamente referidos nos livros de textos médicos – ou a perda de um bebê; o aborto causa confusão no mundo interior, conforme a realidade de jogar por terra todas as esperanças e expectativas investidas no bebê, afetando o futuro e também o presente.

Não sabemos detalhes sobre como a família e os amigos receberam e acolheram Catarina e Fernanda diante dessas perdas, mas eram presentes, no discurso de ambas, as marcas dessas perdas fetais, como feridas narcísicas profundas ligadas à ideia de uma “incompetência” de gerar. Raphael- Leff (2017) afirma que a autoimagem da fertilidade é abalada na mulher após uma perda gestacional, sendo, frequentemente, acompanhada de vergonha e incompetência. Os casos de abortos tardios podem ser potencialmente mais traumáticos, pois as mães chegam a sentir o bebê mexer, já têm imagens na USG mais claras deste, conhecem o sexo e chegam a entrar em trabalho de parto de um feto morto¹⁷. O caso de Catarina, com um óbito fetal com 26 semanas, nos indica uma vivência possivelmente mais marcante pelo fato de ter chegado a parir e saber o sexo dos bebês nas duas gestações anteriores. Percebemos, em sua narrativa, um movimento regressivo, em que, sentindo-se desamparada com suas angústias, precisou se refugiar voltando a dormir com seus pais.

Consideramos que as dificuldades de Catarina e Fernanda em encontrarem assistência no sistema público de saúde pode ter sido vivenciada como mais um momento de não acolhimento para a dor e o sofrimento. Ambas precisaram se esforçar para terem seus direitos garantidos: Fernanda precisou que sua irmã pedisse ajuda a uma médica conhecida sua do hospital, e Catarina precisou ir diariamente na secretária de saúde da sua cidade para conseguir a vaga no hospital em Recife a tempo do período em que a cerclagem poderia ser realizada. Além disso, Catarina precisou pagar um médico particular para descobrir um possível diagnóstico que justificasse suas perdas gestacionais. Consideramos que essa falta de explicação dos abortos recorrentes pode ter aumentado o sentimento de Catarina e Fernanda diante da “incapacidade” de sustentar um bebê.

¹⁷ Há evidências de que a experiência de dar à luz um feto morto pode ser mais saudável, tanto fisiologicamente, pelo fato de auxiliar na recuperação uterina, quanto psicologicamente, sobretudo quando sem sedação. Teodózio, Barth, Wendland e Levandowski (2020) apontam que o uso de procedimentos médicos para a retirada do feto poderia dificultar o processo de luto diante da perda gestacional, como no uso de medicamentos para expelir o bebê, realizar a Aspiração Manual Intrauterina ou a curetagem (procedimento mais comum). Muitas vezes, é necessário que haja a sedação da mulher para que esses procedimentos possam ser realizados. A vivência da saída do bebê acaba não gerando lembrança ou elaboração. O fato de a mãe não poder “dar à luz” ao bebê morto e de estar inconsciente durante todo esse processo pode acarretar a ela um sentimento de que aquilo nunca aconteceu, já que não foi vivenciado, sobretudo quando não falado. Submeter a mulher a esses tipos de procedimentos de retirada do bebê do seu corpo sem que haja uma elaboração do acontecimento por parte dela, pode dificultar ainda mais a experiência de luto. A perda gestacional não deve retirar da mulher a oportunidade de realizar o processo de expulsão induzida do feto, simulando de fato o ato de “dar à luz”. Isso é importante para que, de uma forma acolhedora e com uma experiência consciente, seja feita a discriminação da mãe em relação ao filho, possibilitando o processo de luto. Os procedimentos físicos realizados também podem oportunizar uma inscrição da dor psíquica e das angústias ligadas à perda gestacional, que podem ou não serem elaboradas *a posteriori*. Teodózio, Barth, Wendland e Levandowsk (2020, p. 3) situam: “Isso ocorre porque o espaço psíquico tem seu correlato no real, podendo ser marcado pela intensa dor do trabalho de parto, que busca uma via de simbolização dessa experiência”. Entretanto, há que se avaliar as condições singulares de cada mulher/família diante dessas possibilidades, avaliando a melhor conduta.

No caso de Eliana, a descoberta da gravidez gemelar talvez tenha reativado núcleos arcaicos de abandono, que lhe exigiram novos arranjos psíquicos para lidar com os desdobramentos da gravidez e do tornar-se mãe de duas bebês. O fato de que ela adiou por várias vezes a entrevista que marcaria o final da pesquisa, e conseqüentemente a desvinculação do olhar da pesquisadora, nos leva a pensar que evitava a despedida, talvez como tenha sentido com sua própria mãe. Esse adiamento também nos sugeria a dificuldade de Eliana de pensar sobre questões mais arcaicas de sua própria história.

Ainda quanto a Eliane, existiam brincadeiras sobre sua fertilidade e a gravidez gemelar, como relatado em uma das observações: *“Eliane fala que as pessoas ficam brincando que tem algo na água do hospital que ela trabalha, porque tem outra colega que teve gêmeos agora também. A residente responde: ‘onde fica esse hospital para eu nem chegar perto?!’ A mãe ri e diz: ‘fica longe, é em outra cidade, nem precisa se preocupar’”* (Obs.10). Essa “brincadeira” talvez tenha sido uma forma de usar o humor para elaborar e explicar os mistérios que envolvem a fertilidade e a vida.

Diferentemente de Catarina e Fernanda, que tinham medo de não sustentar uma gestação, nos parece que a questão central de Eliane estava relacionada aos desdobramentos da sua “fertilidade”, do processo de elaboração da maternidade gemelar, ainda mais diante uma rede de apoio escassa. Ribeiro, Santos e Zorning (2016) apontam que, para a mãe de gêmeos, o processo de gestação psíquica dos bebês é mais custoso psiquicamente, pois ela precisará construir uma relação filial singular com cada bebê, o que demandará uma dedicação adicional e a elaboração de questões subjetivas distintas. “Faz-se necessário um longo trabalho psíquico no sentido de elaborar a maternidade gemelar, possibilitando, gradualmente, o processo de percepção objetiva de cada um dos filhos, para que então a mãe seja capaz de reconhecer a individualidade e singularidade deles” (Ribeiro, Santos & Zornig, 2016, p. 51).

Consideramos, portanto, que a vivência da parentalidade, nos três casais, teve suas semelhanças e particularidades. Os três pais não puderam vivenciar o momento da USG e precisaram se contentar com as imagens e relatos das mães sobre o futuro filho. Não sabemos as possíveis implicações para o dinâmico processo de tornar-se pai e a simbolização da chegada do filho. Refletimos também que as três gestantes, cada uma a seu modo, passavam por processo de luto com a gestação: pelo aborto sofrido que era reativado, por se despedir do corpo anterior à gravidez, por sair do lugar de filha para dar espaço ao estranho, ao novo, ao filho, dentre outros aspectos.

Nas três gestantes, conjecturamos que parecia existir, com algumas nuances, o desejo de maternidade e o desejo de filho. Do que se trata o desejo de gravidez, desejo de maternidade / paternidade / parentalidade, desejo de um filho? Querer ser mãe/pai nem sempre é o mesmo

que desejar ser mãe/pai. Que lugar ou não-lugar é destinado à criança? Quem adota esse projeto de bebê? Quem é a criança para o pai e para a mãe? Vem no lugar de quem?

Bydlowski (2009), em entrevista a uma revista francesa, esclarece quanto ao desejo por um bebê/criança:

Se eu resumisse o desejo por uma criança, eu usaria uma charada: meu primeiro é o desejo de ser idêntica à minha mãe no início da minha vida; meu segundo é meu voto de obter, como ela, um filho de meu pai; meu terceiro é o encontro do amor sexual para um homem do presente; e meu tudo é a concepção e o nascimento de uma criança. Este desejo é construído lentamente, desde os primeiros momentos da vida. O vínculo caloroso feito com sua mãe predispõe inconscientemente a menina querendo ser mãe um dia.

Com relação ao desejo de maternidade, Aulagnier (1979) esclarece que esse é:

A negação de um “desejo pela criança”: desejo de maternidade pelo qual se exprime o desejo de reviver, em posição invertida, uma relação primária com a mãe, desejo que excluirá dos investimentos maternos tudo o que concerne ao momento de origem da criança (...). A “cena da concepção” (...) é marcada pela rejeição de sua significação essencial: ela não pode ser investida como um ato de criação, mas, quando muito, como um ato que repetiria um momento vivido por sua própria mãe num passado longínquo, e em relação ao qual a expectativa seria a de permitir o retorno ao tempo que lhe era próprio. (Aulagnier, 1979, p. 185-186).

Diversamente do desejo de maternidade, o desejo de ter filhos implica uma evolução do desejo de ter um filho com a mãe, de ter um filho do pai, até chegar a desejar um filho do homem que lhe possa dá-lo. “Assim é que o acesso ao desejo de ter filhos — desejo que, por definição, é inconsciente — não é para quem quiser, mas para quem puder, tudo dependendo da constituição psíquica de cada membro do casal parental” (Violante, 2007, p. 3).

Fernanda demonstrou proteger o filho ao preferir se calar e não falar da sua dor, para que não o prejudicasse. Catarina, ao escolher não colocar em Cadu o nome do cunhado que faleceu, parece proteger o filho das fantasias ligadas à morte. Com Eliane, pensamos que protegeu as filhas quando disse que elas não estavam querendo fazer a USG. Pensamos que havia uma constante preparação, antecipação e elaboração psíquica de Eliane para com os possíveis trabalhos de cuidar de duas bebês. Todas as gestantes pareciam realizar antecipações que auxiliaram nos processos de simbolizações, assim como, desenvolveram posturas cuidadosas com o futuro filho (repouso, medicações, cerclagem, organização da casa, entre outros).

3.3.2 A máquina de USG e o feto: reverberações sonoras e visuais

Tisseron (2011) considera que, para os pais, a importância da imagem do feto na USG não é, prioritariamente, o significado técnico, mas a capacidade de fomentar processos de transformações psíquicas. A imagem do feto projetada na tela fomenta a imaginação sobre o futuro e é por isso que os pais, muitas vezes, se fascinam e querem levar o registro fotográfico. O autor considera que a imagem nos convida a dizer algo sobre ela, bem como das sensações corpóreas. A imagem da USG vai mais além: ela não é apenas uma simples imagem, é a imagem de um corpo contido em outro corpo, esperando se separar dele, por isso ela tem o potencial de desencadear interpretações diversas. É como se a USG permitisse que palavras que seriam ditas após o nascimento fossem antecipadas, bem como os desejos, fantasias e expectativas em torno do futuro filho.

Nos três casos, percebemos que as fotos, principalmente do perfil em 2D e/ou 3D dos fetos, foram importantes para as mães ao permitirem a capacidade imaginativa sobre seus filhos, mesmo que ancoradas num “bebê da ultrassonografia, anatômico”. Cogitamos duas funções nesse campo do imaginário: a imagem do feto parecia amortecer os medos relativos às possíveis perdas fetais, ao comprovar que o filho estava bem, permitido, após uma resistência inicial de imaginar diante da imagem, que se vinculassem ao bebê que finalmente viria/vingaria. Como outra possibilidade, indicamos que as imagens e fotos as fizeram pensar no bebê a partir dos contornos e traços anatômicos do “bebê do ultrassom”, pelo fato de ficarem mais atentas às feições mais realísticas, numa tentativa de inseri-lo na linhagem familiar. De todo modo, o imaginário parece pegar carona na imagem da USG na tela, pois apesar da cada vez maior realidade de pixels das TVs, a USG será sempre um vislumbre de jogos de sombras e feixes de luz.

Fernanda, por exemplo, ao expressar suas percepções após a imagem do perfil de Samuel, considerou: *“eu achei igualzinho a mim, o rostinho, bochechudinho, ele é bem bochechudinho. Então... ali eu fico imaginando sabe?”*. Ela parecia se identificar com o seu bebê, mas não excluiu a possibilidade de o bebê ter algo do pai: contou que antes dessa imagem ela imaginou que Samuel *“iria ficar com o rostinho magrinho do pai dele”*. Fernanda parecia *“fisgada” pela foto de Samuel na USG: “está aqui no celular, às vezes eu dou uma olhadinha, antes de dormir eu fico olhando”*, como que se preparando para sonhar e imaginar o bebê.

Catarina falou sobre a dificuldade de compreender e fazer projeções das imagens da USG no começo da gestação: *“(...) no início quando eu comecei a ver ele no ultrassom não dava para entender muita coisa (...) que eu estava vendo. E o fato das perdas que eu já tinha... era como se eu não quisesse me apegar”*. No entanto, antes da imagem do perfil de Cadu registrada no segundo trimestre da gestação, imaginou que ele seria parecido com ela: *“Eu*

fiquei imaginando mais de um jeito depois da ultrassom, porque eu criei expectativa em cima daquela foto que eu vi. (...) Deixei de imaginar ele com meu nariz, comecei a imaginar ele com o nariz de Carlos Roberto". Vislumbramos o poder da imagem de USG interferindo nas fantasias das gestantes.

Eliane, que não conseguiu a imagem do perfil de Eloina e Elodia, passou a desejar essa foto com mais intensidade no segundo trimestre da gestação. Cogitamos que talvez Eliane tenha buscado mais as imagens das bebês quando elaborou melhor a sua condição de gravidez gemelar. Talvez olhar para as bebês pudesse auxiliar Eliane a se apropriar mais da sua nova condição como "mãe de duas". Apesar de não ter a imagem desejada, realizou pequenas projeções / imaginações sobre as bebês, chamando-as de: "*danadas*", "*não estão tão a fim*", "*estão quietinhas hoje*". Além disso, pensou que uma seria mais agitada que a outra, pela forma como ela sentia se movimentarem na barriga, chegando a imaginar/metabolizar sensações e associá-las a traços de personalidade.

É importante considerar também que como os pais não podiam acompanhar as gestantes durante o exame, registrar a foto do feto era uma forma das mães levarem para eles parte dessa experiência. Assim, essas imagens poderiam gerar nos pais antecipações em torno do filho, tornando-o menos estranho e mais familiar.

Nos três casos aconteceram indícios de antecipações em torno do futuro bebê. Missonnier (2018) considera as antecipações no período pré-natal um marcador importante para observar a clínica perinatal e pensar intervenções preventivas. Quando os pais se permitem realizar antecipações a respeito de si, do casal, da família e do bebê, acontece também um processo de desenvolvimento da parentalidade.

Outro ponto interessante que se repetiu foi a foto de Cadu e Samuel ter circulado nos grupos de WhatsApp das respectivas famílias, evidenciando um desejo das mães de "compartilhar seus filhos" como novos integrantes da família. Talvez esse fosse mais um dos motivos da busca incessante de Eliane pela foto das filhas: será que buscava apresentá-las aos familiares para driblar a ausência do olhar da sua própria mãe? Tisseron (2011) nos lembra que a imagem também permite a socialização da chegada do novo bebê na família. Ao olhar para a imagem, cada integrante do grupo familiar compartilha suas próprias projeções e identificações com o bebê: os parentes podem fazer perguntas, os pais podem falar das preocupações, das alegrias e dos planos futuros.

A tecnologia do exame de USG também teve o potencial de diminuição de ansiedade para as mães quando as médicas traziam a informação sobre o bom desenvolvimento dos fetos. As três gestantes consideraram que a expectativa de fazer a USG provocava ansiedade, mas, ao sair do exame, sentiam tranquilidade por saber que estava tudo bem com o bebê. Esse "encontro

com o bebê” provocava algo de bom, mas ao mesmo tempo medo do que poderiam ver e ouvir. Missonnier (2011) e Gourand (2011) referem que a primeira expectativa dos pais com a USG é saber se o feto está se desenvolvendo bem, desejam uma “garantia de normalidade”. A segunda expectativa é descobrir (ou manter o segredo) do sexo do feto; os ecografistas têm admitido a importância de acolher qualquer que seja o pedido dos pais sobre a descoberta do sexo. Por fim, a terceira expectativa é a de conhecer visualmente o bebê.

Percebemos que essas três expectativas foram comuns nos três casos: as gestantes referiram tranquilidade por saber sobre o bom desenvolvimento dos bebês, o que pareceu ser ainda mais importante nos casos de Fernanda e Catarina, por terem histórico de abortos. Com relação à descoberta do sexo do bebê, cada gestante teve uma experiência diferente: Catarina soube sozinha na USG, mas não pareceu se incomodar ou desejar descobrir em um “chá revelação”; Fernanda expressou sua vontade de fazer um chá revelação, porém as médicas não a escutaram e deram essa informação na USG; apenas Eliane pôde realizar o chá revelação como gostaria, junto aos familiares. A terceira expectativa - de conhecer visualmente o bebê - foi comum entre as três: todas desejavam ter fotos dos bebês.

Percebemos que a questão visual é central na tecnologia do ultrassom e um importante estímulo sensorial para as mães, porém observamos que a parte sonora também se fez presente durante o exame, sobretudo nos momentos em que as médicas se dedicavam a analisar os batimentos cardíacos. As três gestantes sinalizaram na entrevista a importância de escutar os batimentos do coração dos fetos, ainda que elas não conseguissem expressar bem esses sentimentos. Eliane falou: *“quando fazia a ultrassom, que auscultava os batimentos dos coraçãozinhos delas, ali era uma emoção muito grande, eu não sei nem descrever”*. Catarina não ressaltou esse aspecto sonoro: disse apenas ser um alívio, após a morfológica do primeiro trimestre, saber que o coração e outros órgãos se desenvolviam bem. Fernanda foi a que mais enfatizou e se aproximou dos sentimentos vivenciados com as batidas do coração:

Como eu lhe disse, assim, eu pensei assim, que ia perd... a qualquer momento eu estava pensando que iria perder ele. Então, escutar o coração dele pela primeira vez e dos outros anteriores, não escutou. Para mim foi muito, assim, gratificante. Eu até chorei assim, lá deitada. Porque foi muito assim... para mim, foi uma experiência muito grande, que eu vou guardar para o resto da minha vida. (Entrevista Fernanda)

Pensamos que escutar presencialmente as batidas do coração transmitiu a potência de vida e o vislumbre do bebê que chegaria. As primeiras USGs, com seis e sete semanas, revelam a imagem de um embrião, na qual não existem os contornos de membros e cabeças de um feto; nesse período, talvez o som do coração ocupe um lugar de destaque nas aproximações com o

humano e com a vida fetal. Nos três casos observados, cada gestante parece ter experienciado o som das batidas de forma particular, mas, para todas, escutar o coração trouxe algum conforto de que o bebê estava vivo e bem.

Ademais, refletimos que as batidas do coração podem remeter às nossas vivências primitivas e pré-natais no útero materno, visto que vários estudos já indicam que a audição se encontra desenvolvida no final da gestação, sendo as batidas do coração, os sons internos do corpo da mãe e a voz materna os principais sons escutados pelo feto. No que remete à importância das vivências auditivas, Anzieu (1989), apesar de não ter abordado as experiências uterinas em sua teoria sobre o envelope sonoro na construção do Eu-pele¹⁸, indicou que:

Paralelamente ao estabelecimento das fronteiras e dos limites do Eu como interface bidimensional estruturada sobre as sensações táteis, o Self é constituído pela introjeção do universo sonoro (e também gustativo e olfativo) como cavidade psíquica pré-individual dotada de um esboço de unidade e de identidade. As sensações auditivas, associadas no momento da emissão sonora às sensações respiratórias que lhe fornecem uma impressão de volume que se esvazia e se preenche, preparam o Self para se estruturar tendo em conta a terceira dimensão do espaço (a orientação, a distância) e a dimensão temporal. (Anzieu, 1989, p. 199)

Podemos conjecturar que escutar o que ocorre no corpo materno pode abrir ao feto a possibilidade para um “espelho” auditivo, a partir do ambiente sonoro uterino. Assim como Anzieu, Bion e outros autores, levamos em consideração elementos como os sons do corpo materno, a melodia da fala materna e de outras pessoas ao redor desta, como fenômenos sensoriais privilegiados para a função especular futura e o lugar que essa ocupa no desenvolvimento do humano.

Anzieu (1989) evidenciou, por meio da análise de um caso clínico, a existência de um “espelho sonoro, ou de uma pele auditivo-fônica” (Anzieu, 1989, p.182). O envelope funciona, posteriormente, como espelho sonoro, e é compreendido pelo autor como “o banho melódico promovido pela fala materna na relação e no jogo sonoro entre a mãe e seu bebê” (Socha, 2008, p. 8). A disposição do espelho sonoro é estruturante ao *self* e posteriormente ao Eu apenas se a mãe fizer conjecturas simbólicas antecipatórias, ou seja, se “expressar ao bebê ao mesmo tempo

¹⁸ Anzieu (1989) que considera que o “Eu-pele é um envelope que emite e recebe sinais em interação com o meio, ele ‘vibra’ em ressonância; é animado, vivo em seu interior, claro e luminoso” (p. 292). O eu-pele é formado a partir das interações entre o corpo da mãe e do bebê, e as respostas da mãe às sensações e expressões do filho. A mãe circunda o bebê com um envelope externo, dando palavras às suas sensações, mas deixando também espaço entre o seu envelope externo e o envelope interno do bebê. Esse espaço é necessário para que existia flexibilidade e movimento para se ajustar às mudanças do envelope interno, reconhecendo e respeitando, assim, a individualidade do bebê.

alguma coisa dela e dele, e alguma coisa que diga respeito às primeiras qualidades psíquicas vividas pelo então nascente *self* do bebê” (Anzieu, 1989, p. 197). Portanto, a função de espelho sonoro é a da “aquisição pelo aparelho psíquico da capacidade de significar, e depois de simbolizar” (1989, p. 182). A fala materna, nomeando e atribuindo sentido ao que é vivido pelo bebê, oferece condições para que a vivência possa adquirir representação psíquica e, portanto, poder ser simbolizada.

Considera-se ainda que a voz materna desempenha um papel de “proto-objeto materno e pioneiro dos diálogos rítmicos que ocorrem nas díades mães-bebês depois do nascimento” (Carvalho & Justo, 2022, p.16). Nesse sentido, percebemos que a máquina de USG, com as imagens e sons projetados, despertaram nas três gestantes vivências sensoriais e afetos, com possíveis desdobramentos à construção simbólica do filho.

Admite-se a existência de uma sensorialidade fetal, bem como que o feto guarda registros psíquicos da vida uterina. Alguns pesquisadores denominaram esses registros pré-natais de protossimbólicos e consideraram que seriam as primeiras marcas nos fetos, com as quais eles poderão relacionar com suas experiências no pós-natal. Assim, observa-se que o bebê tem preferência por vozes, gostos e sons conhecidos anteriormente, na vida intrauterina.

Algumas pesquisas observaram que os fetos já contam com um repertório diverso e complexo de movimentos que vão mudando ao longo da gestação como: esticar pernas e coluna, bocejar, deglutir e padrões cíclicos, muitas vezes relacionados com os hábitos maternos (Prat, 2022; Raphael-Leff, 2017; Aragão, 2012). Estudos de Caron e Lopes (2014) e Piontelli (1995) observaram a continuidade entre a vida pré e pós-natal, com a presença de padrões e movimentos singulares que identificam cada feto.

Apesar de não termos tido como objetivo nesta pesquisa realizar observações pós-natais e estabelecer um diálogo com os achados durante o exame de USG, percebemos alguns possíveis padrões singulares em cada feto, assim como observamos olhares diferentes para com eles. Cadu apareceu mais: na primeira USG, se mostrou com diversos movimentos no útero, parecendo brincar naquele universo; na segunda USG, um Cadu mais desenvolvido pareceu “posar para a foto” (e talvez para a mãe). Esses movimentos de Cadu despertaram olhares diferentes das médicas para ele, como se tivessem captado essa “mostração” do bebê, ao chamarem-no de “menino fotogênico”.

Samuel parecia um feto mais inibido, em consonância com a mãe, que aparentava medo do ambiente. Ele se mostrou apenas quando “cutucado” pela médica, que demonstrou mais disponibilidade nesse dia para permitir esse quase-encontro de mãe e filho. Essa dupla, que parecia se proteger do ambiente, despertava poucos olhares e interações por parte das médicas.

Nas USGs de Eliane, percebemos que Elodia e Eloina se movimentavam bastante, enquanto tinham espaço, o que não facilitava as medições das médicas, alvo de reclamações dessas. Essas reclamações da equipe pareceram repercutir em projeções maternas quanto ao cuidar das filhas: cuidar de duas bebês seria trabalhoso, tal como referido pelas médicas. As bebês foram vistas uma de frente para a outra em mais de uma USG, parecendo “brincar”.

Percebemos diferenças no modo como cada feto despertou o olhar da observadora, que era afetada tanto pelas projeções e falas do ambiente da sala, mas também pela forma como os fetos se “mostravam”. Nesse sentido, refletimos, na supervisão, que existiam alguns movimentos e aparições dos fetos que nos cativavam de formas diferentes.

Caron, Fonseca e Kompinsky (2000) observaram padrões singulares nos movimentos dos fetos. Por exemplo, apesar de todos ingerirem e excretarem o líquido amniótico, o modo como sugavam o líquido, mexiam a língua, os dedos, ou onde colocavam as mãos, eram diferentes. Os fetos despertavam sensações diversas nos pais e na equipe, dependendo do modo como se apresentavam e se movimentavam na tela da USG, vistos como: simpáticos, antipáticos, calmos, agitados, fotogênicos, tranquilos, meigos, entre outros adjetivos. Em suas pesquisas, indicam que “os dados fornecidos pela ecografia não determinam a relação com o feto – eles dependem da interpretação dos pais e da equipe – mas poderão influenciar a relação entre eles” (Caron, Fonseca & Kompinsky, 2000, p. 195-196).

Em nossa pesquisa, as três gestantes realizaram antecipações como via de acesso à simbolização; cada gestante foi progressivamente compreendendo o feto como um sujeito inserido nas suas linhagens familiares, com projeções de características físicas e psíquicas. No entanto, as gestantes se diferenciaram pelo tempo particular com que cada um foi se permitindo imaginar e antecipar, a partir também do processo de elaboração da gestação atual e das perdas anteriores. Conjecturamos, assim, que essas antecipações pareciam ser fruto do entrelaçamento das imagens e sons projetados na tela, das interpretações dessas imagens pelas médicas, da história individual de cada família e do processo singular de construção da parentalidade.

3.3.3 O saber médico, o saber materno e o não-saber na observação Bick: interlocuções para a integralidade do cuidado

As três gestantes entrevistadas, mesmo sabendo que os exames eram realizados no contexto de um hospital escola, não relataram se importar com esse fato. No entanto, duas delas sinalizaram que durante o exame de USG transvaginal sentiram vergonha pelo excesso de pessoas no local. Além disso, ressaltaram a contradição em excluir os pais da sala de USG, com a justificativa da Covid-19, mas permaneceram presentes os estudantes e residentes de

medicina. Também relataram não saber quem era estudante/residente, mas sabiam quem era a médica *staff*, a quem se referiram como “chefe” ou pelo nome. As três grávidas também indicaram ter sentido dificuldade na compreensão de alguns termos técnicos e que a interação se restringia, muitas vezes, às médicas e às residentes. Duas dessas mulheres ressaltaram a sensação de “desatenção” das médicas por estarem realizando tarefas paralelas no momento do exame (por exemplo, assistir ou cometar jogos das Olimpíadas, pedir comida por aplicativo, dentre outras).

Essa sensação de desrespeito e desatenção também foi sentida pela observadora e pelo grupo de supervisão, nos fazendo questionar sobre a formação dos residentes, em seus aspectos éticos. Apesar de percebemos nas observações e no discurso das gestantes que a técnica das médicas *staff* parecia cuidadosa (algumas gestantes elogiavam esse aspecto do serviço, em comparação com outros que frequentaram anteriormente), pensamos que o ensino e a grande demanda do serviço podem ter afetado a comunicação médico-paciente.

Apesar de a sala de USG não ser um espaço para a escuta de conteúdos psicológicos, consideramos que o cuidado em saúde precisa passar pela compreensão do sujeito em sua integralidade, não apenas do ponto de vista técnico/orgânico/biológico. Observamos e ouvimos narrativas das gestantes que destacavam a primazia da técnica e o pouco espaço para falarem sobre a ansiedade, os medos e as possíveis dúvidas. No caso de Catarina, apenas a médica *staff* perguntou como foram suas perdas anteriores, e acrescentou, quase de imediato, que a gestante seria “cerclada”. Em um dos exames de USG, Catarina tentou expressar seu sentimento de ansiedade e nervosismo, mas escutou da residente “Por quê?”, num tom que transmitia ser esse um sentimento desnecessário, havendo a residente, em seguida, complementado “agora você está amarrada”, se referindo à cerclagem. Parecia que as residentes não se interessavam ou não conseguiam acolher o que as gestantes queriam dizer. Fernanda foi a única que explicitou, na entrevista, o sentimento de que as médicas “eram fechadas”, o que a fez, em contrapartida, se fechar, talvez até mesmo para se proteger, como que se “cerclando”.

No caso de Eliane, a interação entre as médicas e a paciente era geralmente acompanhada de brincadeiras acerca da gestação gemelar. A médica *staff* orientou Eliane a colocar um DIU após a gestação, de forma a tentar solucionar o medo e a angústia de Eliane.

Nossa percepção foi a de que as três gestantes pareciam querer falar, sem, necessariamente esperar soluções das médicas, mas palavras de acolhimento. Cogitamos que as médicas talvez não quisessem ouvir as gestantes por não acharem ser esse o seu trabalho, já que eram muitas a serem atendidas. Imaginamos também, da parte dessas, uma suposta postura defensiva, para não se deparar com as ansiedades das gestantes.

Conjecturamos que parecia existir nas três gestantes o desejo de aprender com as médicas sobre a gestação e o futuro filho. No entanto, ficaram reservadas, sem questionar o que não compreendiam, mesmo que discordassem de algo. Essa postura provocou questionamentos no grupo de supervisão, sobre os motivos que faziam essas mulheres se calar. Fernanda falou sobre o medo de uma possível represália das médicas caso falasse algo que as desagradasse, enquanto Catarina expressou que o seu “nervosismo” a fazia se esquecer de perguntar, como se a paralisasse, imaginamos. Refletimos sobre a assimetria das relações médicas-pacientes, e como parecia existir um poder associado ao saber médico que fazia as gestantes calar. Também não podemos deixar de cogitar o medo dessa população de perder o acesso ao serviço de saúde.

Simonetti (2018) afirma que os médicos não consideram a subjetividade como algo significativo em sua prática, pois ela não teria validade científica e sua presença poderia inclusive atrapalhar a análise técnica e a clareza científica. Assim, ainda que médicos escutem os pacientes, muitas vezes não acreditam que essas informações possam ter relevância para a prática clínica, pois não mudaria sua hipótese e conduta, quiçá os confundiria. No entanto, isso não significa que não haja sensibilidade e afeto por parte dos médicos, embora esses pareçam ficar em segundo plano, em detrimento do discurso de parte da Medicina que prioriza a objetividade científica. O afastamento da subjetividade, via discurso médico-científico, pode esconder uma defesa relacionada à possível angústia de entrar em contato com aspectos subjetivos do paciente, fazendo tocar nos seus próprios.

Por se tratar de um hospital escola, com residentes de Medicina fetal e Obstetrícia, o ensino e as discussões eram centralizados no uso do transdutor, nas medições, na captura de imagens e na avaliação minuciosa de cada órgão. Desse modo, não havia espaço para discussões teóricas que levassem em conta a subjetividade das gestantes e a comunicação médico-paciente.

Schraiber (2008) considera que o crescimento das tecnologias médicas tem colocado o médico na função de aplicador da tecnologia e do conhecimento, estando a garantia da qualidade médica associada ao recurso tecnológico aplicado. Essa mudança teria provocado despersonalização do cuidado e mudança na prática médica: de uma Medicina antes baseada nas interações e na confiança mútua entre médicos e pacientes e profissionais, para uma Medicina mediada pela tecnologia, na qual o médico se tornou um meio para a relação entre os pacientes e a tecnologia.

Em nossa pesquisa, percebemos que a valorização da tecnologia, por parte das médicas e das gestantes, por um lado ressaltava o necessário cuidado com os corpos (da mãe e do feto), o que possivelmente assegurava a todos a confiança no aspecto técnico, propiciadora de vida. Outrossim, também observamos que o uso mecânico, repetitivo e majoritariamente técnico da tecnologia pode ter distanciado a relação entre as médicas e as gestantes. Nesse sentido, a

objetividade da técnica e a subjetividade das médicas e das gestantes não parecia articulada no sentido de favorecer palavras e olhares criadores de vida, embora visassem à vida.

Defendemos que o exame de USG articule duas dimensões que são praticadas em conjunto: a técnico-científica e a relacional. O modo como o exame é desenvolvido, na busca por alcançar a “imagem perfeita”, as medições completas, mediante adequação dos meios aos fins, podem reprimir a expressão de significados fundamentais à construção parental e ao envelopamento do humano, à criação de palavras e olhares ao futuro bebê.

Ayres (2004) sugere que os profissionais de saúde levantem questionamentos como: “que modos de vida e de saúde são favorecidos com um determinado arranjo tecnológico ou gerencial das práticas de saúde?” (p. 588). A esse respeito, Santos (2000) adverte que uma prática integral saberá “dar à técnica o que é da técnica e à liberdade o que é da liberdade” (p. 45). Segundo Teixeira (2003), dentre as várias possibilidades de tratamento da questão da integralidade na prática dos serviços de saúde, o foco tem sido posto numa efetiva mudança na relação de poder técnico-usuário, numa reversão do modelo de comunicação em vigor, levando-se em conta os desafios da implantação do modelo tecnoassistencial proposto.

O cuidado não deve se restringir ao êxito técnico, referido ao alcance de fins determinados segundo meios preestabelecidos, mirando um sucesso que traduz o cumprimento pelo usuário daquilo que foi prescrito pelo profissional. Necessita, igualmente, julgar o sucesso existencial/prático, que transcende a pura “objetualidade”, à medida que considera aspectos simbólicos, relacionais e materiais das intervenções de saúde na vida dos sujeitos. O sucesso existencial implica o deslocamento de horizontes normativos, para o respeito e a promoção dos direitos humanos. Valoriza não somente o saber-fazer técnico, mas também inexoravelmente o ético, afetivo, estético (Ayres, 2001).

Quando o acerto técnico se recobre de sucesso prático, concorrem no agir profissional três importantes atributos: o de ser “interativo”, “crítico” e “reflexivo”. Todos dizem respeito às mediações entre os conhecimentos científicos e a prática profissional e também às escolhas dos profissionais para sua ação (Schraiber, 2011, p. 3041).

O cuidado, enquanto diálogo entre o conhecimento técnico-científico e os pressupostos e expectativas dos sujeitos, na busca por respostas adequadas às necessidades e demandas de saúde, está identificado aos sucessos práticos. O êxito técnico aponta para uma resposta assistencial que se reduz a protocolos padronizados da ação, uma técnica resumida a instruções do como proceder, retirando-lhe a potência reflexiva e a criatividade, próprias da práxis. Corre-se o risco de medicalizar a vida social e a afetiva, tomando os sujeitos apenas em suas dimensões de organismo (Schraiber, 2011).

Os esforços no sentido da humanização do encontro entre profissional e usuário, princípio preconizado pelo SUS, concentram-se na tentativa de alcançar o equilíbrio entre a objetividade da técnica e a subjetividade e intersubjetividade das vivências (Schraiber, 1997; Deslandes, 2004). O exercício da subjetividade, em que o profissional se dispõe dialogicamente, implica a relação intersubjetiva, na qual, valendo-se da ciência e das tecnologias, indaga-se de sua conveniência, questiona-se suas pertinências “ilimitadas” e se aponta para limites de sua eficácia (Schraiber, 2011).

A humanização das práticas de saúde, portanto, precisa aliar vivência prática e embasamento teórico (Schraiber, 1997), por meio de dispositivos relacionais como o acolhimento, o vínculo e a corresponsabilização, criando respostas singulares às demandas (Jorge et al, 2011). O profissional precisa assumir e limitar sua autoridade, compreendendo que não existe um que não sabe, mas dois que sabem coisas distintas (Traverso-Yépez & Morais, 2004).

Se, por um lado, na formação médica percebemos a valorização da objetividade científica e o afastamento da subjetividade do médico e do paciente, na Psicanálise, e no método Bick de observação, consideramos a subjetividade como importante instrumento de trabalho. Para desenvolver o método Bick é preciso que o observador se permita entrar em contato com seus afetos e pensamentos, escreva sobre eles e, posteriormente, trabalhe-os em supervisão, visando sustentar a posição de observador, não se antecipando e interferindo na dinâmica do campo observado. É necessário que o observador admita, suporte e valorize o não-saber antecipado, desenvolvendo, assim, a “capacidade negativa”.

Sobre a capacidade negativa, Bion (1991) descreveu uma atitude inspirada no conceito de John Keats “*negative capability*”, “*living in the question*”. Descreveu-a como a habilidade de contemplar o mundo, vivenciar incertezas, sem o desejo de tentar conciliar aspectos contraditórios ou enquadrá-los em sistemas racionais e fechados. Trata-se de suportar o viver na aparente falta de sentido, aguardando que sentidos surjam a partir da regularidade do acompanhamento e da compreensão sobre as “verdades psíquicas”, sem ideias pré-concebidas. Bion (1991) considera esta uma capacidade indispensável ao psicanalista, para que possa suportar as dúvidas, as incertezas e o “não-saber” de uma situação analítica. O analista deve conter dentro de si, no curso da análise, a emergência de sentimentos muito difíceis, principalmente de determinados sentimentos contratransferenciais angustiantes que nele tenham sido despertados. Essa capacidade é particularmente imprescindível diante de pacientes regressivos (psicóticos, borderline, psicopatas, etc.), que costumam provocar no analista reações contratransferenciais muito difíceis de suportar.

Essas diferenças entre saberes e não-saber foram visíveis em nossa pesquisa: as médicas pareciam priorizar o saber técnico, seguir os protocolos de medições, situando-os no centro de todo o trabalho; a observadora sentia que a não consideração das subjetividades em jogo era gritante e buscava ir ao campo de observação sem um saber prévio; as gestantes ofertaram significados ao exame como algo que não se reduzia às medições, um “quase encontro” com o futuro filho, já desenvolvendo um saber sobre esse. Pensamos ser relevante não desconsiderar a importância central dos protocolos e do saber técnico para os cuidados em saúde, mas consideramos necessário observar essas diferentes formas de olhar para o sujeito e a necessidade do diálogo interdisciplinar para o cuidado integral.

A experiência como observadora no método Bick foi sentida como um mergulho nas questões subjetivas da pesquisadora e na sua capacidade de receber e conter as projeções. As observações estavam carregadas de afetos, receios, medos e ansiedades diversas que giravam em torno de: não saber relatar o observado, atrapalhar, ser invasiva, ser impedida de observar, não escolher um “bom caso”, medo de repetir padrões de exclusão, racismo e desigualdades, entre tantos outros conteúdos difíceis de nomear e entender. Ao mesmo tempo em que existia medo, havia uma grande vontade de conhecer mais sobre o ambiente da USG, uma curiosidade de observar as nuances, de poder experienciar o início da vida. Acrescenta-se ainda o desejo de escutar as gestantes, de aprofundar nas suas dores, de acolhê-las naquele ambiente atravessado por sombras e luzes.

A entrevista foi um momento que valorizou narrativas e contrastou com o que foi negado às mulheres no exame de USG. Indicamos também a função de criação de significados diante de momentos delicados vividos na gestação. Nesse ponto, a entrevista foi um desafio à pesquisadora, que precisou dosar a sua própria curiosidade por detalhes da vida das mães e respeitar o momento do parto próximo, em Fernanda e Catarina, sem mobilizar mais fantasias. Com Eliane, o desafio esteve relacionado ao lidar com a sua ambivalência sobre falar ou não falar, para que a pesquisadora pudesse vislumbrar uma imagem mais unificada dessa mãe.

3.3.4 Vicissitudes do campo intersubjetivo no exame de USG: antecipações e cuidado

As observações nos levaram a compreender o exame de USG como um campo intersubjetivo marcado por encontros e desencontros, por afetos variados, processos intersubjetivos complexos. Observamos que cada integrante presente na sala carregava sua história familiar, social e individual, o que nos indicou sobre os delicados conteúdos relacionais envolvidos.

Nos inspiramos nas metáforas da placenta psicossocial e envelope psíquico para pensarmos o ambiente da USG como parte de uma placenta maior, capaz de envolver e ofertar cuidados aos fetos e suas famílias no processo de construção da parentalidade e abertura de espaço à filiação. Essa metáfora da placenta foi utilizada por Missonnier (2004) e por Raphael Leff (2017) para teorizar sobre o funcionamento psíquico materno durante a gestação. O primeiro autor considera que a mãe desenvolve gradualmente um amadurecimento da placenta nos níveis biológico e psíquico; aos poucos, ela vai concebendo o feto como um sujeito para além dela, criando antecipações criativas sobre o futuro filho. De forma semelhante, Raphael-Leff (2017) utilizou a metáfora da placenta para explicar que, do mesmo modo em que há um filtro para certos elementos biológicos, a mãe também buscaria filtrar alguns sentimentos direcionados ao feto.

Ceragioli, Luperini e Smorto (2015) abordaram o “útero psíquico” num tom metafórico, descrevendo-o como uma construção influenciada também pelo feto. Assim, à medida que este se fixa no útero, que é anunciado e se desenvolve, é criada uma trama intersubjetiva de fios que tecem o continente psíquico da mãe e se entrelaçam ao inconsciente da família, do pai, dos avós, por meio de sonhos, devaneios, desejos secretos, memórias, palavras e silêncios, os quais contêm o feto/bebê (função bioniana de contenção).

Tisseron¹⁹ (2011) considera que durante a gestação a mãe passa por um intenso processo psíquico de simbolização em torno do “carregar um filho”, um ser real que será incluído em um grupo social. Nesse processo, a gestante espera dos médicos e da sua rede de apoio a confirmação de tal trabalho simbólico, associada à imagem do feto projetada na tela, de modo que a USG funcionaria como um “envelope triplo”:

Em primeiro lugar, a mãe é como um envelope para seu bebê. Mas, apesar de sentir, ela tem dificuldade em imaginar. Essa experiência provoca nela sensações inusitadas nas quais ela não se reconhece, violentamente subjetivas e de difícil comunicação. O ultrassom é para ela a imagem de sua capacidade de conter o filho. É o segundo envelope. Graças ao ultrassom, a mãe constitui em si mesma uma imagem visual capaz de vincular e conter suas sensações, suas impressões e suas expectativas. Mas o ultrassom é insuficiente para cumprir esse papel. Requer o olhar de um terceiro para autenticá-lo. Este é o terceiro envelope. O olhar de cumplicidade trocado pela mãe com o médico em torno do ultrassom a convence de que suas experiências vividas não são marginalizantes. O “olhar social” que “envolve” a mãe nesse momento autêntica e socializa a percepção que a mãe tem de si mesma como envoltório. O envelope social

¹⁹ Tisseron se inspirou na teoria do eu-pele de Anzieu (1989), descrita anteriormente.

que é a comitiva, ao reconhecer o ultrassom, indiretamente reconhece e reforça sua capacidade materna (Tisseron, 2011, p. 132. tradução nossa).

Missonnier (2004), em consonância com essas reflexões, refere que o exame de USG “encontra-se no meio de uma travessia e pode ser um ritual de vida ou um ritual de morte” (p. 120). O exame funciona como um ritual de morte quando “no lugar de conter, favorecer, sustentar a parentalidade, ele for apenas um processo que vai mergulhar esse feto no indiferenciado, sem lhe propor uma maturação humanizante” (p. 120). Para que seja um ritual de vida, deve existir o reconhecimento das dificuldades e da crise parental provocada pelo exame, o que muitas vezes é camuflado ou mesmo negado pelos pais e profissionais.

Em nossa pesquisa, o campo intersubjetivo na USG parecia, por vezes, uma complexa placenta psicossocial, um envelope que continha e protegia, quando os sujeitos envolvidos se permitiam entrar em contato com as subjetividades em jogo. No entanto, quando o ambiente médico priorizava a técnica (tecnologia usada basicamente como objeto de medições), quando a linguagem e o ensino médico ficavam no centro do exame, com mães e bebês excluídos ou se excluindo desse ambiente, pareceu não conseguir proteger e cuidar da tríade em todo seu potencial.

As três gestantes falaram sobre esses complexos e diferentes sentimentos vivenciados no campo intersubjetivo. Fernanda se sentiu “feito cega no cinema”: pouco entendia o que se passava na tela e acreditou que as médicas não se ofereceram como intérpretes das imagens, mas ofertavam os laudos necessários para o acompanhamento posterior. No entanto, no momento da foto 3D, da escuta dos primeiros batimentos cardíacos e na confirmação do bom desenvolvimento de Samuel, o exame provocou o sentimento de vida dentro dela, afastando Fernanda dos fantasmas de morte e de incompetência.

Catarina relatou confiança nos exames realizados no serviço público, por estudarem melhor seu caso. Valorizou os pontos positivos da USG que a levaram a se sentir mais tranquila e a acreditar na chegada de Cadu. No entanto, considerou, em alguns momentos, que a médica não prestou atenção em suas dúvidas sobre o que era falado sobre os dados das medições, sentindo-se pouco relevante para a equipe.

Para Eliane, pensamos que a USG auxiliou na elaboração de angústias relativas à sua construção da maternidade gemelar. Porém, em dois momentos percebemos que algumas palavras ditas por uma médica foram interpretadas por Eliane como “palavras de morte”: quando foi falado sobre um possível sofrimento fetal na última USG, antes do parto. Outra ocasião que a mobilizou foi quando, na morfológica do primeiro trimestre, a residente indicou que iria aferir a pressão da mãe dizendo “para ela não morrer”. Essa fala se referia à médica

staff, que possivelmente se aborreceria pela ausência da aferição da pressão da gestante. Eliane, no entanto, entendeu que a frase se referia a ela, à sua possível morte, ficando mais angustiada. Isso evidenciou a invisibilidade dessa mãe no exame e a não reflexão sobre o impacto de falas como essa para a gestante.

Conjecturamos que o campo intersubjetivo da USG parecia suscitar em todos os envolvidos certos medos e vulnerabilidades. Pensamos que duas das mães carregavam medo de uma nova perda fetal, da descoberta de malformações fetais, medo por se encontrarem em um ambiente estranho a elas. Com as médicas *staff*, percebemos possível medo de errar ou deixar passar alguma malformação, de não ver algo importante; um erro no exame talvez pudesse desorganizar emocionalmente uma mãe e trazer um julgamento de colegas médicos sobre sua competência técnica. Nas médicas residentes, parecia haver medo de errar perante as professoras e as mães; as residentes eram constantemente avaliadas pelas *staff*, e muitas vezes eram questionadas e julgadas na frente das pacientes. Quanto à observadora, expressava o medo de não seguir o preconizado pelo método Bick, de sua pesquisa não ser viável, de não conseguir captar as nuances afetivas envolvidas no campo intersubjetivo.

Pensamos também que esse campo intersubjetivo foi permeado por antecipações. Nas gestantes, percebemos antecipações sobre o futuro filho: antecipar a descoberta do sexo, algumas características físicas e de comportamento do bebê, antecipações ligadas à construção do ser mãe e cuidar. Com as médicas, refletimos que o trabalho delas era justamente antecipar possíveis diagnósticos fetais, antecipar condutas que poderiam auxiliar nos cuidados pré-natais. Já na observadora, existia uma busca por não se antecipar, não criar hipóteses, não julgar, apenas observar e captar os afetos envolvidos.

Nesse sentido, a imagem da USG parecia ter um potencial de provocar afetos diferentes, porém nem sempre havia diálogo sobre essas impressões e sentimentos. Tisseron (2011) desenvolve uma interessante comparação entre a imagem do filme no cinema e a imagem da USG. Quando se vai acompanhado ao cinema e o filme termina, costuma-se conversar sobre as imagens e cenas que mais impactaram. Algo parecido acontece também quando nos deparamos com a imagem da USG, que tem a particularidade de ser a de um corpo em formação dentro de outro corpo. Ao olhar para a imagem da USG, a família pode entender o que está acontecendo no interior do corpo da gestante e simbolizar a chegada do novo integrante, “envelopado” física e psiquicamente. No entanto, para isso, é também necessária a contribuição do ultrassonografista, como descrito pelo autor, que pode produzir uma narrativa desse “filme”.

Observamos em nossa pesquisa, que a tecnologia da USG, ao possibilitar acessar o interior do útero e projetar imagens dos fetos nesse ambiente, teve, em alguns momentos, um importante potencial de gerar encontros e diálogos férteis em torno da imagem, podendo

inclusive minimizar medos e organizar psiquicamente as antecipações da mãe sobre o feto. Por outro lado, observamos também que quando a máquina de USG foi utilizada de forma mecânica e com foco no ensino médico, promoveu desencontros de olhares, linguagens e pouco espaço de interação.

Pensamos que a imagem da USG do bebê auxiliou no processo de construção da parentalidade na medida em que trouxe uma maior tranquilidade para as mães (e talvez para os pais), de que o bebê estava bem, ampliando o campo imaginativo acerca dele. Porém, percebemos que o ambiente da USG promoveu desencontros quando houve:

- 1) pouco ou nenhum espaço de escuta e fala ofertado às mães, que desejavam saber sobre o seu bebê e levar uma imagem para a família;
- 2) a não permissão dos pais e acompanhantes no exame;
- 3) invisibilidade das gestantes e dos bebês, tratados como corpos a serem medidos e pesados;
- 4) falta de privacidade das mães, por exemplo, quando foi revelado o sexo do bebê, apesar de algumas terem falaram que não desejavam essa antecipação;
- 5) momentos em que as médicas não se permitiram ouvir os sofrimentos das gestantes, e não acolherem os temores relativos ao tornar-se mãe, talvez porque estavam mais focadas na aprendizagem meramente técnica, defendendo-se da subjetividade (sua e do outro).

No entanto, em alguns momentos o campo intersubjetivo formado por *staff*, residentes, mãe, feto, pesquisadora, pôde funcionar como uma “placenta psicossocial”. Nessas situações, podíamos perceber um encontro de olhares e linguagens (ainda que diferentes), que puderam se conectar, e o feto pôde ser visto como futuro sujeito inserido em uma linhagem social e transgeracional. Lançamos como hipótese que alguns pontos podem ter facilitado esse encontro: o olhar da observadora, que funcionou como continente das diversas projeções; as movimentações, o comportamento do bebê, que “cativava e convidava” os presentes a olharem para ele; e uma possível diminuição das defesas psíquicas das médicas, com abertura para trocas afetivas e por vezes diálogos, permitindo a entrada do lúdico para além do rigor da técnica.

Caron e Lopes (2014), que também realizaram observações de USG por meio do método Bick, ressaltaram o potencial do ecografista em auxiliar os pais no processo de construção da parentalidade e na diminuição das ansiedades em jogo:

A ultrassonografista, mostrando o feto, vai explicando e respondendo questões dos pais, juntando as partes, e assim pode aliviar angústias primitivas e flexibilizar impressões sobre o bebê, ajudando os pais a suportarem o não saber tudo, o não preencher de imediato, com seus próprios desejos e fantasias, e também a digerir e neutralizar esses sentimentos, tornando-os menos tóxicos. Sem críticas morais e respostas rápidas, a ultrassonografista exerce um papel continente e de alívio de

ansiedades. Sua forma de falar, linguagem clara, verdadeira, empática, identificada com a grávida, certamente facilita o processo de torna-se mãe. Cada relação pais-feto-ultrassonografista é diferente, única e dependente de uma complexa malha interativa, desafiadora e desconhecida. (p. 37)

Em suas pesquisas, essas autoras encontraram uma médica ecografista sensível e empática com as gestantes. No entanto, advertiram que essa médica realizava pesquisas com elas há mais de 10 anos e tinha familiaridade com o *setting* observacional, o que pode ter influenciado na condução sensível do seu trabalho como ultrassonografista. Ainda assim, “cada relação pais-feto-ultrassonografista é diferente, única e dependente de uma complexa malha interativa, desafiadora e desconhecida”, como trazido acima (Caron & Lopes, 2004, p. 37).

Esse potencial do método Bick também foi observado em outras pesquisas com ambientes institucionais diferentes (UTI neonatal, sala de parto e sala de USG). Ao pesquisarem nesses ambientes, esse mesmo grupo de pesquisadoras do Rio Grande do Sul percebeu que a presença do observador trazia benefícios para os pais e a equipe. Acredita-se que, ao se colocar como receptáculo das projeções e continente para as angústias, o observador pode auxiliar a equipe a desenvolver essas habilidades, algo nem sempre trabalhado nas formações em saúde (Caron et al, 2016).

Em nossa pesquisa, estimamos que a presença sistemática da observadora, com o seu olhar atento e curioso, pode ter impactado o campo intersubjetivo da USG, ressoando em atitudes das médicas e das gestantes. Esther Bick (1964) indicou que a postura de abstinência, não-intrusiva, não-crítica do observador pode estimular a mãe a encontrar seu jeito próprio de entender e lidar com as necessidades do bebê, ao mesmo tempo em que implica o observador numa receptividade psíquica, potencializando o processo transferencial. Esse recebe, com sua afetividade, sua fantasia e seu corpo, as “comunicações” positivas e negativas, captando estados emocionais primitivos que devem ser transformados psiquicamente, dando sentido ao não-saber.

Contar com uma observadora constante em sua presença e acolhedora em sua postura, pois acolhida por outro envelope – o grupo de supervisão - pode ter funcionado para as médicas e gestantes como contenção diante do não-saber. O olhar curioso da observadora, testemunha e guardião das vivências emocionais, pode ter despertado nas gestantes o reconhecimento das suas vivências particulares, do seu saber intuitivo. Nas entrevistas, pudemos perceber como as gestantes se recordavam da presença da observadora nas cenas das USGs, dos sorrisos e reconhecimentos por trás das máscaras anti-Covid.

Vimos também que o saber das médicas parecia ser alvo de interesse das grávidas, um meio de saber sobre os bebês que carregavam, o que, por vezes, talvez tenha impactado o seu saber intuitivo, assim como apontado por Chazan (2007). Esta autora indicou que a ênfase exagerada na imagem e nos sons, por exemplo, dos batimentos fetais, em seu sentido funcional, parecia mudar a posição subjetiva da mulher, deslocando-a do lugar de observação e intuição. Nesse mesmo sentido, Maia (2006) vislumbrou que o útero pode perder o simbolismo de mistério e negociações, caso o aparato tecnológico descaracterize percepções e afetos por um suposto controle da saúde materna e fetal, desautorizando a mulher.

Por outro lado, cogitamos que a presença curiosa e cuidadosa da observadora pode ter provocado questionamentos nas médicas sobre o trabalho que elas exercem, assim como as aproximado das subjetividades em jogo e das imagens da tela, para além das medições. Não sabemos se o saber das gestantes despertava curiosidade e atenção das médicas. Consideramos que quanto mais abertura para novos saberes, para a diferença, para o estranho-familiar e para os sentimentos, mais podemos aprender uns com os outros. Por fim, destacamos que o saber das médicas e gestantes ensinou a observadora sobre o complexo universo da gestação, dos exames e dos primórdios da parentalidade.

Figueiredo (2009) teorizou sobre a importância da “presença implicada e reservada” como funções fundamentais aos agentes de cuidado – os profissionais da saúde, os profissionais da educação e a sociedade em geral. Existem algumas modalidades de presença implicada, são elas: 1- “sustentar e conter”: atitudes essenciais de continência e *holding* para que possa existir o senso de continuidade no sujeito; 2- “reconhecer”: a capacidade do cuidador de prestar atenção e considerar o outro como único; 3- “interpelar e reclamar”: quando os agentes de cuidado responsabilizam o sujeito para que ele responda por seus atos e por sua existência, sendo essa uma forma de confrontar e colocar limite (que se assemelha à co-responsabilidade descrita por Jorge et al, 2011). No entanto, nessas modalidades de cuidado podem existir exageros na presença implicada, sendo necessário que o cuidador saiba dosar a sua presença, de forma a se ausentar quando necessário, colocando-se como presença reservada.

Figueiredo (2009, p. 151) também infere que talvez vivamos “uma crise de cuidadores”, em que poucos buscam desenvolver essas aptidões de cuidar e muitos a exercem de forma mecânica e padronizada. Ele problematiza que talvez estejamos cada vez menos disponíveis a cuidar e que reduzimos nossa capacidade de nos debruçar sobre o outro com presença e atenção, o que torna muitos trabalhos desimplicados. Por exemplo, quando os cuidadores em saúde se restringem aos procedimentos técnicos - injeções, manuseio da tecnologia, entre outros – perdem “uma das mais importantes virtudes do cuidado: a de oferecer ao sujeito uma

experiência de integração”. O autor chama a atenção para a importância de resgatarmos a capacidade de cuidar:

Recuperar esta capacidade nos parece uma tarefa urgente e preciosa, tanto para os agentes de cuidados – entre os quais o psicanalista – quanto para todos os humanos. Cremos que seja a única forma de dar à vida que levamos e ao mundo em que vivemos sentido e valor. Mas quanto a isso, se a psicanálise e os psicanalistas podem nos ajudar nos diagnósticos e na indicação dos rumos do ‘tratamento’, infelizmente não poderão enfrentar sozinhos a magnitude da tarefa. (Figueiredo, 2009, p. 151).

Pensamos que, nesta pesquisa, nem sempre houve abertura das médicas para exercer o cuidado com toda a sua potência e capacidade; conjecturamos que elas nem sempre “reconheceram” a presença das gestantes e dos bebês, mas sim dos fetos como objetos a medir e aferir. Observamos uma presença maior do ensino, dos movimentos mecânicos, do impessoal, com pouco espaço para se colocarem como parte da placenta psicossocial cuidadora que “sustenta e contém” a tríade, que se encontra em um momento de transição. Refletimos também que as residentes, em muitos momentos, se mostraram ainda mais mecânicas, preocupadas com a aprendizagem e pouco disponíveis para um cuidado mais amplo. Questionamos se a atual formação em Medicina tem priorizado o ensino técnico ao ponto de esquecer a importante tarefa de cuidar (no sentido apontado por Figueiredo). Refletimos ainda que ao cuidar, se debruçar sobre o outro, para além do técnico, as médicas poderiam se abrir mais ao acolhimento e à observação de possíveis dificuldades no processo de construção da parentalidade e abertura para a filiação, de forma a atuar de modo preventivo nos cuidados da tríade.

Aragão (2014) atenta que a proposta de prevenção na primeira infância não se refere a algo taxativo e fixo acerca dos aspectos psicopatológicos, que engessam e retiram as possibilidades do vir a ser do bebê. Faz-se uma aposta, aberta para o risco de errar e, portanto, que considera o imprevisível que envolve a vida:

Para garantir a abertura para a alteridade, para o acolhimento, é preciso lembrar que o outro se faz presente como diferença quando traz consigo a noção de indeterminação e estranheza. Cada nascimento apresenta um enigma: é a chegada de um novo humano na cultura, por assim dizer um estrangeiro, que pede acolhimento. Acontecimento ao mesmo tempo familiar e misterioso. Se o bebê for estrangeiro, precisa ser adotado por sua cultura: mãe, família, adulto cuidador, rede social. Trata-se de retomar a noção de parentalidade como trabalho de domesticação do estrangeirismo do bebê, ou seja, esperar que ele possa se encontrar em um ambiente que pensa, apoiado no pensamento de muitos outros que acreditam que ele pensa (Aragão, 2014, p.640).

Missonier (2018, p. 61) acrescenta que “ao favorecer a antecipação parental das possibilidades comportamentais, afetivas e fantasmáticas a respeito de si, do casal, da fratria, dos avós, do filho, do parto, do pós-parto, do aleitamento... é a maturação do processo da parentalidade que está sendo favorecido”. Indo ao encontro dessas reflexões, pensamos que o campo intersubjetivo da USG, por ser um “quase encontro” entre a tríade pais, fetos e médicos, teria o potencial de ser um espaço fértil de antecipações, e, portanto, de cuidados preventivos. No entanto, em nossa pesquisa, observamos um olhar preventivo centrado no orgânico e pouco espaço para o olhar preventivo mais amplo. Pensamos que poderia haver outros ganhos para essa tríade se existisse também no exame um cuidado mais implicado, com o reconhecimento da importância das palavras e silêncios dos médicos no exame, seu impacto na promoção da parentalidade e maior valorização das antecipações parentais.

Portanto, conjecturamos que o campo intersubjetivo da USG parecia marcado por rachaduras no processo de cuidar, o que poderia estar relacionado a uma possível “crise de cuidadores”, num mundo em que a tecnologia tem ocupado cada vez mais os espaços. Não consideramos, no entanto, a tecnologia como dificultadora ao cuidado, mas pensamos que, a depender do uso que se faz dela, pode-se ampliar ou restringir a capacidade de cuidar. O uso mecânico da tecnologia, com afastamento dos componentes humanos do cuidado, pode impactar no campo intersubjetivo, na medida em que as médicas também são impactadas pelas experiências vivenciadas no trabalho.

Nesse sentido, refletimos que quando os encontros aconteceram entre os envolvidos, o ambiente da USG pareceu se formar numa placenta/envelope psicossocial a todos: profissionais, pais/família e feto/bebê. Pensamos que isso aconteceu, por exemplo, na observação em que todos na sala ficaram encantados pela imagem da bebê Gabriela, inclusive a funcionária da limpeza, capturados pela imagem que assumiu “cor e subjetividade”. Acreditamos que as pessoas não saem iguais de um encontro, todos são afetados e modificados. Quando as médicas se colocaram mais próximas das subjetividades em cena, possibilitaram o encontro de saberes, de subjetividades, uma abertura para o cuidado, possivelmente um maior sentido para o seu trabalho, um fazer mais vivo e uma placenta/envelope psicossocial que sustentou e acolheu todos os envolvidos.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Iniciei esse trabalho desejando vislumbrar a vida fetal, descobrir um pouco sobre tantos mistérios que envolvem o útero materno; queria encontrar algum dado sobre o psiquismo fetal. Assim, nomeamos o projeto inicial da pesquisa como: “De feto a bebê: um estudo sobre o campo intersubjetivo no contexto da ultrassonografia pré-natal”. Porém, com o bebê imaginário dos pais, o projeto imaginado saiu diferente da realidade. Meus olhos, que se voltavam também para as mães, com suas histórias, que me tocaram profundamente, passaram a reconhecer outras subjetividades pulsantes: dos médicos e da equipe de pesquisa (incluindo a mim e ao grupo de supervisão). Eis que o campo intersubjetivo ganhou cor e vida. Chego ao final desta tese entendendo que o título inicial do projeto já não fazia tanto sentido; era preciso ampliá-lo para todos esses sujeitos, com suas luzes e sombras. Foi então que mudamos o título para: “Entre sombras e feixes de luz: um estudo observacional psicanalítico no contexto da ultrassonografia pré-natal”.

Em contraste com a clínica privada, que formalmente permitiu a realização da pesquisa, mas não o olhar da pesquisadora, no hospital público as médicas se abriram e permitiram essa faceta. Elas provocaram em mim tanto sentimentos de raiva e repulsa, como também um “olhar empático”. Testemunhei situações nas quais chegaram a comprar insumos com seus recursos próprios quando o hospital não os tinha e quando brigaram por uma máquina melhor de USG para aprimorar a assistência. Senti empatia pela história pessoal que cada uma devia carregar como mãe, filha e mulher, assim como imaginei a sobrecarga de trabalho que elas pareciam ter e a impossibilidade de isolamento na pandemia da Covid-19. Olhei também com entusiasmo e alegria quando as médicas se permitiam sair do automático da técnica e entrar em contato com a família, ali crescendo, integrando e criando espaço para um campo intersubjetivo como uma placenta psicossocial.

Em menor escala, meus olhos também se voltaram para os pais excluídos da sala de USG e para os fetos/bebês que insistam em aparecer, ainda que via medições de um ensino limitador. Observar o ambiente da sala de USG me mostrou a complexidade de afetos que transitam no exame; cada integrante da cena carrega sua história, sua marca social e sua subjetividade, resultando em feixes de projeções e introjeções em diferentes direções: por vezes, abertura para o outro, implicação, noutros momentos o contrário. Compreendo que, nesta pesquisa, esse foi o campo intersubjetivo construído na sala de USG: um complexo jogo de poder, transferências, projeções, introjeções e trocas subjetivas. Como diz Cazusa em sua música “Poema”, eu sentia a USG como um lugar “que é escuro e frio, mas também bonito, porque é iluminado, pela beleza do que aconteceu há minutos atrás”.

A aplicação da observação Bick me auxiliou no trabalho de captar questões emocionais e sociais que perpassam o campo intersubjetivo da USG. Consideramos que esse campo se assemelhava a uma “placenta psicossocial” complexa, permeada de “vasos” que nem sempre realizaram trocas “nutritivas”. Pensamos que houve limitação dessas possibilidades de “trocas” que poderiam alimentar a construção da parentalidade e a simbolização do futuro bebê em situações nas quais presenciamos: 1) pouco ou nenhum espaço de escuta e fala ofertado às mães, que desejavam saber sobre o seu bebê e levar uma imagem para a família; 2) a não permissão dos pais e acompanhantes no exame; 3) invisibilidade das gestantes e dos bebês, frequentemente tratados como corpos a serem medidos e pesados; 4) falta de privacidade das mães; 5) momentos em que as médicas não acolheram as palavras relativas ao tornar-se mãe e pai, provavelmente porque se sentiram mobilizadas pelo medo de dar más notícias, bem como por estarem focadas na aprendizagem meramente técnica. Estimamos que as desigualdades sociais, a ilusão de onipotência da técnica e o poder médico, temido e supervalorizado por algumas mulheres no contexto da sua história relacional familiar, tenham dificultado os encontros e as “trocas nutritivas” promotoras de palavras de vida e de subjetivação.

Em outros momentos, o campo intersubjetivo se constituiu como uma “placenta psicossocial”, “nutritiva” e acolhedora para a mãe e o bebê. Nessas situações, percebemos encontros de olhares e linguagens (ainda que diferentes), que por vezes inseriram o feto como sujeito numa linhagem social e transgeracional. Lançamos como hipótese que alguns pontos podem ter permitido esses encontros: o olhar da observadora, como continente das diversas projeções, como uma presença sistemática, “companhia viva” (Alvarez, 1994), com impacto no campo intersubjetivo da USG, ressoando em atitudes das médicas e das gestantes; o bebê, que, com suas movimentações, ora cativou e convidou os presentes a olhar para ele; e uma possível diminuição das defesas psíquicas das médicas, com abertura para trocas afetivas, permitindo a entrada do lúdico para além do rigor da técnica.

Acreditamos que a escolha pelo método Esther Bick de observação foi assertiva, na medida em que considera necessário que o observador amplie seu estado da mente, buscando captar os fenômenos inconscientes, observando detalhes, sem se preocupar em teorizar ou compreender de imediato os fenômenos. Neste estudo, as possibilidades com o método Bick permitiram que a observadora transitasse entre os diferentes fenômenos do campo intersubjetivo, buscando estar atenta ao campo transferencial, implicada psiquicamente neste, porém em reserva. Nesse sentido, realizar a observação antes de entrevistar deu à pesquisadora a oportunidade de se abrir para elementos sutis, então compreendidos num outro nível com a realização da entrevista. A escolha pela entrevista semiestruturada nos possibilitou escutar as narrativas das três gestantes, compreender pedaços dessas histórias que não tivemos acesso nas

observações, além de realizar o encerramento desse contato de pesquisa, via narrativas por vezes não permitidas no exame ou veladas, quiçá sequer reconhecidas em algum nível por elas.

A observação Bick pode ser um importante método de formação ao clínico e ao pesquisador por integrar o ambiente constitutivo dos processos de subjetivação, além de considerar afetos vivenciados pelo observador. Foi perceptível o contraste entre o modelo de aprendizagem Bick e o de transmissão de conhecimentos ultrassonográficos/médicos: enquanto o primeiro considera o olhar relacional e implicado na experiência, o segundo tende a priorizar o olhar tecnicista transmitido via o ensino teórico-operacional.

Sobre as três famílias observadas, concluímos que apesar de alguns pontos das suas histórias se entrelaçarem e alguns sentimentos se repetirem, não existiu um padrão na forma como as mães vivenciaram o exame de USG e a construção da parentalidade. Cada uma foi afetada e afetou os demais participantes a partir do seu próprio inconsciente, sua história interior e transgeracional. A imagem da USG do bebê pareceu antecipar e realçar elementos da construção da parentalidade, na medida em que trouxe uma maior tranquilidade para as mães (e talvez para os pais), de que o bebê estava bem, ampliando o campo imaginativo acerca dos pais.

Histórias passadas estavam vivas e pulsantes no exame de USG. Em face disso, consideramos necessário um cuidado amplo, integral na perinatalidade, que possa acolher projeções e expressões dos sentimentos vivenciados, sem julgamentos morais. A tecnologia da USG e o olhar acolhedor e implicado do médico podem diminuir o fosso social e os obstáculos do ambiente do exame, e modo a auxiliar na construção da parentalidade, bem como vislumbrar vicissitudes desse processo.

O método Bick de observação captou também as desigualdades sociais e raciais tão presentes no Brasil. O campo intersubjetivo entre médicas, observadora e gestantes/feto passavam por essas marcas que nos atravessam. Evidenciamos que as desigualdades sociais e raciais tornam as mulheres negras e/ou pobres mais vulneráveis às violências. Refletimos sobre a urgência em reconhecer nosso racismo estrutural e a nossa diversidade, buscando questionar essas hierarquias que por vezes produzem racismo, segregação e ausência de direitos igualitários. Como diz Ohnmacht (2021, p. 68), é necessário: “na ciranda deste dentro/fora, deste familiar/estranho ao qual todos estamos submetidos, que a negritude se aproxime do familiar mais e mais, que crie uma discursividade que dê conta do que tem por característico, e que a branquitude se relativize na diversidade estrangeira”.

Como limitação desta pesquisa, pensamos que, em meio a uma enorme quantidade de material coletado, deixamos de explorar e aprofundar parte dos conteúdos observados, que pode ser aproveitado para trabalhos futuros com o banco de dados criado (observações, relato das

supervisões e entrevistas). Consideramos também que, apesar de a coleta de dados ter sido realizada no momento delicado da Covid-19, não conseguimos explorar os possíveis impactos da pandemia na construção da parentalidade.

Como sugestão para pesquisas futuras, pensamos ser interessante explorar os sentimentos e a experiência dos pais (paternidade) e da equipe médica durante o exame de USG, visto que não foi possível focar essas experiências emocionais, assim como encontramos poucas pesquisas na área que contemplassem esses sujeitos no campo do pré-natal.

Por fim, reconhecemos a necessidade de um olhar interdisciplinar para a perinatalidade, que se debruce mais para as subjetividades envolvidas. As práticas em saúde precisam passar pelo diálogo, pelo encontro de diferentes linguagens, olhares e subjetividades, em benefício de um cuidado ético, pois como disse Mia Couto “somos feitos de histórias assim como somos feitos de células”.

Estimamos que o reconhecimento das relações intersubjetivas que delimitam elementos precoces da parentalidade e do conjecturável protopsiquismo do bebê, possam ampliar o cuidado nesse momento de transição da família, tendo em vista as possibilidades preventivas do exame de USG pré-natal. Ao cuidar, se debruçar sobre o outro, para além do técnico, os ecografistas podem se abrir ao acolhimento e à observação de possíveis dificuldades no processo de construção da parentalidade e abertura para a filiação. Podem, portanto, atuar de modo preventivo nos cuidados da tríade, enquanto interlocutores, auxiliando no “envelopamento” do humano, sem precisar temer sua subjetividade no mundo da ciência. Esperamos que o diálogo interdisciplinar no pré-natal amplie reflexões sobre a intersubjetividade em jogo na experiência compartilhada no exame de ultrassom, estimulando contribuições aos primórdios da família e às antecipações psíquicas criadoras de subjetividade do bebê.

REFERÊNCIAS

- Åhman, A., Edvardsson, K., Fagerli, T. A., Darj, E., Holmlund, S., Small, R., & Mogren, I. (2019). A much valued tool that also brings ethical dilemmas - a qualitative study of Norwegian midwives' experiences and views on the role of obstetric ultrasound. *BMC pregnancy and childbirth*, 19(1), 33. <https://doi.org/10.1186/s12884-019-2178-x>
- Alvarez, A. (1994). *Companhia viva*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Amarins, M., Benute, G., Nomura, R. Y., Okumura, M., Moretto, M. L., Tourinho, L. M. C., & Zugaib, M. (2009). Ultrassonografia bidimensional e tridimensional e o vínculo materno fetal: um estudo comparativo. *Psicologia Hospitalar*, 7(2), 2-14. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S167774092009000200002&lng=pt&tlng=pt
- Anzieu, Didier. (1989). *O Eu-Pele*. São Paulo: Casa do Psicólogo
- Aguiar, J. M., D'Oliveira, A. F. & Schraiber, L. (2013). Violência institucional, autoridade médica e poder nas maternidades sob a ótica dos profissionais de saúde. *Cad. Saúde Pública* 29(11) <https://doi.org/10.1590/0102-311x00074912>
- Aragão, R. O. (2012). Narrativas do início da vida - como contar nosso primeiro capítulo? *Primórdios*, 2(2), 73-83.
- Aragão, Regina Orth de, & Marin, Isabel Kahn. (2014). Entre o estranho e o familiar - desafios para a prevenção. *Estilos da Clínica*, 19(1), 57-66.
- Aragon, L. (2003). A espessura do encontro. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 7(12), 11-22. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832003000100002>
- Ayres, J.R.C.M. (2001). Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 6(1): 63-72.
- Ayres, J.R.C.M. (2004). Norma e formação: horizontes filosóficos para as práticas de avaliação no contexto da promoção da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9(3): 583-92.
- Aubert-Godard, A. (2002). L'aventure de la grossesse, aujourd'hui. *Laennec*, 50, 38-63. <https://doi.org/10.3917/lae.022.0038>
- Aulagnier, P. (1979). *A violência da interpretação: do pictograma ao enunciado* (M. C. Pellegrino, trad.). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1975).
- Aulagnier, P. (1999). Nascimento de um corpo, origem de uma história. *Rev. latinoam. psicopatol. Fundam.*, 2(3), 9-45. <https://doi.org/10.1590/1415-47141999003002>.
- Baranger, M., & Baranger, W. (1961-1962/2010). A situação analítica como campo dinâmico. In: Controvérsias a respeito do enactment e outros trabalhos. *Livro anual de Psicanálise – Tomo XXIV*. (Trabalho original publicado em 1961/1962).

- Bashour, H., Hafez, R., & Abdulsalam, A. (2005). Syrian women's perceptions and experiences of ultrasound screening in pregnancy: implications for antenatal policy. *Reproductive health matters*, 13(25), 147–154. [https://doi.org/10.1016/s0968-8080\(05\)25164-9](https://doi.org/10.1016/s0968-8080(05)25164-9)
- Bick, E. (1964). Notes on infant observation in psychoanalytic training. *International Journal of Psychoanalysis*, 45, 558-666.
- Bion, W.R. (1962/1984). Uma teoria do pensar. In Spillius, E.B. *Melanie Klein hoje: desenvolvimento da teoria e da técnica*: Vol. 1 (pp.185-190). Rio de Janeiro: Imago (Trabalho original publicado em 1962).
- Bion, W. (1962/1991). *O aprender com a experiência*. Rio de Janeiro: Imago, 1991. (Trabalho original publicado em 1962.)
- Bion, W. (2020). *Bion em Nova York e em São Paulo*. Editora Blucher.
- Boyer, B. Prefácio à edição brasileira. In Ogden, T.H. (1994/1996). *Os sujeitos da psicanálise*. São Paulo: Casa do Psicólogo. p. XIV-XX.
- Bydlowski, M. (2002). O olhar interior da mulher grávida: Transparência psíquica e representação do objeto interno. In L. Corrêa Filho, M. H. Corrêa Girade, & P. França (Eds.). *Novos olhares sobre a gestação e a criança até 3 anos: saúde perinatal, educação e desenvolvimento do bebê*. Brasília: L.G.E. Editora.
- Bydlowski, M. & Golse, B. (2002). Da transparência psíquica à Preocupação Materna Primária: uma via de objetualização. In Corrêa Filho, L., Corrêa Girade, M. H., & França, P. (Orgs.). *Novos olhares sobre a gestação e a criança até 3 anos: saúde perinatal, educação e desenvolvimento do bebê* (pp. 215-220). Brasília: L.G.E. Editora.
- Bydlowski, M. (2009). Le désir d'enfant échappe souvent à notre volonté. *Psychologies*. <http://www.psychologies.com/Famille/Maternite/Desir-d-enfant/Articles-et-Dossiers/Vouloir-un-enfant/Monique-Bydlowski-Le-desir-d-enfant-echappe-souvent-a-notre-volonte..>
- Campana, N., Santos, C., & Gomes, I. (2019). De quem é a preocupação primária?: A teoria winnicottiana e o cuidado parental na contemporaneidade. *Psicologia Clínica*, 31(1), 32-53. <https://dx.doi.org/10.33208/PC1980-5438v0031n01A02>
- Caron, N. A., & Fonseca, M. M. (2011). A presença de irmãos no exame de ultrassonografia pré-natal. *Revista de Psicanálise da SPPA*, 18(2), 417-442
- Caron, N. A., Fonseca, M. M. C., & Lopes, R. S. (2008). The baby and his majesties: some considerations on human helplessness, *Infant Observation: International Journal of Infant Observation and Its Applications*, 11(1), 67-75. <http://dx.doi.org/10.1080/13698030802034428>

- Caron, N. A., Fonseca, M. M. C., & Kompinsky, E. (2000). Aplicação da observação ultrassonografia obstétrica. In N. A. Caron (org.). *A relação pais-bebê: da observação à clínica* (pp. 178-206). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Caron, N., & Lopes, R. (2014). *Aprendendo com as mães e os bebês sobre a natureza humana e a técnica analítica*. Porto Alegre: Dublinense.
- Caron, N., Lopes, R., Steibel, D. & Donelli, T. (2012) Writing as a challenge in the observer's journey through the Bick method of infant observation, *Infant Observation*, 15(3), 221-230. <https://doi.org/10.1080/13698036.2012.726519>
- Caron, N., Lopes, R., Donelli, T & Steibel, D. (2016). Desafios da perinatalidade para a equipe: a utilidade da presença de um profissional psi com formação no método Bick de observação de bebês. *Publicação CEAPIA*, 25, 24-37.
- Carvalho, E. & Justo, J. (2022) *O bebê e a voz materna: a primeira sonata Opus Uterus*. São Paulo: Instituto langage
- Cavalcante, M. B., Sarno, M. A., & Barini, R. (2020). Protocolos de investigação em casos de aborto recorrente. In M. Cavalcante, M. Sarno & R. Barini (Eds.). *Perda gestacional* (pp.134-147). Barueri: Manole.
- Ceragioli, M. R., Luperini, A., & Smorto, G. (2015). The development of the psychic womb. In G. F. Mori (Ed.). *From pregnancy to motherhood* (pp. 82-89). New York: Routledge.
- Cerri, G., Leite, C., & Leite, C. (2017). *Tratado de Radiologia*. InRad, HCFMUSP. Volume 3: obstetrícia, mama, musculoesquelético. Barueri, SP: Manole.
- Chazan, L. K. (2007). *“Meio quilo de gente”*: um estudo antropológico sobre ultra-som obstétrico. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Chazan, L. K. (2011). "O aparelho é como um automóvel; a pista é a paciente": para além do ensino de tecnologia no pré-natal. *Physis: Revista de Saúde Coletiva [online]*. 21, (2), pp. 601-627. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312011000200014>
- Chazan, L. K., & Faro, L. F. (2016). “Exame bento” ou “foto do bebê”? Biomedicalização e estratificação nos usos do ultrassom obstétrico no Rio de Janeiro. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos [online]*. 23(1), 57-78. <https://doi.org/10.1590/S0104-59702016000100005>
- Coelho Junior, N. E. (2002). Intersubjetividade: conceito e experiência em psicanálise. *Psicologia Clínica- PUC-RIO*, 14(1), 61-74.
- Coelho Junior, N. E. (2012). Thomas Ogden e a alteridade em psicanálise. *Impulso*, 22(55): 59-76.
- Coelho Junior, N.E., & Figueiredo, L.C. (2003). Figuras da intersubjetividade na constituição subjetiva: dimensões da alteridade. *Interações*, 9(17), 9-28.

- Conselho Federal de Medicina. (1992). Resolução n. 1.361/1992. Dispõe sobre a execução e interpretação de exames ultra-sonográficos entre seres humanos, assim como a emissão do respectivo laudo é da exclusiva competência do médico. Diário Oficial da União; Brasília, DF. Seção 1, p. 17.186.
- Costa, M. (2017). *Método de observação de bebês modelo Esther Bick: o ensino da contratransferência para psicanalistas e psicólogos*. Curitiba: Juruá.
- Cullere-Crespin, G. (2004). *A clínica precoce: o nascimento do humano*. São Paulo: Casa do Psicólogo
- Daudt, P.R. (2015). Alguns aspectos teóricos sobre o campo em uma psicoterapia de orientação analítica. *Revista Brasileira de Psicoterapia*, 17(1): 13-24.
- Davoudian, C. (2022). Mas para onde foi o pai? I. Marin, M. Carvalho & R. Aragão (Orgs.). *Quem é o bebê hoje: a construção do humano na contemporaneidade*. São Paulo: Blucher.
- De Jong-Pleij, E.A.P., Ribbert, L.S.M., Pistorius, L.R., Tromp, E., Mulder, E.J.H., & Bilardo, C.M. (2013), Three-dimensional ultrasound and maternal bonding, a third trimester study and a review. *Prenat Diagn*, 33, 81-88. <https://doi.org/10.1002/pd.4013>
- Deslandes, S.F. (2004). Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9(1): 7-14.
- Diniz, M. (2018). O (a) pesquisador(a), o método clínico e sua utilização na pesquisa. In T. Ferreira & A. Vorcaro (Eds.). *Pesquisa e psicanálise: do campo à escrita* (pp.111-128). Belo Horizonte: Autêntica Editora.
- Dunker, C. (2020). Economia libidinal da parentalidade. In. D. Terperman, T. Garrafa & V. Iaconelli (Eds.). *Parentalidade* (pp.39-53). Belo Horizonte: Autêntica (Coleção Parentalidade & Psicanálise 1)
- Edwards, M.M., Wang, F., Tejura, T., Patel, A., Majewski, S., & Donnenfeld, A. E. (2010). Maternal reactions to two-dimensional compared to three-dimensional foetal ultrasonography. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 31(2), 53-9. <https://doi.org/10.3109/01674821003793038>
- Ekelin, M., Crang-Svalenius, E., & Dykes, A. K. (2004). A qualitative study of mothers' and fathers' experiences of routine ultrasound examination in Sweden. *Midwifery*. 20(4), 335-44. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2004.02.001>
- Ekelin, M., Crang Svalenius, E., Larsson, A. K., Nyberg, P., Maršál, K., & Dykes, A. K. (2009). Parental expectations, experiences and reactions, sense of coherence and grade of anxiety related to routine ultrasound examination with normal findings during pregnancy. *Prenat. Diagn.*, 29, 952-959. <https://doi.org/10.1002/pd.2324>
- Fanon, F. (1952/2008). *Pele negra, máscaras brancas*. Ed. UFBA.

- Félix, H. C. et al. (2019). Sinais de alerta e de trabalho de parto: conhecimento entre gestantes. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil [online]*. 19(2), pp. 335-341. <https://doi.org/10.1590/1806-93042019000200005>
- Ferenczi, S. (2011). Confusão de línguas entre os adultos e a criança. In S. Ferenczi. *Obras Completas: Psicanálise IV*. São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1933).
- Figueiredo, L.C. (2002). A ética da pesquisa acadêmica e a ética da clínica em Psicanálise: o encontro possível na pesquisa psicanalítica. In E. F. Queiroz & A. R. R. Silva (Orgs.). *Pesquisa em psicopatologia fundamental* (pp. 129-142). São Paulo: Escuta.
- Figueiredo, L. C. (2007). A metapsicologia do cuidado. *Psychê*, 11(21), 13-30.
- Figueiredo, L. C. (2009). A metapsicologia do cuidado. In L. Figueiredo. *As diversas faces do cuidar: novos ensaios de psicanálise contemporânea*. São Paulo: escuta.
- Figueiredo, L., & Minerbo, M. (2006). Pesquisa em psicanálise: algumas idéias e um exemplo. *Jornal de Psicanálise*, 39(70), 257-278. <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/jp/v39n70/v39n70a17.pdf>
- França, N. (2019). Intimidade e observação mãe-bebê. In N. França (Org.) *Observação de bebês: método e aplicações*. (pp.17-32). São Paulo: Blucher
- Freud, S. (1919/2006). O estranho. In S. Freud *Edição Standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, v. XVII. Rio de Janeiro: Imago Editora. (Trabalho original publicado em 1919).
- Freud, S. (1976/1925) Inibições, sintomas e ansiedade. In S. Freud. *Estudo autobiográfico, inibições, sintomas e ansiedade, a questão da análise leiga e outros trabalhos*. (Vol. XX, Ed. Standard brasileira, trad. J. Salomão). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1925).
- Golse, B. (2008). Os destinos do originário. *Psicologia Clínica*, 20(1), 43-56. <https://doi.org/10.1590/S0103-56652008000100003>
- Golse, B. (2011) Y a-t-il une place pour l'échographie dans le suivi d'une grossesse normale? In Michel Soulé (Ed.). *L'échographie de la grossesse: Promesses et vertiges* (pp.243-252). Editions Érès. <https://doi.org/10.3917/eres.soule.2011.01.0047>
- Golse, B. (2019). O que o bebê transmite aos adultos (o conceito de transmissão psíquica ascendente). *Cadernos de Psicanálise*, 41(41), 11-20. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-62952019000200001
- Golse, B. (2020). O sense of being em relação à criatividade. Ser ou existir? *Revista de Psicanálise da SPPA*, 27(2), 279-290.

- Goldfarb, D. C., & Lopes, R. G. C. (2006). Avosidade: a família e a transmissão psíquica entre gerações. In Freitas, E. V. e cols. *Tratado de geriatria e gerontologia* (pp. 1374-1382). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Gomes, A. G. (2003). *A ultrassonografia obstétrica e suas implicações na relação mãe-feto: impressões e sentimentos de gestantes com e sem diagnóstico de anormalidade fetal*. [Dissertação de mestrado]. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/4123>
- Gomes, A. & Piccinini, C. (2010) A ultrassonografia obstétrica e suas implicações para a relação materno-fetal. *Interação Psicologia*, 14(2), 139-150. <http://dx.doi.org/10.5380/psi.v14i2.7511>
- Gomes, Aline Grill, & Piccinini, Cesar Augusto. (2007). Impressões e sentimentos de gestantes em relação à ultrassonografia obstétrica no contexto de normalidade fetal. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 20(2), 179-187. <https://dx.doi.org/10.1590/S0102-79722007000200002>
- Goulart, A. A. (2009). Intersubjetividade e especificidade em psicanálise. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 43(3): 59-70.
- Gourand, L. (2011). Les aspects psychologiques des échographies de la grossesse vus par un obstétricien qui pratique l'échographie en maternité. In Michel Soulé (Ed.). *L'échographie de la grossesse: Promesses et vertiges* (pp. 47-83). Editions Érès. <https://doi.org/10.3917/eres.soule.2011.01.0047>
- Gourand, L. (2012). L'échographie prénatale: quels enjeux dans la relation ?. *Laennec*, 60, 7-17. <https://doi.org/10.3917/lae.124.0007>
- Gourand, L., Missonnier, S. & Soubieux, M. (2011). Confirmations et surprises d'une décennie échographique! In Michel Soulé (Ed.) *L'échographie de la grossesse: Promesses et vertiges* (pp. 15-35). Editions Érès. <https://doi.org/10.3917/eres.soule.2011.01.0015>
- Green, A. (2000) The Intrapychic and Intersubjective in Psychoanalysis. *The Psychoanalytic Quarterly*, 69(1): 1-39.
- Grigoletti, L. V. S. (2005). A influência da ultrassonografia na representação do filho imaginário: filho real. *Psico*, 36(2), 149-157
- Guerra, V. (2013). A ética dos cuidados: o complexo arcaico e a estética da subjetivação. In I. Marin & R. Aragão. *Do que fala o corpo do bebê* (pp.37-48). São Paulo: Escuta.
- Halle, K.F., Fjose, M., Kristjansdottir, H., Bjornsdottir, A., Getz, L., Tomasdottir, M. O. & Sigurdsson, J. (2018). Use of pregnancy ultrasound before the 19th week scan: an analytical study based on the Icelandic Childbirth and Health Cohort. *BMC Pregnancy Childbirth* 18, (512). <https://doi.org/10.1186/s12884-018-2134-1>

- Herrmann, F., & Lowenkron, T. S. (Eds.). (2004). *Pesquisando com o método psicanalítico*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Houzel, D. (1999). A therapeutic application of infant observation in child psychiatry. *Infant Observation*, 2(3): 42-53.
- Iaconelli, V. (2007). Luto insólito, desmentido e trauma: clínica psicanalítica com mães de bebês. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental [online]*.10(4), pp. 614-623. <https://doi.org/10.1590/S1415-47142007000400004>
- Inglez-Mazzarella, T. (2006). *Tornar-se herdeiro: a transmissão psíquica entre gerações*. São Paulo: Escuta.
- Jorge, M.S.B., Pinto, D.M., Quinderé, P.H., Pinto, A.G.A., Sousa, F.S.P., Cavalcante, C.M. (2011). Promoção da Saúde Mental - Tecnologias do Cuidado: vínculo, acolhimento, co-responsabilização e autonomia. *Ciência Saúde & Coletiva*, 16(7): 3051-60.
- Lapaire, O., Alder, J., Peukert, R., Holzgreve, W. & Tercanli, S. (2007) Two- versus three-dimensional ultrasound in the second and third trimester of pregnancy: impact on recognition and maternal–fetal bonding. A prospective pilot study. *Arch Gynecol Obstet* 276, 475–479. <https://doi.org/10.1007/s00404-007-0368-7>
- Lare, Williams; Jane, Sandall, Gillian, Lewando-Hundt; Heyman, Bob (2005). Women as moral pioneers? Experiences of first trimester antenatal screening, *Social Science & Medicine*, 61(9), pp. 1983-1992. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed..04.004>.
- Lebovici, S. (1993). On intergeracional transmission: from filiation to affiliation. *Infant Mental Health Journal*, 14(4), 260-272.
- Lebovici, S. (2004). Diálogo Leticia Solis-Ponton e Serge Lebovici. In M. C. Silva. & L. Solis-Ponton (Eds). *Ser pai, ser mãe*. Parentalidade: um desafio para o terceiro milênio (pp. 21-27). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Levine, H.B. & Friedman, R.J. (2000). Intersubjectivity and Interaction in the analytic realationship: a mainstream view. *The Psychoanalytic Quarterly*, 69(1): 63-92.
- Lou, S. Frumer. M., Schlütter, M. M., Petersen, O. B., Vogel, I., & Nielsen, C. P. (2017). Experiences and expectations in the first trimester of pregnancy: a qualitative study. *Health Expect*. 20(6), 1320-1329. <https://doi.org/10.1111/hex.12572>
- Magalhães, A.S., & Féres-Carneiro, T. (2005). Conquistando a herança: sobre o papel da transmissão psíquica familiar no processo de subjetivação. In Féres-Carneiro, T. (Org.). *Família e casal: efeitos da contemporaneidade* (pp. 24-32). Rio de Janeiro: Ed. PUC-Rio.
- Maia, M.S. (2006). Afetos e linguagem entre corpos e máquinas: biotecnologia, afetação traumática e processos de subjetivação. *Latin-American Journal of Fundamental Psychopathology*, 6(2): 96-107.

- Matos, M., Magalhães, A., Féres-Carneiro, T., & Machado, R. (2017) Gestação paterna: uma experiência subjetiva. *Barbarói, Santa Cruz do Sul*, 49, 147-165.
- Mensah, Y. B., Nkyekyer, K., & Mensah, K. (2014). The Ghanaian woman's experience and perception of ultrasound use in antenatal care. *Ghana medical journal*, 48(1), 31–38. <https://doi.org/10.4314/gmj.v48i1.5>
- Michaelis. (2015). Dicionário da Língua Portuguesa. *Dicionário online Uol*. Editora Melhoramentos. Disponível em: <https://michaelis.uol.com.br/moderno-portugues>
- Ministério da Saúde (2009). *Manual de vigilância do óbito infantil e fetal e do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal* (2a ed.). https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_obito_infantil_fetal_2ed.pdf
- Ministério da Saúde. (2016). *Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres*. Ministério da Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa Brasília: Ministério da Saúde. http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_atencao_basica_saude_mulheres.pdf
- Missonnier, S. (2004). O início da parentalidade, tornar-se mãe, tornar-se pai. As interações dos pais e da criança antes do nascimento. In M. C. Silva & L. Solis-Ponton (Eds). *Ser Pai, Ser Mãe*. Parentalidade: um desafio para o terceiro milênio (pp. 115-122). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Missonnier, S. (2007). Le premier chapitre de la vie? Nidification foetale et nidation parentale. *La psychiatrie de l'enfant*, 50(1), p. 61-80, 2007. <https://doi.org/10.3917/psy.501.0061>
- Missonnier, S. (2011) L'échographie obstétricale: un rituel séculier d'initiation à la parentalité ? In Michel Soulé (Ed). *L'échographie de la grossesse: Promesses et vertiges* (pp. 159-188). Editions Érès.
- Missonnier, S. (2018). Raízes epistemológicas da antecipação e clínicas de sua gênese na perinatalidade. In R. O. Aragão, & S. A. Zornig (Org) *Continuidade e descontinuidade no processo de subjetivação do bebê* (pp. 43-71). São Paulo: Escuta.
- Munanga, K. (2017). As ambiguidades do Racismo à Brasileira. In Kon, N. M.; Silva, M; L. & Abud, C. C. (Org.). *O racismo e o negro no Brasil: questões para a Psicanálise* (p. 33-44). São Paulo: Perspectiva.
- Negri, R. (1997). Observação da vida fetal. In M. B. Lacroix & M. Monmayrant (Org.). *Os laços do encantamento: a observação de bebês, segundo Esther Bick, e suas aplicações* (trad. F. Settineri, pp.113-129). Porto Alegre: Artes médicas.
- Ogden, T. H. (1994/1996). *Os sujeitos da psicanálise*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Ogden, T. H. (2013). *Reverie e interpretação*. São Paulo: Escuta.
- Ohnmacht, T. (2021). O estrangeiro em psicanálise: contribuições a partir das obras de Neusa Santos Souza e Isildinha Baptista Nogueira. *Sig: revista de psicanálise*, 10(19), 63-69.

- Oliveira-Menegotto, L. M., Menezes, C. C., Caron, N. A. C., & Lopes, R. C. S. (2006). O método Bick de observação de bebês como método de pesquisa. *Psicologia Clínica*, 18(2), 77-96. <https://doi.org/10.1590/S0103-56652006000200007>.
- Oliveira-Menegotto, L. M., Wecker, A., Silva, M., & Gerhardt, A. L. (2021). O método bick de observação em contextos de vulnerabilidade: qual o lugar do observador? *Psicologia em Revista*, 27(2), 488-507.
- Oluoch, D. A., Mwangome, N., Kemp, B., Seale, A. C., Koech, A., Papageorghiou, A. T., Berkley, J. A., Kennedy, S. H., & Jones, C. O. (2015). "You cannot know if it's a baby or not a baby": uptake, provision and perceptions of antenatal care and routine antenatal ultrasound scanning in rural Kenya. *BMC pregnancy and childbirth*, 15, 127. <https://doi.org/10.1186/s12884-015-0565-5>
- Organização Mundial da Saúde. (2016). *Recomendações da OMS sobre cuidados pré-natais para uma experiência positiva na gravidez*. Geneva: WHO. <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/250800/2/WHO-RHR-16.12-por.pdf>
- Parlato-Oliveira, E. (2019). O bebê que nos fala. In C. Trevarthen, K. J. Aitken, & M. Gratier. *O bebê nosso professor* (pp. 7-14). São Paulo: Instituto Langage.
- Piccinini, C. A. et al. (2004) O envolvimento paterno durante a gestação. *Psicologia: Reflexão e Crítica*.17(3), 303-314. <https://doi.org/10.1590/S0102-79722004000300003>
- Piccinini, C. A., Carvalho, F., Ourique, L., & Lopes, R. S. (2012). Percepções e sentimentos de gestantes sobre o pré-natal. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 28(1), 27-33. <https://doi.org/10.1590/S0102-37722012000100004>
- Piontelli, A. (1995). *De feto à criança: um estudo observacional e psicanalítico*. (J. Wilhelm, N. L. Gomes, S. M. de Godoy, Trans.). Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1992).
- Piontelli, A. (2000). Is there something wrong? The impact of technology in pregnancy. In J. Raphael-Leff (Ed.), *'Spilt milk' perinatal loss & breakdown* (pp.39-52). London: Institut of Psychoanalysis
- Piva, A., Ponsi, A., Saldanha, C., Gomes, E., Martini, J., da Silva, M.L.D., & Spizzirri, R. (2010). Origens do conceito de Intersubjetividade: uma trajetória entre a Filosofia e a Psicanálise contemporânea. *Contemporânea - Psicanálise e Transdisciplinaridade*, 9, 71-91.
- Prat, R. (2022) A pré-história da vida psíquica: seu devir e seus traços na ópera do encontro e no processo terapêutico1. In M. C. Silva (Org.). *Fronteiras da parentalidade e recursos auxiliares: pensando a clínica da primeira infância - Vol. 2*. (pp.23-31). São Paulo: Blucher.
- Pretorius, D.H., Gattu, S., Ji, E., Hollenbach, K., Newton, R., Hull, A., Carmona, S., D'Agostini, D. & Nelson, T.R. (2006), Preexamination and Postexamination Assessment of Parental-

- Fetal Bonding in Patients Undergoing 3-/4-Dimensional *Obstetric Ultrasonography*. *Journal of Ultrasound in Medicine*, 25, 1411-1421. <https://doi.org/10.7863/jum.2006.25.11.1411>
- Pretorius, D.H., Hearon, H.A., Hollenbach, K.A., Ji, E., Gattu, S., Nelson, N.M., Nelson, T.M., Chibuk, J., Hull, A.D., Newton, R.P. & Nelson, T.R. (2007). Parental Artistic Drawings of the Fetus Before and After 3-/4-Dimensional Ultrasonography. *Journal of Ultrasound in Medicine*, 26, 301-308. <https://doi.org/10.7863/jum.2007.26.3.301>
- Queiroz, E.F. (2002). O estatuto do caso clínico. *Pulsional*, 15(157): 33-40.
- Queiroz, E.F. (2005). Inclinar-se para a escuta e inclinar-se para a escrita. *Pulsional* 18(184): 60-64.
- Raphael-Leff, J. (2017). *Gravidez: a história interior*. São Paulo: Blucher.
- Rehbein, M. P., & Chatelard, D. S. (2013). Transgeracionalidade psíquica: uma revisão de literatura. *Fractal, Rev. Psicol.*, 25(3), 563-583. <https://doi.org/10.1590/S1984-02922013000300010>
- Reis, B. (2012) Compartilhando a intersubjetividade: novos fundamentos filosóficos para uma psicanálise com outros. In: N. Coelho Jr., P. Salen & P. Klatau (Orgs.) *Dimensões da intersubjetividade*. São Paulo: Escuta/Fapesp. Pp.215-246.
- Rhode, M. (2007). Helping toddlers to communicate. Infant observation as an early intervention. In: Acquarone, S. *Signs of autism in infants: recognition and early intervention*. Karnac: London. pp. 193-212.
- Rhode, M. & Maiello, S. (1998). Editorial. *Infant Observation*, 2:1(2-4).
- Ribeiro, F. S., Santos, N., & Zornig, S. M. A. (2016). Dividida em dois?: A experiência materna nos casos gemelares. *Natureza humana*, 18(1), 37-54
- Righetti, P.L., Dell'Avanzo, M., Grigio, M. & Nicolini, U. (2005). Maternal/paternal antenatal attachment and fourth-dimensional ultrasound technique: A preliminary report. *British Journal of Psychology*, 9, 129-137. <https://doi.org/10.1348/000712604X15518>
- Rijken, M. J., Gilder, M. E., Thwin, M. M., Ladda Kajeechewa, H. M., Wiladphaingern, J., Lwin, K. M., Jones, C., Nosten, F., & McGready, R. (2012). Refugee and migrant women's views of antenatal ultrasound on the Thai Burmese border: a mixed methods study. *PloS one*, 7(4), e34018. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0034018>
- Roberts, J., Griffiths, F.E., Verran, A. & Ayre, C. (2015). Why do women seek ultrasound scans from commercial providers during pregnancy?. *Sociol Health Illn*, 37, 594-609. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.12218>
- Rothstein, S. (2013). Corpo em transparências: Útero-feto-psiquismo. In I. Marin & R. Aragão. *Do que fala o corpo do bebê* (pp.115-125). São Paulo: Escuta.

- Rustico, M.A., Mastromatteo, C., Grigio, M., Maggioni, C., Gregori, D. and Nicolini, U. (2005), Two-dimensional vs. two- plus four-dimensional ultrasound in pregnancy and the effect on maternal emotional status: a randomized study. *Ultrasound Obstet Gynecol*, 25, 468-472. <https://doi.org/10.1002/uog.1894>
- Sampaio, M., Amazonas, M. C., & Queiroz, E. F. (2019). Aplicações do Método Bick de Observação: Revisão Sistemática da Produção Científica Brasileira. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 35, e35414. <https://dx.doi.org/10.1590/0102.3772e35414>
- Samorinha, C., Figueiredo, B. & Cruz, J. (2008). Vinculação pré-natal e ansiedade em mães e pais: impacto da ecografia do 1º trimestre de gestação. *Psicologia, Saúde & Doenças*. 10, 17-29.
- Santos, B.S. (2000). Ciência e senso comum. In Santos, B.S. *Introdução a uma ciência pós-moderna* (pp. 31-45). 3ª edição. Rio de Janeiro: Graal.
- Santos, N., Zornig, S. (2014). Primeiros tempos da maternidade: indiferenciação ou intersubjetividade na relação primitiva com o bebê? *Estilos da Clínica*, 19(1), 78-90. <https://doi.org/10.11606/issn.1981-1624.v19i1p78-90>
- Scacciati, L.C. (2015). Ultrasound scan and internal processes. In G. Mori. (Ed.). *From pregnancy to motherhood* (pp. 65-81). New York: Routledge.
- Schraiber, L.B. (1997) No encontro da técnica com a ética: o exercício de julgar e decidir no cotidiano do trabalho em medicina. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação [online]*. 1, 123-140. <https://doi.org/10.1590/S1414-3283199700020000>
- Schraiber, L.B. (2008). *O médico e suas interações: a crise dos vínculos de confiança*. São Paulo: Editora Hucitec
- Schraiber, L.B. (2011). Quando o 'êxito técnico' se recobre de 'sucesso prático': o sujeito e os valores no agir profissional em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(7): 3041-42.
- Simó, S., Zúñiga, L., Izquierdo, M.T., Rodrigo, M. F. (2018) Effects of ultrasound on anxiety and psychosocial adaptation to pregnancy. *Arch Womens Ment Health* 22, 511–518. <https://doi.org/10.1007/s00737-018-0918-y>
- Simonetti, A. (2018). *A cena hospitalar: a psicologia médica e a psicanálise*. Belo Horizonte: Editora Artesã
- Soulé, M., Gourand, L., Missonnier, S., Soubieux, M. J. (1999). *Ecoute voir... L'échographie de la grossesse. Les enjeux de la relation*. Toulouse: Editions Erés.
- Souza, E. & Pedroso, J. (2011). O papel do exame ultrassonográfico na representação do bebê imaginário em primigestas. *Revista Mal-estar e Subjetividade*, 11(4), 1491-1520. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-61482011000400008&lng=pt&tlng=pt.

- Spink, M. J. P., Menegon, V. M. (2004). A pesquisa como prática discursiva: superando os horrores metodológicos. In Spink, M. J. P. *Práticas discursivas e produção de sentido no cotidiano* (pp. 63-92). São Paulo: Cortez.
- Szejer, M. (1999). *A escuta psicanalítica de bebês em maternidade*. (C. Berliner e M. L. A. Gutierrez, trad.) ABREP – Associação Brasileira para o Estudo do Psiquismo Pré e Perinatal: Casa do Psicólogo.
- Szejer, M. (2020). *Questões éticas em torno do nascimento*. São Paulo: Instituto Langage.
- Tautz, S., Jahn, A., Molokomme, I., & Gørgen, R. (2000). Between fear and relief: how rural pregnant women experience foetal ultrasound in a Botswana district hospital. *Soc Sci Med.* 50(5), 689-701. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(99\)00321-4](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(99)00321-4)
- Teixeira, R.R. (2003). O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In R. Pinheiro & R.A. Mattos. (Orgs). *Constituição da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde* (pp. 89-111). Rio de Janeiro: IMS-UERJ/ABRASCO.
- Teodózio, A. M.; Barth, M. C.; Wendland, J.; Levandowski, D. C. (2020). Particularidades do Luto Materno Decorrente de Perda Gestacional: Estudo Qualitativo. *Revista Subjetividades*, 20(2): e 9834.
- Tisseron, S. (2011) Que voient-ils ? ou la triple envelope de la situation echographique. In Michel Soulé (Ed.). *L'échographie de la grossesse: Promesses et vertiges* (pp. 113-138). Editions Érès.
- Thomas, G.M., Roberts, J. & Griffiths, F.E. (2017), Ultrasound as a technology of reassurance? How pregnant women and health care professionals articulate ultrasound reassurance and its limitations. *Sociol Health Illn*, 39, 893-907. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.12554>
- Traverso-Yépez, M., & Morais, N.A. (2004). Reivindicando a subjetividade dos usuários da Rede Básica de Saúde: para uma humanização do atendimento. *Cad Saúde Pública*, 20(1): 80-88.
- Trevarthen, C. (2019). O bebê nosso professor, poeta e músico. In C. Trevarthen, K. J. Aitken, & M. Gratier. *O bebê nosso professor* (pp. 14-24). São Paulo: Instituto Langage.
- Trevarthen, C., & Aitken, K. (2001). Infant intersubjectivity: research, theory, and clinical applications. *J. Child Psychol. Psychiat.*, 42(1), 3-48. doi:<https://doi.org/10.1111/1469-7610.00701>
- Trevarthen, C., Aitken, K. & Gratier, M. (2019). *O bebê nosso professor*. São Paulo: Instituto Langage.
- Turato, E. R. (2003). *Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa*. Petrópolis: Vozes.

- Velloso, I. S.C. & Tizzoni, J. S. (2020). Criteria and strategies of quality and rigor in qualitative research. *Ciencia y Enfermería*, 26(23). <https://dx.doi.org/10.29393/ce26-22ceis20022>
- Violante, M. L. V. (2007). Desejo de ter filhos ou desejo de maternidade ou paternidade? *Jornal de Psicanálise*, 40(72): 153-164.
- Wakelyn, J. (2012). A study of therapeutic observation of an infant in foster care. In Urwin, C. & Sternberg, J. *Infant Observation and research*. London: Routledge. p. 81-92.
- Westerneng, M., Diepeveen, M., Witteveen, A. B., Westerman, M. J., van der Horst, H. E., van Baar, A. L., & de Jonge, A. (2019). Experiences of pregnant women with a third trimester routine ultrasound - a qualitative study. *BMC pregnancy and childbirth*, 19(1), 319. <https://doi.org/10.1590/1415-4714.2020v23n2p269.7>
- Winnicott, D. W. (1987/2020). *Os bebês e suas mães* (Trad. B Longhi). São Paulo: Ubu Editora. (Original publicado em 1987).
- Winnicott, D. W. (1971/2005). Mirror-role of Mother and Family in Child Development. In D. W. Winnicott. *Playing and Reality* (pp. 149-159). Routledge Classic. (Original publicado em 1971).
- Zen, E. T., & Triani, I. (2018). A dança das cadeiras transgeracional: o lugar e a função dos avós na interação pais-bebês. In C. Hoffmann & J. Cavalheiro (Orgs.). *Marcas da singularidade e da diferença: o que as crianças e os adolescentes nos revelam* (pp. 17-28). São Paulo: Instituto Langage.
- Zimmerman, D. E. (2011). *Bion da Teoria à Prática*. Grupo A.
- Zornig, S. (2010). Reflexões sobre uma ética do cuidado na primeira infância. *Primórdios-CPRJ*, 1(1), 15-26. http://www.cprj.com.br/primordios/15-26_reflexoes.pdf
- Zornig, S. (2012) Silêncio e narratividade: reflexões sobre a clínica psicanalítica na infância. In: N. Coelho Jr., P. Salen, P. Klatau (Orgs.). *Dimensões da intersubjetividade*. São Paulo: Escuta/Fapesp Pp. 57-70

Apêndice A - Pesquisas nas bases de dados

Pergunta norteadora: No contexto da ultrassonografia gestacional, como os trabalhos em psicologia e psicanálise parecem abordar a construção da parentalidade, as interações pais-feto e os aspectos subjetivos do exame?

Descritores: - Perinatologia – perinatology (BVS E DECS); ultrassonografia pré-natal - ultrasonography, prenatal (DECS, MESH)); psicologia – psychology; Psicanálise – Psychoanalysis.

Bases de dados:-Pepsic; Scielo; Biblioteca virtual em saúde/ BVS-Brasil; Redalyc; Portal periódicos da coordenação de aperfeiçoamento de pessoal de nível superior - Capes; Bvs-psi; DOAJ; Pubmed; Infant Observation International Journal of Infant Observation and Its Application

Critério de inclusão: Língua inglesa, portuguesa e espanhola; pesquisas realizadas entre 2000 - 2019 e pesquisas empíricas

Critério de exclusão: ultrassom em contexto de feto com anormalidade

QUADRO DOS ARTIGOS SELECIONADOS

	Título e autores do artigo	Objetivos	Método	Principais resultados
1.	Amarins, M. et. al. (2009). Ultrassonografia bidimensional e tridimensional e o vínculo materno fetal: um estudo comparativo.	Verificar a contribuição da imagem na construção do vínculo afetivo; descrever como a mulher se posiciona acerca da relação materno-fetal antes e após a realização USG 2D e 3D e verificar se existe diferenças quanto ao vínculo com o feto dependendo da USG.	Participaram 50 gestantes que realizaram o exame pela 1ª vez. Foram realizadas entrevistas semi-dirigidas sendo antes e depois da USG 2D E 3D. Utilizaram para análise dos dados análise de conteúdo e programa estatístico.	A maior preocupação da mãe na USG era a constatação de um bebê saudável e perfeito; a maioria das mães disseram que as USGs (independentemente do tipo) auxiliavam no vínculo com o feto. As USGs, na maioria das mães, despertaram sentimentos positivos e poucas sinalizaram sentimentos ambivalentes.

2.	Souza, E., & Pedroso, J.. (2011). O papel do exame ultrassonográfico na representação do bebê imaginário em primigestas	Analisar a influência do exame de USG na representação psíquica do bebê imaginado, de três primigestas atendidas na Santa Casa de Misericórdia de Belém.	Participaram três mulheres primigestas, entre 19 e 30 anos, com quatro meses de gestação, que não realizaram USG antes. Realizaram entrevistas semiestruturada, na residência, 4 dias antes a realização da USG, seguida da observação do exame e uma entrevista posterior a USG, com espaço de quatro dias do exame.	A USG introduz uma nova temporalidade à gravidez, pois o exame inscreve o bebê no tempo. Todas as entrevistadas relaram mais segurança em relação à saúde de seu filho após a realização da USG. Pode-se destacar a importância do exame como um “mediador” do primeiro contato visual da mãe com a imagem de seu filho, mais próximo do real. A USG possibilita um espaço para a gestante lidar com sua ambivalência, aproximação/distanciamento e confrontação entre o filho imaginário e o filho real.
3.	Piccinini, C., Carvalho, F., Rubensan, L., & Lopes, R. (2012). Percepções e sentimentos de gestantes sobre o pré-natal.	Investigar as percepções e os sentimentos de gestantes sobre o pré-natal; examinar em que medida a assistência pré-natal contempla as necessidades emocionais da mãe, além da saúde física da gestante e do bebê.	Realizaram entrevista estruturada com 36 gestantes. Todas viviam com o pai do bebê, não eram gravidez de risco, estavam no último trimestre de gestação e realizavam acompanhamento pré-natal. Realizaram análise de conteúdo das entrevistas.	Foram encontradas quatro categorias temáticas derivadas das entrevistas: 1) Contribuições da ultrassonografia no pré-natal; 2) Profissional de saúde como referência no pré-natal; 3) Assistência em saúde como um fator de preocupação para as gestantes; 4) Familiares e/ou amigos como referências na gestação. A maioria das gestantes mencionou a USG como um procedimento importante para a diminuição da preocupação com a saúde do bebê, na assimilação da gestação e na formação do vínculo com o bebê.
4.	Gomes, A & Piccinini, C. (2010) A ultrassonografia obstétrica e suas implicações para a relação materno-fetal..	Investigar as implicações da USG para a relação materno-fetal e, em particular, as impressões da gestante sobre o bebê e sobre a maternidade no contexto de normalidade fetal.	Participaram 11 gestantes primíparas, com normalidade fetal, entre 18 e 35 anos. Todas estavam realizando a primeira USG. Os instrumentos utilizados foram: entrevista sobre a história obstétrica da gestante; entrevista sobre a USG e a relação materno-	Os resultados revelaram que, de forma geral, a USG influenciou nas impressões e sentimentos da gestante sobre o bebê, sobre a relação materno-fetal, a maternidade e o apego mãe-feto. O bebê passou a ser visto como mais real e personalizado após a realização da USG e isso parece ter influenciado na relação mãe-bebê, intensificando os comportamentos de interação da dupla e até

			fetal; Escala de Apego Materno-Fetal. Todos antes do exame, após ele e depois de 3 semanas, além da observação do exame. Utilizaram análise de conteúdo (quali e quanti)	aumentando o nível de apego materno-fetal. A maternidade se tornou mais evidente para a gestante, que passou a se sentir mais envolvida no papel materno de cuidado e proteção ao bebê. Os sentimentos decorrentes do exame não substituíram aqueles provenientes das fantasias maternas sobre o bebê e, em alguns casos, estimularam ainda mais esse processo imaginativo, servindo até como justificativa para a mãe acreditar que o bebê seria de determinada maneira.
5.	Matos, M., Magalhães, A. Terezinha Féres-Carneiro, R. (2017) Gestação paterna: uma experiência subjetiva	Pesquisar as experiências subjetivas dos homens durante a gestação de suas parceiras.	Participaram oito homens, entre 24 e 36 anos, que se tornaram pais há no mínimo dois meses e no máximo um ano, que coabitam com a mãe do bebê. Realizada entrevista semiestruturada e análise de conteúdo.	O texto explorou duas categorias de um trabalho mais amplo, foram elas: o <i>homem grávido</i> e <i>ultrassonografia como ritual de passagem</i> . Os pais consideraram a USG eventos de extrema importância na elaboração da transição para paternidade, sugerindo novas formas de ritualização das mudanças que estão se dando no psiquismo paterno. Os pais relataram a sensação de concretude do filho pela visualização do feto, chegando a levar consigo fotos das ultras ou a afirmar seu desejo de ficar mais tempo nos exames para aproveitar a sensação de trocas diretas com o filho. A maioria dos pais considerou que a USG como um momento de tensão, pela angústia da possibilidade do filho real que estão esperando ser diferente do filho idealizado.
6.	Grigoletti, L. V. S. (2005). A influência da ultrassonografia na	Investigar a dimensão da influência do método de ultrassonografia obstétrica sobre a representação	Participaram 10 mulheres com mais de 20 semanas de gestação, com mais e 23 anos, com nível socioeconômico médio-baixo e	Os resultados encontrados observaram que: O exame, evidenciam-se as condições de vida própria do bebê, permitindo que a gestante configure, em seu psiquismo, o psiquismo de seu filho de forma

	representação do filho imaginário: filho real.	psíquica que a mãe faz do filho.	que não realizaram a USG antes. Realizou-se entrevistas individuais semiestruturadas antes e após a USG; observação durante o exame e entrevista focalizada de grupo ao final de todo o processo. Utilizou-se a análise de temática.	mais independente dela, desde o útero. O recurso visual e sonoro da ultra-sonografia fornece mais elementos para a ampliação da atividade imaginativa da gestante. A verbalização de temores ocorre de forma mais significativa. Ao constatar, pela USG as boas condições físicas do bebê, as gestantes passam a se envolverem com outros aspectos do filho imaginário, aproximando-se mais do filho real.
7.	Gomes, A., & Piccinini, C. (2007). Impressões e sentimentos de gestantes em relação à ultrasonografia obstétrica no contexto de normalidade fetal.	Investigar as impressões e sentimentos das gestantes sobre a ultra-sonografia obstétrica no contexto de normalidade fetal em três momentos: antes, logo depois e três semanas depois do exame.	Participaram deste estudo 11 gestantes em situação de normalidade fetal. Os instrumentos utilizados foram: <i>Entrevista sobre a história obstétrica da gestante, Entrevista sobre a ultra-sonografia obstétrica e a relação materno-fetal</i> . Essas entrevistas foram aplicadas antes e imediatamente depois das USG e outra foi feita 3 semanas depois da USG. Realizou análise de Conteúdo Qualitativa	As gestantes relataram que a USG despertou, mesmo antes de sua realização, diversas expectativas, que indicam o intenso impacto emocional que o exame já estava causando no psiquismo das gestantes. Após o procedimento e três semanas mais tarde, os sentimentos relatados traduzem a intensidade da experiência e suas diversas implicações. Antes do exame, as gestantes revelaram o desejo de que a USG pudesse lhes trazer esclarecimentos sobre o bebê, como ele era e como vivia. Durante e logo após o exame, percebeu-se um predomínio de sentimentos positivos em suas verbalizações. A intensidade da experiência vivenciada pelas gestantes durante o exame parece desencadear uma espécie de “paralização” do pensamento. Devido à carga de emoção, as gestantes mostram dificuldade de explicar os sentimentos, e até relatar a experiência recém vivida, além de expressarem uma sensação de incredulidade diante das imagens do exame. As

				imagens do bebê e o decorrente encontro mãe-bebê pode favorecer o desencadeamento, no inconsciente, de um processo de associação, através do qual são acessados os conteúdos psíquicos.
8.	Chazan, L., & Faro, Livi F.T. (2016). “Exame bento” ou “foto do bebê”? Biomedicalização e estratificação nos usos do ultrassom obstétrico no Rio de Janeiro.	Observar uso da USG no Rio de Janeiro, analisando o acesso desigual a elas, e à relação médico/ tecnologia/ paciente, discutindo como incide nas percepções sobre a gravidez, na construção de corpos – gestantes e fetos – e nas apropriações pelos usuários.	Análise da etnografia, em três situações distintas: 3 clínicas particulares e uma maternidade pública, observadas em 2003, e um hospital universitário, em 2008. Buscou-se observar interações que ocorriam durante a realização dos exames.	No universo das clínicas particulares, era produzido um feto-bebê-pessoa, com nome, fotos e vídeos que poderiam ser sintetizados na expressão “meio quilo de gente!”, potencializando o consumo de exames. No hospital universitário era construído um feto-paciente-modelo, transformado em conhecimento médico, em que a gestante como objeto de estudos era “a pista” para a obtenção desse conhecimento – e a própria razão de ser daquela unidade. Na maternidade pública, mediante o rápido, “exame bento”, era produzido um feto-número, com diagnósticos sumários, alimentando estatísticas.
9.	Westerneng, M., Diepeveen, M., Witteveen, A. B., Westerman, M. J., van der Horst, H. E., van Baar, A. L., & de Jonge, A. (2019). Experiences of pregnant women with a third trimester routine	Analisar como grávidas de baixo risco experimentam o ultrassom de rotina no terceiro trimestre?	Entrevistaram mulheres entre 20 e 24 semanas de gestação, sem complicações, que tivessem realizado pelo menos uma USG no primeiro trimestre. A amostra foi variada, com diferentes idades, etnia e nível educacional. Realizaram uma entrevista semiestruturada. Análise de conteúdo temática com dois pesquisadores e usaram o programa de software	Foram identificados três temas nas entrevistas. O primeiro tema, à <i>percepção de o ultrassom de rotina do terceiro trimestre como bônus</i> , observou que as mulheres geralmente estavam mais confiantes sobre a saúde do bebê no terceiro trimestre e percebiam essa USG como uma boa oportunidade de ver seu bebê mais uma vez, sozinho ou na presença do parceiro ou da família. O segundo tema, o <i>ultrassom de rotina do terceiro trimestre para obter confirmação</i> , observou que apesar de perceber a USG como um bônus, por um lado, as mães ainda sentiam a necessidade de

	ultrasound - a qualitative study.		qualitativo MAXQDA para facilitar o processo de análise.	confirmação da saúde do bebê. O terceiro tema, <i>a ultrassom como parte de um processo de normalização</i> , observou que o exame de USG se tornar parte integrante da gravidez para mulheres, algo que se aceita sem questionar. A questão sobre os benefícios psicológicos da USG de rotina quanto à garantia e vínculo, que é apoiado por vários estudos, pode não se aplicar a USG de rotina no terceiro trimestre.
10.	Åhman, A., Edvardsson, K., Fagerli, T. A., Darj, E., Holmlund, S., Small, R., & Mogren, I. (2019). A much valued tool that also brings ethical dilemmas - a qualitative study of Norwegian midwives' experiences and views on the role of obstetric ultrasound.	Investigar a experiência e percepção das parteiras norueguesas sobre ultrassom obstétrico no manejo clínico da gravidez.	Realizaram cinco grupos focais e duas entrevistas individuais com cada parteira que realiza USG. Foram escolhidas parteiras que trabalhavam em 5 hospitais diferentes, totalizando 24 parteiras.	Encontrou-se três categorias principais 1. A USG desempenha um papel central no controle da gravidez; 2. A USG contribui para que o feto seja visto como um paciente; e 3. as parteiras podem ter sentimentos ambivalentes sobre o uso da USG. As parteiras relataram os avanços no diagnóstico por USG havia colocado o feto numa posição mais central no cuidado, o que pode interferir na autonomia das mulheres. A USG pode ser um trabalho muito gratificante por elas poderem facilitar futuros pais para se conectar com seu "filho" e saber sobre saúde fetal. No entanto, o rastreamento de anomalias fetais pode ser conflitante com os valores éticos de algumas parteiras em relação a possibilidade de interrupção da gravidez quando anomalias são detectadas. As parteiras observaram que os futuros pais podem colocar muito foco em os aspectos subjetivos do exame, vendo e conectando com o filho esperado, algo que parecia desafiar o papel profissional e clínico das parteiras.

11.	Simó, S., Zúñiga, L., Izquierdo, M.T. et al. (2019) Effects of ultrasound on anxiety and psychosocial adaptation to pregnancy..	Avaliar o efeito ultrassonografia na ansiedade e adaptação psicossocial gravidez, e analisar se esses efeitos são modificados quando o ultrassom é realizado (primeiro, segundo e terceiro trimestre de gravidez).	Um total de 111 mulheres grávidas participaram do estudo. Três grupos foram formados de acordo com os cada trimestre da gravidez, sendo 37 gestantes por grupo. Realizaram entrevistas semiestruturada com as gestantes para coletar informações sobre o histórico clínico. Também foi utilizada a escala Ansiedade Traço-Estado Inventory	O estudo observou que a USG pode ajudar a reduzir o estado ansiedade de maneira semelhante no primeiro, segundo e terceiro trimestre. No primeiro trimestre a USG é particularmente relevante de um ponto de vista psicológico, pois contribui para uma adaptação positiva à gravidez e maternidade. Além de sugerir auxiliar na uma melhoria na qualidade do relacionamento com o parceiro. No segundo e terceiro trimestre a USG é importante do ponto de vista psicológico, pois ajuda a reduzir a ansiedade, mas, não possui efeitos significativos sobre as demais variáveis psicossociais estudadas. É possível que as mulheres já tenham começado a se adaptar e construir representações mentais de si como mães, então o efeito desses ultrassons na adaptação não é tão significativa quanto a do primeiro trimestre.
12.	Halle, K.F., Fjose, M., Kristjansdottir, H. et al. (2018) Use of pregnancy ultrasound before the 19th week scan: an analytical study based on the Icelandic Childbirth and Health Cohort.	Explorar a prevalência da USG antes do exame fetal recomendado nas 19 semanas, em gestantes na Islândia. Explorar onde as mulheres buscaram informações sobre os exames de rotina pré-natal, processo de tomada de decisão dos pais, percepção das informações recebidas e o impacto dos exames	As participantes responderam a um questionário abrangente por volta da semana 16 da gravidez (fase I), totalizando 1111 participantes, constituindo 23% dos todos os partos em 2009. A Fase II de aplicação do questionário foi realizada 5–6 meses após o parto (765 participantes responderam). As perguntas da pesquisa incluíram informações sociodemográficas e	Embora o ultrassom antes da 19 semana não faça parte do pré-natal de rotina na Islândia, os dados mostram que 95% de todas as participantes tinham pelo menos uma USG e 64% tiveram duas ou mais USG neste período. Em muitos casos, as primeiras USG parecem ser uma “verificação de confirmação” com um ginecologista particular, seguida pela opção rastreio de anomalias fetais na semana 11-14, que foi escolhido por 78% das mulheres. Havia diferenças significativas na participação desses exames entre subgrupos. É provável que isso reflita acessibilidade variável a

		sobre suas preocupações relacionadas à saúde do feto.	obstétricas. Além de explorar os antecedentes e uso dos serviços de saúde, incluindo: exames de ultrassom e triagem de anomalias fetais, percepção informações recebidas, tomada de decisão relacionada a testes pré-natais, bem-estar emocional e preocupações na gravidez.	cuidados de saúde secundários, bem como pontos de vista diferentes sobre “estar grávida” e como se comportar nessa situação. O fato das mulheres primíparas USG com mais frequência do que mulheres múltíparas sugere que as motivações das mulheres grávidas não são fixas, mas pode variar com o tempo, a experiência de vida e outras circunstâncias. Nosso estudo indica que a decisão de fazer USG com 11-14 foi realizada principalmente dentro da família e não iniciada diretamente por um profissional de saúde, o que sugere que a triagem fetal precoce se tornou profundamente enraizado na cultura mais ampla da gravidez.
13.	Lou, S., Frumer, M., Schlütter, M. M., Petersen, O. B., Vogel, I., Nielsen, C. P. (2017). Experience s and expectations in the first trimester of pregnancy: A qualitative study.	Explorar o cotidiano, as experiências e as expectativas das gestantes no primeiro trimestre.	Estudo etnográfico com entrevistas qualitativas. Foram entrevistadas 20 mulheres, entre 21 e 39 anos de idade, que estavam no primeiro trimestre. Utilizou-se análise temática.	A análise identificou cinco temas: 1- Um segredo feliz , as mães entrevistadas revelaram intensa alegria, mas receios de compartilhar a notícia da gravidez no 1 trimestre pelo risco de aborto espontâneo ou da USG mostrar que algo não se desenvolveu como esperado. 2- Necessidades e interesses de informações as entrevistas relataram busca pelo conhecimento, sendo a internet bastante usada para isso. 3. A primeira USG como marco , as entrevistas relataram ser um marco pelo qual esperavam ansiosamente, e referiram entusiasmo em “ver o bebê”. 11 das 20 mulheres já tinham realizado outras USG particulares antes. 4. A primeira USG como triagem para a síndrome de Down , as entrevistadas sabiam que era opcional

				essa USG, mas não consideraram não realizar. 5. Feliz e preocupado , as mães relataram que felicidade e a preocupação eram temas que faziam parte da gestação e a USG é incorporado a essas experiências.
14.	Thomas, G.M., Roberts, J. and Griffiths, F.E. (2017), Ultrasound as a technology of reassurance? How pregnant women and health care professionals articulate ultrasound reassurance and its limitations.	Explorar como as mulheres grávidas expressam sua necessidade de garantias e o papel do USG dentro disso. Compreender as opiniões dos profissionais sobre o valor de garantia da USG na gravidez e como eles articulam segurança em sua prática clínica.	Foram analisados dois estudos em conjunto. Um dos estudos entrevistou 48 mulheres antes da 1 USG e realizou entrevistas com 21 dessas mulheres após o exame de USG. A segunda pesquisa realizou um estudo etnográfico de 200h de observação da prática dos profissionais de saúde que realizavam USG. Essa observação foi realizada em duas clínicas e juntamente a isso, realizaram entrevistas com 16 profissionais. Os estudos foram unidos após uma conferência em que discutiram os dados e perceberam resultados em comum no Reino Unido.	O estudo 1 apontou que os participantes viam a USG como um momento de saber que estava tudo bem com o bebê, que ele era viável, e essa busca de segurança e tranquilidade foi vista em todas as semanas da gravidez, com nuances diferentes em cada semana/trimestre. Os profissionais no estudo 2 demonstram que as mulheres buscam USG para garantir que a gravidez está progredindo conforme o esperado. As mulheres no 1 estudo parecem silenciar suas preocupações e ansiedades, não debatendo sobre o uso da USG e tornando esse exame mais um procedimento "esperado" na gravidez, estimulando sua dependência de intervenção médica. No estudo 2 a falta de exposição dos profissionais de saúde sobre os limites da tecnologia deixa o discurso de garantia da USG incontestável e potencializando a busca das mulheres a um nível impossível de certeza da gravidez. Os ecografistas parecem expressar ambivalência e questionamentos sobre as qualidades tranquilizadoras da USG. Porém, essas preocupações e ambivalência não foram observadas durante os exames, visto que os profissionais oferecem garantias explícitas e implícitas de diferentes maneiras.

15.	Roberts, J., Griffiths, F.E., Verran, A. and Ayre, C. (2015), Why do women seek ultrasound scans from commercial providers during pregnancy?.	Analisar os motivos das mulheres buscarem o ultrassom particular, o valor que elas atribuem a ele e as formas que eles optam por fazer uso dessa tecnologia na gravidez.	Foram entrevistadas 48 mulheres no reino unido, com gestação de baixo risco. As entrevistas foram realizadas imediatamente antes da USG em uma clínica particular. As participantes estavam entre 8 e 37 semanas de gravidez. Realizada análise temática.	As entrevistas percebem a USG como algo natural, não questionando possíveis riscos. Relataram diferentes razões fazê-los, 5 se destacaram: 1- Descobrir o sexo do bebê: no sistema de saúde público a maioria das mulheres pode descobrir sexo na USG morfológica de 20 semanas, embora a política seja clara que o sexo do feto não é uma prioridade do exame. Elas ressaltaram que descobrir o sexo logo ajuda fazer o enxoval e dar um nome ao bebê. 2 – Reassegurar: As gestantes relataram quererem se assegurar que estava tudo bem com o bebê, uma motivação referida em todas as fases da gravidez. 3- Ver o bebê: algumas entrevistadas relataram o desejo de ver, informando isso com naturalidade, e comparando essa experiência em exames do serviço público 4- Ter lembranças: as participantes que desejavam fotos estavam entre 22 e 31 semanas de gravidez, desejavam de mostrar a foto para o filho no futuro e compararam com as fotos dadas no serviço público. 5- Reforçar os vínculos familiares: Relataram que ver o bebê era essencial para o processo de ligação e maneira de se conectar mais com o futuro bebê. Elas falaram menos sobre vínculo materno-fetal e mais sobre o vínculo com os demais familiares.
16.	Oluoch, D. A., Mwangome, N., Kemp, B., Seale, A.	Investigar as percepções e experiências de profissionais de saúde e	Estudo realizados hospital distrital na zona rural do Quênia	Devido as dificuldades do local, as mulheres buscavam o acompanhamento no durante o final do segundo trimestre da gravidez. A USG despertou

	C., Koech, A. et. Al. (2015). "You cannot know if it's a baby or not a baby": uptake, provision and perceptions of antenatal care and routine antenatal ultrasound scanning in rural Kenya.	mulheres grávidas de baixo recurso sobre o uso de US no cuidado pré-natal cuidados, mais especificamente, os efeitos da estimativa da IG com precisão	Os dados foram coletados em três fases usando uma combinação observações dos participantes, entrevistas em profundidade e entrevistas estruturadas. Os entrevistados foram 59 mulheres e 10 funcionários envolvidos na USG. Das 59 mulheres entrevistadas, 34 foram entrevistadas em sua primeira visita antes de USG e 26 foram entrevistadas após o exame.	na maioria das mulheres sentiram satisfação pela maneira como foram tratadas e pela possibilidade de ver o feto na tela. De forma geral, as gestantes e prestadores de serviços relataram que a USG contribuiu para a qualidade do atendimento e poderia aumentar o início do pré-natal por possibilitar a confirmação da gravidez, uma melhor estimativa da idade gestacional; pela possibilidade de visualização da imagem e maior precisão do estado de saúde do feto. Os pesquisadores refletiram sobre a observação dos prestadores de serviço sobre a dificuldade de manutenção da USG no ambiente de baixa renda (mesmo com o treinamento dos pesquisadores).
17.	Mensah, Y. B., Nkyekyer, K., & Mensah, K. (2014). The Ghanaian woman's experience and perception of ultrasound use in antenatal care.	Avaliar como Mulheres ganenses, que passaram por gravidez e tiveram nascidos vivos, percebem o uso da tecnologia, e sua avaliação da experiência de USG pré-natal.	Os locais do estudo foram 3 serviços de saúde em Korle Bu Hospital de ensino; Universidade do Gana Hospital, Legon e Ga Hospital do Distrito Sul. Um total de 337 mães foram s entrevistadas, as mulheres que tinham acabado de dar à luz nas instituições de saúde e aguardavam alta.	As mulheres deste estudo viram a USG como uma parte integrante do pré-natal e, portanto, consideraram necessário para continuar frequentando a clínica pré-natal. A maioria das mães fizeram USG pré-natal porque um médico ou parteira teria solicitado. A maioria das mulheres considera a USG um fator essencial no pré-natal. As vantagens percebidas mais comuns do USG foram a determinação do sexo do feto, verificar o feto e avaliar bem-estar fetal. As mães não têm conhecimento de quaisquer efeitos nocivos da USG. Existe um fluxo inadequado de informações dos médicos, parteiras e ecografistas sobre as indicações para o USG, os processos envolvidos e os resultados do procedimento. A maioria das mulheres não tem permissão para ver seus fetos no

				monitor e menos da metade das mulheres foi informada do sexo de seus fetos.
18.	De Jong-Pleij, E.A.P., Ribbert, L.S.M., Pistorius, L.R., Tromp, E., Mulder, E.J.H. and Bilardo, C.M. (2013), Three-dimensional ultrasound and maternal bonding, a third trimester study and a review.	Comparar o efeito da USG 3D / 4D versus US 2D na percepção da face fetal, no terceiro trimestre de gestação e sua relação com o vínculo mãe-feto. Também se avaliou a visibilidade, o reconhecimento e a atratividade das imagens da USG.	Participaram mulheres sem experiência anterior com USG 3D / 4D. As mulheres viviam na área urbana da Holanda e tinham gravidez de baixo risco. Responderam a Escala de apego pré-natal materna (MAAS) antes e depois do exame. Foram separados dois grupos, grupo 1 3D/4D e grupo 2 2D. Nos dois grupos, ao final do exame, pediu-se às mulheres para responderem um questionário, abordando a capacidade de reconhecimento e atratividade da face fetal.	O estudo aponta que as USG 3D / 4D e 2D aumentam vínculo materno-fetal no terceiro trimestre. Em ambos os grupos (que receberam USG 2D e 3D), os escores globais de Q e T aumentam significativamente após a verificação. Embora em nosso estudo a visibilidade, reconhecimento e atratividade foram pontuadas mais altas no grupo 3D / 4D, a diferença não foi estatisticamente significativa. Em nosso estudo, apenas uma mulher no grupo 3D / 4D e duas as mulheres do grupo 2D classificaram a imagem das USG como "não bonita". No grupo 3D / 4D, a grande maioria (93%) das mulheres indicaram que gostariam de ter outra USG 3D em uma próxima gravidez. Concluiu-se, que a maioria das mulheres aprecia 3D / 4D USG no terceiro trimestre, e que a USG 2D e 3D / 4D igualmente aumentam o vínculo materno. A USG 3D / 4D proporciona maior grau de visibilidade e reconhecimento da face fetal.
19.	Rijken, M. J., Gilder, M. E., Thwin, M. M., Ladda Kajeechewa, H. M., Wiladphaingern, J., Lwin, K. M., Jones, C., Nosten, F., & McGready, R.	Entender melhor como ocorre a rotina ultrassonografia obstétrica em países em desenvolvimento, em gestantes imigrantes e refugiadas, em particular a população de pacientes birmaneses refugiadas.	O estudo foi realizado em clínicas de pré-natal, localizadas na fronteira entre a Tailândia e a Birmânia, em área de campos de refugiados. Realizou-se observações, entrevistas, discussões em grupos focais e dados quantitativos (questionário). Observações das	30 exames de ultrassom foram observados, 17 gestantes foram entrevistadas e 2 parteiras entrevistadas. Os resultados encontrados foram divididos em 3 temas: 1. Segurança - As parteiras relataram que a USG poderia aumentar a segurança do que eles veem como evento potencialmente fatal, com maior certeza no diagnóstico. As gestantes relataram que consideravam a USG seguro para eles e seus bebês, ressaltando a

	(2012). Refugee and migrant women's views of antenatal ultrasound on the Thai-Burmese border: a mixed methods study.		ecografias foram usadas para desenvolver as entrevistas semiestruturadas, realizadas por falantes nativos com as gestantes. Também foi realizado entrevista com as parteiras experientes. Depois foram realizado grupos focais com grávidas e parteiras separadamente para aprofundar as questões da entrevista, e por fim, aplicou-se os questionários.	confiança no ecografista. 2. Emoções: timidez e ansiedade- Em salas de ultrassom que não eram totalmente fechadas e privadas, mulheres mostraram linguagem corporal consistente com desconforto contorcendo-se, tentando cobrir a barriga etc. Os ultrassonografistas relataram que algumas mulheres tentam cobrir a barriga antes da conclusão do exame, e esse constrangimento foi mais comum em mulheres mais jovens e muçulmanas. Sentimentos positivos e neutros foram mais relatados que os sentimentos negativos. A ansiedade foi também relatada como uma sensação presente no exame. Informação e comunicação - Durante as observações, o mínimo de comunicação médico-pacientes foi observado. Os ultrassonografista sentiram que a pressão do tempo e volume do paciente, limita sua capacidade de dar aconselhamento além do essencial. As gestantes raramente faziam perguntas, elas expressaram receber algum feedback que "está tudo bem", e isso parecia ser suficiente. A maioria das gestantes declararam que não podiam ver ou não sabiam o que eles estavam olhando. Apenas duas relataram que o ultrassonografista mostrou suas imagens de feto e explicou o que estava acontecendo e expressaram sentimentos muito positivos sobre isso experiência.
20.	Murakami, K., Tsujino, K., Sase, M., Nakata, M., Ito,	Investigar as opiniões de mulheres Japonesas grávidas sobre	Utilizou-se um questionário sobre a USG pré-natal. Realizado em dois hospitais e uma clínica	Os estudos encontraram que: Cerca de metade dos participantes (49,6%) tinham algumas informações sobre a USG. Os motivos mais comuns

	M. and Kutsunugi, S. (2012), Japanese women's attitudes towards routine ultrasound screening during pregnancy. Nursing & Health Sciences,	ultrassom pré-natal de rotina. Os objetivos específicos foram: 1. Comparar características obstétricas que influenciam conscientização das mulheres e razões para a USG; 2 Para identificar o conhecimento das gestantes e expectativas e atitudes em relação a exames de USG.	particular. 261 mulheres japonesas grávidas preencheram um questionário logo após a ecografia. Critério de inclusão: gestantes primíparas que estavam no segundo trimestre e sem aparente fatores de risco obstétricos, incluindo anormalidade fetal, na gravidez atual.	identificados para a USG foram: verificar o crescimento do bebê (98,3%); para determinar se a gravidez normal (95,8%); descobrir se o feto apresentava alguma anormalidade (91,2%), (79,4%) pensou em se preparar para essa possibilidade. 85,3% das gestantes desejavam uma foto de feto. As USG despertaram nas gestantes: sentimentos de prazer (98,3%) e aumento do apego ao feto (97,5%). A maioria (71,8%) estava preocupada com a detecção de anormalidades ou problemas com o feto e todos se sentiram mais seguros após o exame. As gestantes no início da gestação pensavam que os motivos da USG são para verificar se o bebê está vivo, enquanto as mulheres nas últimas semanas gestacionais buscam examinar a gravidez e olhar anomalias congênitas.
21.	Edwards, M., Tapas, F. et. al. (2010) Maternal reactions to two-dimensional compared to three-dimensional foetal ultrasonography.	Investigar se imagens em 3D têm mais benefícios emocionais e efeitos sobre as gestantes que a imagem 2D tradicional?	Participaram do estudo gestantes que se submeteram aos exames de USG entre 24 e 36 semanas, essa período foi escolhido para maximizar o potencial de boas imagens 3D. Aplicaram um questionário, avaliando sua reação/emoção na USG.	Os resultados deste estudo mostram que a USG 3D provoca mais forte respostas maternas e reações emocionais quando em comparação com aqueles vistos com USG 2D. Houve diferenças significativas nas reações de espanto, emoção e satisfação ao comparar Imagens 2D e 3D. Havia também diferenças significativas nas respostas relativas clareza da imagem e capacidade de reconhecer características faciais do feto nos exames de USG 3D comparado ao 2D. Houve pouca diferença nas mães que se sentiram aliviadas por um imagem 3D em comparação com uma imagem 2D.

22.	Ekelin, M., Crang Svalenius, E., et. al. (2009), Parental expectations, experiences and reactions, sense of coherence and grade of anxiety related to routine ultrasound examination with normal findings during pregnancy.	Investigar as expectativas dos pais, experiências e reações e grau de ansiedade antes e depois um exame de USG de rotina no segundo trimestre com achados normais.	Participaram da pesquisa 2982 mães e 2982 pais, que realizaram a USG do segundo trimestre em um hospital universitário sueco. Os questionários foram enviados para o endereço dos pais.	Antes da ultrassonografia, as mulheres apresentavam maior grau preocupação em relação ao exame de USG bem como maior grau de ansiedade do que os homens. Após o exame essas condições eram iguais. As mulheres tiveram uma redução maior no estado preocupado após o exame ultrassonográfico, em comparação com seus parceiros. Isso pode ser devido ao fato de que os parceiros ficarem mais preocupados em observar o feto. Mulheres, mas não homens, com experiência anterior de aborto estavam significativamente mais preocupados antes do USG que outras mães que não sofreram. Após o exame, houve não existe essa diferença, o que indica o positivo e efeito tranquilizador de um exame de USG mulheres, quando os achados eram normais.
23.	va Molander, Siw Alehagen, Carina M. Berterö, Routine ultrasound examination during pregnancy: a world of possibilities	Identificar e descrever a percepção da USG para as grávidas.	A seleção foi feita em três clínicas diferentes. Foram entrevistadas 10 mulheres (entre 26 e 28 anos). As entrevistas foram individuais antes da USG de rotina e foi solicitado que as gestantes falassem livremente sobre os sentimentos relacionados aos exames.	A análise das entrevistadas apontou que o USG é visto como um exame que confirma a gravidez e como um evento importante, que possibilita de ver o bebe e um maior envolvimento do pais com o feto. A USG foi percebida como uma situação inusitada, que desperta sentimentos ambivalentes; e percebido como algo que dirá se a gravidez é adequada ou não; diminuiu os sentimentos de irrealidade, aumentando a conexão e possibilitando maior divulgação para família a partir das imagens.
24.	Georgsson Öhman, S. & Aldenström, U. (2008), Second-	Investigar as expectativas e experiencias de mulheres	Aplicaram 2 questionários, o primeiro após a USG e o segundo após 2 meses do parto.	A análise revelou quatro categorias: 1) 'Confirmação de normalidade ' 86% queriam informações sobre a saúde do bebê, 2)

	trimester routine ultrasound screening: expectations and experiences in a nationwide Swedish sample.	grávidas sobre a USG de rotina do segundo trimestre.		‘Confirmação da gravidez ', 33% queriam ver o bebê para tornar sua gravidez mais real e queriam que seu parceiro experimentasse. 3) ‘Para receber informações específicas’, 26% das mulheres referiram quererem informações sobre a data do parto, o número de bebês e o sexo do bebê. 4) 'Um evento positivo', incluía declarações de 8% das mulheres, mas apenas 2,6% expressaram desejar ter uma experiência emocionante e alegre. Nos questionários após dois meses do nascimento, a maioria das mulheres disseram que receberam informações suficientes sobre por que e como o exame foi realizado. A maioria das mulheres referem uma experiência positiva do exame. As mulheres que sentiram sentimentos negativos frequentemente eram solteiras, de origem não sueca, menos instruídas; pareciam ter mais sentimentos ambivalentes em relação à gravidez, problemas emocionais, como sintomas depressivos e preocupações com a saúde do bebê.
25.	Lapaire, O.. et al. (2007) Two- versus three-dimensional ultrasound in the second and third trimester of pregnancy: impact on recognition and maternal-fetal bonding. A	Analisar se uso de USG 3D ou 2D no segundo / terceiro trimestre da gravidez facilita o reconhecimento materno e tem um impacto no vínculo materno-fetal. A satisfação do ultrassonografista	Mulheres grávidas que falam alemão com sem malformação. Se presentes, os parceiros eram incluídos na pesquisa. Aplicado questionários estruturados após cada USG 2D e 3D explorando às preferências de 2D ou 3D e o razões que levaram a esta decisão	Em conclusão, não encontramos diferença entre 2D e ultrassom 3D no vínculo materno-fetal na segundo metade da gravidez. No entanto, os dados demonstraram que existe um maior reconhecimento materno do feto em 3D imagens.

	prospective pilot study.	com a qualidade alcançada das imagens 2D e 3D também foram analisados.		
26.	Rustico, M.A. et al (2005), Two-dimensional vs. two-plus four-dimensional ultrasound in pregnancy and the effect on maternal emotional status: a randomized study.	Avaliar se a adição de uma USG 3D a uma USG 2D convencional facilita o reconhecimento materno de estruturas fetais específicas, movimentos e causa um impacto emocional.	Utilizou-se um questionário adaptado para medir a relação fetal, em que as mães se autoavaliavam. Foram divididos dois grupos: 1 que realizavam apenas USG 2D e outro que recebia USG 2D E 3D. Ao final do exame as mulheres respondiam questionários.	Os resultados indicam que a adição de ultrassom 4D não muda significativamente a percepção que as mulheres têm de seu bebê nem seu apego emocional pré-natal em comparação com 2D convencional. Resta saber se isso é uma consequência das imagens 2D sendo amplamente exibidas na mídia (o que ainda não é o caso das imagens 4D) ou se a tecnologia 4D não desperta intrinsecamente emoções mais fortes do que ser uma futura mãe implica.
27.	Lare, Williams; Jane, Sandall, Gillian, Lewando-Hundt; Heyman, Bob (2005). Women as moral pioneers? Experiences of first trimester antenatal screening,	Explorar o significado e o lugar USG morfológica do primeiro trimestre na gravidez e alguns dos potenciais dilemas para as mulheres decorrentes disso. Analisar os motivos pelos quais esse grupo de mulheres tomaram suas decisões sobre a triagem, em particular, suas escolhas morais e éticas.	Participaram 15 gestantes que residiam no Reino Unido, onde a morfológica faz parte dos exames de rotina. Foram realizadas 28 entrevistas semi-estruturadas em profundidade, em diferentes momentos do pré-natal. Estudo longitudinal sobre as mudanças que ocorrem ao longo da gravidez até o parto.	As mulheres sentem que a USG morfológica é a primeira chance de 'ver' o bebê. Com exceção de uma mulher (1,14), todas as entrevistadas descreveram em termos muito positivos o papel desempenhado pela ultrassonografia no primeiro trimestre, especialmente em relação à qualidade superior das imagens produzidas, porém também tem o potencial de lançar novos dilemas éticos para mulheres grávidas. Um dos principais motivos pelos quais as mulheres optaram pela USG no primeiro trimestre era para que eles pudessem ter uma interrupção da gravidez se uma anomalia for encontrada. Para alguns, isso estava claramente ligado a dilemas éticos relativos à mudança de conhecimento sobre a viabilidade fetal.

28.	Bashour, H., Hafez, R., & Abdulsalam, A. (2005). Syrian women's perceptions and experiences of ultrasound screening in pregnancy: implications for antenatal policy.	Explorar o ponto de vista das mulheres sírias, as suas percepções e experiências acerca do ultrassom de rotina na gravidez.	Participaram 30 gestantes, que foram entrevistadas em suas casas das mulheres. O roteiro da entrevista foi desenvolvido em árabe e foi usado para garantir que todos os tópicos considerados necessários para os fins do estudo foram contemplados. As entrevistas duraram 60-75 minutos e foram gravados e transcritos, utilizando-se o dialeto local.	A experiência de USG foi vista positivamente pelas grávidas. A visualização do feto era uma grande fonte de prazer, conforto e segurança para elas. As entrevistadas fizeram vários exames durante a gravidez, elas sentiram que eram necessários e eram valorizados por elas. O diagnóstico da gravidez foi o principal motivo pelo qual as mulheres iniciaram o pré-natal; consideraram a USG a técnica mais precisa para diagnosticar gravidez. As preocupações sobre os efeitos adversos do ultrassom raramente surgiram; apenas duas mulheres mencionaram possível dano. A determinação do sexo do bebê parecia muito importante para as mulheres, apesar do fato de que nem sempre expressarem diretamente aos médicos seu desejo de ter essas informações. Tanto o estilo de comunicação quanto a competência de seus médicos eram importantes para as entrevistadas. Elas ficaram satisfeitas se seus médicos interagiram bem com elas e foram atraídas pelos médicos que compartilharam com elas a foto do feto. Conclusões: As mulheres sírias precisam ter autonomia para fazer perguntas sobre a USG e que ele não é o único componente mais importante do cuidado pré-natal.
29.	Sedgmen, B., McMahon, C., Cairns, D., Benzie, R.J. and Woodfield, R.L.	Explorar o impacto do tempo e tipo de exposição ao USG no apego materno-fetal e comportamento	Participaram 68 mulheres com mais de 18 anos, esperando seu primeiro filho que realizou USG entre 12 -18 semanas de gestação, sem anomalias,	A percepção do feto e escalas de apego mostraram mudanças semelhante para ambos os grupos de USG 2D e 3D, assim como o comportamento de saúde materna. Pontuações significativamente mais altas foram obtidas para apego materno-fetal

	(2006), The impact of two-dimensional versus three-dimensional ultrasound exposure on maternal-fetal attachment and maternal health behavior in pregnancy.	saudável durante a gravidez.	Austrália. Foram divididos 2 grupos: Grávidas que recebiam USG 2D e outro grupo que realizou 2D e 3D. Um questionário foi aplicado antes do exame e outro deveria ser entregue 5 a 7 dias após USG.	após USG, principalmente no primeiro exame. Não houve evidência, no entanto, de um significativo impacto da exposição ao ultrassom na percepção do feto, nem havia evidências de que o ultrassom 3D teve um maior impacto do que o ultrassom 2D. O único comportamento de saúde materna que mostrou uma mudança significativa após a exposição ao ultrassom foi a quantidade de álcool consumido, com uma significativa redução no número médio de bebidas relatado por semana, independentemente da idade gestacional ou tipo de exame de ultrassom.
30.	Pretorius, D.H. et al. (2006), Preexamination and Postexamination Assessment of Parental-Fetal Bonding in Patients Undergoing 3-/4-Dimensional Obstetric Ultrasonography.	Observar se houve uma mudança no vínculo e nas atitudes dos pais em relação ao feto após exame 3D / 4D.	Os participantes foram 142 pacientes (89 mães e 53 pais). O exame 3D foi, geralmente, realizado imediatamente após o exame 2D. A maioria das gestantes tinham entre 18 e 28 semanas no exame, e receberam fotos e um breve vídeo de seu exame. Os questionários foram preenchidos antes do exame 3D / 4DUS e repetido após o exame.	Os exames 4D têm um impacto positivo sobre mães e pais no sentido de que fortalecem ligação com o feto e resultar em um aumento de sentimentos positivos em relação ao feto como bem como assuntos de estudo. As mães mostraram um aumento no vínculo e sentimentos positivos em relação seu feto após exames 3D / 4DUS em mais categorias do que os pais.
31.	Pretorius, D.H., Hearon, H.A., Hollenbach, K.A., Ji, E., Gattu, S., Nelson, N.M., Nelson, T.M.,	Avaliar o impacto de USG 3D / 4D em pais avaliando os desenhos feitos de seus fetos antes e depois de um exame 3D / 4D.	Estudo realizado no Arizona Participaram 101 pais (32 pais e 69 mães) com exames 2D. Foi solicitado 10 a 15 minutos antes do exame 3D / 4D, que os pais desenhassem uma imagem de	Pelo menos 78% dos desenhos tinham algum diferença antes e depois do exame. Houve uma tendência em desenhar estruturas menos anatômicas depois do exame. Menos pessoas desenharam cabelo após 3D / 4D mesmo tendo desenhado antes. Diferenças significativas foram

	Chibuk, J., Hull, A.D., Newton, R.P. and Nelson, T.R. (2007), Parental Artistic Drawings of the Fetus Before and After 3-/4-Dimensional Ultrasonography		como ele acha que o bebê se parece. Isso também foi feito depois do exame. A idade dos fetos variou 10-29 semanas. O exame deu atenção as estruturas anatômicas e os pais receberam fotos e um vídeo do exame.	vistas para as extremidades inferiores, com menos detalhes após 3D/4D. As imagens desenhadas após o exame tinham membros desenhados em uma orientação particular (pernas cruzadas ou mãos na face); o feto era frequentemente desenhado dentro de um ambiente uterino; os desenhos feitos após frequentemente eram mais “artísticos”; e os desenhos antes do exame eram frequentemente “convencionais”. Nenhuma diferença significativa nos desenhos das mães e pais. Desenhos feitos após enfatizou estruturas vistas durante o exame, enquanto os desenhos antes de 3D / 4D basearam-se em conhecimentos anatômicos preconcebidos. A USG 3D/4D pareceu fornecer às famílias mais visão realista do feto e do ambiente uterino.
32.	Tautz, S., Jahn, A., Molokomme, I., & Görgen, R. (2000). Between fear and relief: how rural pregnant women experience foetal ultrasound in a Botswana district hospital	Descobrir experiência da USG pré-natal para mulheres grávidas de uma área rural africana.	O estudo foi realizado Maun, capital de Ngamiland, um subdistrito de saúde do povoado North West-District de Botswana. Realizada entrevista semi-estruturada e observação. 19 gestantes foram entrevistadas na sua residência (exame realizado até 3 meses antes da entrevista) e 22 entrevistadas logo após o exame. Para complementar e comparar certos aspectos foram entrevistados 10 profissionais de saúde ligados com USG.	A sala de ultrassom era minúscula e muito lotada. A maioria das mulheres grávidas estavam desacompanhada. Comunicação verbal entre médico e clientes era muito restrita. Quase 100% dos médicos no sistema de saúde são expatriados. Poucas pacientes falavam inglês e o médico expatriado falava apenas algumas palavras SeTswana, a presença de um intérprete era essencial. O `intérprete ' era um enfermeiro do hospital cujo inglês era básico e a maioria das instruções soava mais como uma palavra-chave. Os procedimentos não eram explicados as pacientes e o feedback foi breve. Entrevistas: Os elementos do exame que impressionaram as gestantes foram: o desligamento da luz; o gel colocado na barriga; e o

				<p>movimento de um objeto no estômago. A escuridão foi associada a morte e perigo ou pelo menos percebido como algo muito incomum, já que uma sala de exame é "bem iluminada". Quase metade das gestantes responderam que não mostraram a tela a ela. Explicações recebidas do médico podem ser agrupadas em três categorias: sem explicação (12); informações básicas (25); e explicação mais elaborada (4). Entrevistas dos profissionais: Sentimentos positivos foram atribuídos a USG: impacto positivo no trabalho, por causa de uma maior precisão de diagnóstico. Lado ruim substituir a história tradicional por uma técnica procedimento.</p>
33.	<p>Ekelin, M., Crang-Svalenius, E., & Dykes, A. K. (2004). A qualitative study of mothers' and fathers' experiences of routine ultrasound examination in Sweden. <i>Midwifery</i>, 20(4), 335-44. https://doi.org/10.1016/j.midw.2004.02.001</p>	<p>Descrever os pensamentos e sentimentos das gestantes e seus parceiros antes, durante e após o exame de USG de rotina no segundo trimestre da gravidez.</p>	<p>Participaram do estudo 22 mulheres e seus parceiros, atendidos no hospital universitário sueco. Foram incluídos gravidez sem anomalia e que os pais estivessem presentes no exame. Os pais foram entrevistados um de cada vez e foram questionados falar livremente sobre suas experiências de USG antes, durante e após o procedimento.</p>	<p>A confirmação de uma nova vida era principal motivador da USG e esteve relacionado aos outros resultados. Nenhum dos pais expressou dúvidas ou hesitações em relação à escolha de para fazer a USG (apenas uma mãe). Os pais relataram desejo de saber que o bebê estava vivo e saudável. Os pais relataram receio do resultado do exame e as decisões que precisariam tomar. Imediatamente após ver o feto, os pais começaram pensar nele como seu bebê e começar a imaginar como mãe ou pai. Os pais não apenas se sentiram mais próximos de seu bebê e um do outro. Os pais gostaram de observar as características de seus bebês e reconhecer traços familiares. Os pais mencionaram que o USG era importante como uma espécie de prova para os outro. Após o exame os</p>

				<p>pais relataram sensação de alegria e de alívio. Os pais ficaram satisfeitos com a informação dada e o tratamento dado pelas parteiras aos pais durante o exame de foi muito importante. Os homens e as mulheres sentiram que a parteira tinha se dirigido a ambos. Mães e pais queriam que a parteira agisse de maneira profissional e pessoal.</p>
34.	<p>Harris, G., Connor, L., Bisits, A. & Higginbotham, N. (2004), "Seeing the Baby": Pleasures and Dilemmas of Ultrasound Technologies for Primiparous Australian Women.</p>	<p>O significado da USG de rotina para as mulheres na Austrália.</p>	<p>As participantes foram 34 gestantes, de baixo risco, primíparas. Realizaram três entrevistas - início do segundo trimestre, meados do terceiro trimestre e três meses após o parto. Perspectiva feminista pós-estrutural</p>	<p>As mulheres relataram que seus médicos forneceram mais informações em relação translucência nucal. As mulheres relataram que os médicos sugerem todos os seus pacientes fazem porque não é invasivo e é de rotina. Geralmente, o exame foi considerado uma coisa responsável a se fazer. A segurança do USG não era um problema para a maioria das mulheres. Pouco se falou sobre as possíveis falhas do exame. Apenas duas mulheres afirmaram não sentir ansiedade em relação ao exame. Houve uma combinação de ansiedade antes e alívio após os resultados, ao passar segurança da normalidade do bebê. Muitas das mulheres mencionaram seu entusiasmo/interesse ao ver o feto: na verdade, duas mulheres disseram que ver o bebê foi o principal motivo para exames adicionais.</p>
35.	<p>Samorinha, C., Figueiredo, B. & Cruz, J. (2008). Vinculação pré-natal e ansiedade em mães e pais:</p>	<p>Avaliar, longitudinalmente, o impacto da realização da ecografia do 1º trimestre, em relação a vinculação pré-natal e a ansiedade de mães e pais, bem como</p>	<p>Pesquisa quantitativa. 22 casais portugueses Utilizou-se: <i>Questionário Sócio-demográfico</i>; <i>State-Trait Anxiety Inventory (STAI)</i> e <i>Bonding Scale</i>. A</p>	<p>Globalmente, os resultados evidenciam que, depois da realização da ecografia do 1º trimestre, a vinculação dos pais ao bebê aumenta, enquanto o estado de ansiedade diminui. Os resultados por sexo, mostra que as mães, tem um aumento significativo da vinculação pré-natal entre o</p>

	impacto da ecografia do 1º trimestre de gestação.	determinar possíveis diferenças entre mulheres e homens nas dimensões em estudo.	Bonding Scale e a versão portuguesa alargada do <i>Mother-Baby Bonding Questionnaire</i> . Os instrumentos foram aplicados antes da USG e imediatamente após a USG.	momento antes e depois da ecografia, o que pode ser explicado pelo efeito “reassegurador. Nos pais, observa-se um aumento marginalmente significativo dos sentimentos positivos para com o bebê entre o pré e o pós-teste, sentindo-se estes mais “afetuosos” com o bebê após a ecografia. A diminuição da ansiedade entre o momento antes e o momento posterior à ecografia é estatisticamente significativa apenas para as mães. Não há diferenças entre os pais relativamente ao nível do envolvimento emocional com o feto.
36.	Righetti, P.L., Dell'Avanzo, M., Grigio, M. and Nicolini, U. (2005), Maternal/paternal antenatal attachment and fourth-dimensional ultrasound technique: A preliminary report. British Journal of Psychology, 96: 129-137.	Explorar o papel da USG 4D, em relação ao desenvolvimento do vínculo pré-natal. Questão: uma imagem significativamente melhor do feto (4D) favorecer mudanças no apego pré-natal, mais do que 2D?	Pesquisa quantitativa em Milão. A amostra de 44 mulheres grávidas com 19-23 semanas e seus parceiros, que estavam esperando pela USG do 2º trimestre e tinham gravidez sem risco. Todos os participantes foram distribuídos aleatoriamente as ultrassons diferentes técnicas: 2D e 4D. Foram aplicadas escalas de apego pré-natal materno e paterno.	Os resultados apontam o aumento progressivo do apego pré-natal ao longo da gestação. O estudo fornece evidências para a compreensão da ligação pré-natal em um casal. O vínculo materno com o feto cresce durante a gravidez; no entanto, a influência da USG 4D não é demonstrado. O estudo reflete que a importância de considerar o apego pré-natal, como uma ação mental inata profundamente enraizada, que surge do contato de uma história de vida existencial específica e do humano ontogênico desenvolvimento.

Apêndice B - Termo de concordância para a instituição (TCI)

Estamos realizando uma pesquisa que tem o objetivo de analisar o uso do ultrassom pré-natal na interface com a construção da parentalidade e no desenvolvimento das relações com o feto. Este estudo provê a participação de gestantes, os fetos e outros familiares que estiverem presentes no momento do exame. Inicialmente serão realizadas observações dos exames de USG pré-natal das gestantes, e, posteriormente, serão realizadas entrevistas, em local escolhido pelas participantes.

Para tanto, solicitamos a autorização para a realização da pesquisa nesta instituição. A coleta dos dados deverá envolver observações sem o uso de filmagem, gravação ou qualquer tipo de registro ao longo do exame de ultrassonografia, nem mesmo escrito. Após a finalização do último exame de USG pré-natal, serão realizadas entrevistas com as famílias.

As famílias serão informadas sobre a presença da pesquisadora enquanto observadora e algumas (estimamos 3 famílias) serão convidadas a participarem da pesquisa, cabendo aos pais a autorização por escrito, mediante Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Todos também serão informados de que a contribuição na pesquisa será voluntária e poderá ser interrompida em qualquer etapa, sem prejuízo algum.

A qualquer momento a instituição poderá solicitar informações sobre assuntos relacionados ao estudo. Todos os cuidados serão tomados para garantir o sigilo e confidencialidade das informações, preservando a identidade dos participantes bem como da instituição envolvida. O material da pesquisa ficará sob a responsabilidade da pesquisadora e os dados individuais dos participantes não serão compartilhados com a instituição, familiares ou terceiros.

Haverá devolução dos resultados da pesquisa aos participantes e profissionais da instituição. E em havendo necessidade, será disponibilizado atendimento psicológico aos participantes na Clínica de Psicologia da UNICAP.

Por meio desta pesquisa esperamos contribuir com a literatura no campo da perinatalidade e dos primórdios da clínica infantil, ressaltando a importância desse período inicial da vida no desenvolvimento psíquico do bebê e da família.

Agradecemos a colaboração da instituição para a realização da pesquisa e nos colocamos à disposição para detalhamentos adicionais. Esta pesquisa é desenvolvida pela doutoranda Juliana Lucchesi, com orientação da Prof^ª. Dr^ª. Marisa Amorim Sampaio do curso de Pós-Graduação em Psicologia Clínica da Universidade Católica de Pernambuco.

Caso seja necessário contatar as pesquisadoras, poderá ser feito pelo telefone (81) 92094948 ou pelo e-mail: lucchesi.juliana@hotmail.com.

Juliana Lucchesi

Marisa Amorim Sampaio

Responsável pela Instituição

Recife, _____ de _____ de _____

Apêndice C - Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE)

Você está sendo convidada a participar de uma pesquisa que pretende estudar o uso do ultrassom pré-natal e seu auxílio na construção das relações com o feto, sob a coordenação da professora e pesquisadora da Universidade Católica de Pernambuco Dr^a Marisa A. Sampaio, juntamente com a aluna Juliana Lucchesi Carneiro Leão Silva, doutoranda pela mesma Universidade.

Para que você possa decidir se quer participar ou não, precisa conhecer os benefícios, os riscos e as consequências pela sua participação, descritos mais adiante. Por isso, leia as informações com atenção e converse com a pesquisadora sobre quaisquer dúvidas que você tenha, inclusive uma palavra ou frase que não entenda neste documento. Somente após receber todas as informações e esclarecer todas as dúvidas, você poderá fornecer seu consentimento, rubricando e/ou assinando em todas as páginas deste Termo, em duas vias (uma da pesquisadora e outra sua), caso queira participar.

A pesquisa será iniciada durante a gestação, com observações das ultrassonografias no pré-natal. Após essas observações e finalizado todos os exames de USG, serão realizadas entrevistas com você e o pai (se ele também estiver disponível), em local reservado e da escolha de vocês. O objetivo é compreender impactos da USG na construção da relação da família com o bebê.

BENEFÍCIOS:

Os benefícios relacionados à sua participação nesta pesquisa estão ligados à escuta atenta e sensível que será propiciada, visando à promoção de reflexões a respeito da construção como mãe/pai. Destacam-se também benefícios aos pesquisadores e à comunidade científica por gerar novas informações sobre o desenvolvimento das relações iniciais pais-bebês e o desenvolvimento da família.

RISCOS:

A gestação é um período importante da vida que podem mobilizar afetos e sentimentos delicados. Durante a sua participação na pesquisa você poderá se sentir muito emocionado(a) ou constrangido(a) em falar sobre alguma questão, mas estaremos em espaço reservado e deixaremos você à vontade, inclusive a não mais participar, se assim preferir. Caso isso ocorra, será oferecida uma escuta após as observações/ entrevistas, e caso seja identificada a necessidade de acompanhamento psicológico, a(o) participante terá a garantia de referência à Clínica de Psicologia da Universidade Católica de Pernambuco (UNICAP).

CUSTOS:

Sua participação deverá ser voluntária, ou seja, você não será remunerado e nem terá custos caso aceite participar desta pesquisa.

CONFIDENCIALIDADE:

Se você optar por participar desta pesquisa, as informações sobre a sua saúde e seus dados pessoais, bem como do seu bebê, serão mantidas de maneira confidencial e sigilosa. Seus dados somente serão utilizados com objetivo de publicação científica, mas sua identidade permanecerá sempre em segredo.

PARTICIPAÇÃO VOLUNTÁRIA:

A sua participação não é obrigatória e a qualquer momento você pode desistir de participar, retirar seu consentimento ou fazer perguntas que julgar necessárias. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o hospital ou com a pesquisadora. No caso de desistência, a pesquisadora responsável deverá ser comunicada e os dados que você forneceu não serão utilizados como parte da pesquisa.

GARANTIA DE ESCLARECIMENTOS E RETORNO DA PESQUISA:

Caso você deseje, poderá solicitar um encontro para diálogo/devolução individual e o acesso à tese ou de qualquer outro texto publicado. Você terá garantia de acesso, em qualquer etapa da pesquisa, sobre qualquer esclarecimento de dúvidas e inclusive para tomar conhecimento dos resultados desta pesquisa. Neste caso, por favor, ligue para a pesquisadora **Juliana Lucchesi** no telefone **(81) 99209-4948** ou a pesquisadora responsável **Marisa Sampaio** no telefone **(81) 99178-4972**. O Comitê de Ética (CEP) da Universidade Católica de Pernambuco aprovou esta pesquisa e tem o objetivo de defender e respeitar os interesses dos participantes e contribuir para o desenvolvimento da pesquisa desde que atenda às condutas éticas.

CONSENTIMENTO:

Li as informações acima e entendi o objetivo do estudo. Ficaram claros para mim quais são procedimentos a serem realizados, riscos, benefícios e a garantia de esclarecimentos em qualquer etapa da pesquisa. Ficou claro também que a minha participação não terá custos ou remuneração e que meu nome não será publicado. Concordo voluntariamente em participar desta pesquisa e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento sem prejuízos no meu tratamento. Eu, por intermédio deste, dou livremente meu consentimento para participar nesta pesquisa.

DADOS DO PESQUISADORA PRINCIPAL (ORIENTADORA)

Professora Dr^a Marisa A. Sampaio

Assinatura

PESQUISADORA DE CAMPO

Doutoranda Juliana Lucchesi

Assinatura

Endereço: Universidade Católica de Pernambuco, rua Almeida Cunha, 245, Santo Amaro, Bloco G4. Telefone: (81) 21194066

Eu, _____ declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

A pesquisadora me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UNICAP, localizado na RUA DO PRÍNCIPE, 526 – BOA VISTA – BLOCO G4 – 6º ANDAR, SETOR A – CEP 50050-900 - RECIFE – PE – BRASIL. TELEFONE:(81) 2119.4376.

ENDEREÇO ELETRÔNICO: cep_unicap@unicap.br/ pesquisa_prac@unicap.br

Havendo dúvida / denúncia com relação à condução da pesquisa deverá ser dirigida ao referido CEP no endereço acima citado.

COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA - CONEP
SRTV 702, Via W 5 Norte - Edifício PO 700, 3º andar – Asa Norte / CEP: 70719-000
- Brasília-D

Recife, _____ de _____ de _____

Participante da pesquisa

Apêndice D - Roteiro de entrevista

Elementos dos participantes

Identidade social: idade, sexo, situação conjugal, paridade, local de residência, escolaridade (número de anos completados no sistema formal de educação), ocupação, religião ou crença e renda.

Elementos dos Familiares e Rede Social de Apoio

- Composição da família: número e especificação das pessoas que vivem no domicílio
- Condição sociodemográfica da família: condições da habitação, suporte social e assistencial, principal provedor da família, subsistência, renda
- Caracterização e papel da rede de apoio

Eixo Temático 1 – A experiência do pré-natal, com foco no exame de ultrassonografia

Eixo Temático 2 – Impactos da ultrassonografia pré-natal nos sujeitos envolvidos

Eixo Temático 3 – A construção da ideia do feto como sujeito

Eixo temático 4 – Preparação para a parentalidade, antecipações e supostas incidências na filiação

ANEXO – Parecer consubstanciado cep



UNIVERSIDADE CATÓLICA DE
PERNAMBUCO - UNICAP/PE



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: De feto a sujeito: um estudo sobre o campo intersubjetivo no contexto da ultrassonografia pré-natal

Pesquisador: MARISA AMORIM SAMPAIO CUNHA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 46484621.9.0000.5206

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE CATOLICA DE PERNABUCO

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.741.753

Apresentação do Projeto:

O exame de ultrassonografia (USG) se tornou rotineiro no acompanhamento pré-natal e tem participado desse complexo e importante momento inicial a construção da parentalidade e da filiação, antecipando imagens e criando possibilidades a compreensões sobre os afetos mobilizados nos pais e no médico. Apesar de a USG ser considerada uma tecnologia leve e sem riscos médicos, amplamente utilizada em todas as classes sociais, o seu uso no pré-natal envolve impactos afetivos, com o possível potencial de facilitar antecipações simbólicas em torno do bebê. Esta pesquisa

qualitativa, referenciada na Psicanálise, pretende analisar o uso do ultrassom pré-natal como facilitador a construção do campo intersubjetivo pais-feto-médico e sua interface com a promoção da parentalidade e da filiação. O trabalho de campo será dividido em dois momentos: um primeiro momento de observações, inspiradas no método Block, dos exames de ultrassonografia pré-natal com diferentes gestantes, de modo a selecionar três para acompanhar em observações sistemáticas da USG. No segundo momento serão realizadas entrevistas com a gestante/pais visando compreender aspectos vivenciados ao longo da gestação e USG. A análise dos dados abarcará as anotações do diário de campo e as transcrições das entrevistas, fundamentada na teoria psicanalítica, considerando os aspectos inconscientes envolvidos, a leitura flutuante dos conteúdos e os aspectos transferenciais envolvidos.

Endereço: Rua do Príncipe, nº 526 - Bloco G4 - 6º Andar - Sala 600
Bairro: Boa Vista **CEP:** 50.050-900
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2119-4041 **Fax:** (81)2119-4004 **E-mail:** cep@unicap.br



UNIVERSIDADE CATÓLICA DE
PERNAMBUCO - UNICAP/PE



Continuação do Parecer: 4.741.753

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar o uso do ultrassom pré-natal como facilitador à construção do campo intersubjetivo pais-feto-médico e sua interface com a promoção da parentalidade e da filiação.

Objetivo Secundário:

• Observar o Interjogo de elementos objetivos, subjetivos e intersubjetivos a partir do ambiente afetivo do exame de ultrassom pré-natal;•

Desvelar indícios de um campo intersubjetivo, da construção da parentalidade e de primórdios da relação com o feto, no contexto da observação do ultrassom pré-natal;

Analisar, com base no impacto das imagens da USG pré-natal e de um possível campo intersubjetivo, o atravessamento da tecnologia na promoção de antecipações simbólicas nos pais (parentalidade) e ao feto (filiação).

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A gestação e o puerpério são períodos da vida que podem mobilizar intensos afetos e alguns conteúdos emocionalmente delicados podem surgir nas observações e entrevistas. Nesse sentido, haverá um cuidado da pesquisadora em não ser invasiva e ter uma postura acolhedora com os participantes. Caso, ainda sim, os participantes apresentem ansiedades e instabilidade emocionais significativas será oferecida uma escuta após a entrevista/observações, e sendo identificada a necessidade de acompanhamento psicológico, o participante será encaminhado à Clínica de Psicologia da UNICAP. Com relação as dificuldades que poderão surgir durante o campo destacam-se o risco da desistência e a pouca disponibilidade dos participantes. Isso porque, por se tratar de estudos de casos com acompanhamento longitudinal, qualquer desistência dos participantes ao longo da pesquisa acarretará perdas importantes do material coletado. Para minimizar esse risco, a pesquisadora buscará se adequar aos horários e rotina dos participantes, de forma a alterar o mínimo possível o cotidiano familiar.

Benefícios:

Os benefícios da pesquisa estão relacionados a presença de um observador empático e não invasivo que possibilita aos pais ou cuidadores terem um espaço para se expressarem e descarregarem os sentimentos vivenciados frente as mudanças decorrentes da chegada de um filho. Do ponto de vista social espera-se que os resultados encontrados possibilitem uma maior conscientização e discussão da população sobre o uso das tecnologias de saúde na gestação,

Endereço: Rua do Príncipe, nº 528 - Bloco G4 - 6º Andar - Sala 609
 Bairro: Boa Vista CEP: 50.050-900
 UF: PE Município: RECIFE
 Telefone: (81)2119-4041 Fax: (81)2119-4004 E-mail: cep@unicap.br



UNIVERSIDADE CATÓLICA DE
PERNAMBUCO - UNICAP/PE



Continuação do Parecer: 4.741.753

assim como, contribuir na compreensão da importância dos primórdios da vida para o desenvolvimento infantil e da família. A pesquisa também poderá colaborar com promoção da saúde no campo da perinatalidade, auxiliando os profissionais de saúde no trabalho com as gestantes e as famílias e na humanização das práticas em saúde no pré-natal.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto descreve de maneira minuciosa todos os passos que as pesquisadoras vão percorrer para concluir seu trabalho. Tem originalidade e pode trazer importantes contribuições em seu campo de pesquisa.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos de apresentação obrigatória estão adequadamente descritos. O retorno ao sujeito da pesquisa será realizado em encontros individuais com as pesquisadoras.

Recomendações:

Não há recomendações a serem feitas.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências ou lista de inadequações.

Considerações Finais a critério do CEP:

O CEP acompanha o parecer APROVADO do relator e lembra a necessidade do envio dos RELATÓRIOS PARCIAL e FINAL da pesquisa em cumprimento das determinações contidas no item XI.2 da RESOLUÇÃO Nº 466 CNS, de 12/12/2012, e de outras que, pelo CNS ou pelo CONSEPE, venham a ser determinadas. Ver o Manual intitulado: "ENVIAR NOTIFICAÇÃO", disponibilizado na Central de Suporte da Plataforma Brasil <http://plataformabrasil.saude.gov.br/visao/publico/indexPublico.jsf> que orienta o envio dos referidos relatórios.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1737626.pdf	05/05/2021 09:45:35		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoDefetoasujetoMarisaSampaioeJulianaLucchesi.pdf	05/05/2021 00:04:02	MARISA AMORIM SAMPAIO CUNHA	Aceito
Outros	termoconsentimentoinstituicaoprivada.pdf	04/05/2021 23:57:00	MARISA AMORIM SAMPAIO CUNHA	Aceito
Outros	declaracaoinstituicaoradiologia.pdf	26/04/2021	MARISA AMORIM	Aceito

Endereço: Rua do Príncipe, nº 526 - Bloco G4 - 6º Andar - Sala 609
Bairro: Boa Vista CEP: 50.050-000
UF: PE Município: RECIFE
Telefone: (81)2119-4041 Fax: (81)2119-4004 E-mail: cep@unicap.br



UNIVERSIDADE CATÓLICA DE
PERNAMBUCO - UNICAP/PE



Continuação do Parecer: 4.741.753

Outros	declaracaoinstituicaoradiologia.pdf	11:25:22	SAMPAIO CUNHA	Aceito
Outros	termomedicinafetal.pdf	26/04/2021 11:24:05	MARISA AMORIM SAMPAIO CUNHA	Aceito
Outros	termodecompromissoeconfidencialidade.pdf	26/04/2021 11:23:14	MARISA AMORIM SAMPAIO CUNHA	Aceito
Outros	CurriculolattesJuliana.pdf	26/04/2021 10:34:33	MARISA AMORIM SAMPAIO CUNHA	Aceito
Outros	curriculolattesMarisa.pdf	26/04/2021 10:18:17	MARISA AMORIM SAMPAIO CUNHA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	declaracaopesquisadoramarisa.pdf	26/04/2021 10:08:47	MARISA AMORIM SAMPAIO CUNHA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	declaracaopesquisadorajuliana.pdf	26/04/2021 10:08:33	MARISA AMORIM SAMPAIO CUNHA	Aceito
Parecer Anterior	pareceranterioraprovaçao.pdf	26/04/2021 10:08:01	MARISA AMORIM SAMPAIO CUNHA	Aceito
Folha de Rosto	Folhaderositocomassinatura.pdf	26/04/2021 10:04:56	MARISA AMORIM SAMPAIO CUNHA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	21/04/2021 18:30:31	MARISA AMORIM SAMPAIO CUNHA	Aceito
Cronograma	crograma.pdf	21/04/2021 18:26:31	MARISA AMORIM SAMPAIO CUNHA	Aceito
Orçamento	orcamentodetalhado.pdf	21/04/2021 18:26:19	MARISA AMORIM SAMPAIO CUNHA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RECIFE, 28 de Maio de 2021

Assinado por:

Nadia Pereira da Silva Gonçalves de Azevedo
(Coordenador(a))

Endereço: Rua do Príncipe, nº 528 - Bloco G4 - 6º Andar - Sala 609
Bairro: Boa Vista CEP: 50.050-900
UF: PE Município: RECIFE
Telefone: (81)2119-4041 Fax: (81)2119-4004 E-mail: cep@unicap.br