

UM RETRATO DA GRAVIDEZ DE RISCO GENÉTICO A PARTIR DE FRIDA KAHLO

Autora:

Dra. Alice Salgueiro do Nascimento Marinho

*Psicóloga, Doutora em Saúde da Criança e da Mulher pelo Instituto Fernandes
Figueira / FIOCRUZ.*

End: Rua Doutor Satamini 210, Bloco A , apt. 903-Tijuca Rio de Janeiro.

CEP: 22270231

Tel: (021) 2567 8520 cel: 93783216

Email: alicesnmarinh@hotmail.com

UNITERMOS: Gravidez de risco, maternidade, perda, Frida Kahlo.

UM RETRATO DA GRAVIDEZ DE RISCO GENÉTICO A PARTIR DE FRIDA KAHLO

RESUMO:

O artigo relaciona a experiência de gestantes de risco genético, frente à tecnologia do diagnóstico pré-natal, às imagens do quadro de Frida Kahlo - *A Cama Voadora* e, analisa os objetos imaginários geradores ou catalisadores de sentimentos, angústias e medos representados nas imagens contidas no quadro da artista e aqueles identificados no discurso das gestantes.

UNITERMOS: Frida Kahlo, Gravidez de risco, maternidade, perda, diagnóstico pré-natal.

Autora: Alice Salgueiro do Nascimento Marinho, Psicóloga, Doutora em Saúde da Criança e da Mulher pelo Instituto Fernandes Figueira do FIOCRUZ, Rio de Janeiro.

I - INTRODUÇÃO:

A primeira vez que me deparei com o trabalho de Frida Khalo já me encontrava absorvida pelas densas questões psicossociais que insurgem no cotidiano de uma unidade hospitalar de atenção terciária, referência para gestação de risco genético. Espaço onde me propus a acompanhar gestantes em processo de diagnóstico pré-natal e a compreender como se constrói em seu imaginário temas como risco, doença genético, gravidez e maternidade.

O *link* entre a experiência das mulheres ouvidas durante quase quatro anos de observação etnográfica no ambulatório de diagnóstico pré-natal e o que mostra o quadro de Frida Khalo, *A Cama Voadora*¹, se fez imediatamente. Chamou-me atenção, sobretudo, o fato de que nunca antes uma mulher havia posto sobre uma tela, tão explicitamente em forma de arte, suas dores pela maternidade não realizada, como fez Frida Khalo. Segundo ela mesma afirma seu trabalho não é simplesmente uma pintura, mas, a história de sua vida autoretratada. Portanto, *um exemplo de etnografia*¹

Assim, será meu propósito neste artigo relacionar os *objetos imaginários*¹ geradores ou catalisadores de sentimentos, angústias e medos referentes a perda do filho, representados nas imagens contidas no quadro da artista, e aqueles que identifiquei na vivência das gestantes frente ao procedimento de diagnóstico pré-natal.

¹ O termo imaginário aparece em vários momentos nos escritos freudianos referindo-se ao que não é “real” ou “fantasioso”, seja na formação de sintomas, na produção de processos anímicos, na etiologia das neuroses e no desenvolvimento da sexualidade. Especificamente ligado ao termo “objeto”, como sugere o título do artigo,

Cabe esclarece que o termo imaginário, conforme usarei ao longo do artigo, refere-se aos aspectos psicológicos e fantasmagóricos, no sentido psicanalítico, contidos, tanto, nas imagens do quadro, quanto no discurso subjacente à fala das mulheres frente à iminência de perder um filho desejado. Em ambos os contextos, o que estará em jogo é a capacidade de ser mãe, de gestar e gerar filhos. O gestar₂ é a manifestação através de um ato corporal sexual da submissão passiva condicionante a aceitação, pela mulher, de sua condição genital. Portanto, ter um filho é a realização de um desejo. A impossibilidade de realizar este desejo ou a perda de um filho, em qualquer circunstância, é a pior provação para uma mulher. No sentido simbólico, além dos sentimentos de culpa, a mulher perde o sentido atribuído a sua vida por ocasião do nascimento do filho₂ e como solução narcísica ela passa a demandar substituir o filho por outras realizações₃.

As gestantes de risco genético ouvidas em nosso estudo vivem entre o medo de perder o filho desejado e idealizado₄ e o fantasma da incapacidade para a maternidade. No caso de Frida Kahlo a expressão artística ocupou o vazio do filho que não poderia ter₁.

II - UM ENFOQUE CLÍNICO

No quadro *A Cama Voadora* vemos a artista nua, deitada numa cama de hospital, que é demasiado grande em relação ao corpo dela. O lençol branco por debaixo do seu baixo-ventre está ensopado de sangue. Por cima da barriga, ainda ligeiramente inchada por causa da gravidez, estão três fitas vermelhas, como se fossem artérias, que ela segura

será encontrado em: Introdução ao Narcisismo (Freud, Imago, 1966), parte fundamental para a compreensão do pensamento Freudiano, a partir do qual, Lacan desenvolveu sua teoria sobre o Estádio do Espelho.

com a mão esquerda e tem seis objetos atados às suas pontas - símbolos de sua sexualidade e da gravidez falhada ¹.

Por sua história gestacional, Frida Kahlo poderia ser classificada, usando uma terminologia médica atual, como uma gestante de alto risco, como as mulheres que são encaminhadas ao ambulatório de diagnóstico pré-natal do IFF/FIOCRUZ em função de apresentarem condições clínicas como, diabetes, pressão alta etc.

Consta que em 1930 Frida Kahlo engravidara, pela segunda vez, mesmo depois do parecer médico contrário ¹. Sua pélvis, fraturada depois de um acidente, não permitiria levar adiante uma gravidez por não ser possível que uma posição correta para o feto. Por isso, Frida teve que se submeter a um segundo aborto.

Aconselhada por um amigo (também médico), solicitou aos especialistas do Henry Ford Hospital em Detroit, para onde foi encaminhada, que a deixassem continuar a gravidez e tentassem uma cesariana, apesar da má condição do seu corpo depositando toda sua esperança na tecnologia daquela época ¹. A idéia de uma segunda perda era para ela insuportável, como bem ilustram as imagens do quadro.

Para uma gestante, receber um diagnóstico pré-natal desfavorável é, de fato, uma experiência traumática. Sobretudo, quando, esta, desconhece que possui risco aumentado para doenças genéticas e/ou malformações congênitas, como a maioria das gestantes ouvidas no estudo, e recebem esta notícia com a gravidez em curso. O impacto dessa experiência nem sempre se dilui com o desfecho da gravidez e pode interferir no projeto reprodutivo da mulher. No acompanhamento clínico de casos onde se detectou malformação no feto (anencefalia), vimos que o medo de que a situação se repita gravidez seguinte permanece, impondo à mulher uma experiência gestacional de intensa

ansiedade. O medo fantasmagórico e concreto de perder também este filho se torna insuportável, apesar de toda informação médica demonstrar, racionalmente, que o risco é baixo e que tudo está bem, como revela o relato abaixo:

(...) “Eu tinha medo de passar da hora, qualquer coisinha tinha medo de perder meu filho (ele demorou a nascer)... Se sangrasse, se doesse, qualquer coisinha eu já achava que ia perder. ‘Quando eu fui para o hospital eu pensava - meu Deus! Meu filho vai nascer prematuro, vai ficar longe de mim, cheio de veia - cheio de furos na cabeça’ -Eu pedia a Deus pra deixar ele ficar na minha barriga!” (M. F., 18 anos).

No imaginário da mulher em situação de risco genético o que fica registrado, como uma marca, são objetos ameaçadores, como no quadro de Frida Kahlo, símbolos da gravidez falhada.

Cabe lembrar que os sentimentos de perda ocorrem depois de qualquer tipo de experiência de gravidez ou parto e, em geral, são conseqüências do período realmente gratificante em que a mulher carrega o bebê dentro de si. Estes sentimentos existem apesar do alívio de tudo ter finalmente acabado com o parto 4 .

Contudo, no ritual médico imposto pela genética pré-natal, a experiência de gravidez é cercada de sinais e símbolos que podem produzir diferentes ameaças: o medo de perder o filho, de que o filho nasça com um defeito, de não conseguir ter um filho ou, ainda, de não conseguir ser mãe para este filho, caso ele em venha a nascer com defeito.

A própria idéia de antecipar um diagnóstico de doença no filho por si só promove este clima de insegurança e medo na gravidez. Cada detalhe focalizado pelo especialista para explicar os riscos do filho idealizado vir a ter uma anomalia genética resulta na

fusão da idéia da doença com o destino do filho. A mulher, nesse caso, não sente que está em risco mas como se já estivesse gerando um filho afetado por alguma anomalia.

Procedimentos tais como o ultra-som morfológico e a amniocentese são ofertados num período em que o nível de ansiedade de gestante já se encontra aumentado pela própria dinâmica psicológica que acompanha as mudanças fisiológicas pelas quais toda mulher passa na gravidez. Toda mulher grávida, em algum momento será assaltada por tais sensações independente do risco. Sintomas com os quais, à rigor, ela irá conviver por toda gestação e se manterá também na vivência da maternidade.

Inibição Sintoma e Angústia ³ vimos que o medo da castração é “representado” no aparelho psíquico, por deslocamentos sucessivos, pelo medo da perda amorosa. Teríamos aqui Eros, norteando e sustentando as ações humanas. Em última instância, o homem agiria por ação de Eros e não por medo, pois que, este, seria sempre o medo de perder um objeto de amor.

III- A MATERNIDADE NOS TEMPOS DAS NOVAS TECNOLOGIAS

Nas imagens do quadro de Frida Kahlo, a fita que está por cima da poça de sangue à volta da pélvis, transforma-se num cordão umbilical e leva-nos até um feto masculino de tamanho invulgar em posição embrionária, o bebê que ela esperava trazer dentro de si durante nove meses e perdeu ¹.

A decisão de ter um filho é, sem dúvida, um passo mais complexo hoje que no passado. A capacidade de controlar a fertilidade através da contracepção em décadas passadas e, mais recentemente a tecnologia da reprodução, responsável pela cultura do risco, trouxe uma responsabilidade adicional e concreta para mulher. *Devo fazer exames*

pré-natais ou conviver com o medo de que o filho venha a nascer com uma anomalia genética ?

Não obstante, a cultura do medo é também a cultura da culpa (Mendonça). As normas educativas procuravam exercer um controle absoluto sobre sexualidade feminina, que passa a ser adestrada e utilizada para o sucesso do casamento e da maternidade⁵. Nisso, inclui-se na atualidade, escolher quando e como ter filhos. Para medicina preditiva, nunca antes de 18 anos e nunca após os 35 anos.

Como se sabe a experiência do desamparo afetivo e social da mulher, cuja solução, se encontra na maternidade (e no casamento), tem uma origem histórica. Seu início data do século XIX, período no qual a mulher foi colocada em um pedestal, sendo-lhe atribuída a responsabilidade que, não foi observada em nenhum outro período histórico, de ser a redentora do homem e da sociedade⁶.

No centro desta estratégia encontra-se uma crescente preocupação com a sexualidade feminina. A maternidade e o casamento são lugares privilegiados para essa fixação, a mulher tendo que ficar sob a tutela do homem e ter prazer com o filho.

Dois séculos depois o papel da mulher na sociedade mudou muito, a ponto de que, nos dias atuais, as mulheres podem decidir o momento de ter filhos (ou de não os ter) e sabem muito bem para quem esse filho que estão esperando faz sentido.

Em decorrência disso, cada vez mais, mulheres em idade considerada de risco, do ponto de vista médico, estão decidindo engravidar. Para as que decidem engravidar, a entrada de um filho em seu plano de vida conquistado arduamente em nossa sociedade, traz à tona conflitos entre o desejo de ser uma boa mãe e a vontade de estar disponível para o progresso de sua carreira.

Alterando assim a imagem da mãe comparada na literatura à figura da Madona que devota toda sua vida ao filho. Através de um processo de beatificação do sexo feminino, a maternidade, assim vista, foi (não é mais) transformada em uma função sagrada e a mulher (até o século XX) em sua redentora ⁶.

No plano psíquico, o que é para mulher (de hoje) a experiência de nascimento de um filho? Na medida que aquilo que deseja no decurso da gravidez é, antes de qualquer coisa, a recompensa ou a repetição de sua própria infância ². O nascimento de um filho vai ocupar um lugar entre os seus sonhos perdidos. Um sonho encarregado de preencher o que ficou vazio no seu próprio passado, uma imagem fantasmática que se sobrepõe à pessoa real do filho.

Neste sentido, os riscos de uma maternidade mal sucedida, do ponto de vista psíquico, sobrepôs-se aos riscos de defeito no filho. Isso implica em dizer que no momento de decidir entre o risco de perder o filho e o risco desse filho vir a nascer com defeito, as mulheres estudadas optaram por conviver com o risco do defeito e preservar o filho:

(...)“O exame que ele pediu eu não fiz [refere-se a amniocentese], porque não quero saber. Não é isso, é que eu já perdi um filho e não quero perder outro, prefiro correr o risco”. (reprodução da consulta - M.F., 43 anos).

(...)“Eu não quero correr o risco de perder pelo procedimento, nem eu nem meu marido. Os médicos [referindo-se à medicina fetal] nos deram um tempo pra pensar e nós decidimos não fazer o exame”.(reprodução da consulta - R. C, 36 anos).

IV-IMAGINANDO O FILHO IMPERFEITO

Em geral, as gestantes têm a crença de que seus filhos nascerão perfeitos e a qualidade afetiva do entorno familiar e social é preponderante na manutenção ou na alteração desse estado de equilíbrio na gravidez, além, é claro, do seu *background* emocional.

Ao defrontar-se com a idéia de doença genética, em potencial, em seu filho produz-se uma mistura de medo e superstição no imaginário da gestante.

Algumas mulheres influenciadas por uma tecnologia excessivamente perscrutativas, submetem seus corpos como objeto de intervenções e práticas invasivas onde se destacam a amniocentese, orquestrada pelo referencial da citogenética, e a técnica de visualização (ultra-som).

O poder de imagem da ultra-sonografia que acompanha tais procedimentos diagnósticos tem efeitos complexos no sentido de produzir a imagem do feto (ou do filho) na consciência da gestante.

Esses canais são construídos através da imagem, os borrões cinzas e brancos da figura do feto através da ultra-sonografia não falam por si, mas, precisam ser interpretados. Sociólogos e alguns historiadores da área de ciências e tecnologia têm ressaltado que os objetos médicos e científicos utilizados como medida, raramente são percebidos ou manipulados em seu estado natural. Há uma transformação desses objetos em escalas, fixadas como medida que dão as imagens dos gráficos e os habilita para serem usados como instrumentos de análise diagnóstica 7.

O poder da imagem técnico-científica pode, em larga escala, ser atribuído ao seu *status* móvel: ela condensa a representação do argumento de causalidade que pode ser mudado e desdobrado para normalizar casos individuais e pontos de vista teóricos ⁸.

Vista na tela, a imagem da ultra-sonografia pode até parecer para a gestante como seu bebê. Mas, sua visão é profundamente influenciada pela representação científica e/ou fantasmática do filho ⁷.

Certamente, em situações de baixo risco, as mulheres não estão pensando sobre os aspectos tecnológicos da ultra-sonografia. Usualmente essas imagens são um recurso de intensa especulação e prazer para os pais para que possam experimentar a gravidez no plano “real”, por dentro da barriga, antes mesmo que a gravidez se torne pública.

O tempo real do feto é um tempo social, um tempo em que a gravidez é avaliada pela visão e pelos comentários que as pessoas fazem ao perceber a barriga crescer ⁷.

Com o advento do ultra-som, esse tempo passou a ser também marcado pela tecnologia. A realidade da gravidez sai de um plano da experiência sensível para o plano da visibilidade tecnológica ⁷.

Hoje em dia, é comum as mulheres marcarem o início (subjetivo) da gravidez após o primeiro ultra-som confirmando o tempo e há, ainda, aquelas que esperam o resultado da translucência nugal (teste para rastrear anomalias no feto) e somente a partir do resultado “normal” se sentem confortáveis para anunciar a gravidez aos parentes e amigos .

V- CONSTATANDO O DEFEITO

Poucos acontecimentos evocam a emoção dos sujeitos como o nascimento de crianças com anomalia. Usualmente os sujeitos respondem a esse evento com (manifestações de medo, culpa, simpatias, incredulidade, curiosidade e muita imaginação 9.

Diante de um fato dessa natureza para o qual não se encontra uma explicação racional o ser humano procura fabricar uma, com base em idéias sobrenaturais. Hábito que somente fora modificado quando foi possível identificar e compreender cientificamente os mecanismos da embriogenese.

Pessoas que nasciam com defeitos (monstros), inicialmente, eram entendidas e colocadas dentre os muitos fenômenos naturais atribuídos aos deuses. Viam-se nelas um significado especial assim como os terremotos, as inundações e os eventos celestiais que expressavam a idéia de que os deuses criavam os defeitos com o intuito de se divertirem. A mais séria dessas interpretações refere-se à idéia de que os deuses usavam as monstruosidades (malformações) para enviar mensagens de natureza grave como guerras, tanto quanto expressões de prazer, implicando que se evitassem a presença de pessoas com tais defeitos em sociedade 9.

Conexões lingüísticas podem ser encontrados em aspectos dessa interpretação, o termo *monster* (na língua inglesa) historicamente associado à criança malformada, pode ser derivado da palavra *monstrare* (to show) - mostrar ou *monero* (to warn) - advertir, prevenir 9.

A influência de tais interpretações divinas deu autoridade para que crianças com anomalias genéticas fossem eliminadas, seguindo uma prática comum de algumas

civilizações. Não raramente, nestes casos a vida da mãe estava também em perigo. Variações desse conceito tem povoado o imaginário das pessoas em relação às anomalias genéticas até os dias de hoje, representando o descontentamento e a punição divina: “*foi vontade de Deus...*”, ou ainda, “*não quero fazer o exame, entrego a Deus*” (comentários feitos por gestantes para justificar sua recusa diante da oferta do exame invasivo).

Como se vê, a abordagem sobre defeitos genéticos tem variado com o passar dos tempos. Atualmente, atendendo a esta visão histórica há um grande esforço para prevenir o nascimento de crianças com anomalias, incorporando-se às práticas de triagem e diagnóstico pré-natal um clima de medo, cristalizado em torno do desejo de ter um filho “*saudável*”.

O risco populacional para defeitos congênitos, incluindo as doenças genéticas na população geral, é de cerca de 3 a 5%¹⁰, exceto em casos particulares. Nas mulheres que participaram do estudo, a maioria dos cálculos de risco efetivamente feitos não ultrapassou essa faixa de risco, que é considerado do ponto de vista médico um risco baixo.

Não obstante, diante da notícia de um diagnóstico positivo para uma anomalia congênita a resposta será sempre de perplexidade, estranhamento, medo e culpa. A demanda de uma explicação que atenda aos valores pessoais, existente no imaginário coletivo desde a antiguidade como um traço arcaico, aumenta a angústia das mulheres. O modelo explicativo usado pelas gestantes que investiguei para justificar para si mesmas o defeito na criança é característico da cultura e do contexto de sua vida naquele momento. Alguns fatores, como: sustos, aborrecimentos causados por brigas com

familiares, tiroteio, assalto em ônibus, alcoolismo (especificamente beber cerveja) e a convivência com outras crianças com defeitos durante a gravidez (referindo-se ao próprio ambiente hospitalar), são apontados como prováveis causas dos problemas diagnosticados em seus filhos.

VI - AS NOVAS TECNOLOGIAS REPRODUTIVAS

No fundo à esquerda do quadro da artista, em tons predominantemente cinzentos e azuis está representado o mundo morto e frio da indústria (alegoria da tecnologia médica) parecendo apontar, como uma premonição, o que muitas mulheres vivem hoje em dia ao experimentarem o insucesso de uma gravidez que não vinga apesar de toda tecnologia disponível ¹.

Em nenhum outro momento a ameaça de não poder gerar filhos perfeitos esteve tão enfatizada como agora e o mérito disso devemos, em parte, à tecnologia da reprodução.

Desde a década de 70 quando nasceu Luize Brown, o primeiro bebê de proveta, a tecnologia da reprodução avançou muito trazendo um leque de possibilidades, muitas delas impensáveis, naquela época, para solucionar problemas de infertilidade quando a natureza se incumbia de complicar.

A evolução da genética pré-natal foi muito marcante nas duas últimas décadas. A surpresa diante da anomalia ao nascimento, vem sendo progressivamente substituída pelo diagnóstico ao longo da gestação, trazendo como benefício esperado permitir que o médico organize melhor as condições do parto para obter um melhor prognóstico do recém-nascido. O que a tecnologia não previu é que ao mesmo tempo em que se cria os recursos para diagnosticar o feto, cria-se também novas formas de sofrimento psicológico para o grupo de mulheres em risco genético.

Por outro lado, a condição de risco genético representa um grande conflito para a proposta preventiva da medicina na medida que não é possível tratar a maioria dos problemas identificados no pré-natal. Apesar disso, a informação de risco aumentado é revelada as que optam por saber, mesmo que, estas, não saibam o que fazer com essa informação. Veja os depoimentos abaixo:

(...)“Hoje eu penso que se engravidasse novamente, só faria o exame se tivesse algum tipo de tratamento dentro da barriga, foi terrível pra mim. (...)Se não existe tratamento o que é antecipar a informação é antecipar um sofrimento da mãe” ? (Gestante, 43 anos, comentário sobre exame invasivo).

(...) “Quando o médico me disse que o risco existe porque a bolsa não foi feita para ser mexida, aquilo ficou marcado...Se não foi feita pra ser mexida, porque fazer o exame e colocar a vida do meu filho em risco”?- (Gestante, 36 anos, discutindo a amniocentese).

A mulher diante da tecnologia do diagnóstico pré-natal vive a ilusão de limitar as chances de acidentes na reprodução e, uma sensação de controle que, muitas vezes, é necessária para conviver com a ameaça do risco.

Num contexto mais social, a tecnologia pré-natal por seu caráter invasivo, modifica a naturalidade e os limites da maternidade trazendo uma sobrecarga de medos à experiência da gravidez aumentando a responsabilidade da mulher sobre o *bem-estar* do feto, que ela busca acompanhar mais de perto.

VII – O MITO DA IDADE MATERNA AVANÇADA

Muito do modo de pensar, hábitos, forma de ser no mundo das mulheres ouvidas no estudo, respondem a uma hierarquia de valores que definem o papel da maternidade na vida da mulher neste início de século. Quando, cada vez mais mulheres estão optando por adiar a maternidade em detrimento de outras prioridades em suas vidas. O risco da idade avançada é, neste contexto, um obstáculo à realização do sonho da maternidade.

Hoje, mais do que nunca, as mulheres têm sido prevenidas sobre o risco de ter um filho com algum tipo de anomalia genética, em idades acima de 35 anos, inclusive, comparativamente, às mulheres mais jovens.

Mas, é somente no contexto do diagnóstico pré-natal, que tais dilemas ganham dimensões de ameaça, à medida em que se introduz um discurso médico e uma evidência científica do risco genético.

O trecho abaixo, extraído da fala de uma gestante em idade materna avançada, ilustra esse ponto de vista:

(...)“Eu nunca pensei em ter filhos (...) Eu não tinha noção da existência desses exames (amniocentese). Foi terrível para mim, já para uma outra moça que estava na sala de espera e encontrava-se na 2ª ou 3ª gravidez, era muito normal. Eu tinha que fazer o exame porque as pessoas, principalmente, minha família, diziam: você tem que fazer... ! – inclusive minha médica pediu para eu fazer. Então, para todo mundo ficar tranqüilo eu decidi fazer. Se eu fosse mais nova eu não faria, fiz pelo fator idade, mas na verdade eu nunca pensei na idade como uma preocupação”(transcrição de entrevista - M. G., 43 anos).

Inegavelmente existe uma cobrança, cada vez mais, incentivada pela tecnologia dos exames pré-natais para que a mulher acompanhe, exaustivamente, o desenvolvimento do feto, levando à ilusão de poder interferir nas características físicas da criança. O uso indiscriminado do ultra-som, além do que é necessário para o médico acompanhar o bem-estar do feto, é um exemplo disso. Em muitos casos o exame é usado apenas com a finalidade de “tranquilizar” a mulher.

A expectativa dos pais em relação aos filhos é de que sejam sadios e perfeitos e que se destaquem dos demais na sociedade por sua inteligência e beleza. Será a partir dessas características dos filhos, sobretudo, as que são percebidas na aparência física e no desempenho intelectual, que as qualidades reprodutivas (*narcísicas*) dos pais serão avaliadas.

Neste sentido a maternidade, no imaginário da mulher, torna-se um objeto, um ego ideal² a ser conquistado. O que o sujeito projeta diante de si como sendo seu ideal, nos diz Freud, é o substituto do narcisismo perdido de sua infância na qual ele era o seu próprio ideal, alvo do amor de si mesmo (*self-love*) desfrutado na infância pelo ego real. O narcisismo do indivíduo surge deslocado em direção a esse novo ego ideal, o qual, como o ego infantil, se acha possuído de toda perfeição de valor. Como acontece com os filhos, para os pais.

² *"Como acontece sempre que a libido está envolvida, mais uma vez aqui o homem se mostra incapaz de abrir mão de uma satisfação de que outrora desfrutou. Ele não está disposto a renunciar à perfeição narcisista de sua infância; e quando, ao crescer, se vê perturbado pelas admoestações de terceiros e pelo despertar de seu próprio julgamento crítico, de modo a não mais poder reter aquela perfeição, procura recuperá-la sob a nova forma de um ego ideal"*

O discurso técnico - científico reduzido ao aspecto puramente funcional, normalmente adotado no contexto de diagnóstico pré-natal ao identificar o risco de anomalias genéticas no feto, não leva em conta as várias demandas das gestante e nem sempre opera no sentido de romper com a busca desse padrão de normalidade.

No campo da Bioética discute-se se essa imposição de padrões não acabará por mudar a noção de amor materno. Se o fato de ser submetido a testes de perfeição para assegurar amor e aceitação por seus próprios pais, não irá propiciar o surgimento, consciente ou inconsciente, de uma nova moral dentro da família ¹¹. Como será a relação desses pais e filhos depois do diagnóstico pré-natal? Passo a me indagar.

VIII - CONSIDERAÇÕES FINAIS:

A gravidez é um esforço para a mulher em todos os sentidos.

A readaptação dos mecanismos corporais, a readaptação psicológica, o sonho de ser mãe com seu novo papel, são preocupações constantes na vida da mulher nesse período. A grande maioria delas experimenta uma combinação de sentimentos como ansiedade, sensação de desamparo e agradável expectativa.

Contudo, ao ouvir do especialista que o filho esperado está em risco de ter uma doença genética, como a síndrome de Down, por exemplo, a gestante reage tal como se estivesse frente a uma perigo de natureza física, e não separa mais o perigo material do psíquico, nem o real do imaginário ³.

A idéia do risco genético acrescenta uma sobrecarga emocional a experiência da gravidez. Uma vez que, a mulher passa a lidar, concretamente, com questões de ordem ética, moral, religiosa e toma decisões sobre sua gravidez, em um curto período de tempo, que irão repercutir por toda sua vida.

No quadro - *A Cama Voadora* de Frida Kahlo – o conflito diante da maternidade falhada, aparece como uma alegoria do imaginário feminino da gestante de risco genético. Onde podemos observar através de imagens realísticas, toda dor de se ver na iminência de perder um filho desejado.

A intenção ao fazer a referência ao quadro da artista, à título de ilustração, foi a de tornar essa experiência mais visível, sobretudo, para os profissionais da saúde materno-fetal, já que no âmbito hospitalar as mulheres pouco falam sobre ela. Na literatura a questão do risco genético é visto apenas pelo ponto de vista da medicina. Havendo pouco interesse pelas questões psicossociais ligadas à ele. Sobretudo, neste momento em que, cada vez mais, a tecnologia do diagnóstico pré-natal está sendo disponibilizada às gestantes nos serviços de assistência pré-natal, visando antecipar informações sobre a saúde do feto. Essa mesma tecnologia que antecipa a dor, contraditoriamente, não dispõe de recursos para curar as doenças que diagnostica.

V III - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1 -KETTENMANN, A. *Frida Kahlo - Dor e Paixão*. London, Madrid, New York, Paris e Tokyo, Editora TASCHEN,2001.

2- DOLTO, Françoise. *Sexualidade Feminina – Libido, erotismo, frigidez*; tradução Roberto Cortes de Lacerda, 3ª ed. Martins Fontes, São Paulo, 1996.

3- Freud, S. (1926). *Inibição e Sintoma e Ansiedade*. In: Obras Completas. Rio de Janeiro, Imago, 1989.

4- SOULÉ, M.. *O filho imaginário; o filho da cabeça*. In: BRAZELTON, T. B. e colaboradores,1987. 5- ARIÈS, Philippe. *História Social da Criança e da Família*. Edição, Rio de Janeiro, Editora Zahar, 1978.

- 5- ARRIÈS, P., 1978, *História Social da Criança e da Família*. Rio de Janeiro : Editora –Zahar.
- 6- PERROT, M; DUBY G, 1989. *Histórias das mulheres no Ocidente - do renascimento a idade moderna* - São Paulo: Ebradil.
- 7- RAPP, Rayna. *Real -Time Fetus - The Role of the Sonogram in the Age of Monitored Reproduction*. In: *Cyborgs & Citadels – Anthropological Interventions in Emerging and Technologies*, edited by Downy, G. L & Dumit, J 1996, p. 23-25.
- 8- LATOUR, Bruno. *Visualization and Cognition: Thinking with eyes and hands, Knowledge and Society: Studies in the Sociology of Culture Past and Present.*, 1986, p.6: 1-40.
- _____. *Darwing Things Together*. In: *Representation in science practice*, Michel Lynch and Steve Woolgar, eds. Cambridge: MIT Press, 1990b.
- 9- STEVENSON, R. E., HALL, J G., GOODMAN, R. M., *Human Malformations and Related Anomalies (Vol. I)*. New York: Oxford University Press, 1999.
- 10- CASTILLA, E. E, LÓPEZ-CAMELO, J.S., PAZ, J.E., ORIOLI, I.M. *Edad Materna y Outros Factores demográficos*. In: Dutra, M. G. (org.): *Prevencion primaria de los defectos congenitos*. Edição, Rio de Janeiro, Editora:FIOCRUZ, 1996 p. 19-33.
- 11- AZEVEDO, Eliane S. *Aborto*. In: GARRAFA, Valnei & COSTA, Sergio F. (orgs.). *A Bioética no Século XXI - Coleção Saúde, Cidadania e Bioética*, Brasília, Editora UNB, 2000, p. 86-99.