

Instituto Superior de Psicologia Aplicada



PAIS EXPECTANTES: O BEBÉ A DUAS E A TRÊS DIMENSÕES

Vanda Correia Teodoro

nº 15351

Tese submetida como requisito parcial para obtenção do grau de

Mestre em Psicologia

Especialidade em Clínica

2008

Instituto Superior de Psicologia Aplicada

PAIS EXPECTANTES: O BEBÉ A DUAS E A TRÊS DIMENSÕES

Vanda Correia Teodoro

Dissertação orientada por Prof. Doutora Teresa Botelho

Tese submetida como requisito parcial para obtenção do grau de

Mestre em Psicologia

Especialidade em Clínica

2008

Dissertação de Mestrado realizada sob orientação do Prof. Doutora Teresa Botelho, apresentada no Instituto Superior de Psicologia Aplicada para obtenção de grau de Mestre na especialidade de Psicologia Clínica conforme o despacho da DGES, nº 19673/2006 publicado em Diário da República 2ª série de 26 de Setembro, 2006.

Agradecimentos

À Prof. Doutora Teresa Botelho pelo seu precioso apoio, presença e orientação que fomentaram a minha autonomia e permitiram o meu amadurecimento. Por me ter inculcido que seria capaz. Obrigada!

À Clínica Cuf Alvalade, sobretudo à Eng. Carla e ao Centro Ecográfico de Entrecampos, na pessoa do Dr. Amadeu, que possibilitaram a recolha da amostra e o contacto com a realidade da gravidez e da ecografia

Aos meus pais e irmão pelo apoio e confiança transmitida, sem os quais não teria sido possível chegar até aqui.

Aos meus amigos, não só pelo papel de suporte, mas também pelos seus sorrisos, gargalhadas, palavras, gestos e cumplicidades que tornaram, sem dúvida alguma, esta etapa mais fácil de ser transposta.

Aos colegas de Seminário de Dissertação pela entreaajuda e pela partilha de inseguranças, receios e dúvidas, que se revestiram de grande importância.

A todos os sujeitos que participaram nesta investigação pelo tempo dispendido, mas sobretudo por, generosamente, terem aceite partilhar comigo um momento tão especial e importante, como é o da gravidez e o da expectância pelo nascimento de um bebé.

Resumo

A presente investigação teve como objectivo estudar a influência da ecografia a duas dimensões (2D) e da ecografia a três dimensões (3D) no Processo Psicológico da Gravidez e na Ligação Pré-natal ao bebé, em sujeitos do sexo feminino e do sexo masculino, operacionalizada num desenho metodológico de natureza exploratória e transversal, assente na comparação de grupos. A amostra deste trabalho, recolhida em duas clínicas e numa Instituição, foi constituída por 38 sujeitos, 19 do sexo feminino e 19 do sexo masculino. Estes foram divididos em quatro grupos: grupo 1 (oito mulheres que realizaram ecografias a 3D), grupo 2 (onze mulheres que efectuaram ecografias a 2D), grupo 3 (onze homens que assistiram às ecografias a 3D) e grupo 4 (oito homens que assistiram às ecografias a 2D). O protocolo de avaliação baseou-se em dois instrumentos: Processo Psicológico da Gravidez (Raphael-Leff, 1997) e o Inventário de Ligação Pré-natal (Muller, 1993). Verificou-se que o grupo 1 tendeu a desenvolver fantasias mais positivas no Processo Psicológico da Gravidez, de uma forma global ($p = 0.058$) e uma maior ligação pré-natal ao bebé ($p = 0.038$) do que o grupo 2. Quanto ao sexo masculino, o grupo 3 tendeu a demonstrar fantasias mais positivas no Processo Psicológico da Gravidez, de uma forma global ($p = 0.102$) e um maior envolvimento pré-natal ($p = 0.12$), do que o grupo 4. Constatou-se ainda que, independentemente do tipo de ecografia realizado, as mães tenderam a desenvolver fantasias mais positivas e uma maior ligação pré-natal ao bebé do que os pais. Apesar de os resultados obtidos puderem não ter sido apenas devido ao tipo de ecografia realizado, o exame ecográfico a 3D, ao fornecer uma imagem mais perceptível do bebé, poderá ter facilitado a sua objectualização.

Palavras-chave: Gravidez, mãe, pai, ecografia e ligação pré-natal.

Abstract

The main objective of the investigation was to study the influence of two dimensions (2D) ultrasound and three dimensions (3D) ultrasound in the Psychological Process of the Pregnancy and in the Prenatal Attachment to the baby in mothers and fathers. The research design was an exploratory and transversal study, based on the groups comparison. The sample of 38 subjects (19 mothers and 19 fathers) was obtained in 2 clinics and 1 institution. They were divided into four groups: group 1 (8 mothers – 3D ultrasound), group 2 (11 mothers - 2D ultrasound), group 3 (11 fathers - 3D ultrasound) and group 4 (8 fathers – 2D ultrasound). It was used the psychological process of Pregnancy (Raphael-Leff, 1997) and Prenatal Attachment Inventory (Muller, 1993). The group 1 tended to develop more positive fantasies in the Psychological Process of Pregnancy, ($p = 0.058$) and a greater prenatal attachment to the baby ($p = 0.038$) than group 2. In the case of the fathers, the group 3 tended to develop more positive fantasies in the Psychological Process of Pregnancy ($p = 0,102$) and a greater prenatal attachment to the baby ($p = 0.12$) than the group 4. It was found that, regardless of the type of ultrasound, the mothers tended to develop more positive fantasies and a greater prenatal attachment to the baby than the fathers. Although the results can not be only explained on base of the type of ultrasound, it seems that the tridimensional image may have helped to see the baby as different and with a personality.

Keywords: Pregnancy, mother, father, ultrasound and prenatal attachment.

INDICE

Introdução	1
A gravidez.....	1
A mulher grávida	2
O Homem expectante	3
A ecografia obstétrica.....	6
Ecografia a duas dimensões e a três dimensões	8
Método	10
Delineamento.....	10
Participantes	10
Instrumentos	11
Procedimento	13
Resultados	14
Mães Ecografia a 3D vs. Mães Ecografias a 2D	15
Pais ecografia a 3D vs. Pais ecografia a 2D	17
Género e Tipo de Ecografia.....	18
Ecografia a 3D	18
Ecografia a 2D	19
Discussão	19
Mães ecografia a 3D vs. Mães ecografia a 2D	21
Pais ecografia a 3D vs. Pais ecografia a 2D	23
Género e Tipo de Ecografia.....	25
Conclusões	26
Referências	30
Anexos	35

ÍNDICE DE TABELAS

TABELA 1 – Caracterização da Amostra	11
TABELA 2 – Enquadramento dos sujeitos do grupo 1 e do grupo 2 nas orientações da Raphael-Leff (2001)	16
TABELA 3 – Enquadramento dos sujeitos do grupo 3 e do grupo 4 nas orientações de Raphael-Leff (2001)	17

Introdução

Recentemente, o universo da Obstetrícia conheceu uma nova técnica de diagnóstico pré-natal: a ecografia a três dimensões. Sendo a sua utilização actual e, conseqüentemente, o seu impacto psicológico pouco conhecido, ressaltaram várias questões: Qual o impacto deste tipo de ecografia na vivência psicológica da gravidez e na ligação pré-natal ao bebé nas mães e nos pais? Haverão vivências diferentes, nestes aspectos, nos pais que realizam a ecografia a 2D e a 3D? Estas questões foram o fio condutor da presente investigação.

A dimensão psicológica da ecografia a 2D, enquanto elemento facilitador de uma ligação pré-natal entre pais e bebé, tem sido alvo de reflexão teórica e de alguns estudos nas últimas décadas. Deste modo, e dada a inovação que o exame ecográfico obstétrico sofreu ultimamente – imagem visual a 3D – tentar compreender o impacto deste na vivência gravídica feminina e masculina, bem como na ligação parental ao bebé torna-se de grande importância para a Psicologia da Gravidez e Parentalidade. Apesar de, gradualmente, ir sendo reconhecido o relevo da função paterna e do seu importante papel no desenvolvimento do bebé (Bayle, 2005, 2006; Camus, 2000; Camus & Frascarolo, 2003; Colman & Colman, 1994; Etchegoyen, 2002; Gomez, 2005; Raphael-Leff, 2001), a vivência masculina da Gravidez e Paternidade tem sido negligenciada e pouco estudada, comparativamente à figura materna. A escassez de estudos nestes dois sentidos reforça a importância e relevância científica da presente investigação.

A Gravidez

A gravidez constitui, para os pais expectantes, um momento em que ocorrem transformações a vários níveis: biológico, psicológico, fisiológico e social (Campos, 2000), levando à necessidade de uma reorganização identitária e preparação para o novo papel parental que se aproxima. Tanto a mulher, como o homem esperam o bebé num movimento imaginativo, antecipando-o, fantasiando-o e imaginando-se também a si mesmos como pais. São estas fantasias e representações que permitirão a nidação do bebé no útero mental (Matos, 2004) e que se constituirão como a base de uma relação única e inigualável. A integração gradual deste bebé na cabeça dos pais possibilita a criação de uma ligação entre

pais e bebé, ligação esta potenciada por vários elementos: percepção dos movimentos fetais, ecografia, audição dos ritmos cardíacos e na revelação do sexo do bebé (Camus, 2000; Sá, 2004). Deste conjunto de elementos, a ecografia adquire especial relevo, uma vez que tem o poder de, ao tornar o bebé familiar, antecipar o desconhecido, induzindo os pais a imaginá-lo e a procurar (re)conhecê-lo através dos seus contornos desenhados na imagem ecográfica.

A ideia de que a vinculação parental começa no período gravídico não é recente, pelo menos no que se refere à figura materna, dado que a vinculação paterno-fetal tem sido muito pouco estudada (Gomez & Leal, 2007). Esta vinculação constitui-se como o início para a transição que vai ocorrer na estrutura familiar e relacional. Relativamente a possíveis diferenças na ligação pré-natal entre a figura feminina e masculina, estudos referidos por Wilson, White, Cobb, Curry, Greene & Popovich (2000) não são conclusivos. No entanto, o que parece inegável é a existência de uma ligação pré-natal na mulher e que aumenta com o tempo gestacional, sobretudo depois das primeiras experiências de movimento fetal (Righetti, Dell'Avanzo, Grigio, & Nicolini, 2005), bem como na figura masculina (Beaton, Doherty, & Rueter, 2003; Klaus & Kennel, 1993, cit. Gomez & Leal, 2007).

A Mulher Grávida

O processo gravídico pode ser entendido como uma crise de desenvolvimento, em que são reactivados conflitos infantis não resolvidos e que exigem a necessidade de recorrer a tarefas adaptativas (Colman & Colman, 1994).

A gravidez é um período em que a mulher preparar-se-á para um novo papel – ser mãe - pelo que se assiste à elaboração de papéis e tarefas maternas: reestruturação de relações que ajudam a integrar o novo elemento, ligação afectiva ao bebé, incorporação da existência do filho na sua própria identidade, e paralelamente, a aceitação do bebé como um ser distinto e diferenciado. São, assim, nove meses de elaborações, ligações, fantasias, ansiedades, que levam à construção e consolidação do projecto de maternidade (Canavarro, 2001).

É, neste período, que se constrói a *Organização Psíquica da Maternidade* de Stern e Bruscheiller-Stern (2000), que se refere ao facto da mulher ter de se formar psicologicamente tal como o bebé se forma fisicamente, pelo que ela vai construindo

internamente o significado de ser mãe. Este processo – o *nascimento de uma mãe* é construído “gradualmente a partir de um trabalho desenvolvido ao longo dos meses que antecedem e se seguem ao nascimento do bebê” (Stern & Bruschiweiller-Stern, 2000, p. 11). Na mesma linha de pensamento, é possível delinear, em termos genéricos, algumas orientações da mulher, que divergem consideravelmente umas das outras, face à maternidade e ao bebê. Estas surgem na gravidez e parecem ter uma continuidade após o parto. Apesar de existirem poucas mulheres que tenham uma orientação pura e que, deste modo, se encaixem perfeitamente num modelo, a maioria das mulheres tendem a passar de uma orientação para outra em diferentes gravidezes (Raphael-Leff, 2001).

Neste sentido, a autora refere a existência de três orientações maternas durante o período gravídico: a **facilitadora**, que aprecia a gravidez e aceita com prazer as exigências e mudanças que se operam a nível emocional; a **reguladora** que denota uma certa resistência à introspecção e à mudança de identidade; e a **recíproca**, que tem um misto dos sentimentos que caracterizam as duas outras orientações acima referidas. Caso consigam tolerar a sua ambivalência face à gravidez, ao feto, a elas mesmas e às suas próprias mães têm uma abordagem mais realista, do que a abordagem da facilitadora pura em que predomina a idealização ou da abordagem cautelosa e prudente da mulher reguladora pura.

Estas reacções psicológicas permitem à mulher lidar com as representações inconscientes que tem acerca do feto: como uma parte idealizada, no caso da facilitadora; como uma parte repudiada ou um invasor perigoso, no caso da reguladora ou, ainda, como um ser humano separado e diferenciado no caso da recíproca.

Estes nove meses de gravidez, repletos de elaborações, reorganizações e reavaliações preparam a mulher para a transição para a maternidade e revestem-se de extrema importância para a adaptação ao seu novo papel – o de mãe.

Também para o homem, a gravidez é um acontecimento que gera alterações a nível interno, em que a espera pelo bebê é vivenciada de uma forma particular e em que também ele procura adaptar-se e preparar-se para o novo papel que se avizinha – ser pai.

O Homem Expectante

Tal como acontece com a mulher, o homem vive a gravidez com muita intensidade e, apesar de na sua experiência psicológica não se encontrarem factores físicos nem

hormonais, a evolução das suas vivências pode ser muito semelhante à da mulher (Colman & Colman, 1994).

Também para o homem, a gravidez induz um reviver das relações com as figuras parentais e, conseqüentemente, uma reactivação dos conflitos infantis, sendo vários os autores que postulam que o *ser pai* se constrói com base nas experiências infantis (Brazelton & Cramer, 1989; Camus, 2000, Lebovici, 1994; Raphael-Leff, 2001; Soulé, 1999), pelo que também nele é exigida a necessidade de recorrer a recursos internos para a adaptação ao papel parental e transição para a paternidade.

No entanto, o pai na sociedade ocidental vive um ‘dilema’ uma vez que, apesar de ser confrontado com os mesmos medos e ansiedades que o homem das sociedades tradicionais, não dispõe do reconhecimento social existente nestas (através de vários rituais), que lhe permita expressá-los. Podem surgir alguns sintomas psicossomáticos que revelam a necessidade inconsciente do homem experienciar fisicamente a gravidez (Raphael-Leff, 2001). Estes sintomas inscrevem-se no Síndrome de Couvade (Colman & Colman, 1994; Raphael-Leff, 2001; Gomez, 2002; Gomez, 2005), que pode ainda ser entendido como uma expressão através da qual o homem tenta obter reconhecimento social da paternidade, permitindo-lhe estabelecer uma identificação empática com a sua companheira e desta forma sentir-se parte integrante da gravidez (Raphael-Leff, 2001).

Raphael-Leff (2001) também advoga que, na ausência da componente fisiológica, as fases maturacionais do homem seguem o padrão trimestral do crescimento fetal, tendo como mediador a experiência da mulher grávida ou então a evolução das fases pode evoluir independentemente, focado nos seus próprios processos intrapsíquicos. Estas fases variam, no entanto, de sujeito para sujeito, sendo influenciadas por factores pessoais, sociais e inconscientes. Tal como acontece na mulher, os nove meses de gravidez são vividos intensamente pelo homem, no qual internamente ocorrem elaborações, adaptações e reavaliações que o preparam para a paternidade.

Assim, à semelhança da Organização Psíquica da Maternidade conceptualizada por Stern e Bruschiweiller-Stern (2000), poder-se-á transpor este conceito para o pai. Também no homem se construirá um estado psicológico específico, que se caracterizará por uma grande sensibilidade e que lhe permitirá sentir-se no lugar do bebé, de modo a responder adequadamente às suas necessidades, primeiramente corporais, mas que, gradualmente, se transformam em necessidades egóicas.

De acordo com Raphael-Leff (2001) existem três abordagens masculinas diferentes à gravidez e à paternidade, podendo o homem ter uma orientação participante, renunciadora ou recíproca:

1. O **participante** envolve-se activamente na gravidez, prestação de cuidados primários, preparação para o parto e nascimento e encontra-se apto a construir a sua identidade de género masculina, tendo acesso a nível intrapsíquico aos aspectos femininos e maternos;
2. O **renunciador** tem subjacentes as diferenças de género, que se acentuam com a gravidez; os seus atributos masculinos e a identificação com o seu pai e o seu papel paternal são reforçados, dado que se sente ameaçado pelas antigas identificações com a sua mãe (aumento da sua própria vulnerabilidade e intolerância às identificações femininas), não conseguindo sentir empatia com a experiência interna da mulher. É, neste contexto, que a relação pré-natal pode ser potenciada pela ecografia, dado que a visualização de um bebé mais real fornece uma objectalização do bebé que falta a estes pais;
3. O **recíproco** que se situa entre os pólos extremos: participante e renunciador, predominando a ambivalência e a ambiguidade. Caso a ambivalência seja tolerada, estes homens têm uma abordagem mais realista e mais saudável à gravidez e ao feto, do que a abordagem do participante puro em que predomina a idealização ou da abordagem do renunciador puro.

Tal como na mulher, é relevante referir que estas orientações não são definitivas, mas sim flexíveis, podendo alterar-se com a experiência de cuidar de um bebé e, se assim for, pode ocorrer um movimento de integração interna ou, inversamente, retrair-se para uma posição de controlo rígido, devido a algumas perturbações que possam ocorrer.

Com efeito, a vivência da gravidez por parte do homem será também influenciada pela própria relação conjugal estabelecida com a mulher grávida. Em termos biológicos existe um “entrave” ao homem, dado que este se encontra privado da realidade corporal de estar “grávido”. No entanto, este facto não é impeditivo de o pai fantasiar o seu bebé, de elaborar uma representação do feto, que é diferente da representação materna e de criar um vínculo com este. Assim, segundo Estêvão (1995, p. 197) “a relação entre ambos os

membros de um casal e a permissão da mulher para que o seu companheiro partilhe a transformação do seu corpo e o desenvolvimento da criança que está em si permitirá ao homem um mais fácil e adequado envolvimento com a gravidez.”. O relacionamento mais estreito com a gestante possibilita ao homem o reconhecimento e o desenvolvimento das suas emoções de uma forma mais adequada, o que, por sua vez, contribuirá positivamente para a sua vivência da paternidade, bem como para as suas fantasias relacionadas com o bebé.

Para a vivência do processo gravídico por parte do pai, a ecografia desempenha um importante papel, no sentido em que o auxilia na confirmação não só da existência do bebé devido à visualização deste no ecrã e à percepção dos seus batimentos cardíacos (Camus, 2000), como também da gravidez e consequente paternidade, ajudando-o juntamente com o conhecimento do sexo do bebé, a construir uma imagem do bebé, que se vai tornando cada vez mais objectiva (Colman & Colman, 1994); na integração e implicação na gravidez (Soulé, 1999); na transição para a paternidade de uma maneira diferente, uma vez que este começa a elaborar a existência do *seu* bebé (Bayle, 2005); e na primeira tomada de consciência do acesso à paternidade ou, pelo menos, a consolidação do sentimento de se tornar pai (Camus, 2000) e no desenvolvimento de um vínculo com o bebé, na medida em que começam a fantasiá-lo quando este se encontra ainda *in útero*. Estas fantasias vão sendo cada vez mais objectivas à medida que a gravidez prossegue, sendo que a ecografia, a percepção dos movimentos fetais e o conhecimento do sexo do bebé têm um papel de extrema importância na criação do bebé imaginário (Estêvão, 1995).

A Ecografia Obstétrica

São vários os autores a preconizarem que a ecografia encerra em si uma dimensão psicológica e relacional (na medida em que a imagem do feto projectada no ecrã potencia a fantasmática do bebé) e que facilita o estabelecimento do vínculo entre os pais e o feto, podendo constituir-se como a génese do processo de parentalidade. Para muitos pais é a ecografia que os faz sentir em estado de gravidez e de expectância, daí que este exame se possa constituir como um momento importante de ligação pré-natal (Camus, 2000; Dautzenberg & Missonnier, 2001; Gerner, 2005; Golse, 1999; Gourand, 1999; Missonnier, 1998, 1999; Piontelli, 1995; Sá, 2004; Soubieux, 1999; Soulé, 1999; Tisseron, 1999).

Este vínculo vai sendo criado, uma vez que a ecografia fetal é um momento colectivo, no qual participam não só a mãe, como também o pai e por vezes outros membros da família. Trata-se assim de um momento de coesão grupal que se constitui como um instrumento de transformação psíquica para todos. As representações que estes elementos têm do bebé que irá nascer são de tal forma importantes que acabam por organizar a sua percepção da ecografia. O nascimento não consiste apenas na vinda do bebé ao mundo físico; este ocorre também numa perspectiva simbólica, pois a partir do momento em que o ser humano é reconhecido e designado inscreve-se numa continuidade geracional.

O poder da ecografia assenta em três níveis: tem a capacidade de transformar os pais, sobretudo a mãe que encontra na imagem ecográfica uma representação visual daquilo que percebe sensorial e internamente; tem a capacidade de introduzir a representação do bebé que, estando presente em todos os momentos da dinâmica familiar, era até ao momento da ecografia um membro desconhecido e tem também o poder de transformação do próprio objecto – o bebé – dado que a ecografia, enquanto primeiro suporte concreto, permite as projecções fantasmáticas da mãe começando a estruturar-se a espera, as representações, os desejos e os fantasmas que o envolvem (Tisseron, 1999). A ecografia induz a produção imaginária dos pais, possibilitando que estes esperem o bebé num movimento de antecipação imaginária, remetendo assim para a construção do bebé imaginário de Lebovici (1983). Ao potenciar esta antecipação fantasmática e ao inscrever o bebé numa temporalidade, a ecografia tem levado os pais a fazerem um movimento de atribuição de uma identidade ao bebé, sendo que este, primeiramente estranho e desconhecido, vai tornando-se familiar e sendo inscrito numa filiação (Denis, 1999; Sá, 2004). O feto, tal como o bebé, possui um genograma psíquico, uma história, que não se circunscreve apenas num contexto médico ou genético, inscrevendo-se assim numa dimensão transgeracional (Golse, 1999). Para os pais “um feto não é um feto mas um bebé, com uma história anterior que, no essencial, condensa – nas virtudes e nas ‘feridas’ – a história de cada um deles.” (Sá, 2004, p. 31).

Sendo um momento de encontro emocional dos pais com o bebé, a ecografia promove o encontro de duas ressonâncias: a ressonância dos tecidos do feto real e a ressonância com o bebé imaginário (Missonnier, 1999).

De acordo com a literatura, este encontro poderá ter um efeito mais ou menos positivo no imaginário dos pais, uma vez a imagem tem um forte impacto na organização fantasmática e simbólica do sujeito, modificando a sua construção psicológica. Assim sendo, pode ter um duplo efeito pois, por um lado, pode ser desorganizadora ao veicular

um conjunto de informações eventualmente angustiantes, facilitadas pela *transparência psíquica* que refere Bydlowski (1995) ou, por outro lado, pode ter um valor organizador se provocar um investimento imediato na gravidez (Camus, 2000; Soubieux, 1999; Soulé, 1999). A possibilidade de a imagem ter um efeito traumático será bastante menor se houver uma narração feita pelo ecografista, se as informações forem dadas num quadro relacional e o técnico assumir um papel de mediador e tradutor no encontro dos pais com a imagem transmitida, ajudando a que estes utilizem a imagem como um elemento organizador da sua parentalidade. A ecografia é um momento de troca entre os pais e o ecografista, troca esta cimentada numa relação de confiança, em que existe necessariamente um saber técnico complexo, mas que não escapa à relação, na medida em que os pais esperam poder identificar o *seu* bebé e não um outro feto qualquer (Dautzenberg & Missonnier, 2001; Denis, 1999; Gourand, 1999).

Ecografia a Duas Dimensões e a Três Dimensões

Recentemente, a ecografia obstétrica alargou o seu campo de intervenção, passando a existir para além deste exame a duas dimensões (2D), a ecografia a três dimensões (3D) e ainda a quatro dimensões (4D). A técnica a 3D tem sido cada vez mais utilizada para a examinação do feto humano, permitindo aos ecografistas passarem de uma reconstrução mental a 3D das imagens que obtinham a 2D para uma verdadeira visualização tridimensional das estruturas anatómicas (Gonçalves, Nien, Espinoza, Kusanovic, Lee, Swope, Soto, Treadwell & Romero, 2006).

Tal como os benefícios da ecografia a 3D a nível médico e obstétrico ainda não são totalmente conhecidos, também o seu impacto ao nível da vivência psicológica da gravidez ainda não é linear. Dado que é uma técnica recente existem ainda poucas investigações no sentido de avaliar a sua influência a nível psicológico nos pais e, conseqüentemente, os resultados e conclusões das mesmas não são totalmente unânimes e consistentes. Neste contexto, Righetti, Dell'Avanzo, Grigio e Nicolini (2005) realizaram um estudo com o objectivo de avaliar o papel da ecografia a quatro dimensões (4D) no desenvolvimento da ligação pré-natal nos casais. Os autores concluíram que, efectivamente, a ligação materna com o feto se desenvolve durante a gravidez, especialmente no segundo trimestre e que a ecografia, tanto a 2D como a 4D, tem um papel importante no desenvolvimento da ligação

dos pais ao bebé. No entanto, neste estudo não existiram diferenças significativas entre os grupos. Também Pretorius, Uyan, Hull, Hollenbach e Nelson (2005) procederam a uma investigação com o objectivo de comparar os efeitos da ecografia a 2D com os da 3D no processo da ligação materno-fetal. Constataram que as mães pertencentes ao grupo do exame a 3D partilharam as imagens da ecografia com um número significativamente maior de pessoas, demonstraram uma maior tendência não só para formar uma imagem mental do bebé após a sua visualização, como também para sentir que conheciam o bebé logo após o parto devido às imagens que viram do que o grupo das mães pertencentes ao grupo das 2D. Os pais que constituíram o grupo 3D denotaram uma maior receptividade aos comentários ao bebé no que concerne às diferenças ou semelhanças do que os do grupo 2D. Posto isto, os autores concluíram que as imagens a 3D parecem ter uma influência mais positiva nas percepções das mães quando comparadas com as mães pertencentes ao grupo das 2D e que a ecografia a 3D pode ter o potencial de fortalecer o sistema de suporte para as famílias que esperam os seus bebés.

Face ao exposto anteriormente tornou-se premente aprofundar o conhecimento relativamente ao impacto psicológico da ecografia a 2D e a 3D na vivência psicológica gravídica. Dado que a ecografia a 3D facultava uma imagem mais real, perceptível e objectiva do bebé foi de extrema importância perceber o seu impacto psicológico comparativamente ao exame ecográfico a 2D.

A principal questão de investigação foi estudar o processo psicológico da gravidez e a ligação pré-natal dos sujeitos do sexo feminino e do sexo masculino que assistiram a ecografias a 3D e a ecografias a 2D durante o terceiro trimestre gestacional.

Foram estipulados os seguintes objectivos específicos de investigação:

1. Comparação dos sujeitos do sexo feminino que fizeram ecografias a 3D com os sujeitos do sexo feminino que efectuaram ecografias a 2D no que se refere ao Processo Psicológico da Gravidez;
2. Comparação dos sujeitos do sexo feminino que efectuaram ecografias a 3D com os sujeitos do sexo feminino que realizaram ecografias a 2D na ligação pré-natal ao bebé;
3. Comparação dos sujeitos do sexo masculino que assistiram às ecografias a 3D com o grupo de homens que assistiu às ecografias a 2D no que respeita ao Processo Psicológico da Gravidez;

4. Comparação dos sujeitos do sexo masculino que realizaram ecografias a 3D com os sujeitos do sexo masculino que assistiram às ecografias a 2D, no que concerne à ligação pré-natal.

Método

Delineamento

A presente investigação é um estudo transversal, de natureza exploratória, assente numa metodologia de comparação de grupos independentes. Foi recolhida uma amostra de conveniência (Ribeiro, 1999), que seguidamente se caracteriza.

Participantes

A amostra do estudo foi constituída por 38 sujeitos, 19 do sexo feminino e 19 do sexo masculino, sendo posteriormente divididos por género e tipo de ecografia realizada. A recolha da amostra que constitui o grupo da ecografia a 3D foi feita numa clínica particular e a recolha dos participantes que compuseram o grupo da ecografia a 2D foi efectuada num Centro Ecográfico também privado.

No que respeita à caracterização da amostra (Anexo B), as mães que compuseram a amostra têm, em média, 31 anos, a maioria é casada (76.3%) e possui maioritariamente um curso superior (57.9%). Quanto aos pais estes têm, em média, 32 anos, a sua maioria é casado (76.3%), possuem maioritariamente um curso superior (42.1%), ainda que também exista uma franja amostral relevante que possui o ensino secundário (31.6%). Vivem maritalmente há cerca de 4 anos e namoraram por um período de cerca de 3 anos. Quanto à gravidez, esta foi desejada (valor percentual de 97.4%), encontra-se em média com 32 semanas gestacionais e realizaram uma média de 4 ecografias. Na seguinte tabela, estes e outros dados relevantes encontram-se devidamente descritos.

	Mães	Pais
Idade	$\bar{x} = 31.21$	$\bar{x} = 32.37$
Estado Civil	76.3 % Casadas 15.8 % Solteiras 7.9% União de Facto	76.3 % Casados 15.8 % Solteiros 7.9% União de Facto
Habilitações Literárias	57.9% Curso Superior 26.3% Ensino Secundário 10.5% Outro 5.3% Ensino Primário	42.1% Curso Superior 31.6% Ensino Secundário 10.5% Ensino Obrigatório 10.5% Curso Técnico-Profissional 5.3% Ensino Primário
Tempo de vida juntos	$\bar{x} = 4.25$	$\bar{x} = 4.25$
Tempo de Namoro	$\bar{x} = 3.32$	$\bar{x} = 3.32$
Semanas de Gravidez	$\bar{x} = 32.42$	$\bar{x} = 32.42$
Gravidez	Planeada – 97.4% Acidental – 2.6%	Planeada – 97.4% Acidental – 2.6%
Preferência Sexo Bebé	Indiferente – 73.7% Menino – 10.5% Menina – 15.8%	Indiferente – 47.4% Menino – 42.1% Menina – 0% Não respondeu – 10.5%
Sexo Real Bebé	Menino – 52.6% Menina – 42.1% Não quis saber – 5.3%	Menino – 47.4% Menina – 31.6% Não quis saber – 5.3% Não respondeu – 15.8%
Número total de ecografias	$\bar{x} = 3.69$	$\bar{x} = 3.69$

Tabela 1 – Caracterização da Amostra

Instrumentos

O protocolo de investigação consistiu na utilização de dois questionários: “Processo Psicológico da Gravidez” referente ao terceiro trimestre (Raphael-Leff, 1997) para a mulher (Anexo C), o mesmo instrumento adaptado para o homem (Anexo D) e ainda o questionário “Ligação pré-natal” (Muller, 1993, cit. Gau & Lee, 2003), cuja versão original é para a mãe (Anexo E), bem como uma adaptação deste para o homem por nós elaborada (Anexo F).

- Processo Psicológico da Gravidez (Raphael-Leff, 1997)

A análise e interpretação dos questionários são, na sua totalidade, analisados de acordo com estas orientações: facilitadora, recíproca ou reguladora, no caso das mulheres e

participante, renunciante ou recíproco, no caso do sexo masculino (Raphael-Leff, 2001). Neste sentido, considera-se as respostas mais próximas das facilitadoras e dos participantes como aquelas que traduzem sentimentos mais positivos, que são genericamente associados a uma maior segurança na capacidade materna e paterna, ou seja, fantasias mais positivas; as respostas mais próximas das reguladoras e dos renunciantes traduzem as fantasias menos positivas, implicando uma menor aceitação da gravidez, menor segurança materna e paterna e uma menor preparação para a maternidade e paternidade, respectivamente. A qualidade da vivência é avaliada, com base na cotação das respostas – rating scale de 3 pontos – em cada item. Deste modo, as respostas com score 3 estão associadas às fantasias mais positivas da gravidez, as respostas com score 2 dizem respeito à existência de fantasias mistas (positivas e negativas) e as respostas com score 1 às fantasias mais negativas sobre a gravidez (Raphael-Leff, 1997).

O questionário é constituído por onze questões que correspondem a diferentes dimensões do processo psicológico da gravidez, estando cada uma delas subdividida em vários itens. As fantasias e os sentimentos que tanto a mãe como o pai experienciam durante a gravidez agrupam-se, deste modo, em nove dimensões: alterações sentidas no estilo de vida; preocupações sentidas durante a gravidez; fantasias em relação ao trabalho de parto; fantasias em relação ao nascimento; fantasias em relação ao bebé (no interior do útero); fantasias em relação às posteriores mudanças; fantasias em relação ao bebé durante as primeiras semanas de vida; fantasias em relação à sua alimentação e fantasias em relação ao papel materno / paterno. Estas nove dimensões constituem as variáveis a serem analisadas e que serão operacionalizadas em fantasias e vivências mais positivas e fantasias e vivências menos positivas. Com base nestas nove dimensões, analisa-se também o Processo Psicológico da Gravidez como um todo, ou seja, de uma forma geral.

- Inventário de Ligação Pré-natal (Muller, 1993, cit. Gau & Lee, 2003)

O inventário de ligação pré-natal resulta de uma tradução elaborada a partir do original denominado Prenatal Attachment Inventory (PAI). O PAI foi desenvolvido por Muller (1993) e é constituído, numa versão revista à posteriori, por 21 itens, de tipo Likert. Estes possibilitam um conjunto de quatro respostas para cada um, que vão desde o “quase sempre” até ao “quase nunca”. Os scores totais podem assim ser de 21 ou de 84, sendo que quanto mais alto for o score, mais alto será o nível de ligação pré-natal.

Foi efectuada uma tradução, como já foi referido, do Prenatal Attachment Inventory, tradução esta experimental conduzida pela autora. Também foi feita uma tradução por uma native speaker e depois uma retroversão. Estas de uma forma geral coincidiram, não havendo aspectos diferentes, dignos de registo.

Para evitar um padrão de resposta ou uma tendência dos sujeitos para responderem sempre da mesma forma foi invertida a estrutura da afirmação, ou seja, nalguns itens as afirmações foram feitas pela negativa, sendo eles os itens 4, 7, 10, 12, 14, 16 e 21. Com o objectivo de aperfeiçoar o trabalho monográfico anteriormente efectuado, foi realizada uma melhoria a nível da avaliação psicométrica deste instrumento. Assim sendo, fez-se a análise da Consistência Interna, cujo Alfa de Cronbach é 0.804 (Anexo G). Como o objectivo foi também estudar os pais expectantes, procedeu-se a uma adaptação do questionário, alterando-o para a vivência masculina da gravidez sem, no entanto, adulterar o conteúdo dos itens que constituem a versão original do PAI.

Procedimento

Obteve-se a autorização de dois locais para a recolha da amostra: um centro ecográfico e uma clínica. Com a colaboração dos técnicos ou assistentes dos espaços acima referidos foi facultada a informação dos casais que cumpriam os critérios estipulados de enquadramento na amostra. Após a realização da ecografia, e garantido o consentimento informado, foi aplicado o protocolo de avaliação.

Com o objectivo de homogeneizar a amostra foram estipulados os seguintes critérios de selecção da amostra, que nos pareceram relevantes tendo em conta a teoria existente sobre a Psicologia da Gravidez e Parentalidade (Brazelton & Cramer, 1989; Colman & Colman, 1994; Estêvão, 1995; Lebovici, 1994; Lourenço, 2002; Matos, 2004; Missonnier, 1999; Raphael-Leff, 2001; Sá, 2004; Sá & Cunha, 1996; Soulé, 1999; Stern & Bruschiweiller-Stern, 1998):

- Sujeitos do sexo feminino e masculino serem primíparos, ou seja, encontrarem-se à espera do primeiro filho, já que a vivência gravídica e o processo psicológico da gravidez será diferente dos sujeitos múltiparos.

- Gravidez não ser de risco, uma vez que esta encerra em si características e vivências psicológicas diferentes, pelo que poderia enviesar os resultados obtidos.
- Relação marital com, pelo menos, um ano de duração, de modo a garantir que em termos relacionais existia um espaço para um envolvimento afectivo e emocional de ambos os progenitores não só a nível da gravidez, como também a nível da partilha entre eles das vivências deste acontecimento.
- Mulheres e homens, quer nas ecografias a duas dimensões (2D), quer nas ecografias a três dimensões (3D), terem realizado pelo menos duas ecografias do tipo de exame, em cujo grupo iriam ser integrados.
- No caso das mulheres, o intervalo de idades estipulado para inclusão na amostra, foi de 22-35 anos, sendo que para o grupo dos homens o único critério neste âmbito foi o de ter pelo menos 22 anos.
- A gravidez encontrar-se no terceiro trimestre gestacional.
- A gravidez ter sido desejada, na medida em que o facto de ser planeada não significa que seja vivenciada de uma forma mais positiva.

Os dados recolhidos foram tratados com o programa estatístico SPSS (versão 15.0).

Resultados

Dadas as características da amostra, nomeadamente a sua heterogeneidade, bem como o seu número reduzido, procedeu-se, para além da análise por tipo de ecografia, que se constituiu como o principal objectivo, a uma análise complementar ao género. Os sujeitos foram divididos em 4 grupos: grupo 1 – Mulheres que realizaram ecografias a 3D, grupo 2 – Mulheres que fizeram ecografias a 2D, grupo 3 – Homens que assistiram a ecografias a 3D e grupo 4 – Homens que assistiram a ecografias a 2D).

Procedeu-se à comparação dos resultados obtidos em termos estatísticos com vista a analisar os objectivos específicos de investigação formulados e deste modo avaliar a existência de diferenças significativas entre os vários grupos.

Neste sentido, quanto ao processo psicológico da gravidez, no geral, mas também nas nove dimensões que o constituem e ainda quanto à ligação pré-natal estabelecida entre o bebé e os sujeitos foram comparados o: grupo 1 com o grupo 2; o grupo 3 com o grupo 4; o grupo 1 com o grupo 3 e o grupo 2 com o grupo 4.

Para este efeito, foi utilizado o teste T-Student para a realização de uma análise inferencial mas, dado que este é um teste paramétrico, foi necessário verificar se os seus dois pressupostos estavam cumpridos: distribuição normal dos grupos e homogeneidade de variâncias. Para a verificação da normalidade das distribuições das amostras em comparação foi utilizado o teste de Kolmogorov-Smirnof (Anexo H) e para a homogeneidade de variâncias recorreu-se ao teste de Levene (Anexo H). Praticamente em todos os casos os pressupostos enunciados foram verificados, sendo que nos que não satisfizeram estes critérios, extraiu-se a estatística do teste não paramétrico de Mann-Whitney. As rejeições são feitas com base num nível de significância de 0.05 (Maroco, 2003).

Posteriormente fez-se uma análise a um nível descritivo. Para tal, avaliou-se a tendência central, a média, entre outras medidas, dos diferentes grupos, com o intuito de verificar se existiam diferenças entre eles quanto a estas medidas.

Tendo em conta a extensão dos resultados obtidos, apresentar-se-ão apenas os resultados cujas diferenças estatísticas foram significativas, sendo que no que respeita aos restantes resultados, os principais (dimensão do Processo Psicológico da Gravidez, no geral e Ligação pré-natal ao bebé) serão descritos com base na análise descritiva efectuada, caso não existam diferenças significativas entre os grupos.

Mães Ecografia a 3D vs Mães Ecografias a 2D

Com efeito, perante os resultados obtidos (Anexo I), constatou-se que, nos sujeitos do sexo feminino, não existiram diferenças estatisticamente significativas entre o grupo de mulheres que efectuou ecografias a 3D e o grupo de mulheres que realizou ecografias a 2D quanto ao questionário **Processo Psicológico da Gravidez**.

Verificou-se, porém, que o grupo 1 (mulheres que realizaram ecografias a 3D) tendeu a desenvolver fantasias e vivências mais positivas do que o grupo 2 (mulheres que efectuaram ecografias a 2D), em sete das nove dimensões deste questionário, sendo elas: fantasias em relação ao parto; ao nascimento; ao bebé durante a gravidez e após o nascimento; à alimentação do bebé; às mudanças no estilo de vida após o nascimento do bebé e em relação à maternidade.

No que respeita ao **processo psicológico da gravidez**, de uma forma global, realizou-se a análise inferencial com o objectivo de avaliar as diferenças existentes entre o grupo 1 (mulheres 3D) e o grupo 2 (mulheres 2D). Verificados os pressupostos de normalidade das distribuições e de homogeneidade de variâncias utilizou-se o teste paramétrico T-Student. Para um nível de significância de 0.05, observou-se que não existiram diferenças significativas entre os grupos, porém, estas existem se utilizarmos um nível de significância de 0.10 ($t = 2.04$ (17), $p = 0.058$).

Verificou-se assim que as mulheres que realizaram ecografias a 3D tenderam a desenvolver fantasias mais positivas do que as mulheres que efectuaram ecografias a 2D no que se refere ao processo psicológico da gravidez, de uma forma global.

Os sujeitos do sexo feminino foram enquadrados nas tipologias de Raphael-Leff (2001) da seguinte forma:

	1 – Reguladora		2 - Recíproca		3 – Facilitadora		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
3 D	0	0%	0	0%	8	100%	8	100%
2 D	0	0%	4	36.4%	7	63.6%	11	100%

Tabela 2 – Enquadramento dos sujeitos do grupo 1 e do grupo 2 nas orientações de Raphael-Leff (2001)

Quanto à **ligação pré-natal** foi utilizado o teste paramétrico T-Student, dado que os dois critérios necessários para a sua realização estavam assegurados: normalidade das distribuições dos grupos amostrais e homogeneidade de variâncias. Foram encontradas diferenças significativas entre o grupo 1 e o grupo 2 quanto à ligação pré-natal com o bebé ($t = 2.25$, $p = 0.038$), ou seja, as mulheres que realizaram ecografias a 3D demonstraram ter uma maior ligação pré-natal com o bebé do que as mulheres que efectuaram este exame a 2D. A análise descritiva revela um valor médio de 69 no grupo 1 e de 61.64 no grupo 2.

Pais Ecografia a 3D vs. Pais Ecografia a 2D

No que concerne aos sujeitos do sexo masculino (Anexo J), observou-se que não existiram diferenças estatisticamente significativas entre o grupo 3 (homens que assistiram às ecografias a 3D) e o grupo 4 (homens que assistiram às ecografias a 2D) em oito das nove dimensões que compõem o Processo Psicológico da Gravidez. Encontraram-se diferenças estatísticas significativas na dimensão intitulada *Fantasia em relação à alimentação do bebé* ($Z = -2.18, p = 0.029$), através do teste Mann-Whitney, dado que esta era uma variável de tipo nominal. A análise descritiva permitiu-nos observar que os sujeitos do grupo 3 apresentaram fantasias mais positivas nesta dimensão do que os sujeitos do grupo 4 (valores médios de 2.27 vs. 1.13, respectivamente). Quanto às restantes dimensões, foi possível observar através da análise descritiva que o grupo 3 apresentou fantasias mais positivas do que o grupo 4, sendo elas as fantasias em relação ao parto, ao nascimento, ao bebé durante a gravidez e após o nascimento, às mudanças no estilo de vida após o nascimento do bebé e à maternidade.

Quanto ao **processo psicológico da gravidez**, de uma forma global, recorreu-se ao teste T-Student, na medida em que ambos os grupos amostrais têm uma distribuição normal e as suas variâncias são homogéneas. A análise inferencial permitiu constatar a inexistência de diferenças significativas entre o grupo de homens que assistiu às ecografias a 3D (grupo 3) e o grupo de homens que assistiu às ecografias a 2D (grupo 4) ($t = 1.73, p = 0.102$).

Porém, através dos valores médios de cada grupo (100.45 – grupo 3 e 93.75 – grupo 4) observou-se que os homens que assistiram às ecografias a 3D tenderam a manifestar fantasias e vivências mais positivas do que o grupo de homens que assistiu às ecografias a 2D (100.45 vs. 93.75, respectivamente).

No que respeita ao enquadramento dos sujeitos nas orientações de Raphael-Leff (2001), estes dividem-se da seguinte forma:

	1		2		3		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
3 D	1	9%	1	9%	9	82%	11	100%
2 D	1	12.5%	2	25%	5	62.5%	8	100%

Tabela 3 – Enquadramento dos sujeitos do grupo 3 e do grupo 4 nas orientações de Raphael-Leff (2001)

No que se refere à **ligação pré-natal** foi utilizado o teste paramétrico T-Student, dado que os dois critérios necessários para a sua realização estavam assegurados: normalidade das distribuições dos grupos amostrais e homogeneidade de variâncias. Não foram encontradas diferenças significativas entre o grupo 3 e o grupo 4 quanto à ligação pré-natal destas com o bebé ($t = 0.97$, $p = 0.12$).

Através da análise descritiva é possível observar que os homens que assistiram às ecografias a 3D manifestaram uma tendência para um maior envolvimento com o bebé do que os homens que realizaram ecografias a 2D (média de 65.27 e de 58.25, respectivamente e valor mínimo e máximo obtidos no inventário mais elevados no grupo 3 do que no grupo 4).

Género e Tipo de Ecografia

Tendo subjacente que a análise ao género não era um dos objectivos iniciais e que o seu estudo se constituiu como um objectivo complementar à nossa investigação, importa apenas salientar a principal conclusão a que se chegou. Neste sentido, os sujeitos do sexo feminino, independentemente do tipo de ecografia realizado, tenderam a desenvolver fantasias mais positivas quanto ao Processo Psicológico da Gravidez, de uma forma global, e a demonstrar um maior envolvimento pré-natal com o bebé, do que os sujeitos do sexo masculino (Anexo K e L).

Ecografia a 3D – Mães Ecografia a 3D vs. Pais Ecografia a 3D

Comparou-se as mães e pais que realizaram ecografias a 3D entre si. Quanto ao **Processo Psicológico da Gravidez**, em termos globais, realizou-se a análise inferencial através do T-Student para averiguar a existência de diferenças significativas entre o grupo 1 (mulheres 3D) e o grupo 3 (homens 3D), sendo que estas não foram, no entanto, encontradas ($t = 1.26$, $p = 0.224$). Tendo em conta as médias de cada grupo, conclui-se que os sujeitos do sexo feminino que realizaram as ecografias a 3D tenderam a manifestar fantasias e vivências mais positivas em relação à gravidez do que os sujeitos do sexo masculino que assistiram a este tipo de ecografia (104.75 vs. 100.45, respectivamente).

Quanto ao **envolvimento pré-natal** realizou-se uma análise inferencial com o objectivo de avaliar as diferenças existentes entre o grupo 1 (mulheres 3D) e o grupo 3 (homens 3D). Para tal, foi utilizado o teste Mann-Whitney, dado que os grupos amostrais

cumpriam os critérios de normalidade de distribuições, mas não o de homogeneidade de variâncias. Não foram encontradas diferenças significativas entre o grupo 1 e o grupo 3 ($Z = 0.97$ e $p = 0.35$). No entanto, através da análise descritiva observou-se que as mulheres que realizaram ecografias a 3D tenderam a ter um maior envolvimento pré-natal com o bebé do que os homens que assistiram às ecografias a 3D (valores médios de 69 vs. 65.27, respectivamente).

Ecografia a 2D – Mães Ecografia a 2D vs. Pais Ecografia a 2D

Foram comparadas as mães que realizaram ecografias a 2D com os pais que visualizaram as ecografias a 2D. Quanto ao **processo psicológico da gravidez**, em termos globais, realizou-se a análise inferencial recorrendo ao teste T-Student com o objectivo de avaliar as diferenças entre o grupo 2 e o grupo 4. Observou-se que não existem diferenças significativas entre os grupos ($t = 1.26$, $p = 0.223$). Verificou-se, não obstante, que o grupo das mulheres que realizaram ecografias a 2D tenderam a manifestar fantasias e vivências mais positivas do que o grupo de homens que assistiu a este tipo de ecografia (médias de 98.36 vs. 93.75, respectivamente).

O **envolvimento pré-natal** foi avaliado recorrendo ao teste não paramétrico Mann-Whitney, dado que as distribuições dos grupos eram normais, mas as suas variâncias não eram homogéneas. Não foram encontradas diferenças significativas entre o grupo 2 e o grupo 4 ($Z = 0.89$ e $p = 0.39$). Através da análise descritiva foi possível constatar que este grupo de mães tenderam a ter um maior envolvimento pré-natal com o bebé do que os pais que assistiram a este tipo de ecografia (médias de 61.64 vs. 58.25, respectivamente).

Discussão

A partir dos dados obtidos é possível começar a compreender algumas das questões levantadas inicialmente. Contudo, é de extrema importância lembrar que, sendo esta investigação um estudo exploratório e dado o cariz limitado da amostra, os resultados que se obtiveram poderão não dever-se apenas à ecografia. Estes devem assim ser analisados com alguma precaução, evitando-se generalizações.

Deste modo, quanto à questão se haveriam vivências gravídicas diferentes nos pais e mães que realizam a ecografia a 2D e a 3D, podemos afirmar que os quatro grupos apresentaram, maioritariamente, fantasias positivas relativamente ao bebé, à gravidez e à parentalidade. Em qualquer dos tipos de ecografia salientam-se os resultados maioritariamente positivos, pelo que, de uma forma geral, a grande maioria dos sujeitos vivencia a gravidez de uma forma não psicopatológica.

Neste sentido, apesar do quadro ecográfico poder constituir-se como um organizador psíquico do processo de parentalidade (Missonnier, 1998; Soulé, 1999), não terá sido apenas a ecografia a estruturar as tipologias de Raphael-Leff (2001) nas quais os pais foram enquadrados. Dedicar-se-á particular atenção aos resultados mais significativos, devendo salientar-se que nos casos em que não se verificaram diferenças estatisticamente significativas a nível inferencial discutir-se-ão os resultados com base na análise descritiva, pelo que esta deverá ser feita com alguma precaução.

Tal como já foi referido, verificou-se que os grupos amostrais referentes às ecografias a 3D manifestaram, de uma forma geral, fantasias mais positivas. No entanto, parece pertinente analisar em ambos os grupos – 2D e 3D - os valores percentuais que obtiveram no score 2, que remete para um sentimento de ambivalência e um misto de ambos os sentimentos descritos (score 1 e score 3). Torna-se relevante ter em conta esta posição, uma vez que em algumas dimensões poderá ser o mais natural, isto é, face às fantasias e vivências para as quais algumas dimensões reenviam, a posição 3 poderá sugerir alguma idealização e neste sentido uma fuga à realidade ou de alguns conteúdos que por serem *destrutivos* são inversamente transformados. Em certas dimensões, parece-nos um bom indicador alguma ambivalência, na medida em que traduz uma expectativa positiva relativamente à parentalidade, mas também uma certa preparação para os eventuais aspectos menos positivos. Tal como foi anteriormente referenciado, a transição para a maternidade e paternidade comporta uma antecipação ao encontro com o bebé real. Neste sentido, a existência de uma posição menos idealizada poderá ser um factor protector, já que minimizará não só a eventual discrepância entre o bebé imaginário e o bebé real, como também uma expectativa e fantasias demasiado positivas e idealizadas quanto aos papéis parentais. Com efeito, é de salientar que é natural existirem ambas as vivências da gravidez, positivas e negativas, mas que deverão ser integradas para que o processo gravídico se constitua como uma experiência transformacional. Também parece importante referir que poderá ter havido um fenómeno de conveniência, ou seja, os resultados maioritariamente positivos deverem-se ao facto das respostas terem sido dadas consoante

aquilo que os pais pensam que é socialmente esperado. Este aspecto torna-se mais relevante tendo em conta a temática sobre a qual o presente trabalho se debruça – a gravidez. Socialmente, este acontecimento é frequentemente referido como um “estado de graça”, “a melhor fase da vida”, entre outras ideias que poderão não ter dado espaço para a expressão de outros sentimentos. Tendo subjacentes estes aspectos, passar-se-á de seguida à discussão dos resultados obtidos.

Mães Ecografia a 3D vs Mães Ecografia a 2D

De acordo com a literatura atrás explanada, a ecografia induz a produção imaginária dos pais, possibilitando assim que estes esperem o bebé num movimento de antecipação imaginária, remetendo assim para o conceito de bebé imaginário; auxilia a conferir ao bebé uma identidade e a sua inscrição numa temporalidade; fomenta o reconhecimento por parte dos pais das competências, características e capacidades do bebé, levando a que este, enquanto estranho e desconhecido, se vá tornando progressivamente familiar e inscrito numa filiação (Denis, 1999; Lebovici, 1983; Sá, 2004). É, neste sentido, e visto que uma das motivações dos pais relativamente à ecografia é encontrar visualmente o bebé (Missonnier, 1999), que provavelmente as mães que fizeram ecografias a 3D têm fantasias mais positivas do que as mães que fizeram ecografias a 2D. Terão encontrado na imagem a 3D um suporte mais concreto para a sua representação, tendendo a pensar e a imaginar mais positivamente o bebé, enquanto “sujeito psíquico” (Lebovici e Stoleru, 1995). Os dados obtidos pela análise descritiva convergem assim no sentido dos resultados obtidos por Pretorius, Uyan, Hull, Hollenbach e Nelson (2005), dado que o estudo por eles efectuado demonstrou que 82% das mulheres que realizaram ecografias a 3D formaram uma imagem mental do bebé após a sua visualização, enquanto que do grupo de mulheres sujeitas ecografias a 2D apenas 39% o fizeram. Concluíram, assim, que a ecografia a 3D tem uma influência mais positiva nas percepções das mães em relação ao bebé do que a ecografia a 2D.

Poder-se-á considerar que o grupo de mães que realizou ecografias a 3D terá demonstrado estar a percorrer um caminho mais sólido na construção da *Organização Psíquica da Maternidade*, de que nos falam Stern e Bruschiweiller-Stern (2000).

Quanto às diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos de mães no que respeita à Ligação Pré-Natal, a ecografia a 3D ao fornecer uma imagem do feto mais

perceptível e concreta poderá ter auxiliado a mãe na percepção do bebê enquanto um ser diferenciado, distinto de si mesmo, com uma personalidade e intencionalidades próprias e, conseqüentemente, a facilitar o estabelecimento de um vínculo entre eles. Estes aspectos, enquanto base para a *objectalização* do bebê, para o desenvolvimento de representações acerca deste e, conseqüentemente, para a construção de um vínculo entre mãe e bebê, são sustentados por vários autores (Chbani & Pérez-Sanchez, 1998; Sá & Cunha, 1996; Stern & Brushweiller, 1998). Na mesma linha de pensamento, Tisseron (1999) refere que a ecografia, através do suporte visual que fornece, tem o poder de permitir à mãe pensar no processo que se encontra a decorrer no seu interior, imagem esta que cria um vínculo entre ela e o bebê. Assim sendo, poder-se-á compreender os resultados obtidos ao ter-se em conta a diferença existente entre a imagem ecográfica a 2D e a imagem a 3D. Estes resultados vão de encontro a um estudo efectuado por Pretorius, Gattu, Ji, Hollenbach, Newton, Hull, Carmona, D'Agostini e Nelson (2006) cujo objectivo foi investigar se ocorriam mudanças no envolvimento dos pais ao feto após assistirem a ecografias a 3D e 4D. Concluíram assim que as mulheres modificaram a sua forma de ver o feto, demonstrando um aumento do seu envolvimento com o feto depois da realização da ecografia a 3D e 4D. Apesar deste suporte mais concreto, a ecografia a 3D, à semelhança da ecografia a 2D, encerra também em si um poder de indução fantasmática, ou seja, ainda que a imagem do bebê seja mais real e perceptível a mulher continua a imaginar e fantasiar a forma como o bebê será, que tipo de personalidade tem, que tipo de temperamento terá. É com base neste pressuposto que se explicam os resultados obtidos.

Depois de enquadradas as mães nas tipologias de Raphael-Leff (2001), verificou-se que 100% das mulheres que realizaram ecografias a 3D são *facilitadoras* e das que realizaram este exame a 2D a percentagem que se enquadra nesta orientação é de 63.6%. Com base nestes resultados e na expressão massiva das mães que realizaram ecografias a 3D poder-se-á pensar em várias questões, nomeadamente se não estará patente nestas mulheres um mecanismo de idealização da gravidez, bebê e maternidade. A experiência gravídica caracteriza-se por uma certa ambivalência, dado que na mulher é natural a coexistência de fantasias e vivências quer positivas quer negativas sendo que, no entanto, estas devem ser integradas de modo a que a gravidez seja uma experiência transformacional. Assim sendo, poder-se-á colocar a hipótese de, face à eventual emergência de conteúdos negativos ou mesmo destrutivos, estas mulheres através do mecanismo de idealização, terem-se focado apenas nos aspectos positivos da gravidez. Perante estes resultados poder-se-á também reflectir no sentido de existir uma estrutura ou,

pelo menos, traços de personalidade comuns às mulheres que procuraram a ecografia a 3D. Também se poderá pensar que estes resultados se devem à vivência da gravidez por parte da mulher como se de uma relação amorosa se tratasse, ou seja, primeiramente a mulher encontra-se num estado de *enamoramento* pelo feto, em que prevalecem representações positivas, não são percebidos os defeitos ou aspectos menos positivos e nem existe qualquer tipo de incertezas e dúvidas em relação a ele. Posteriormente os aspectos menos positivos do outro são percebidos, reconhecidos, aceites e integrados na experiência relacional, tal como se passaria na relação entre a mãe e o bebé. Assim, do processo de enamoramento e paixão pelo bebé passar-se-á para a relação de amor.

Pais Ecografia a 3D vs Pais Ecografia a 2D

Dado que a figura parental masculina se encontra privada da realidade física da gravidez, a ecografia permite a consolidação do sentimento de se tornar pai e a primeira tomada de consciência do acesso à paternidade, auxiliando-o não só na elaboração da existência do bebé, como também, juntamente com o conhecimento do sexo do bebé, na construção de uma imagem do bebé, que se vai tornando cada vez mais objectiva (Bayle, 2006; Camus, 2000; Colman & Colman, 1994). Quer a ecografia a 3D quer a ecografia a 2D terão cumprido este objectivo, dado que, de uma forma geral, os sujeitos apresentaram fantasias positivas relativamente à gravidez, bebé e paternidade. Poderá entender-se este facto se se pensar que a ecografia a 3D, tal como o exame ecográfico a 2D, comporta sempre um poder de indução imaginária. No entanto, o grupo de pais que assistiram às ecografias a 3D tenderam a desenvolver fantasias mais positivas relativamente à gravidez, ao bebé e à paternidade do que o grupo de pais que visualizaram a ecografia a 2D.

Observou-se que existiram diferenças significativas entre os grupos quanto à dimensão **Fantasias em relação à alimentação**. Esta dimensão avalia o reconhecimento ou não dos ritmos do bebé por parte dos pais, pelo que este reconhecimento compele a um respeito dos mesmos. Neste contexto, as fantasias mais positivas nesta dimensão remetem para uma maior disponibilidade para o bebé e a uma maior segurança quanto ao papel paterno (Raphael-Leff, 1997). Verificou-se, assim, que o grupo de pais que assistiu às ecografias a 3D demonstrou fantasias mais positivas relativamente a este aspecto, daí que se possa pensar que a imagem tridimensional auxilia mais na percepção do bebé como um ser diferenciado, o que ajudaria por sua vez, ao reconhecimento do bebé como possuidor

dos seus próprios ritmos. Os pais que assistiram às ecografias a 3D demonstram, deste modo, que estão mais aptos e seguros quanto ao papel paterno a desempenhar e também mais disponíveis para o bebé (Raphael-Leff, 1997).

Constatou-se que a maioria dos sujeitos do sexo masculino que compõem os grupos amostrais se enquadram na orientação *participante* da Raphael-Leff (2001), ainda que o grupo das 3D tenha uma maior representatividade neste aspecto (cerca de 82%, enquanto que do grupo das 2D 62.5% pertencem a esta orientação). A alimentação é um aspecto mais funcional, inscrevendo-se na prestação de cuidados primários ao bebé e, por isso, geralmente percebido como algo que compete mais à figura feminina. É, neste sentido, que tendo em conta que a orientação *participante* remete não só para a maior apetência masculina em participar activamente na gravidez e na prestação de cuidados primários, como também na construção da sua identidade masculina, tendo acesso a nível intrapsíquico aos aspectos femininos e maternais, que se pode considerar que os homens que assistiram às ecografias a 3D demonstraram uma maior segurança quanto ao papel paterno.

Neste sentido, poder-se-á colocar a hipótese de que os pais que assistiram às ecografias a 3D terão reconhecido mais facilmente o bebé como um ser diferenciado e independente de si. Consequentemente, terão sido mobilizados a uma maior fantasmática do bebé, pelo que tenderam a desenvolver fantasias mais positivas do que o grupo dos homens que assistiram às ecografias a 2D relativamente ao bebé após o seu nascimento e posterior relação com ele.

Relativamente à **ligação pré-natal**, observou-se que os sujeitos que realizaram ecografias a 3D tenderam a demonstrar um maior envolvimento pré-natal com o bebé do que o grupo dos sujeitos que assistiram às ecografias a 2D, ainda que estas diferenças estatisticamente não tenham sido encontradas. Não dispondo o pai das informações interceptivas ou proprioceptivas da gravidez, a ecografia revela-se de grande importância no seu **envolvimento com o bebé**, permitindo não só a consolidação do sentimento de se tornar pai, como facilitando também a construção de um vínculo entre ele e o bebé (Camus, 2000; Bayle, 2006; Colman & Colman, 1994). A importância da ecografia para a relação pai-bebé é reforçada por Gerner (2005) ao concluir que o número de ecografias a que o pai assistiu durante a gravidez é o predictor mais forte da ligação paterno-fetal. A ecografia a 3D terá, eventualmente, permitido ao pai uma maior objectualização do bebé como um ser distinto, fomentando a atribuição de uma identidade, a inscrição numa filiação e o reconhecimento de competências neste.

No entanto, apesar deste suporte mais concreto, a imagem tridimensional potenciará ao mesmo tempo o seu processo imaginativo, levando-o a fantasiar como é que este será, se os movimentos fetais serão uma tentativa de comunicação não só com a mãe, como também com ele, que tipo de relação estabelecerá com ele ou como será enquanto pai. Serão estas fantasias, que se tornam mais objectivas no terceiro trimestre gestacional, que permitem o estabelecimento de um vínculo com o bebé (Estêvão, 1995).

Género e Tipo de Ecografia

Poder-se-ão explicar os resultados com base no facto de a mulher experienciar fisicamente a gravidez, sentir de uma forma mais directa o bebé, através dos movimentos fetais, levando assim a que esta reconheça mais facilmente os ritmos e características do bebé. De facto, apesar do homem puder desenvolver uma identificação empática com a gravidez da companheira e, desta forma, vivenciar a gravidez de uma forma igualmente intensa, existe, inevitavelmente, este “entrave” físico. Provavelmente, a mulher ao experienciar directamente o processo gravídico terá sentido um maior conhecimento relativamente ao bebé e ao papel materno, pelo que tendeu a desenvolver fantasias mais positivas relativamente a estes aspectos.

Neste contexto, a ecografia a 3D, tal como a ecografia a 2D, parece funcionar como um espaço transitivo, como área intermediária que se ‘estrutura’ entre a percepção e a projecção (Soulé, 1999), entre os binómios interno-externo, objectivo-subjectivo e real-simbólico. No mesmo sentido, poder-se-á considerar que a ecografia, a 2D e a 3D, será uma *experiência estética* e como tal *transformacional* (Bollas, 1993). O autor aborda este conceito a propósito da relação entre mãe e bebé ao considerar que entre eles existe um momento estético. Esta, como primeiro objecto transformacional do bebé, permitiria ao bebé a integração de algumas partes do seu *Self* que não estariam ainda integradas. Também Meltzer (1993) refere o impacto estético existente entre mãe e bebé e formula ainda o conceito de *conflito estético*. Este conflito é explicado devido ao facto de existir uma parte da mãe que é acessível ao bebé através dos sentidos (a parte de fora, como refere este último autor) e outra parte, que terá de ser interpretada pela sua imaginação criadora (o interior da mãe). O bebé questiona-se assim se a mãe “será tão bela por dentro como por fora”. Neste contexto, poder-se-á transpor estes conceitos para a situação ecográfica, ao

considerar-se que nesta, os pais vivenciam um momento estético relativamente ao bebé (Bollas, 1993), podendo surgir o conflito (estético) conceptualizado por Meltzer (1993). Perante os tecidos do feto real, existe uma outra parte do objecto que os pais terão de interpretar recorrendo à imaginação criadora (Meltzer, 1993) e que poderá ser entendida como algo que reenvia para o bebé imaginário. Isto é, face ao bebé real que é visualizado pelos pais através da imagem ecográfica, há sempre uma parte do bebé que não é acessível pela ecografia, mas que é por ela potenciada. Daí que se possa fazer o paralelismo e considerar que os pais, à semelhança do conflito estético de Meltzer, se questionam se o bebé “será tão belo por dentro como por fora”.

Dado o carácter organizador ou, pelo contrário, desorganizador que a ecografia pode ter no imaginário parental e salientando-se o papel de grande importância que ele desempenha neste âmbito, poder-se-á considerar que o ecografista poderá constituir-se como um *objecto transformacional*, ao possibilitar a integração de alguns aspectos relativamente ao bebé que ainda não o estejam. Com efeito, torna-se pertinente reflectir se este *conflito estético* ocorre nos dois tipos de ecografia. Parece que é passível de ocorrer na ecografia a 3D, dado que é possibilitado aos pais que visualizem melhor o bebé, mas apenas ‘externamente’, isto é, a imaginação e a fantasmática em relação ao bebé são preservados pela ecografia a 3D, bem como a forma como estes pais se imaginam enquanto pais, o tipo de relação que será estabelecida com o bebé, entre outros aspectos mais ‘internos’. Poderá também ter sido relevante, nas ecografias a 3D, o papel e o comportamento (verbal e não verbal) do ecografista, dado que, sendo este tipo de exame ecográfico uma novidade e por isso também para ele um momento diferente e de descoberta, poderá ter ‘humanizado’ mais o bebé (Soulé, 1999) e, neste sentido, potenciado o conflito estético que ‘culminou’ nos resultados obtidos, ou seja, nas fantasias mais positivas dos sujeitos que efectuaram ecografias a 3D.

Conclusões

Os sujeitos (sexo feminino e masculino) que realizaram ecografias a 3D tenderam a desenvolver fantasias mais positivas quanto às dimensões que compõem o questionário Processo Psicológico da Gravidez do que os sujeitos que assistiram às ecografias a 2D.

Os sujeitos que realizaram as ecografias a 3D (sexo feminino e sexo masculino) demonstraram um maior envolvimento e ligação pré-natal com o bebé do que os sujeitos que fizeram as ecografias a 2D.

Independentemente do tipo de ecografia, os resultados obtidos nesta investigação apontam que as mulheres, de uma forma geral, tendem a desenvolver fantasias mais positivas do que os homens relativamente ao processo psicológico da gravidez e relativamente ao envolvimento e ligação pré-natal com o bebé.

A ecografia constitui-se como um espaço de transformação psíquica, em que os três envelopes que constituem a situação ecográfica, são, não só transformados, como também impelem a essa mesma transformação (Tisseron, 1999). É, neste sentido, que o ecografista (um dos três envelopes) como objecto transformacional (Bollas, 1993) que se constitui, poderá auxiliar a que a transformação psíquica potenciada pelo quadro ecográfico nos pais seja organizadora e estruturante, ajudando a que certos conteúdos ou aspectos que ainda não tenham sido integrados pelos pais o sejam. A ecografia a 3D por ser uma técnica recente poderá ter levado o ecografista a relatar em mais detalhe (Gourand, 1999) e a humanizar mais o bebé (Soulé, 1999), o que levou à elaboração de fantasias mais positivas no grupo de mães e de pais que assistiram a este tipo de exame ecográfico.

Tanto na ecografia a 2D, como na ecografia a 3D salientam-se os resultados maioritariamente positivos, pelo que, de uma forma geral, a grande maioria dos sujeitos vivencia a gravidez de uma forma ‘natural’, ou seja, não psicopatológica. No entanto, os sujeitos que realizaram ecografias a 3D tenderam a pensar e a imaginar mais positivamente o bebé, enquanto “sujeito psíquico” (Lebovici e Stoleru, 1995). Ambos os tipos de ecografia parecem ter possibilitado o *impacto estético* dos pais em relação ao bebé, porém, dadas as fantasias mais positivas dos sujeitos que realizaram as ecografias a 3D, parece que este tipo de técnica ao fornecer uma imagem mais perceptível do bebé terá potenciado o *conflito estético*, mobilizando os pais num processo imaginativo ao se questionarem se o “bebé será tão belo por dentro como fora”.

A ecografia ajuda a consolidar o sentimento de paternidade e a legitimar o reconhecimento social do pai (Camus, 2000), tal como fornece à mulher um suporte visual daquilo que se encontra a ocorrer no seu corpo. Permite-lhes, sobretudo, pensar (Denis, 1999) e imaginar o bebé (Soulé, 1999), o que conseqüentemente gera uma maior segurança em relação aos papéis parentais. Ao construírem a sua *pele psíquica* enquanto pais, estarão assim preparados para receber o bebé e, deste modo, ajudarem-no a construir a sua própria *pele psíquica* (Chbani & Pérez-Sánchez, 1998). Face à existência de partes do *Self* do bebé

que ainda não estão integradas após o seu nascimento, a maior segurança da mulher quanto ao papel materno permitirá assumir a sua função de *eu-continente* e, desta forma, constituir-se como *objecto transformacional* (Bollas, 1993) para o bebé, ajudando na integração do seu Eu.

É neste sentido que a ecografia, sendo “uma janela excepcional sobre o segmento pré-natal da parentalidade” (Missonnier, 1999, p. 276), se torna uma ferramenta clínica de grande relevo ao poder detectar alguns indicadores clínicos que, na ausência de mal-formações fetais, podem denotar desarmonias a nível da interacção (Missonnier, 1998), podendo ter, desta forma, um valor preventivo. O quadro ecográfico reveste-se ainda de uma maior pertinência se tivermos em linha de conta a importância que as relações precoces entre mãe e bebé, pai e bebé e mesmo mãe-pai-bebé têm na capacidade da criança (e futuramente na condição de adulto) se relacionar com outros objectos e mesmo na qualidade destas relações objectais. Sendo as relações entre pais e bebé após o nascimento uma continuidade dos vínculos criados durante a gravidez, a dimensão preventiva que a ecografia pode ter é ainda mais facilmente entendida.

No decorrer da realização desta investigação, tornaram-se patentes algumas limitações deste estudo. O número limitado da amostra é uma delas, que reforça o facto de estes resultados não deverem ser extrapolados para a população, dizendo apenas respeito aos pais que compuseram esta amostra. Esta dificuldade deveu-se essencialmente ao facto do exame ecográfico a 3D não ser um tipo de ecografia muito realizado, daí que tenha sido difícil a sua recolha. Com efeito, para que fosse possível obter um número maior de sujeitos que tivessem feito esta ecografia seria necessário alargar o período de tempo para a sua recolha. Perante os resultados obtidos, parece que teria sido importante o acesso a mais dados dos sujeitos, sobretudo a nível interno, ou seja, acerca de traços ou estrutura de personalidade dos pais, que teriam sido bastante importantes para a compreensão dos resultados.

Considera-se premente a realização de mais estudos nesta área, com um maior número de pais, de modo a avaliar de forma mais consistente as vivências gravídicas e a ligação parental ao bebé nos dois tipos de ecografia. Sugere-se também fazer uma análise intra-casal, com vista a compreender se as vivências divergem ou convergem no mesmo sentido. Tendo em conta esta sugestão, parece-nos que também seria interessante estudar os sujeitos durante o processo gravídico e após o nascimento do bebé. Seria deste modo possível constatar como se dá a transição para a parentalidade e observar como ocorre a ruptura da passagem de uma contenção parental interna para uma contenção externa. Dada

a importância, cada vez mais reconhecida e incontestada, do funcionamento triádico, parece-nos que este seria importante de ser investigado. Assim sendo, poderia ser feito um estudo longitudinal, estudando a relação a três que é construída durante a gravidez e posteriormente após o nascimento do bebê, de modo a avaliar a forma como ocorre a continuidade da relação e o funcionamento a três.

Referências

- Bayle, F. (2005). A parentalidade. In I. Leal (Coord). *Psicologia da gravidez e da parentalidade* (pp. 317-346). Lisboa: Fim de Século.
- Bayle, F. (2006). *À volta do nascimento*. Lisboa: Climpesi Editores
- Bollas, C. (1993). The aesthetic moment and the search for transformation. In D. Winnicott, *Transitional objects and potencial spaces*. New York: Columbia University.
- Brazelton, T., & Cramer, B. (1989). *A relação mais precoce*. Lisboa: Terra Mar.
- Bydlowski, M. (1995). La relation foeto-maternelle et la relation de la mère à son foetus. In S. Lebovici, R. Diatkine, M. Soulé (eds.), *Nouveau Traité de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescence* (pp. 1881-1891). Paris: PUF.
- Campos, R. C. (2000). Processo gravídico, parto e prematuridade: Uma discussão teórica do ponto de vista do psicólogo. *Análise Psicológica, 1 (XVIII)*, 15 – 35.
- Camus, J. (2000). *O verdadeiro papel do pai*. Porto: Âmbar
- Camus, J., & Frascarolo, F. (2003). Introduction of the special issue on fatherhood. *European Journal of Psychology of Education, XVIII (2)*, 95-99.
- Canavarro, M. C. (2001). Gravidez e maternidade: representações e tarefas de desenvolvimento In M. C. C. Canavarro (Ed.), *Psicologia da gravidez e da maternidade* (pp. 19-47). Coimbra: Quarteto.
- Chabani, H., & Pérez-Sánchez, M. (1998). *O quotidiano e o inconsciente. O que se observa, torna-se mente*. Lisboa: Climepsi.

- Colman, L. L., & Colman, A. D. (1994). *Gravidez: a experiência psicológica*. Lisboa: Colibri.
- Dautzenberg, E., & Missonnier, S. (2001). Regards écographiques. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de la adolescence*, 49 (7), 428 – 435.
- Denis, P. (1999). Impact de l'image en échographie et rôle de l'échographiste. In M. Soulé, L. Gourand, S. Missonnier, & M. J. Soubieux (Eds.), *Écoute voir... l'échographie de la grossesse* (pp. 63-88). Ramon ville Saint-Agne: Erès.
- Estêvão, A. (1995). Fantasias paternas no último trimestre da gravidez. *Análise Psicológica*, 13(1-2), 195-202.
- Etchegoyen, A. (2002). Psychoanalytical ideas about fathers. In Trowell, J. & Etchegoyen, A. (Eds.). *The importance of fathers* (pp. 20-41). London: Meretledge.
- Gau, M-L., & Lee, T-Y. (2003). Construct validity of the prenatal attachment inventory: a confirmatory factor analysis approach. *Journal of Nursing Research*, 11 (3), 177-186.
- Gerner, L. (2005). Exploring prenatal attachment: factors that facilitate paternal attachment during pregnancy (Abstract). Consultado a 12 de Setembro de 2006. http://proquest.umi.com/dissertations/preview_all/3180869.
- Golse, B. (1999). Y a-t-il une place pour l'échographiste dans le suivi d'une grossesse normale?. In M. Soulé, L. Gourand, S. Missonnier, & M. J. Soubieux (Eds.), *Écoute voir... l'échographie de la grossesse* (pp. 63-88). Ramon ville Saint-Agne: Erès.
- Gomez, R. (2002). Síndrome de Couvade: um estudo exploratório da ocorrência de sintomas em pais-expectantes. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 4 (2), 95-120.
- Gomez, R. (2005). O pai. Paternidade em transição. In Leal I. (Cord), *Psicologia da gravidez e parentalidade* (pp. 257-285). Lisboa: Fim de Século.

- Gomez, R., & Leal, I. (2007). Vinculação parental durante a gravidez: versão portuguesa da forma materna e paterna da Antenatal Emotional Attachment Scale. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 8 (2), 153-165.
- Gonçalves, L. F., Nien, J. K., Espinoza, J., Kusanovic, J. P., Lee, W., Swope, B., Soto, E., Tradwell, M. C., & Romero, R. (2006). What does two-dimensional add to three-dimensional obstetrical ultrasound?. *Journal of Ultrasound Medicine*, 25 (6), p. 691-699.
- Gourand, L. (1999). Les aspects psychologiques des échographies de la grossesse vus par un obstétricien qui pratique l'échographie em maternité. In M. Soulé, L. Gourand, S. Missonnier, & M. J. Soubieux (Eds.), *Écoute voir... l'échographie de la grossesse* (pp. 63-88). Ramon ville Saint-Agne: Erès.
- Lebovici, S. (1983). *Le nourisson: la mère et le psychanalyste*. Paris: Editions du Centurion.
- Lebovici, S. (1994). L'homme dans le bébé. *Revue française de psychanalyse*, 58 (3), 661 – 680.
- Lebovici, S., & Stoleru, S. (1995). L'interaction parent-nourisson In S. Lebovici, R. Diatkine, M. Soulé (eds.). *Nouveau Traité de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescence* (pp. 253-262). Paris: PUF
- Maroco, J. P. (2003). *Análise Estatística com a utilização do SPSS (2ª Ed.)*. Lisboa: Silabo.
- Matos, A. C. (2004). Vinculação e ligação na prática clínica. In *Saúde mental* (pp. 27-37). Lisboa: Climepsi
- Meltzer, D. (1993). Object et le conflit esthétique. *Journal de la Psychanalyse de l'Enfant*, 13, 373-382.
- Missonnier, S. (1998). L'échographie obstétricale: un lieu de prévention précoces des avatars de la parentalité? In P. Mazet, & S. Lebovici (Eds.), *Psychiatrie périnatale*,

- parents et bébés: du projet d'enfant aux premiers mois de vie* (pp. 111-129). Paris: PUF.
- Missonnier, S. (1999). L'écographie obstétricale: Un rituel séculier d'initiation à la parentalité? In M. Soulé, L. Gourand, S. Missonnier, & M. J. Soubieux (Eds.), *Écouter... l'écographie de la grossesse* (pp. 63-88). Ramon ville Saint-Agne: Erès.
- Pais-Ribeiro, J. L., (1999). *Investigação e avaliação em psicologia e saúde*. Lisboa: Climepsi.
- Piontelli, A. (1995). *De feto a criança: um estudo observacional e psicanalítico*. Rio de Janeiro: Imago.
- Pretorius, D. H., Newton, R., Uyan, K., Hull, A. D., Hollenbach, K., & Nelson, T. R. (2005). Effects of ultrasound on maternal-fetal bonding: a comparison of two- and three-dimensional imaging. *Ultrasound Obstetrics Gynecology*, 25(5), 473-477.
- Pretorius, D. H., Gattu, S., EK, Ji., 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 Medicine*, 25(11), p. 1411-1421.
- Raphael-Leff, J. (1997). *Gravidez: a história anterior*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Raphael-Leff, J. (2001). *Psychological process of childbearing* (6^a ed.). Essex: C.P.S.Psychoanalytic.
- Righetti, P. L., Dell'Avanzo, M., Grigio, M., & Nicolini, U. (2005). Maternal/Paternal antenatal attachment and fourth-dimensional ultrasound technique: a preliminary report. *The British Psychological Society*, 96, 129-137.
- Sá, E. (2004). *A maternidade e o bebé*. Lisboa: Fim de Século.

Soubieux, M. J. (1999). Oeil du dedans, oeil du dehors In M. Soulé, L. Gourand, S. Missonnier, & M. J. Soubieux (Eds.), *Écoute voir... l'écographie de la grossesse* (pp. 113-132). Ramon ville Saint-Agne: Erès.

Soulé, M. (1999). De la pédiatrie à la psychiatrie foetale. In M. Soulé, L. Gourand, S. Missonnier, & M. J. Soubieux (Eds.), *Écoute voir... l'écographie de la grossesse* (pp. 163-176). Ramon ville Saint-Agne: Erès.

Stern e Brushweiller-Stern (2000), *O nascimento de uma mãe: como a experiência da maternidade transforma uma mulher*. Porto: Ambar.

Tisseron, S. (1999). «Que voient-ils?» ou la triple enveloppe de la situation écographique. In M. Soulé, L. Gourand, S. Missonnier, & M. J. Soubieux (Eds.), *Écoute voir... l'écographie de la grossesse* (pp. 89-112). Ramon ville Saint-Agne: Erès.

Wilson, M. E., White, M. A., Cobb, B., Curry, R., Greene, D., & Popovich, D. (2000). Family dynamics, parental-fetal attachment and infant temperament. *Journal of Advanced Nursing*, 31 (1), 204-210.

ANEXOS

ANEXO A

Introdução

A pertinência de se estudar o processo psicológico da gravidez e a ligação pré-natal na ecografia a 2D e na ecografia a 3D prendeu-se com o facto do exame ecográfico a 3D ser uma técnica bastante recente e, conseqüentemente, o seu impacto psicológico pouco conhecido.

Dado que o homem se encontra privado da realidade física da gravidez, pareceu relevante comparar as vivências gravídicas dos sujeitos do sexo feminino com as do sexo masculino, dado que a chegada de um bebé a uma família é uma transição desenvolvimental normal para muitos casais, ainda que o processo envolvido seja complexo, repleto de ansiedade e que se estende durante um longo período de tempo. Durante a gravidez, os pais formam uma vinculação com o feto que se constitui como o início para a transição que vai ocorrer na estrutura familiar e relacional (Wilson, White, Cobb, Curry, Greene & Popovich, 2000).

As mulheres e os homens interagem de forma diferente com o feto, mas os resultados para esta diferença são contraditórios, dado que Mercer *et al.* (1988), referido por Wilson *et al.* (2000), concluíram que as mulheres têm uma maior ligação com o feto que os pais dos bebés, enquanto que Schodt (1989, ref. por Wilson *et al.*, 2000), constataram que 25% dos homens que constituíam a sua amostra tinham uma maior ligação pré-natal do que as mulheres.

Contrariamente aos resultados acima referenciados, Wilson *et al.* (2000) concluíram que os pais e as mães têm níveis similares de ligação ao feto durante o terceiro trimestre de gravidez. Condon (1985, ref. por Wilson *et al.*, 2000) observou que as mulheres grávidas e os respectivos pais dos bebés tinham pensamentos e sentimentos relativamente ao feto similares, embora os pais não os expressassem tanto em termos comportamentais.

Neste sentido, dado que a ecografia a 3D facultava uma imagem mais real, perceptível e objectiva do bebé tentou-se perceber se esta influenciaria o processo psicológico da gravidez (fantasias em relação à própria gravidez, bebé e parentalidade) e ainda a ligação pré-natal estabelecida entre os pais e o bebé.

A dimensão psicológica e relacional que a ecografia (a 2D) encerra em si foi amplamente estudada e sustentada por vários autores (Soulé, 1999; Camus, 2000; Tisseron, 1999; Soubieux, 1999; Golse, 1999; Gourand, 1999; Boyer & Porret, 1987,

1991; Missonnier, 1999; Dautzenberg & Missonnier, 2001), na medida em que a imagem do feto projectada no ecrã potencia a fantasmática do bebé. Neste contexto, tendo em conta a componente mais objectiva que a ecografia a 3D fornece, pareceu-nos relevante estudar o impacto que esta teria no processo imaginativo e de expectância pelo bebé, comparativamente à ecografia a 2D.

A gravidez

A gravidez constitui, para os sujeitos expectantes, um momento em que ocorrem transformações a vários níveis: biológico, psicológico, fisiológico e social (Campos, 2000), levando à necessidade de uma reorganização identitária e preparação para o novo papel parental que se aproxima.

Tanto a mulher, como o homem esperam o bebé num movimento imaginativo, antecipando-o, fantasiando-o e imaginando-se também a si mesmos como pais. São estas fantasias e representações que permitirão a nidação do bebé no útero mental (Matos, 2004) e que se constituirão como a base de uma relação única e inigualável. A integração gradual deste bebé na cabeça dos pais possibilita a criação de uma ligação entre pais e bebé, ligação esta potenciada por vários elementos: percepção dos movimentos fetais, ecografia, audição dos ritmos cardíacos e na revelação do sexo do bebé (Sá, 2004).

Deste conjunto de elementos, a ecografia adquire especial relevo, uma vez que tem o poder de, ao tornar o bebé familiar, antecipar o desconhecido, induzindo os pais a imaginá-lo e a procurar (re)conhecê-lo através dos seus contornos desenhados na imagem ecográfica. A esta ressonância dos tecidos do feto real junta-se a ressonância do bebé imaginário (Missonnier, 1999).

Cada gravidez tem lugar num contexto em que estão patentes circunstâncias emocionais, psicossociais e físicas (Raphael-Leff, 2001). Neste sentido, tanto a mulher como o homem atravessam um momento em que papéis e estatutos são redefinidos e reorganizados.

A mulher grávida

A gravidez pode ser considerada como uma fase de desenvolvimento em que a mulher terá de se adaptar a um conjunto de alterações que daí advêm e a um novo papel. Neste sentido, poder-se-á entender que o mesmo se passa para o homem, no sentido em que também ele necessita de reorganizar o seu estilo de vida e preparar-se também internamente para o papel parental.

O processo gravídico pode ser entendido como uma crise de desenvolvimento, em que são reactivados conflitos infantis não resolvidos e que exigem a necessidade de recorrer a tarefas adaptativas, que geram grandes alterações a nível psicológico e psicossomático (Canavarro, 2001).

São vários os autores (Brazelton & Cramer, 1989; Colman & Colman, 1994; Raphael-Leff, 2001) que, de acordo com as transformações da gravidez, sugerem a sua divisão em três fases. Estas três fases correspondem idealmente aos três trimestres. No entanto, esta divisão não é linear, no sentido em que o desenvolvimento psicológico pode não corresponder à evolução real da gravidez (Raphael-Leff, 2001; Colman & Colman, 1994).

No caso da mulher, as três fases podem sistematizadas da seguinte forma:

	Autores:	Características:
1^a fase	Raphael-Leff (2001)	- Aceitação da realidade da concepção; - Integração do bebé; - Ambivalência face à gravidez; - Reactivação de conflitos infantis, especialmente com a figura materna;
	Colman & Colman (1994)	- Ambivalência face à gravidez;
	Cordeiro (2002)	- Reelaboração da relação da gestante com a sua mãe; - Movimento regressivo: aparecimento de elementos e conteúdos pré-genitais; - Aparecimento de sintomas: hipersónia, desejos alimentares e vômitos: podem ser expressão das vivências, percepção e avaliação da mulher face à gravidez;
	Brazelton & Cramer (1989)	- Variação entre a aceitação e a recusa/negação da gravidez.

2^a fase	Raphael-Leff (2001)	- Construção crescente da autonomia da mulher em relação ao bebé potenciada pela percepção dos movimentos fetais; - Crescente separação da mulher em relação à sua mãe interna à medida que bebé começa a ser mais diferenciado dela;
	Colman & Colman (1994)	- Crescente percepção do bebé como um ser separado e diferenciado dela;
	Sá (2004)	- Construção da vinculação pré-natal que se consubstancia na visualização da ecografia, na percepção dos movimentos fetais; na audição dos ritmos cardíacos e no processo imaginativo que se baseia nos aspectos anteriormente referidos.
3^a fase	Raphael-Leff (1997)	- Preocupação física e emocional com o parto e o bebé; - Ansiedades primitivas são reactivadas e que caso não estejam resolvidas podem afectar o parto; - Mudança de foco na mulher: do feto – bebé imaginário para o bebé real prestes a nascer;
	Colman & Colman (1994)	- Ambivalência do primeiro trimestre é reactivada;
	Brazelton & Cramer (1989)	- Antecipação do bebé através do reconhecimento dos seus comportamentos para que no momento do parto seja sentido como familiar;

Tabela 1 - Resumo das fases da gravidez na mulher

Deste modo, a gravidez pode ser entendida como um período em que a mulher preparar-se-á para um novo papel – ser mãe, pelo que se assiste à elaboração de papéis e tarefas maternas: reestruturação de relações que ajudam a integrar o novo elemento, ligação afectiva ao bebé, incorporação da existência do filho na sua própria identidade, e paralelamente, a aceitação do bebé como um ser distinto, com vida própria. São assim nove meses de elaborações, ligações, fantasias, ansiedades, que levam à construção e consolidação do projecto de maternidade (Canavarro, 2001).

Winnicott (1993) fala na preocupação materna primária, como sendo um estado psicológico que ocorre na mãe e que se caracteriza por uma exacerbada sensibilidade durante a gravidez, mas especialmente no final desta, e que dura até algumas semanas após o nascimento do bebé. Este estado tende a ser reprimido e poucas mulheres o recordam após ter sido ultrapassado. É esta sensibilidade que permitirá a mulher sentir-

se no lugar do bebé e, deste modo, responder adequadamente às suas necessidades, inicialmente corporais, mas que gradualmente se transformam em necessidades do Ego.

Neste sentido, poder-se-á relacionar o conceito de preocupação materna primária de Winnicott (1993) com a organização psíquica da maternidade conceptualizada por Stern e Bruschiweiller-Stern (2000). Esta refere-se ao facto da mulher ter de se formar psicologicamente tal como o bebé se forma fisicamente, pelo que ela vai formando internamente o significado de ser mãe. Este processo – o *nascimento de uma mãe* – não ocorre aquando do nascimento do bebé, nem acontece num momento definido e estipulado. É construído “gradualmente a partir de um trabalho desenvolvido ao longo dos meses que antecedem e se seguem ao nascimento do bebé” (Stern & Bruschiweiller-Stern, 2000, p. 11). No percurso até tornar-se mãe, a mulher desenvolve uma organização psíquica (que é definida como aquilo que o sujeito considera mais importante, a que é sensível, que influencia as suas escolhas e a forma como actua numa determinada situação) completamente diferente da que anteriormente possuía.

Atravessa um conjunto imenso de experiências, próprias da sua condição gravídica, sendo que a nova organização psíquica coloca de lado a pré-existente, preenche o centro da sua vida interior, dando-lhe uma configuração completamente nova (Stern & Bruschiweiller-Stern, 2000). Esta organização auxiliará internamente a mulher quando o bebé nascer, enquanto que exteriormente está a aprender como cuidar do bebé. É de salientar que, tal como o seu início, não existe um momento específico para que esta termine. Pode durar semanas, meses ou muitos anos, sendo que por vezes aspectos da realidade prática e económica determinam o tempo em que esta organização psíquica se mantém em primeiro plano. É utilizada intensivamente no início e, posteriormente, apenas em determinadas situações mas, no entanto, a sua presença constante, quer esteja em primeiro ou em segundo plano, transforma a mulher, que não voltará a ser a mesma pessoa que era antes do bebé nascer (Stern & Bruschiweiller-Stern, 2000).

De acordo com Raphel-Leff (2001) é possível delinear, em termos genéricos, algumas orientações da mulher face à maternidade e ao bebé, que divergem consideravelmente umas das outras durante a gravidez e que parecem ter uma continuidade após o parto. Apesar de existirem poucas mulheres que tenham uma orientação pura e que, deste modo, se encaixem perfeitamente num modelo, a maioria das mulheres tendem a passar de uma orientação para outra em diferentes gravidezes.

Neste sentido, a autora refere a existência de três orientações maternas durante a gravidez: a **facilitadora**, que aprecia a gravidez e aceita com prazer as exigências e mudanças que se operam a nível emocional; a **reguladora** que denota uma certa resistência à introspecção e à mudança de identidade; e a **recíproca**, que tem um misto dos sentimentos que caracterizam as duas outras orientações acima referidas. Estas reacções psicológicas permitem à mulher lidar com as representações inconscientes que tem acerca do feto: como uma parte idealizada, no caso da facilitadora; como uma parte repudiada ou um invasor perigoso, no caso da reguladora ou, ainda, como um ser humano separado e diferenciado no caso da recíproca.

É possível descrever e caracterizar estas orientações ao longo de toda a gravidez, ou seja, nas três fases do processo gravídico.

- ❖ A mulher com a orientação **facilitadora**, na **primeira fase**, experiencia a gravidez como a consolidação da sua identidade feminina, sendo que, para ela, ter um filho é preencher e realizar um desejo infantil que aquando da gravidez volta a vivenciar com uma maior intensidade. Ela contém dentro dela o bebé que tanto desejou na infância sob a forma das bonecas (Raphael-Leff, 2001; Sá, 2004). A mulher facilitadora sente que com a gravidez se tornou verdadeiramente uma mulher adulta, permitindo-se a ela própria experienciar todas as emoções e todas as fases do processo físico e psicológico subjacentes à gravidez. Nesta fase, a mulher facilitadora vive num estado de quase contemplação em relação ao seu interior, pelo que o interesse pelo mundo exterior é apenas o estritamente necessário (Raphael-Leff, 2001). Também Bydlowski (1995) salienta este movimento de desinvestimento do mundo exterior e dos temas que não se referem à sua nova condição psíquica que parecem ser a causa da emergência de fantasmas regressivos e das memórias infantis, patentes no discurso da mulher grávida. Vive numa quase fusão com o bebé, de tal modo que os sintomas físicos que possam surgir são encarados como uma confirmação da realidade da gravidez (ainda) invisível (Raphael-Leff, 2001). Com o decorrer do tempo de gestação, a gravidez é confirmada pelos seus sinais externos, tais como a pigmentação dos mamilos, aumento dos seios, entre outros. No que se concerne à relação entre a facilitadora e o pai do bebé, esta caracteriza-se por um receio de que os outros possam eventualmente interferir e/ou interromper a ligação emocional entre eles, que se baseia na partilha da vivência da gravidez e no desfrutar da intimidade de

juntos fantasiarem todo este acontecimento. A mulher facilitadora, perante o desconhecimento de tudo aquilo que irá sentir antecipa várias situações, esperando que o pai do bebé a proteja do inesperado e adverso. As outras relações sociais, nomeadamente com o grupo de amigos, sofrem algumas alterações, no sentido em que a mulher facilitadora sente que as suas prioridades mudaram.

A **segunda fase** caracteriza-se pela descoberta do feto e não tanto pela adaptação à gravidez que é a base da primeira fase. A facilitadora vive assim uma interrupção da fusão inicial com o feto, dado o entusiasmo com que experiencia as sensações internas que a confrontam com a existência de um bebé separado. O bebé é reconhecido pela mulher como um ser distinto e, por isso, num estado de não fusão com ela, pelo que lhe são atribuídas características, vontades, gostos e apetites. Com efeito, a mulher facilitadora confere um nome secreto ao bebé, ou vários nomes, dos quais tenta escolher um, elaborando interações fantasmáticas com ele e, praticando assim a sua própria capacidade para ser mãe. Mantém conversas imaginárias com o bebé e vive com grande entusiasmo as alterações decorrentes da gravidez, pelo que, mais do que anunciar a gravidez verbalmente, a facilitadora demonstra-a fisicamente, ou seja, adoptando, a título de exemplo, vestuário que salienta e enfatiza a gravidez. Nesta fase, a nível das relações interpessoais, mas particularmente em relação ao pai do bebé, a mulher com orientação facilitadora encoraja e fomenta a ligação e vínculo deste com o bebé, partilhando com ele não só a experiência táctil dos movimentos fetais, bem como as suas fantasias. Sente-se, de certa forma, privilegiada em relação a ele, no sentido em que, apesar de o bebé também lhe “pertencer” é ela quem o carrega e contém. Uma vez que ela sente o bebé directamente através do seu corpo, pode assumir um papel de mediadora ao facilitar a comunicação entre o pai e o bebé. Relativamente a outras relações sociais, outrora consideradas como fulcrais, estas podem “perder” alguma importância, enquanto que novas tendem a ser estabelecidas e consideradas como importantes, nomeadamente com outros casais que se encontram a viver a mesma experiência de gravidez. O relacionamento com a família mais próxima e amigos permite partilhar e comparar as descobertas que vão sendo feitas acerca do feto, bem como recolher informações sobre o nascimento e a prestação de cuidados ao bebé.

A **terceira fase** tem o seu início quando a mulher acredita que o bebé, mesmo que nasça eventualmente prematuro, é viável, caracterizando-se por uma

transição psicológica em que a centração no feto dá lugar à preocupação com o bebé que irá nascer. Gradualmente, a mulher com orientação facilitadora vai sentindo curiosidade em relação ao bebé real, predominando, no entanto, sentimentos mistos no que concerne à aproximação do fim da gravidez. Por um lado, deseja manter a intimidade com o bebé, sentindo que jamais estará tão próxima dele, por outro lado, anseia pelo encontro com o bebé, que sente conhecer bastante bem. Porém, denota também a preocupação de que o tão aguardado nascimento possa eventualmente colocar em risco o bebé ao retirá-lo repentinamente do seu “ninho”, daí que prepare cuidadosamente tudo aquilo que rodeia a sua passagem do meio interno para o mundo real e exterior. Quanto ao parto propriamente dito, prefere que seja espontâneo e, por essa razão, o mais natural possível, orientado pelos movimentos do bebé e pelas sensações do seu próprio corpo.

- ❖ A abordagem da mulher **reguladora** à gravidez é diferente da mulher facilitadora. Na **primeira fase**, deseja manter-se a mesma pessoa e preservar a sua forma de vida o máximo tempo que puder e necessita de sinais externos que confirmem efectivamente a concepção, tendo assim a sintomatologia física um papel importante. A notícia da gravidez não é muito divulgada, com o intuito de prolongar a sua identidade familiar e estilo de vida e de proteger-se a si mesma caso ocorra algum problema que inviabilize a gravidez. A mulher reguladora evita e defende-se de forma intensa da componente emocional provocada pela gravidez. Recusa a fusão com o feto, que, por vezes, é percebido como um intruso, que utiliza os seus recursos e fontes. Mostra-se determinada a regular as exigências e expectativas que têm sobre ela, pelo que tenta manter-se atenta e controlar todos os seus sentimentos.
- Na **segunda fase**, a mulher reguladora sente os movimentos fetais com grande desconforto e, pela impossibilidade de não puderem ser controlados por ela, o feto é percebido como ‘teimoso’ e invasivo. Centra-se na ideia, para ela bizarra, de existirem duas pessoas a habitarem o mesmo corpo e, por essa razão, tenta manter a sua própria separação em relação ao feto. Assim, não tem conversas imaginárias com o feto e tenta evitar quaisquer fantasias que o envolvam, não lhe conferindo uma personalidade, atributos e vontades. Embora faça algumas concessões devido à gravidez, poderá aumentar exponencialmente as suas

actividades sociais e ocupacionais, tentando demonstrar as suas competências ou reforçar o seu interesse aos olhos dos outros em detrimento do investimento na gravidez propriamente dita. A mulher com a orientação reguladora centra-se no futuro e tenta preparar-se para todas as eventualidades que possam ocorrer. Daí que pela incerteza e o sentimento de estar à mercê de tudo aquilo que a gravidez implica, ela salvaguarda-se a ela mesma, partilhando a sua condição de grávida apenas com as pessoas que respeitem as suas regras. Ao reviver a própria relação estabelecida com a sua própria mãe, a reguladora inicia um processo de desidentificação com esta figura parental, com a qual sente que não pode competir ou então está demasiado ambivalente para tentar fazê-lo. No que respeita às relações interpessoais, nesta fase, a mulher reguladora mantém os laços com quem se relacionava antes da gravidez, nomeadamente os amigos de sempre, colegas de trabalho, entre outros. Não ocorre uma modificação no seu estilo de vida, de modo a integrar o bebé. Frequentemente, esta fase é a que a reguladora mais aprecia, uma vez que grande parte dos sintomas desaparecem e ela continua “apresentável”, ou seja, sem grandes sinais externos da gravidez.

Inversamente, a **terceira fase** é percebida pela reguladora como a mais difícil, não só pelas mudanças corporais que ocorrem, como também devido ao facto de poder sentir-se arranhada, ferida e incomodada pelo bebé. Caracteriza-se nesta fase pelo sentimento de não pertença, ou seja, por um lado, já não se enquadra na vida que tinha antes da gravidez e, por outro lado, ainda não faz parte de outra. Neste sentido, empenha-se em encurtar o máximo possível o tempo de interrupção da sua vida “real”. O momento do parto é percebido como algo sobre o qual não tem controlo e como um acontecimento extremamente doloroso. No fundo, está presente o receio de que, sob o efeito da dor prolongada, fique privada de todas as suas defesas, demasiado vulnerável e exposta, receando não só tornar-se ridícula à frente de estranhos, como também de poder revelar alguns segredos ou aspectos escondidos dela mesma. O trabalho de parto é percebido como uma situação-teste e ao considerar que o seu corpo necessita de estar treinado para este acontecimento, teme esquecer-se de algum exercício e, deste modo, causar algum dano ao bebé ou magoar-se a ela mesma em consequência do parto. Apesar de planear e estudar todas as opções, pelas quais poderá enveredar, tende a preferir a cesariana. Anseia que a dor esteja totalmente controlada e que o parto seja o mais breve e ‘civilizado’ possível, recorrendo para tal à anestesia e a

tudo aquilo que a tecnologia médica possa oferecer. A mulher com a orientação reguladora receia ficar presa ao seu papel de mãe, sentindo-se aterrorizada com a ideia de poder vir a descobrir que cometeu um erro e que a maternidade poderá arruinar a relação com o seu companheiro, que o bebé poderá tornar-se num monstro ou ainda que não está de modo algum preparada para ser mãe. Isto é dificilmente verbalizado, o que contribui para que construa uma auto-imagem negativa, como sendo uma pessoa repugnante e sem capacidade para ser mãe, o que por sua vez leva a que se sinta ainda mais “zangada” com o bebé ao considerar que este pode destruir ou interferir drasticamente na sua identidade e na sua vida familiar. De modo a suportar este sentimento, a mulher reguladora poderá passar a última etapa da gravidez, num estado de separação e de não consciencialização das suas ansiedades, vivenciando-a como uma interrupção temporária do seu estilo de vida anterior e que assim que o bebé nasça voltará à sua vida normal.

- ❖ A mulher com a orientação **recíproca** foca, numa **primeira fase**, o seu interesse nas mudanças que irão ocorrer nos seus relacionamentos e no seu estilo de vida. Adapta-se a viver no estado de incerteza e tenta manter o equilíbrio entre a sua necessidade crescente de uma quase absorção introspectiva e a sua elevada consciência das condições positivas e negativas do mundo exterior, no qual o bebé irá nascer.

A **segunda fase** caracteriza-se pela consciencialização das exigências que a maternidade irá exigir e tenta reflectir sobre elas. O feto é percebido como dotado de características próprias e a mulher recíproca sente-se curiosa em conhecê-lo.

Durante a **terceira fase**, apesar de sentir alguma relutância e resistência em perder a intimidade que tinha com o bebé durante a gravidez, deseja igualmente livrar-se do desconforto próprio dos últimos meses de gestação, pelo que anseia pelo nascimento com excitação e entusiasmo, mas também com alguma insegurança e hesitação. No que se refere ao trabalho de parto, tem conhecimento das diferentes opções que envolvem o nascimento, mas prefere esperar e no momento do parto, consoante a forma como este estiver a decorrer, escolher.

É de salientar que as mulheres com a orientação recíproca que conseguem tolerar a sua ambivalência face à gravidez, ao feto, a elas mesmas e às suas próprias mães têm uma abordagem mais realista a estes aspectos, do que a abordagem da facilitadora pura em que predomina a idealização ou da abordagem cautelosa e prudente da mulher reguladora pura.

Estes nove meses de gravidez, repletos de elaborações, reorganizações, reavaliações preparam a mulher para a transição para a maternidade e revestem-se de extrema importância para a adaptação ao seu novo papel – o de mãe.

Também para o homem, a gravidez é um acontecimento que gera alterações a nível interno, em que a espera pelo bebé é vivenciada de uma forma particular e em que também ele se procura adaptar e preparar para o novo papel que se avizinha – ser pai.

O Homem expectante

Tal como acontece com a mulher, o homem vive a gravidez com muita intensidade e, apesar de na sua experiência psicológica não se encontrarem factores físicos nem hormonais, a evolução das suas vivências pode ser muito semelhante à da mulher (Colman & Colman, 1994).

No entanto, o pai na sociedade ocidental vive um ‘dilema’ uma vez que, apesar de ser confrontado com os mesmos medos, ansiedades e inveja que o homem das sociedades tradicionais, não dispõe do reconhecimento social existente nestas (através de vários rituais) que lhe permita expressá-los. Desta feita, na sociedade ocidental o homem tem de encontrar através dos seus próprios meios o reconhecimento social e maturidade pessoal durante o período da gravidez. Esta tarefa é particularmente difícil, dadas não só as restrições sociais que envolvem a expressão das emoções pelo homem, como também a tendência generalizada para a sociedade se focalizar na vulnerabilidade e necessidade de protecção da mulher grávida. É neste sentido que podem surgir alguns sintomas psicossomáticos que revelam a necessidade inconsciente do homem experienciar fisicamente a gravidez (Raphael-Leff, 2001). Estes sintomas inscrevem-se no Síndrome de Couvade (Colman & Colman, 1994; Raphael-Leff, 2001; Gomez, 2002; Gomez, 2005). Este pode ainda ser entendido como uma expressão através da qual o homem tenta obter reconhecimento social da paternidade, permitindo-lhe estabelecer

uma identificação empática com a sua companheira e, desta forma, sentir-se parte integrante da gravidez (Raphael-Leff, 2001).

Durante a infância, a criança identifica-se não só com a mãe, como também com o pai, sendo que a interação harmoniosa destas duas forças será essencial para que o homem aceite e compreenda o seu papel como futuro pai (Brazelton & Cramer, 1989). No espírito do pai constrói-se uma criança fantasmática, da qual ele não tem consciência, mas que adquire sentido nos conteúdos dos seus sonhos (Lebovici, 1994). A gravidez tem subjacente toda uma série de experiências e necessidades anteriores à concepção e que se reflectem no desejo de ter um filho (Brazelton & Cramer, 1989). No homem este desejo tem enraizado, não só a vontade de se parecer com a sua mãe e a rivalidade com o seu pai, mas também o desejo narcisista de ser perfeito e onipotente; a necessidade de renovar antigos laços; o certificar-se sobre a sua capacidade reprodutora e o poder de engravidar uma mulher e garantir a continuidade geracional (Brazelton & Cramer, 1989). Ser pai será concretizar o desejo de procriação que pode emergir no decorrer da infância e adolescência (Camus, 2000).

Raphael-Leff (2001) também advoga que, na ausência da componente fisiológica, as fases maturacionais do homem seguem o padrão trimestral do crescimento fetal, tendo como mediador a experiência da mulher grávida ou então a evolução das fases pode evoluir independentemente, focado nos seus próprios processos intrapsíquicos. Neste sentido, também as suas vivências podem ser, de acordo com Colman e Colman (1994), agrupadas em três fases (as três primeiras correspondem aos três trimestres de gestação e a última ao trimestre seguinte ao momento do parto). Estas fases variam no entanto de sujeito para sujeito, sendo influenciadas por factores pessoais, sociais e inconscientes (Raphael-Leff, 2001).

As fases da gravidez no homem encontram-se resumidamente apresentadas na seguinte tabela:

Fases	Autores	&	Características:
1ª fase	Brazelton Cramer (1989)		- Eventuais sentimentos de exclusão
	Raphael-Leff (2001)		- Aceitação da gravidez - Ambivalência - Alterações na sexualidade - Reactivação das relações arcaicas com as figuras parentais, em especial com a paterna
	Colman e Colman (1994)		- Aceitação da gravidez - Preocupação com: aspectos práticos, financeiros
	Camus (2000)		- Ecografia permite a primeira tomada de consciência de acesso à paternidade ou pelo menos a consolidação do sentimento de tornar-se pai
2ª fase	Brazelton Cramer (1989)	&	- Eventual surgimento da Síndrome de Couvade - Percepção dos movimentos fetais que o ajudam a elaborar mentalmente o bebé e que constitui o “alvorecer da vinculação”.
	Colman & Colman (1994)		- Percepção de movimentos fetais que potenciam o imaginário.
	Camus (2000)		- Percepção dos movimentos fetais, caso ainda não tenha sido feita nenhuma ecografia, confirma que o bebé é real.
3ª fase	Brazelton Cramer (1989)	&	- Centra-se mais em si mesmo e na relação com os pais enquanto filho, o que é fundamental para a construção do seu papel como pai. - Fantasias mais orientadas para a realidade - Actividades práticas de preparação para a chegada do bebé - Antecipação do bebé de modo a transformá--lo num ser familiar.
4ª fase	Raphael-Leff (2001)		- Para que a presença do pai no momento do parto seja positiva, esta deve ser uma decisão tomada pelos dois e que respeite as necessidades emocionais de cada um.
	Colman & Colman (1994)		- Transição concreta da díade para a tríade

Tabela 2 - Resumo das fases da gravidez no homem

Tal como na mulher, os nove meses de gravidez são vividos intensamente pelo homem, no qual internamente ocorrem elaborações, adaptações e reavaliações que o

preparam para a paternidade. Neste sentido, tal como Winnicott (1993) referencia a preocupação materna primária, poder-se-á falar, no caso do homem, de uma preocupação paterna primária, que converge no mesmo sentido da materna. Também no homem se construirá um estado psicológico específico, que se caracterizará por uma grande sensibilidade que ocorre ao longo da gravidez, mas especialmente no final. Esta capacidade permitirá o homem sentir-se no lugar do bebé, de modo a responder adequadamente às suas necessidades, primeiramente corporais, mas que gradualmente se transformam em necessidades egóicas.

De acordo com Raphael-Leff (2001) existem **três abordagens masculinas** diferentes à gravidez e à paternidade, podendo o homem ter uma orientação participante, renunciadora ou recíproca.

- ❖ O homem com a orientação **participante** demonstra-se apto a participar o mais possível na gravidez e na prestação de cuidados primários. Envolve-se activamente na preparação para o parto e nascimento, sendo que para isso frequenta aulas de preparação para o parto, lê livros sobre bebés, reflecte sobre as vantagens e desvantagens dos procedimentos obstétricos. Encontra-se apto a construir a sua identidade de género masculina, tendo acesso a nível intrapsíquico aos aspectos femininos e maternos. Com efeito, é capaz de se deslumbrar com a gravidez e de mostrar afecto para com o bebé sem qualquer tipo de constrangimento (acaricia a barriga, conversa com o bebé). Dependendo da sua crença na viabilidade do seu próprio contributo e na capacidade da sua mulher criar o bebé, pode sentir-se exuberante ou extremamente ansioso (Raphael-Leff, 2001).

Se conseguir vivenciar a gravidez sem ‘invejar’ a mulher, pode conhecer e sentir o bebé através da mulher, ouvindo o seu coração e sentindo os movimentos fetais. Pode, no entanto, sentir-se descontente e ressentido pela sua dependência em relação à mulher, uma vez que esta é a intermediária entre si e o bebé. A sua frustração inclui a falta de reconhecimento social pela paternidade eminente, a ausência de mudanças físicas e a falta da realidade corporal do bebé dentro de si. No caso de um participante mais extremista, que sublimou poucos aspectos da sua identificação feminina, poderá encarregar-se da gravidez, monitorizando a alimentação e os hábitos da mulher, prescrevendo e proibindo actividades pré-natais e tomando também decisões relativamente ao nascimento como se fosse ele quem ‘carregasse’ o bebé. Alternativamente, ele poderá tentar ultrapassá-la ao

envolver-se na gravidez, através da frequência de aulas pré-parto, monopolizando as conversas, avaliando a experiência directa da companheira, mudando hábitos de alimentação e exercício e até desenvolver sintomas psicossomáticos, que denota o seu desejo secreto de estar também ele grávido. Contudo, a identificação destes homens pode não ser em relação à mulher grávida, mas sim ao feto, sendo que neste caso podem tornar-se muito cuidadosos ou vulneráveis, interpretando toda a agitação do bebé, consoante os sentimentos antigos reactivados.

A forma como o homem resolveu a sua identificação primária precoce irá determinar se ele pode ou não sublimar os aspectos maternos, permitindo que a mulher desempenhe o seu papel enquanto ele vai construindo a sua paternidade ou, se inversamente, estes o levam à rivalidade ou a uma fusão com o feto (Raphael-Leff, 2001).

- ❖ O homem com uma orientação **renunciadora** tem subjacentes as diferenças de género, que se acentuam com a gravidez. Este reforça os seus atributos masculinos, a identificação com o seu pai e o seu papel paternal, dado que se sente ameaçado pelas antigas identificações com a sua mãe. Dá-se assim um aumento da sua própria vulnerabilidade e intolerância às identificações femininas. Sente a gravidez com orgulho, na medida em que serve como prova da sua virilidade, no entanto, não consegue sentir empatia com a experiência interna da mulher, considerando o acompanhamento pré-natal algo feminino e respeitante à mulher. Quando a gestante insiste para que ele a acompanhe neste sentido, ele fá-lo, mas apenas para assegurar uma função de protecção e contenção. É, neste contexto, que a relação pré-natal pode ser potenciada pela ecografia, dado que a visualização de um bebé mais real fornece uma objectualização do bebé que falta a estes pais. Quando se trabalham as suas ansiedades é possível que, quer através da ecografia, quer através da participação deste no momento do parto, o pai experimente ligações precoces intensivas, promovendo deste modo a vinculação pré-natal (Raphael-Leff, 2001).
- ❖ O pai com orientação **recíproca** situa-se entre os pólos extremos: participante e renunciador. Assim sendo, o pai recíproco tem consciência dos seus sentimentos mistos relativamente à gravidez, ao parto e ao bebé e para ele as diferenças biológicas entre ele e a mulher são agora mais evidentes. Reconhece o carácter

agradável da gravidez, mas não obstante, fica dividido, pois lamenta ter de deixar a sua companheira passar por todos os inconvenientes sozinha. Por outro lado, tenta compreender a experiência gravídica, que só pode viver de forma indirecta e tendo o corpo da mulher como intermediário. De facto, o que predomina no pai recíproco é a ambivalência e a ambiguidade, sendo que o que o ajuda a tolerar e a suportar estes sentimentos é a experiência de simultaneidade e de continuidade, as diferentes perspectivas de si mesmo e a capacidade de geri-las internamente e no seu imaginário. Frequentemente, existe neste tipo de pai um movimento auto-reflexivo. Apesar de estes aspectos tornarem a vivência da gravidez mais difícil, dado que se vive na incerteza, existe uma maior preparação para o imprevisto e para o inesperado, o que pode constituir-se como uma vantagem.

Caso a ambivalência seja tolerada, estes homens têm uma abordagem mais realista e mais saudável à gravidez e ao feto, do que a abordagem do participante puro em que predomina a idealização ou da abordagem cautelosa e prudente do renunciador puro.

Tal como na mulher, é relevante referir que estas orientações não são definitivas, mas sim flexíveis, podendo alterar-se com a experiência de cuidar de um bebé e, assim sendo, pode ocorrer um movimento de integração interna ou inversamente retrair-se para uma posição de controlo rígido, devido a algumas perturbações na vivência (Raphael-Leff, 2001).

Com efeito, a vivência da gravidez por parte do homem será também influenciada pela própria relação conjugal estabelecida com a mulher grávida. Em termos biológicos existe um “entreve” ao homem, dado que este se encontra privado da realidade corporal de estar “grávido”. No entanto, este facto não é impeditivo de o pai fantasiar o seu bebé, de elaborar uma representação do feto, que é diferente da representação materna e de criar um vínculo com este. Assim, segundo Estêvão (1995, p. 197) “a relação entre ambos os membros de um casal e a permissão da mulher para que o seu companheiro partilhe a transformação do seu corpo e o desenvolvimento da criança que está em si permitirá ao homem um mais fácil e adequado envolvimento com a gravidez.”. O relacionamento mais estreito com a gestante possibilita ao homem o reconhecimento e o desenvolvimento de uma forma mais adequada das suas emoções, que, por sua vez, contribuirá não só para as suas vivências da paternidade, como também para as suas fantasias relacionadas com a criança.

Para vivência do processo gravídico por parte do pai a ecografia desempenha um importante papel no sentido em que, estando o homem privado da realidade física da gravidez, esta auxilia-o na confirmação não só da existência do bebé, gravidez e consequente paternidade devido à visualização deste no ecrã e à percepção dos seus batimentos cardíacos (Camus, 2000), ajudando-o a construir uma imagem do bebé que se vai tornando cada vez mais objectiva (Colman & Colman, 1994); na integração e implicação na gravidez (Soulé, 1999); na transição para a paternidade de uma maneira diferente, uma vez que este começa a elaborar a existência do seu bebé (Bayle, 2005); e na primeira tomada de consciência do acesso à paternidade ou, pelo menos, a consolidação do sentimento de se tornar pai (Camus, 2000); no desenvolvimento de um vínculo com o bebé, na medida em que começam a fantasiá-lo quando este se encontra ainda *in utero* (Estêvão, 1995). Estas fantasias vão sendo cada vez mais objectivas à medida que a gravidez prossegue, sendo que a ecografia, a percepção dos movimentos fetais e o conhecimento do sexo do bebé têm um papel de extrema importância na criação do bebé imaginário.

Com efeito, uma vez que este ao contrário da mulher “não dispõe das informações interceptivas ou proprioceptivas que lhe garantiriam a existência de um ser vivo no interior do seu corpo, ele pode encontrar na imagem dinâmica do seu futuro bebé uma primeira forma de confirmar a sua paternidade e a promessa de uma criação” (Camus, 2000, p. 121).

A ecografia obstétrica

A ecografia pré-natal não é como qualquer outra ecografia, na medida em que esta confronta uma componente objectivante, veiculada pelo médico, com o processo imaginário, no qual os pais são os representantes (Gourand, 1999).

A ecografia é facilitadora do estabelecimento do vínculo entre os pais e o feto (Piontelli, 1995), podendo constituir-se como a génese do processo de parentalidade (Soulé, 1999). De uma forma geral, vai inaugurar simbolicamente a gestação dado que irá confirmar o estado de gravidez. As duas ou três ecografias que serão feitas ao longo da gravidez irão delimitá-la e temporalizá-la. Para muitos pais é a ecografia que os faz sentir em estado de gravidez e de expectância (Boyer & Porret, 1987), daí que este

exame se possa constituir como um momento importante de vinculação pré-natal (Sá, 1996, 1997).

De acordo com Tisseron (1999), a ecografia fetal é um momento colectivo, no qual participam não só a mãe, como também o pai e por vezes outros membros da família. Trata-se assim de um momento de coesão grupal que se constitui como um instrumento de transformação psíquica para todos. As representações que estes elementos têm do bebé que irá nascer são de tal forma importantes que acabam por organizar a sua percepção da ecografia. A ecografia tem dois poderes: por um lado oferece a possibilidade à mãe de, através do suporte visual dado pela imagem ecográfica, pensar no processo que se encontra a decorrer no interior do seu corpo, permitindo paralelamente aos outros membros da família imaginá-lo melhor. Por outro lado, a ecografia possui também a função de coesão social, no sentido em que propõe à família um vínculo ao bebé que vai nascer.

“A imagem cria, com efeito, um vínculo” (Tisseron, 1999, p. 93). Ela é precisamente a imagem do interior de um corpo onde se encontra outro em desenvolvimento e que posteriormente irá nascer. O nascimento não consiste apenas na vinda do bebé ao mundo físico; este ocorre também numa perspectiva simbólica, pois a partir do momento em que o ser humano é reconhecido e designado inscreve-se numa continuidade geracional.

A ecografia induz a produção imaginária dos pais, possibilitando que estes esperem o bebé num movimento de antecipação imaginária (Boyer & Porret, 1987), remetendo assim para a construção do bebé imaginário de Lebovici (1983). Deste modo, ao potenciar esta antecipação fantasmática (Boyer & Porret, 1987; Denis, 1999) e ao inscrever o bebé numa temporalidade (Boyer & Porret, 1987) a ecografia tem o poder de levar os pais a fazerem um movimento de atribuição de uma identidade ao bebé (Sá, 2004). Através do reconhecimento por parte dos pais das competências, características e capacidades do bebé, este, enquanto estranho e desconhecido, vai tornando-se familiar e sendo inscrito numa filiação (Sá, 2004). O poder da ecografia assenta em três níveis: tem a capacidade de transformar os pais, sobretudo a mãe que encontra na imagem ecográfica uma representação visual daquilo que percebe sensorial e internamente; tem a capacidade de introduzir a representação do bebé que, estando presente em todos os momentos da dinâmica familiar, era até ao momento da ecografia um membro desconhecido e tem também o poder de transformação do próprio objecto – o bebé – dado que a ecografia, enquanto primeiro suporte concreto, permite as projecções

fantasmáticas da mãe começando a estruturar-se a espera, as representações, os desejos e os fantasmas que o envolvem (Tisseron, 1999).

O quadro ecográfico provoca nos pais o encontro de duas ressonâncias: a ressonância dos tecidos do feto real e a ressonância com o bebé imaginário (Missonnier, 1999). A espera parental no quadro da ecografia organiza-se à volta de vários conceitos: do implícito ao explícito, do latente ao manifesto, do traumático ao simbólico. Neste sentido, a primeira preocupação dos pais prende-se com o bem-estar do feto, sendo esta a “garantia de normalidade” (Missonnier, 1999, p. 137); o segundo momento de expectância relativamente à ecografia é o de conhecer ou manter secreto o sexo do bebé, enquanto que a terceira motivação dos pais quanto ao exame ecográfico é o facto de esperarem encontrar visualmente o bebé.

Missonnier (1999) refere o poder da ecografia no que concerne à exploração das identificações projectivas parentais, na medida em que a componente psíquica inerente à parentalidade é potenciada pela imagem ecográfica. Neste sentido, há uma necessidade de reorganização de lugares e papéis na dinâmica intergeracional e intrafamiliar, que suscitarão representações que colocam em questão a filiação, a árvore de vida e o mandato transgeracional (Lebovici, cit. Missonnier, 1999). Também Golse (1999) recorre a estes conceitos sustentados por Lebovici, acrescentando o genograma psíquico, para sustentar que o feto, tal como o bebé, possui uma história, que não se circunscreve apenas num contexto médico ou genético, inscrevendo-se assim numa dimensão transgeracional. Para os pais “um feto não é um feto mas um bebé, com uma história anterior que, no essencial, condensa – nas virtudes e nas ‘feridas’ – a história de cada um deles.” (Sá, 2004, p. 31). A ecografia é, neste sentido, um momento de encontro emocional dos pais com o bebé (Golse, 1999).

O confronto dos pais com a imagem ecográfica fomenta a produção imaginária destes no que se refere ao feto, no sentido em que aquilo que era do âmbito fantasmático torna-se, no momento da ecografia, real (Soulé, 1999). De acordo com Courvoisier (1985), a ecografia poderá eventualmente ter um efeito desorganizador nos pais e causar um forte impacto na sua mobilização fantasmática. Também Soubieux (1999) sustenta que a visualização do feto pode reactivar fantasmas arcaicos e edipianos na futura mãe, sendo que, para a autora acima, referenciada o fantasma de profanação é de especial relevo, pois a exploração do seu conteúdo uterino torna público algo que deveria ser misterioso e secreto. Poderão também ser reactivadas angústias pré-natais face ao valor inquietante da forma da imagem ecográfica que não é percepcionável. Courvoisier

(1985) refere a importância para a posterior relação mãe-bebé que esta represente mentalmente o bebé que irá nascer, sobretudo como um ser distinto dela e dotado de características próprias, pelo que a ecografia, oferece uma representação do bebé diferente da que a mãe tinha elaborado.

Assim sendo, o papel do ecografista reveste-se de grande importância, pois sendo ele o mediador entre os pais e a imagem ecográfica, contribui para que a ecografia tenha um efeito construtor ou desorganizador. A imagem tem um forte impacto na organização fantasmática e simbólica do sujeito, modificando a sua construção psicológica. Pode ter um duplo efeito pois, por um lado, pode ser desorganizadora ao veicular um conjunto de informações angustiantes ou, por outro lado, pode ter um valor organizador se provocar um investimento imediato na gravidez. A possibilidade de a imagem ter um efeito traumático será bastante menor se existir uma narração feita pelo ecografista e se todas as informações forem dadas num quadro relacional (Denis, 1999). O ecografista terá um papel de mediador (Denis, 1999; Gourand, 1999) entre os pais e a imagem, sendo um intérprete indispensável (Gourand, 1999). O ecografista actua como um mediador ou tradutor no encontro dos pais com a imagem, onde se assiste a um ambiente de criatividade e vulnerabilidade, uma vez que o impacto psicológico da ecografia pode levar a um reviver de alguns conflitos no período pré-natal; é neste sentido que o ecografista “pode ajudar o casal a utilizar as imagens como organizadores da sua parentalidade ao invés de permitir que se desenvolvam efeitos negativos” (Dautzenberg & Missonnier, 2001, p. 428).

É o conjunto constituído pelo médico, pela relação estabelecida entre os pais e o ecografista e pelos seus comentários, que permitem o efeito construtor da ecografia. Neste sentido, o discurso do ecografista deve ser simultaneamente de conhecimento, de saber, mas também de compreensão e afectividade. A qualidade do comentário que acompanha a imagem possui um valor fulcral, pois este discurso pode constituir-se como um intermediário autêntico entre o conteúdo da imagem e aquilo que os pais podem apreender da mesma. Os efeitos psicológicos da ecografia serão diferentes consoante a qualidade da identificação que o discurso do ecografista permite, uma vez que se este deixa que os pais se identifiquem com ele e compreendam aquilo que se passa e que lhes é dito, a ecografia terá um valor de extrema importância, reforçando assim a sua identidade de futuros pais (Denis, 1999).

Perante a imagem ecográfica existirá, necessariamente, nos pais um confronto entre o imaginário parental do bebé perfeito com as imagens do feto real propostas pelo

ecografista (Gourand, 1999), sendo que terá um importante papel na convergência destes dois bebés. A ecografia é um momento de troca com o ecografista, troca esta cimentada numa relação de confiança, em que existe um saber técnico complexo, mas que não escapa à relação, pois “os pais esperam poder identificar o *seu* bebé e não um feto qualquer” (Gourand, 1999, p. 40).

Ecografia a duas dimensões e a três dimensões

Recentemente a ecografia obstétrica alargou o seu campo de intervenção, passando a existir para além do exame a duas dimensões (2D), a ecografia a três dimensões (3D) e ainda a quatro dimensões (4D).

A ecografia a 3D tem sido cada vez mais utilizada para a examinação do feto humano, permitindo aos ecografistas passarem de uma reconstrução mental a 3D das imagens que obtinham a 2D para uma verdadeira visualização a 3D das estruturas anatómicas (Gonçalves, Nien, Espinoza, Kusanovic, Lee, Swope, Soto, Treadwell & Romero, 2006).

Tal como os benefícios da ecografia a 3D a nível médico e obstétrico ainda não são totalmente conhecidos, também o seu impacto ao nível da vivência psicológica da gravidez ainda não é linear. Dado que é uma técnica recente ainda existem poucas investigações no sentido de avaliar a sua influência a nível psicológico nos pais e, consequentemente, os resultados e conclusões das mesmas não são totalmente unânimes e consistentes.

Neste sentido, Righetti, Dell’Avanzo, Grigio e Nicolini (2005) realizaram um estudo com o objectivo de avaliar o papel da ecografia a quatro dimensões (4D) no desenvolvimento da ligação pré-natal nos casais. Os autores concluíram que, efectivamente, a ligação materna com o feto se desenvolve durante a gravidez, especialmente no segundo trimestre e que a ecografia, tanto a 2D como a 4D, tem um papel importante no desenvolvimento da ligação dos pais ao feto. No entanto, neste estudo não existiram diferenças significativas entre o grupo que fez a ecografia a 2D e o grupo que efectuou a ecografia a 4D.

Também Pretorius, Uyan, Hull, Hollenbach e Nelson (2005) procederam a uma investigação no sentido de comparar os efeitos da ecografia a 2D com os da ecografia a 3D no processo da ligação materno-fetal. Para este efeito, seleccionaram-se cem

mulheres grávidas, que foram divididas em dois grupos (cinquenta fizeram a ecografia a 2D e as restantes realizaram a ecografia a 3D). Após o parto foram-lhes colocadas dez questões. Pretorius *et al.* (2005) constataram que as mães pertencentes ao grupo da ecografia a 3D partilharam as imagens da ecografia com um número significativamente maior de pessoas do que o grupo das 2D. Os participantes que realizaram a ecografia a 3D demonstraram uma maior tendência para formar uma imagem mental do bebé após a sua visualização (82%), do que os sujeitos do grupo 2D (39%). Os pais que constituíram o grupo 3D denotaram uma maior receptividade aos comentários das diferenças ou semelhanças ao bebé do que os do grupo 2D. Também foi observado que 70% das mulheres que fizeram a ecografia a 3D sentiram que conheciam o bebé logo após o parto devido às imagens que viram, enquanto que o grupo das 2D obteve um valor de 56%. Posto isto, os autores concluíram que as imagens a 3D parecem ter uma influência mais positiva nas percepções das mães quando comparadas com as mães pertencentes ao grupo das 2D; especificamente o grupo 3D mostrou as imagens ecográficas ao dobro das pessoas quando comparado com o grupo 2D; neste sentido, os autores sustentaram que a ecografia a 3D pode ter o potencial de fortalecer o sistema de suporte para as famílias que esperam os seus bebés.

Face ao exposto tornou-se premente e de grande importância para o desenvolvimento da compreensão da Psicologia da Gravidez e da Parentalidade estudar as vivências gravídicas e a ligação pré-natal ao bebé em mães e pais que assistiram ao exame ecográfico a 3D e a 2D.

Referências

- Bayle, F. (2005). A parentalidade. In. I. Leal (Coord). *Psicologia da gravidez e da parentalidade* (pp. 317-346). Lisboa: Fim de Século.
- Boyer, J. P., & Porret, P. (1987). L'écographie obstétricale: Premières remarques à propos d'un changement épistémologique. *Neuropsychiatrie de l'enfance*, 35 (8-9), 325 – 330.
- Brazelton, T., & Cramer, B. (1989). *A relação mais precoce*. Lisboa: Terra Mar
- Bydlowski, M. (1995). La relation foeto-maternelle et la relation de la mère à son foetus. In S. Lebovici, R. Diatkine, M. Soulé (eds.), *Nouveau Traité de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescence* (pp. 1881-1891). Paris: PUF.
- Campos, R. C. (2000). Processo gravídico, parto e prematuridade: uma discussão teórica do ponto de vista do psicólogo. *Análise Psicológica*, 1 (XVIII), 15 – 35
- Camus, J. (2000). *O verdadeiro papel do pai*. Porto: Âmbar
- Canavarro, M. C. (2001). Gravidez e maternidade: representações e tarefas de desenvolvimento. In M. C. C. Canavarro (Ed.), *Psicologia da gravidez e da maternidade* (pp. 19-47). Coimbra: Quarteto.
- Colman, L. L., & Colman, A. D. (1994). *Gravidez: a experiência psicológica*. Lisboa: Colibri.
- Cordeiro, J. C. D. (2002). Psicologia e psidinâmica da gravidez. In J. C. D. Cordeiro (Ed.), *Manual de psiquiatria* (pp. 115-128). Lisboa: Calouste Gulbenkian.
- Courvoisier, J. (1985). Echographie obstétricale et fantasmes. *Neuropsychiatrie de L'enfant*, 33(2-3), 103-105.
- Dautzenberg, E., & Missonnier, S. (2001). Regards écographiques. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de la adolescence*, 49 (7), 428 – 435.

- Denis, P. (1999). Impact de l'image en échographie et rôle de l'échographiste. In M. Soulé, L. Gourand, S. Missonnier, & M. J. Soubieux (Eds.), *Écoute voir... l'échographie de la grossesse* (pp. 63-88). Ramon ville Saint-Agne: Erès.
- Estêvão, A. (1995). Fantasias paternas no último trimestre da gravidez. *Análise Psicológica*, 13(1-2), 195-202.
- Golse, B. (1999). Y a-t-il une place pour l'échographiste dans le suivi d'une grossesse normale?. In M. Soulé, L. Gourand, S. Missonnier, & M. J. Soubieux (Eds.), *Écoute voir... l'échographie de la grossesse* (pp. 63-88). Ramon ville Saint-Agne: Erès.
- Gomez, R. (2002). Síndrome de Couvade: um estudo exploratório da ocorrência de sintomas em pais-expectantes. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 4 (2), 95-120.
- Gomez, R. (2005). O pai. Paternidade em transição. In Leal I. (Cord), *Psicologia da gravidez e parentalidade* (pp. 257-285). Lisboa: Fim de Século.
- Gonçalves, L. F., Nien, J. K., Espinoza, J., Kusanovic, J. P., Lee, W., Swope, B., Soto, E., Tradwell, M. C., & Romero, R. (2006). What does two-dimensional add to three-dimensional obstetrical ultrasound?. *Journal of Ultrasound Medicine*, 25 (6), p. 691-699.
- Gourand, L. (1999). Les aspects psychologiques des échographies de la grossesse vues par un obstétricien qui pratique l'échographie en maternité. In M. Soulé, L. Gourand, S. Missonnier, & M. J. Soubieux (Eds.), *Écoute voir... l'échographie de la grossesse* (pp. 63-88). Ramon ville Saint-Agne: Erès.
- Lebovici, S. (1983). *Le nourrisson: la mère et le psychanalyste*. Paris: Editions du Centurion.

- Lebovici, S. (1994). L'homme dans le bébé. *Revue française de psychanalyse*, 58 (3), 661 – 680.
- Matos, A. C. (2004). Vinculação e ligação na prática clínica. In *Saúde mental* (pp. 27-37). Lisboa: Climepsi.
- Missonnier, S. (1999). L'écographie obstétricale: Un rituel séculier d'initiation à la parentalité? In M. Soulé, L. Gourand, S. Missonnier, & M. J. Soubieux (Eds.), *Écoute voir... l'écographie de la grossesse* (pp. 63-88). Ramon ville Saint-Agne: Erès.
- Pretorius, D. H., Newton, R., Uyan, K., Hull, A. D., Hollenbach, K., & Nelson, T. R. (2005). Effects of ultrasound on maternal-fetal bonding: a comparison of two- and three-dimensional imaging. *Ultrasound Obstetrics Gynecology*, 25(5), 473-477.
- Raphael-Leff, J. (1997). *Gravidez: a história anterior*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Raphael-Leff, J. (2001). *Psychological process of childbearing* (6^a ed.). Essex: C.P.S.Psychoanalytic.
- Righetti, P. L., Dell'Avanzo, M., Grigio, M. & Nicolini, U. (2005). Maternal/Paternal antenatal attachment and fourth-dimensional ultrasound technique: a preliminary report. *The British Psychological Society*, 96, 129-137.
- Sá, E. (2004). *A maternidade e o bebé*. Lisboa: Fim de Século.
- Soubieux, M. J. (1999). Oeil du dedans, oeil du dehors. In M. Soulé, L. Gourand, S. Missonnier, & M. J. Soubieux (Eds.), *Écoute voir... l'écographie de la grossesse* (pp. 113-132). Ramon ville Saint-Agne: Erès.
- Soulé, M. (1999). De la pédiatrie à la psychiatrie foetale. In M. Soulé, L. Gourand, S. Missonnier, & M. J. Soubieux (Eds.), *Écoute voir... l'écographie de la grossesse* (pp. 163-176). Ramon ville Saint-Agne: Erès.

Stern e Brushweiller-Stern (2000), *O nascimento de uma mãe: como a experiência da maternidade transforma uma mulher*. Porto: Ambar.

Tisseron, S. (1999). «Que voient-ils?» ou la triple enveloppe de la situation écographique. In M. Soulé, L. Gourand, S. Missonnier, & M. J. Soubieux (Eds.), *Écouter voir... l'écographie de la grossesse* (pp. 89-112). Ramon ville Saint-Agne: Erès.

Wilson, M. E., White, M. A., Cobb, B., Curry, R., Greene, D., & Popovich, D. (2000). Family dynamics, parental-fetal attachment and infant temperament. *Journal of Advanced Nursing*, 31 (1), 204-210.

ANEXO B

SEXO FEMININO

Estado civil

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	casada	15	78,9	78,9	78,9
	solteira	2	10,5	10,5	89,5
	união	2	10,5	10,5	100,0
	Total	19	100,0	100,0	

Habilitações

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Primário	1	5,3	5,3	5,3
	10º-12º ano	5	26,3	26,3	31,6
	curso superior	11	57,9	57,9	89,5
	outro	2	10,5	10,5	100,0
	Total	19	100,0	100,0	

Tipo de Gravidez

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	planeada	18	94,7	94,7	94,7
	acidental	1	5,3	5,3	100,0
	Total	19	100,0	100,0	

Preferência Sexo do Bebê

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	menino	2	10,5	10,5	10,5
	menina	3	15,8	15,8	26,3
	indiferente	14	73,7	73,7	100,0
	Total	19	100,0	100,0	

Sexo do bebê

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Menino	10	52,6	52,6	52,6
	Menina	8	42,1	42,1	94,7
	não quis saber	1	5,3	5,3	100,0
	Total	19	100,0	100,0	

SEXO MASCULINO

Habilitações

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Primário	1	5,3	5,3	5,3
	Obrigatório	2	10,5	10,5	15,8
	10º-12º ano	6	31,6	31,6	47,4
	técnico-profissional	2	10,5	10,5	57,9
	curso superior	8	42,1	42,1	100,0
	Total	19	100,0	100,0	

Preferência do Sexo do Bebê

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	menino	8	42,1	42,1	42,1
	indiferente	9	47,4	47,4	89,5
	9	2	10,5	10,5	100,0
	Total	19	100,0	100,0	

Sexo do bebê

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Menino	9	47,4	56,3	56,3
	Menina	6	31,6	37,5	93,8
	não quis saber	1	5,3	6,3	100,0
	Total	16	84,2	100,0	
Missing	9	3	15,8		
Total		19	100,0		

OUTPUTS COMUNS AOS DOIS SEXOS

Estado civil

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	casada	29	76,3	76,3	76,3
	solteira	6	15,8	15,8	92,1
	união	3	7,9	7,9	100,0
	Total	38	100,0	100,0	

Estado civil

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	casada	29	76,3	76,3	76,3
	solteira	6	15,8	15,8	92,1
	união	3	7,9	7,9	100,0
	Total	38	100,0	100,0	

Tempo de vida juntos

N	Valid	36
	Missing	2
Mean		4,25
Median		3,00
Mode		3
Std. Deviation		2,545
Variance		6,479
Sum		153

Tempo de namoro

N	Valid	34
	Missing	4
Mean		3,32
Median		2,00
Mode		2
Std. Deviation		2,982
Variance		8,892
Sum		113

Semanas de gravidez

N	Valid	38
	Missing	0
Mean		32,42
Median		32,00
Mode		32(a)
Std. Deviation		2,332
Variance		5,440
Sum		1232

Nº total de ecografias

N	Valid	36
	Missing	2
Mean		3,69
Median		4,00
Mode		4
Std. Deviation		1,009
Variance		1,018
Sum		133

Tipo de gravidez

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid planeada	37	97,4	97,4	97,4
Valid accidental	1	2,6	2,6	100,0
Total	38	100,0	100,0	

ANEXO C

ANEXO D

ANEXO E

ANEXO F

ANEXO G

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	38	100.0
	Excluded ^a	0	.0
	Total	38	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.804	21

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
item1	60.45	69.605	.458	.792
item2	60.63	67.807	.517	.788
item3	59.97	69.972	.569	.790
item4	61.95	76.970	-.081	.820
item5	60.42	68.953	.392	.795
item6	60.37	68.780	.474	.791
item7	60.37	70.780	.282	.801
item8	60.97	65.864	.611	.782
item9	60.53	67.770	.559	.786
item10	60.68	72.438	.141	.812
item11	60.50	65.176	.641	.780
item12	60.16	74.677	.037	.817
item13	59.71	73.022	.422	.798
item14	60.66	74.123	.064	.815
item15	60.47	67.391	.564	.786
item16	60.37	76.455	-.051	.819
item17	61.16	68.245	.494	.789
item18	60.08	69.426	.580	.788
item19	60.87	66.550	.504	.788
item20	60.21	67.306	.715	.781
item21	60.00	70.595	.315	.799

ANEXO H

Sexo Feminino por tipo de Ecografia

Escalas		Kolmogorov-Smirnof		Levene	
		Statistic	Sig.	F	Sig.
Mudanças no estilo de vida sentidas durante a gravidez	3 D	.55	.93	.00	.97
	2 D	.87	.42		
Preocupações sentidas durante a gravidez	3 D	.99	.28	.91	.35
	2 D	.92	.35		
Fantasias em relação ao trabalho de parto	3 D	.75	.62	3.52	.07
	2 D	.75	.61		
Fantasias em relação ao nascimento	3 D	.64	.81	.39	.53
	2 D	.88	.41		
Fantasias em relação ao bebê, durante a gravidez	3 D	.58	.88	4.47	.04
	2 D	.66	.76		
Fantasias em relação às mudanças no estilo de vida Que poderão ocorrer quando o bebê nascer	3 D				
	2 D				
Fantasias em relação à alimentação do bebê	3 D				
	2 D				
Fantasias paternas acerca do bebê após o nascimento	3 D	.63	.82	.02	.88
	2 D	.70	.70		
Fantasias face à paternidade	3 D	.54	.93	.87	.36
	2 D	.57	.89		

Sexo Masculino por tipo de Ecografia

Escalas		Kolmogorov-Smirnof		Levene	
		Statistic	Sig.	F	Sig.
Mudanças no estilo de vida sentidas durante a gravidez	3 D	.76	.60	1.71	.21
	2 D	.99	.27		
Preocupações sentidas durante a gravidez	3 D	.98	.29	1.13	.30
	2 D	1.06	.21		
Fantasias em relação ao trabalho de parto	3 D	.71	.69	1.01	.32
	2 D	.53	.93		
Fantasias em relação ao nascimento	3 D	.67	.74	.98	.33
	2 D	.69	.72		
Fantasias em relação ao bebê, durante a gravidez	3 D	.75	.62	.65	.43
	2 D	.51	.95		
Fantasias em relação às mudanças no estilo de vida Que poderão ocorrer quando o bebê nascer	3 D				
	2 D				
Fantasias em relação à alimentação do bebê	3 D				
	2 D				
Fantasias paternas acerca do bebê após o nascimento	3 D	.58	.88	2.30	.14
	2 D	.65	.77		
Fantasias face à paternidade	3 D	.60	.85	.04	.84
	2 D	.62	.82		

Ecografia 3D

Escalas		Kolmogorov-Smirnov Statistic	Sig.	Levene F	Sig.
Mudanças no estilo de vida sentidas durante a gravidez	F				
	M				
Preocupações sentidas durante a gravidez	F				
	M				
Fantasia em relação ao trabalho de parto	F				
	M				
Fantasia em relação ao nascimento	F				
	M				
Fantasia em relação ao bebê, durante a gravidez	F				
	M				
Fantasia em relação às mudanças no estilo de vida Que poderão ocorrer quando o bebê nascer	F				
	M				
Fantasia em relação à alimentação do bebê	F				
	M				
Fantasia paternas acerca do bebê após o nascimento	F				
	M				
Fantasia face à paternidade	F				
	M				

Ecografia 2D

Escalas		Kolmogorov-Smirnov Statistic	Sig.	Levene F	Sig.
Mudanças no estilo de vida sentidas durante a gravidez	F				
	M				
Preocupações sentidas durante a gravidez	F				
	M				
Fantasia em relação ao trabalho de parto	F				
	M				
Fantasia em relação ao nascimento	F				
	M				
Fantasia em relação ao bebê, durante a gravidez	F				
	M				
Fantasia em relação às mudanças no estilo de vida Que poderão ocorrer quando o bebê nascer	F				
	M				
Fantasia em relação à alimentação do bebê	F				
	M				
Fantasia paternas acerca do bebê após o nascimento	F				
	M				
Fantasia face à paternidade	F				
	M				

ANEXO I

SEXO FEMININO - Mães Ecografia a 3D vs. Mães Ecografia a 2D

Processo Psicológico da Gravidez

Mudanças no estilo de vida sentidas durante a gravidez

	T	df	Sig.	Std. Error	Interval 95% confidence
T-Student	0.00	17	0.997	2.82	-5.96, 5.94

Preocupações sentidas durante a gravidez

	t	Df	Sig.	Std. Error	Interval 95% confidence
T-Student	-0.83	17	0.41	2.12	-6.21, 2.71

Fantasia em relação ao parto

	t	Df	Sig.	Std. Error	Interval 95% confidence
T-Student	1.86	17	0.081	0.931	- 2.37, 3.69

Fantasia em relação ao nascimento

	t	Df	Sig.	Std. Error	Interval 95% confidence
T-Student	0.23	17	0.82	1.31	-2.45, 3.06

Fantasia em relação ao bebê durante a gravidez

U	W	Z	Sig.
23.5	100.5	-1.7193	.0856

Fantasia em relação à alimentação do bebê

U	W	Z	Sig.
33.5	90.5	-1.1352	.2563

Mudanças no estilo de vida após o nascimento do bebê

U	W	Z	Sig.
32.0	92.0	-1.2168	.2237

Fantasia materna em relação ao bebê após o nascimento

	t	df	Sig.	Std. Error	Interval 95% confidence
T-Student	1.12	17	0.280	1.129	-1.122, 3.645

Fantasia em relação à maternidade

	T	df	Sig.	Std. Error	Interval 95% confidence
T-Student	1.68	17	0.111	0.852	-0.366, 3.230

Processo Psicológico da Gravidez

	T	df	Sig.	Std. Error	Interval 95% confidence
T-Student	2.04	17	0.058	3.135	-0.230, 13.003

ANÁLISE DESCRITIVA – PROCESSO PSICOLÓGICO GRAVIDEZ

Mudanças no estilo de vida

Variable		Mean	Std Dev	Minimum	Maximum	N
A1 MD ES	3 D	11.63	5.1	6	18	8
A1 MD ES	2 D	11.64	6.67	6	18	11

Preocupações sentidas durante a gravidez

Variable		Mean	Std Dev	Minimum	Maximum	N
A2 PRE G	3 D	5.5	2.51	4	10	8
A2 PRE G	2 D	7.27	5.59	4	11	11

Fantasia em relação ao parto

Variable		Mean	Std Dev	Minimum	Maximum	N
A3 FAN P	3 D	17	2.78	14	21	8
A3 FAN P	2 D	15.27	1.19	13	17	11

Fantasia em relação ao nascimento

Variable		Mean	Std Dev	Minimum	Maximum	N
A4 FAN N	3 D	15.13	2.1	11	18	8
A4 FAN N	2 D	14.82	3.22	11	18	11

Fantasia em relação ao bebê durante a gravidez

Variable		Mean	Std Dev	Minimum	Maximum	N
A5_FAN_B	3 D	12.56	0.93	18	21	8
A5_FAN_B	2 D	8.14	2.45	13	21	11

Fantasia em relação à alimentação do bebê

Variable		Mean	Std Dev	Minimum	Maximum	N
A7_FAN_A	3 D	1.88	0.35	1	2	8
A7_FAN_A	2 D	1.64	0.5	1	2	11

Fantasia em relação às mudanças no estilo de vida após o nascimento do bebê

Variable		Mean	Std Dev	Minimum	Maximum	N
A6_FAN_M	3 D	2.75	0.71	1	3	8
A6_FAN_M	2 D	2.55	0.52	2	3	11

Fantasia acerca do bebê após o nascimento

Variable		Mean	Std Dev	Minimum	Maximum	N
A8_FAN_P	3 D	19.63	2.5	17	21	8
A8_FAN_P	2 D	18.36	2.38	15	21	11

Fantasia em relação à maternidade

Variable		Mean	Std Dev	Minimum	Maximum	N
A9_PATER	3 D	16.25	1.49	14	18	8
A9_PATER	2 D	14.82	2.04	11	18	11

Inventário de Ligação Pré-natal

	T	Df	Sig.	Std. Error	Interval 95% confidence
T-Student	2.25	17	0.038	3.275	0.452, 14.275

ANEXO J

SEXO MASCULINO - Pais Ecografia a 3D vs. Pais Ecografia a 2D

Processo Psicológico da Gravidez

Mudanças no estilo de vida sentidas durante a gravidez

	T	Df	Sig.	Std. Error	Interval 95% confidence
T-Student	-0.81	17	0.427	2.834	-8.288, 3.674

Preocupações sentidas durante a gravidez

	T	df	Sig.	Std. error	Interval 95% confidence
T-Student	-0.66	17	0.519	1.105	-3.060, 1.605

Fantasia em relação ao parto

	T	df	Sig.	Std. Error	Interval 95% confidence
T-Student	1.19	17	0.251	1.951	-1.799, 6.435

Fantasia em relação ao nascimento

	T	df	Sig.	Std. error	Interval 95% confidence
T-Student	-0.19	17	0.852	1.262	-2.902, 2.425

Fantasia em relação ao bebê durante a gravidez

	T	df	Sig.	Std. Error	Interval 95% confidence
T-Student	1.16	17	0.261	1.181	-1.118, 3.868

Fantasia em relação à alimentação do bebê

U	W	Z	Sig.
21.0	57.0	-2.1815	.0291

Mudanças no estilo de vida após o nascimento do bebê

U	W	Z	Sig.
32.0	68.0	-1.1382	.2550

Fantasia materna em relação ao bebê após o nascimento

	t	df	Sig.	Std. Error	Interval 95% confidence
T-Student	1.47	17	0.159	1.064	-0.677, 3.814

Fantasia em relação à paternidade

	t	df	Sig.	Std. Error	Interval 95% confidence
T-Student	0.87	17	0.397	1.021	-1.268, 3.041

Processo psicológico da gravidez

	t	df	Sig.	Std. Error	Interval 95% confidence
T-Student	1.73	17	0.102	3.878	-1.480, 14.889

ANÁLISE DESCRITIVA – PROCESSO PSICOLÓGICO GRAVIDEZ

Mudanças no estilo de vida sentidas durante a gravidez

Variable		Mean	Std Dev	Minimum	Maximum	N
A1 MD ES	3 D	8.82	3.82	6	18	11
A1 MD ES	2 D	11.13	8.34	6	18	8

Preocupações sentidas durante a gravidez da companheira

		Mean	Std Dev	Minimum	Maximum	N
A2 PRE_G	3 D	5.27	1.27	4	7	11
A2 PRE_G	2 D	6	3.38	4	12	8

Fantasia em relação ao parto

		Mean	Std Dev	Minimum	Maximum	N
A3 FAN_P	3 D	16.82	4.83	13	21	11
A3 FAN_P	2 D	14.5	3.07	9	19	8

Fantasia em relação ao nascimento

		Mean	Std Dev	Minimum	Maximum	N
A4 FAN_N	3 D	15.88	3.4	12	18	11
A4 FAN_N	2 D	15.64	2.11	11	18	8

Fantasia em relação ao bebê durante a gravidez

		Mean	Std Dev	Minimum	Maximum	N
A5 FAN_B	3 D	19	2.24	14	21	11
A5 FAN_B	2 D	17.63	2.92	12	21	8

Fantasia em relação à alimentação

		Mean	Std Dev	Minimum	Maximum	N
A7_FAN_A	3 D	2.27	2.28	1	2	11
A7_FAN_A	2 D	1.13	0.35	1	2	8

Fantasia em relação às mudanças no estilo de vida

		Mean	Std Dev	Minimum	Maximum	N
A6_FAN_M	3 D	2.45	0.52	2	3	11
A6_FAN_M	2 D	2.13	0.64	1	3	8

Fantasia em relação ao bebê após o nascimento

		Mean	Std Dev	Minimum	Maximum	N
A8_FAN_P	3 D	17.82	1.83	14	21	11
A8_FAN_P	2 D	16.25	2.82	11	19	8

Fantasia em relação à paternidade

		Mean	Std Dev	Minimum	Maximum	N
A9_PATER	3 D	15.64	2.25	12	18	11
A9_PATER	2 D	14.75	2.12	11	17	8

Inventário de Ligação Pré-natal

	T	Df	Sig.	Std. Error	Interval 95% confidence
T-Student	1.64	17	0.12	4.294	-2.039, 16.084

Análise Descritiva .- Inventário de Ligação Pré-natal

			N	Mean	Std Dev	Minimum	Maximum
INV_PN	Masculino	Eco 3D	11	65.27	9.14	52	78
INV_PN	Masculino	Eco 2D	8	58.25	9.38	48	77

ANEXO K

ECOGRAFIA A 3D – Mães Ecografias a 3D vs. Pais Ecografias a 3D

Mudanças no estilo de vida sentidas durante a gravidez

	t	Df	Sig.	Std. error	Interval 95% confidence
T-Student	1.38	17	0.187	2.040	-1.497, 7.111

Preocupações sentidas durante a gravidez

	t	Df	Sig.	Std. error	Interval 95% confidence
T-Student	0.26	17	0.798	0.874	-1.618, 2.072

Fantasia em relação ao parto

	t	Df	Sig.	Std. error	Interval 95% confidence
T-Student	0.10	17	0.925	1.911	-3.852, 4.215

Fantasia em relação ao nascimento

	t	df	Sig.	Std. error	Interval 95% confidence
T-Student	-0.52	17	0.608	0.979	-2.577, 1.554

Fantasia em relação ao bebê durante a gravidez

	t	df	Sig.	Std. error	Interval 95% confidence
T-Student	0.59	17	0.561	0.843	-1.280, 2.280

Fantasia em relação à alimentação do bebê

U	W	Z	Sig.
37.0	87.0	-.7098	.4778

Mudanças no estilo de vida após o nascimento do bebê

U	W	Z	Sig.
28.5	95.5	-1.5100	.1310

Fantasia maternas e paternas em relação ao bebê após o nascimento

	t	df	Sig.	Std. Error	Interval 95% confidence
T-Student	1.82	17	0.086	0.992	-.287, 3.901

Fantasia em relação à paternidade

	t	df	Sig.	Std. Error	Interval 95% confidence
T-Student	0.67	17	0.512	0.916	-1.319, 2.546

Processo psicológico da gravidez

	t	df	Sig.	Std. Error	Interval 95% confidence
T-Student	1.26	17	0.224	3.400	-2.880, 11.471

Inventário de ligação pré-natal

	T	Df	Sig.	Std. Error	Interval 95% confidence
T-Student	0.97	17	0.346	3.842	-4.380, 11.835

Análise descritiva – Inventário de Ligação Pré-natal

			N	Mean	Std Dev	Minimum	Maximum
INV_PN	Feminino	Eco 3D	8	69.00	6.82	58	77
INV_PN	Masculino	Eco 3D	11	65.27	9.14	52	78

ANEXO L

ECOGRAFIA A 2D – Mães Ecografias a 2D vs. Pais Ecografias a 2D

PROCESSO PSICOLÓGICO DA GRAVIDEZ

Mudanças no estilo de vida sentidas durante a gravidez

	t	df	Sig.	Std. Error	Interval 95% confidence
T-Student	0.15	17	0.884	3.439	-6.747, 7.770

Preocupações sentidas durante a gravidez

	t	df	Sig.	Std. Error	Interval 95% confidence
T-Student	0.57	17	0.576	2.232	-3.437, 5.983

Fantasias em relação ao parto

	t	df	Sig.	Std. Error	Interval 95% confidence
T-Student	0.77	17	0.454	1.009	-1.357, 2.902

Fantasias em relação ao nascimento

	t	df	Sig.	Std. Error	Interval 95% confidence
T-Student	-0.69	17	0.499	1.531	-4.287, 2.174

Fantasias em relação ao bebé durante a gravidez

	t	df	Sig.	Std. Error	Interval 95% confidence
T-Student	0.08	17	0.935	1.235	-2.504, 2.708

Fantasia em relação à alimentação do bebê

U	W	Z	Sig.
37.0	87.0	-.7098	.4778

Mudanças no estilo de vida após o nascimento do bebê

U	W	Z	Sig.
28.5	95.5	-1.510	.1310

Fantasia materna em relação ao bebê após o nascimento

	t	df	Sig.	Std. Error	Interval 95% confidence
T-Student	1.77	17	0.094	1.193	-0.404, 4.631

Fantasia em relação à maternidade e paternidade

	t	df	Sig.	Std. Error	Interval 95% confidence
T-Student	0.07	17	0.944	0.964	-1.966, 2.102

Inventário de Ligação Pré-natal

	T	df	Sig.	Std. Error	Interval 95% confidence
T-Student	0.89	17	0.385	3.795	-4.623, 11.395

Análise Descritiva – Inventário de Ligação Pré-natal

			N	Mean	Std Dev	Minimum	Maximum
INV_PN	Feminino	Eco 2D	11	61.64	7.20	53	77
INV_PN	Masculino	Eco 2D	8	58.25	9.38	48	77