
PERDA GESTACIONAL TARDIA: ASPECTOS A SEREM ENFRENTADOS POR MULHERES E CONDUTA PROFISSIONAL FRENTE A ESSAS SITUAÇÕES

FERNANDA TORRES DE CARVALHO
Universidade Federal do Rio Grande do Sul

LAURA MEYER
Equipe de Urologia do Instituto Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre

RESUMO

O presente estudo teve como objetivos identificar os principais aspectos a serem enfrentados por mulheres no momento imediato à perda gestacional, bem como refletir sobre a conduta do profissional da área da Psicologia. Para tanto, participaram do estudo 12 pacientes, entre 20 e 39 anos, que tiveram perda gestacional tardia. Realizaram-se entrevistas semi-dirigidas, com posterior Análise de Conteúdo. Das entrevistas, emergiram algumas categorias: necessidade de lidar com a morte e com o luto, lidar com procedimentos – sepultamento, atestado de óbito etc.-, decisão quanto a ter ou não contato com o bebê morto, conflito sobre tomar decisões quanto a ter ou não mais filhos, ambivalência frente à alta hospitalar e importância da presença de familiares ao longo do processo da perda. Reflete-se sobre cada um destes aspectos, salientando a importância da atuação de uma equipe hospitalar continente nos momentos imediatos a perdas na gestação.

Palavras-chave: Perda gestacional; morte; enfrentamento; luto; Psicologia hospitalar.

ABSTRACT

LATE PREGNANCY LOSS: ASPECTS FACED BY WOMEN AND PROFESSIONAL BEHAVIORS IN THIS SITUATION
The present study aimed to identify the main issues faced by women following pregnancy loss, as well as to discuss about the psychologist's role in these situations. Twelve patients aged between 20 and 39 years old that suffered late pregnancy loss were interviewed. The procedure to analyze data obtained was based on Content Analysis. Some of the categories that emerged were: dealing with death and grief, dealing with procedures related to death, decision about seeing the dead baby, decisions about having other children, ambivalence about going home and the importance of the relatives' presence along the process of the loss. The article presents a discussion about these aspects, pointing out the role of the hospital's professionals immediately after the pregnancy loss.

Key words: Pregnancy loss; death; grief; health Psychology.

INTRODUÇÃO

Na Idade Média, a morte da criança era pouco valorizada, já que esta era vista como um ser sem personalidade. Ao morrer, muitas vezes, não tinha nome e o nome era costumeiramente atribuído diretamente a outra criança. Foi a partir do século XIX que a morte da criança começou a ser considerada algo importante. As pessoas passaram a conceber um lugar diferenciado a estas no céu, sendo que algumas vezes eram consideradas por suas mães como anjos ou santos. De um descaso quase total na Idade Média, perder um filho, no século XIX, tornou-se um evento de profunda comoção e tristeza (Chiatone, 1998). Ao longo dos tempos, o poder em relação à vida foi transferido da religião para a Medicina, principalmente a partir do incrível avanço tecnológico atual (Kovács, 1992). O ciclo da doença dinamizou-se ao longo dos tempos, criando uma relação entre equipes e pacientes, em que o diálogo chega a se dar, muitas vezes, de forma a dissociar o que é da ordem dos sentimentos e o que é da ordem da razão prática (Rodrigues e Braga, 1998).

Então, as formas de lidar com a morte foram se modificando ao longo do tempo. Atualmente, são diversos os estudos sobre a relação das pessoas com a morte, enfocando os processos de luto. Alguns autores questionam padrões assumidos como de luto normal, considerando difícil a definição do que é patológico, uma vez que não se sabe ao certo que reações frente à morte podem ser consideradas normais. Para Hogan, Greenfield e Schmidt (2001), a falta de entendimento do luto normal está relacionada à escassez de instrumentos de estudo da trajetória do luto e seus elementos. Lin e Lasker (1996) desenvolveram um estudo longitudinal que buscou alguns padrões de evolução do luto após a perda na gestação, acompanhando pais e mães durante dois anos. As autoras concluíram que o processo de luto é mais complicado do que o descrito na literatura, sendo impreciso concluir que a maior parte das pessoas segue uma trajetória normal de luto após perdas deste tipo.

Existem teorias a respeito do enlutamento, no entanto, que focalizam as fases observáveis do luto. O choque seria, conforme essas teorias, a primeira resposta à morte de uma pessoa (Kübler-Ross, 1992; Lin e Lasker, 1996). Ele constitui-se em uma reação imediata, sendo seguida por uma fase controlada, na qual o enlutado se encontra cercado de parentes e amigos. É nesse momento que todos os arranjos precisam ser feitos: velório, capela, sepultamento, pertences pessoais, etc. (Pincus, 1989). Juntamente a esse momento inicial, aparece a negação da morte, em que o enlutado sente dificuldade em acreditar que tudo realmente está acontecendo, que não é um engano (Lin e Lasker, 1996; Stedeford, 1986). A negação proporciona a chance de entrar em contato com notícias inesperadas e chocantes de forma gradativa, para, com o tempo mobilizar medidas menos radicais (Kübler-Ross, 1992). A dor e a aflição reais fazem-se sentir quando termina a fase controlada e começa a tarefa de

testar a realidade, submetendo-se à nova situação e ao doloroso exercício de afastar-se internamente da pessoa desaparecida. É então que o enlutado se sente perdido e abandonado e tenta desenvolver defesas contra as agonias da dor, já que a raiva aparece como um sentimento muito forte neste instante (Bowlby, 1973/1998; Stedeford, 1986).

Pode-se considerar o sentimento de tristeza como a próxima fase do luto, pois ela é uma reação universal, quase automática frente à realidade da perda. Os sintomas depressivos ficam bastante presentes nesta fase (Kübler-Ross, 1992). Essa etapa pode prolongar-se por muito tempo. A maioria das pessoas busca ainda, mesmo que na lembrança, aquele que faleceu e pode expressar isso por meio de um comportamento agitado, tensão e perda de interesse por tudo o que não esteja relacionado ao falecido. Esses sintomas diminuem, quando, pouco a pouco, a realidade da perda pode ser aceita e a pessoa, muito lentamente, reconstrói seu mundo interno (Pincus, 1989). À medida que o enlutado fica mais relaxado, diminuindo a tensão, a frustração e a dor, pode-se encontrar um sentido para os acontecimentos dolorosos da vida. Seria, então, descoberta a fase final da elaboração do luto normal, a qual pode ser denominada como a fase de aceitação (Kübler-Ross, 1992; Pincus, 1989).

Um subtema importante, ao se estudar a morte e o luto, é a questão referente a perdas na gestação. Pelo menos 15% das gestações que se sabe terminam em perda, sendo que a maioria delas ocorre nos primeiros três meses de gravidez (Engelherd, Hout e Arntz, 2001). Lee e Slade (1996) propuseram que estes índices chegam a oscilar entre 12 e 24%. Paton, Wood, Bor e Nitsun (1999) afirmam que uma em cada cinco gestações tem este fim. Fetos eliminados até a 20ª semana de gestação constituem-se em perdas fetais precoces, os expulsos ou extraídos entre a 20ª e 27ª semanas são perdas intermediárias, sendo que todas essas perdas são denominadas aborto (Vianna, 1996). Hunfeld, Wladimiroff e Passchier (1997) consideram como perda tardia aquelas ocorridas a partir da 24ª semana de gestação.

Alguns estudos foram dedicados a verificar a saúde psíquica das mulheres vítimas de perdas gestacionais. O risco de aparecerem sintomas depressivos, ansiedade ou pânico é relativamente grande, principalmente alguns meses após a perda (Burgoine, Vankirk, Romm, Edelman, Jacobson e Jensen, 2005). Entre 30 e 50% destas pacientes desenvolvem sintomas severos de depressão seis meses após a morte de seus bebês (Janssen, Cuisinier, Hoogduin e Graauw, 1996). Além disso, a história prévia de perda e quanto mais cedo for a experiência de perda é maior este risco (Lin e Lasker, 1996), bem como quanto maior for a idade gestacional (Janssen et al., 1997). Adolescentes que experienciam perda precoce na gravidez têm um risco significativo de desenvolverem depressão, apresentando manifestações físicas, emocionais, sociais e cognitivas (Wheeler e Austin, 2001).

A partir de uma revisão de literatura, Lee e Slade (1996) detectaram que a ocorrência de sintomas depressivos em mulheres pós-aborto é quatro vezes maior do que na população geral. Com o passar dos meses, esses sintomas tendem a diminuir, sendo que, ao final de um ano, podem reincidir. Na amostra estudada por Klock, Chang, Hiley e Hill (1997), composta por mulheres vítimas de perdas recorrentes, três perdas ou mais, o índice de depressão foi duas vezes maior do que na população geral. Os autores demonstraram, ainda, que a ansiedade é um fator psicológico importante, na medida em que sua presença pode aumentar a chance de novas perdas.

A perda do filho durante a gestação traz reações diversas, comumente muito sofridas. Aparece uma desvalorização da auto-imagem, por parte da mulher, pelo sentimento de que seu corpo não pôde funcionar adequadamente durante a gestação ou pela crença de que não é capaz de desempenhar seu papel biológico e conjugal (Stirtzinger, Robinson e Stewart, 1999). Pais cujas companheiras sofreram aborto também mencionam o sentimento de frustração pela impossibilidade de exercer a função paterna (Rodrigues e Hogo, 2005). Além disso, é freqüente nas mulheres a presença do sentimento de culpa, tristeza e raiva (Boemer e Mariutti, 2003; Engelherd et al., 2001; Nery, Monteiro, Luz e Crizóstomo, 2006). As mulheres podem, também, fazer a ligação entre a morte do bebê e a perda de outro membro da família. O abortamento representa a perda de uma gestação, de um bebê ou futuro filho, da maternidade, de parte de si mesma e de sua auto-estima (Lee e Slade, 1996; Nery, Monteiro, Luz e Crizóstomo, 2006). Essas situações são peculiares, na medida em que se trata de um enlutamento, não por alguém consciente e objetivamente conhecido, mas por um bebê imaginário, que já vinha formando vínculos antes mesmo de nascer (Benute, Nomura, Lucia e Zugaib, 2006; Hunfeld, Wladimiroff e Passchier, 1997). Além disso, esta situação pode afetar os sentimentos dos pais com relação a possíveis novas gestações (Bowlby, 1973/1998).

Por todos estes fatores, muitas mulheres expressam um forte desejo de obter informações a respeito das razões do fracasso de sua gestação, como uma forma, talvez, de buscar explicações e um certo alívio (Nikcevic, Kuczmierczyk, Tunkel e Nicolaidis, 2000). Infelizmente, segundo Conway e Russell (2000), apenas 34% das mães e 29% dos pais recebem explicações sobre os possíveis motivos da perda. Em um estudo realizado por Paton et al. (1999), mulheres que sofreram perdas na gestação foram solicitadas a avaliar o serviço de saúde recebido. Dentre diversos fatores, o único grau significativo de insatisfação, percebido pelas mulheres, se deu em relação a dois aspectos: quanto à explicação que receberam sobre as causas de sua perda e quanto ao acompanhamento recebido pela equipe. Para os autores, esses resultados demonstram que a amostra de mulheres estudadas estava denunciando uma falta de preocupação com os seus sentimentos.

Vivenciar o luto por este tipo de perda é um desafio importante para as mulheres, levando em conta que a perda de um filho é uma das perdas mais difíceis de serem elaboradas (Van, 2001). Em seu estudo, Van investigou as possíveis formas de enfrentamento em situações como estas. Uma das estratégias nomeadas pela autora é a tentativa de “*deixar de lado*”, procurar não pensar no que aconteceu. Esta estratégia aparece quando as pessoas ao redor estão com dificuldade para suportar o sofrimento da mulher e, de alguma forma, demonstram isso. Além disso, pode ser uma tentativa, por parte da mulher, de não evocar a dor e o sofrimento. Outra estratégia possível é a de acreditar que a perda “*tem um propósito*”. Nesses casos, as mulheres ligam a perda com suas histórias de vida, buscando um motivo por que estão vivendo o aborto, comumente referindo aprendizado. Também pode acontecer com mulheres que enfocam o fato de terem tido a oportunidade de vivenciar a experiência de gravidez, mesmo que o bebê não tenha nascido vivo. Essa é, então, uma forma de provar sua fertilidade. Ainda, pode surgir a crença de que “*o bebê está bem. Está em um bom lugar*”. Essa estratégia de enfrentamento baseia-se, geralmente, na religião ou na espiritualidade. A mulher busca conforto na idéia de que existe vida após a morte. Não é raro estas mulheres sonharem com seus filhos, ouvindo-os dizer que estão bem.

Bowlby (1973/1998) acrescenta que é de extrema importância que os pais possam ter contato com o bebê falecido após o nascimento. Para o autor, os pais “*devem estar junto dele [do bebê] quando morre. Depois de morto, devem ser estimulados a vê-lo, tocá-lo e segurá-lo*” (p. 127). Essa recomendação é feita, já que o contato fará com que se conectem com a realidade, o que auxilia no processo de luto. A freqüente atitude de afastar os pais da situação de morte aumenta os problemas emocionais enfrentados no período subsequente à alta hospitalar.

A elaboração do luto por perda gestacional é um desafio a mais, ao se levar em conta que existe uma lacuna social no que se refere à rede de apoio a essas pessoas (Bowlby, 1973/1998). O apoio dos familiares, nesta hora, é fundamental (Conway e Russell, 2000). Porém, a sociedade, em sua tentativa de não lidar com a morte, tem uma dificuldade especial com a perda de bebês. Desta forma, nem sempre proporciona o apoio adequado. Além da perda, a própria experiência de hospitalização e a intervenção cirúrgica do parto podem potencializar a experiência traumatizante (Angerami-Camon, 1994). A equipe de saúde, em alguns casos, não está preparada para lidar com estas situações, de modo que alguns membros o fazem de maneira mais adequada do que outros, já que isso poderá depender da compaixão e de características pessoais de cada um (Gonçalves, 2001). Essa falta de habilidade para lidar com as emoções e o sofrimento, muitas vezes, faz com que o tempo de permanência destas mães no hospital seja menor do que o indicado. Estas dificuldades traduzem-se também na percepção das pacientes de que não foram tratadas com muita seriedade e que seus casos não foram considerados como uma emergência. Elas revelam o sentimento de que a

equipe de saúde não considera os casos de perda na gestação como importantes (Lee e Slade, 1996). E, ainda, vivem o tempo de hospitalização como um tempo de muito sofrimento, dificultando esquecer o que lhes ocorreu (Boemer e Mariutti, 2003).

Com base nestas informações, buscou-se sistematizar os dados trazidos por mulheres vítimas de perdas na gestação, entrevistadas até 48 horas após a perda, durante a internação hospitalar. Este estudo teve como objetivos: 1) identificar, com base no relato das pacientes, quais os principais aspectos a serem enfrentados por elas no momento imediato à perda gestacional; e 2) a partir de cada aspecto identificado, refletir sobre a conduta do profissional da área da Psicologia nessas situações.

MÉTODO

Participantes

Participaram deste estudo 12 mulheres internadas em alojamento conjunto da maternidade de um hospital de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, no ano de 2000. Todas tinham sido internadas por perda gestacional tardia (tempo médio de gestação 28 semanas) e tinham entre 20 e 39 anos. Considerou-se perda gestacional tardia aquela ocorrida após a 24ª semana gestacional, conforme Hunfeld, Wladimiroff e Passchier (1997). Cinco participantes estavam na sua primeira gestação, quatro já tinham tido uma gestação anterior, duas estavam na terceira gestação e uma delas tinha tido cinco gestações anteriores. Nenhuma teve experiência de perda gestacional anteriormente. Todas eram de nível socioeconômico baixo.

Delineamento e procedimento

Utilizou-se o delineamento de estudo de casos coletivo (Stake, 1994), em que se buscou, a partir da análise de cada caso, identificar as similaridades e as particularidades no grupo estudado. Todas as mulheres vítimas de perda gestacional internadas no hospital eram avaliadas pelos profissionais da Psicologia e encaminhadas para atendimento sistemático, quando identificada a necessidade. A avaliação era composta por uma ou mais entrevistas com as pacientes no dia posterior ao parto. Para o presente estudo, utilizou-se a primeira entrevista de avaliação com as mulheres que preencheram o critério de perda gestacional tardia no período de setembro a dezembro de 2000. Com cada uma, foi realizada uma entrevista individual, semi-dirigida, com o objetivo de identificar os aspectos a serem enfrentados por elas nesse momento imediato à perda. Quando havia familiares, estes eram ouvidos, junto à paciente, após a entrevista desta. As entrevistas foram gravadas em fita cassete.

Todas as mulheres deram seu consentimento para a participação no estudo. A todas foi ressaltado o direito de não participarem ou de retirarem seu consentimento a qualquer momento, sem qualquer prejuízo quanto ao atendimento de saúde. Da mesma forma, foram observados os procedimentos éticos junto ao hospital para a realização das entrevistas. Nenhuma participante foi exposta a riscos em função da participação no estudo.

Instrumento

Entrevista sobre a experiência de perda gestacional tardia: trata-se de uma entrevista semi-estruturada, que buscou identificar os aspectos a serem enfrentados por mulheres nos momentos imediatos à perda gestacional tardia. A entrevista foi composta por cinco questões, que foram utilizadas para facilitar que as participantes falassem livremente sobre seus sentimentos: *Como você está se sentindo? Como está sendo para você a experiência de perder seu bebê? Alguém tem ajudado você nesse momento? O que você tem tido que enfrentar, após a morte do bebê? Como você se sente em relação a isso?* A entrevista teve duração de aproximadamente uma hora.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após a leitura exaustiva do material das entrevistas, procedeu-se à análise de conteúdo (Bardin, 1977; Lavile e Dione, 1999), em que se identificaram *a posteriori* as seguintes categorias: a) necessidade de lidar com a morte e com o luto; b) lidar com procedimentos – sepultamento, atestado de óbito, etc.; c) decisão quanto a ter ou não contato com o bebê morto; d) conflito sobre tomar decisões quanto a ter ou não mais filhos; e) ambivalência frente à alta hospitalar; f) importância da presença de familiares ao longo do processo da perda. Essas categorias expressam os aspectos que, na visão das pacientes internadas, devem ser enfrentados por elas no momento imediato à perda de seu(sua) filho(a) na gestação. Tais categorias serão apresentadas discutidas a seguir, juntamente com a reflexão sobre a postura do profissional psicólogo nessas situações.

A necessidade de lidar com a morte e com o luto

Lidar com a perda e enfrentar o luto é uma das principais tarefas para estas mulheres. De alguma forma, todas expressaram isso. No grupo estudado, apareceu fortemente o medo da depressão. E isso ficou claro em algumas falas: *“Estava tudo normal... Eu estou tentando não me desesperar. Eu já chorei muito... não quero cair em depressão. Quero ser forte para enfrentar tudo isso (G)”*. *“Tenho medo do que pode acontecer com ela... que tenha uma depressão. Não sei como agir ou o que dizer” (marido da participante A)*.

A fase inicial do luto também ficou evidente: *“Estou feliz por estar viva. Eu nunca estive tão perto da morte como agora. Acho que é por isso que eu não estou vendo tudo isso como tão sério (participante D)”*; *“Não consigo me conformar... isso não pode estar acontecendo” (participante L)*. *“Pelo amor de Deus, me diz que é mentira. Diz que ele está dormindo, que trocaram. Me diz que vocês estavam brincando... porque eu não vou agüentar (participante C)”*.

Nos relatos, ficou evidente o sofrimento intenso gerado pela perda do bebê durante a gestação, o que também tem sido apresentado pela literatura (Boemer e Mariutti, 2003; Nery et al., 2006; Van, 2001). Referências à depressão também se fizeram evidentes, indicando inclusive o conhecimento de que o risco de depressão nesses momentos pode ser elevado (Burgoine et al., 2005; Janssen et al., 1996; Klock et al., 1997; Lee e Slade, 1996). Além disso, os relatos demonstram também que as participantes estavam vivenciando o luto pela perda do bebê, com verbalizações em que se identificavam as fases de choque e negação (Kübler-Ross, 1992; Lin e Lasker, 1996; Pincus, 1989; Stedeford, 1986). As demais fases do luto, como raiva e aceitação, não ficaram evidentes, principalmente porque, em se tratando do momento imediato à perda, provavelmente, ainda não estavam presentes.

O lidar com procedimentos – sepultamento, atestado de óbito, etc.

Este é o momento em que se começa, objetivamente, a lidar com a morte do bebê, já que existem decisões e atitudes a serem tomadas. Algumas vezes, a família não tinha ainda se dado conta de que teria que organizar um funeral, explicando que não tinham parado para pensar sobre onde teria ficado o corpo do bebê depois do nascimento. *“Eu não sabia que tinha que enterrar... a minha mãe vai ver isso para mim” (D)*. Identificou-se também que nem sempre está claro para as mulheres seu desejo de participar ou não dos procedimentos relacionados à morte, como no exemplo: *“Um lado de mim queria estar lá no enterro e outro não. Eu queria ver e participar, mas acho que ia me fazer muito mal... Eu já vi quando ela nasceu, já me despedi” (F)*.

A equipe deve explicar que a perda tardia do bebê é como a perda de qualquer pessoa da família, que terá velório, caixão e sepultamento. A partir daí, passa a ficar mais presente a questão do luto e a percepção de que, mesmo sendo prematuro, o bebê já se constituía como um membro da família. Todo esse envolvimento, de maneira concreta e objetiva – de providenciar documentos, ir ao cartório, funerária, autorizar necrópsia, etc. – pode servir para “organizar o sofrimento”. São tarefas estruturadas, ligadas à perda do bebê, em meio a uma desordem quase completa de sentimentos e emoções. É preciso considerar que se trata da perda de alguém que estava ainda iniciando sua identidade enquanto membro da família, criando a sua imagem como um ser “real” (Hunfeld, Wladimiroff e Passchier,

1997). Mesmo para as mulheres que, pela fragilidade física ou emocional, não se envolvem com tais procedimentos, é de alguma valia participarem passivamente em todo o processo. Além disso, apesar da presença de ambivalência, é indicado que elas próprias tomem suas decisões.

A decisão quanto a ter ou não contato com o bebê morto

Outro aspecto bastante presente no momento da perda é a possibilidade de a mulher conhecer ou não seu filho, mesmo que este não esteja mais vivo. No presente estudo, isso ficou evidente, já que algumas fizeram menção ao momento em que se encontraram com os bebês falecidos: *“Eu quis ver... eu ia ficar pensando como será que ela era. Eu não sei explicar... mas eu me sinto bem melhor de ter visto”* (F). Também foram relatadas as percepções no momento do contato, mostrando que algumas mulheres tinham a fantasia de que seus filhos eram muito feios ou malformados *“Eu vi. Ela era bem gordinha!”* (E). *“Na hora do parto, eles ficaram com medo de me mostrar a minha filha. Perguntaram se eu estava preparada. Eu disse que sim e vi. Ela era bem normal. Achei bem parecida com a irmã dela. Era bem cabeludinha”* (D). De qualquer forma, querer ver o bebê é uma decisão que, para algumas mulheres, traz algumas dúvidas. Duas participantes decidiram não ver seus bebês falecidos. Questionada sobre se tinha visto seu filho, a participante G disse: *“Na hora, eu disse que não queria ver. Eu tentei me preservar, mas eu sei que tem o lado positivo de olhar... Eu não sei o que seria melhor...”*. *“Eu achei melhor não ver. Era melhor para mim não ficar com aquela imagem na cabeça. Ele era muito pequeno e feio. Eu acho que foi bem melhor não ter visto”* (B).

Freqüentemente, a equipe estimula as mães a verem seus filhos ou até que os toquem, no momento do nascimento. Raramente elas se negam a isso. De uma forma geral, ter o contato com o bebê pode auxiliar no processo de luto, conforme explicitado por Bowlby (1998/1973). O contato ajuda a mulher a acreditar que tudo que está vivendo é real, o que facilita uma futura aceitação. Porém nem sempre este é o melhor momento para uma despedida, pois como elas mesmas mencionam, tudo acontece muito rápido e as dores físicas do parto fazem com que percam um pouco a noção do que se passa. Assim, às vezes, é necessário mais um contato, para que elas possam se despedir. Este espaço, em geral, é proporcionado pelo profissional da Psicologia, quando elas podem estar novamente com o bebê falecido, verbalizar suas dúvidas e desejos, o que pode ser crucial para o desenvolvimento mais saudável do luto. As emoções, neste encontro, são muito intensas, porque envolvem muito sofrimento. De qualquer forma, são momentos importantes, pois se trata da última vez que mãe e filho terão contato. É importante para essas pacientes conhecerem as feições de seu bebê e verificarem que eles têm um formato normal e que não são tão assustadores como normalmente imaginaram. O fato de não terem tido capacidade

de gerar um filho saudável ataca a auto-estima (Lee e Slade, 1996; Stirtzingern, Robison e Stewart, 1999) e pode criar, no imaginário feminino, a figura de um bebê muito feio e deformado. Algumas vezes, de fato, o bebê tinha malformações, porém as mães costumam construir em suas cabeças imagens muito aterrorizantes, o que ficou evidente no estudo. A postura do profissional, nestes momentos, é a de simplesmente permanecer junto, como uma presença de apoio, respeitando as reações da mulher e auxiliando para que as expresse. Os familiares mais próximos também podem ser convidados a ter contato com o bebê, geralmente o pai e os avós, já que todos precisam elaborar o luto.

O conflito sobre tomar decisões quanto a ter ou não mais filhos

Pensar sobre futuras gestações parece ser algo comum entre as participantes. Mesmo que elas não tenham sido questionadas sobre planos quanto a ter ou não outros filhos, esse tema se fez bastante presente: *“Durante esses dias, eu pensava que nunca mais ia querer ter filhos. Agora eu já não sei mais. Acho que eu até poderia tentar de novo”* (G). *“Eu não posso ser mãe. Não quero mais nem pensar nisso”* (D). *“Eu não quero nem pensar em ficar grávida de novo. Já pensou se isso acontece outra vez?”* (B). Da mesma forma, os familiares trouxeram estas questões: *“Os meus familiares dizem que nós vamos poder ter mais filhos logo, logo. Eu já expliquei para eles que eu tenho que acalmar primeiro a minha cabeça, para depois eu ver sobre ter mais filhos. Eu não consigo pensar em nada agora. Não é momento para isso”* (F). *“Porque engravidar agora seria para tentar substituir a minha filha.. E isso não está certo...”* (participante G).

A literatura corrobora esses achados, mencionando que logo após a perda, tanto a mulher como seus familiares costumam se questionar sobre futuras gestações (Bowlby, 1973/1998). Ao profissional, é indicado auxiliar a mulher e a família para que não fujam do enfrentamento da situação a partir de decisões definitivas, já que a situação de perda é única e o filho que foi perdido, insubstituível. Nesse momento de instabilidade emocional, o mais indicado seria o casal evitar tomar decisões importantes e decisivas. É comum determinarem que não terão mais filhos, já que não querem correr o risco de sofrer novamente. Outras vezes, pensam que uma outra gravidez logo em seguida resolveria o problema. É importante ter paciência para enfrentar a situação difícil, deixando que, com o auxílio do tempo, se encontre o melhor caminho a seguir.

Ambivalência frente à alta hospitalar

Voltar para a casa e para a família, segundo as participantes, é um tema bastante presente no momento imediato à perda. Em alguns momentos, poder retornar ao lar e à rotina parece ser o apoio e a possibilidade de se sentir melhor: *“Eu estou com um pouco de*

falta de ar... Quanto será que falta para eu ir embora? Demora muito a recuperação?” (M).; “O pior de tudo é ter que ficar aqui sem ter nada. Quando vem a médica?” (participante H). No hospital, todo o contexto pode gerar sofrimento: “Para mim está sendo muito difícil. É ruim ficar aqui neste quarto cheio de choros de bebê. É por isso que eu tenho estes fones de ouvido e as minhas revistas. Eu quero me distrair o máximo possível” (G). Em outros momentos, ir para casa pode parecer muito sofrido: “Ir para casa é que vai ser o mais difícil. Eu não vou suportar ver todas as roupinhas... E também tem os vizinhos... eu vou ter que ficar repetindo tudo... vou ter que dizer que ela morreu... (começa a chorar)” (G). “Vai ser difícil de voltar para casa, porque vai ser diferente do que nós estávamos esperando. Os planos mudaram completamente” (F). Ainda, o conflito de idéias apareceu com certa evidência: “Eu não vejo a hora de ir embora para casa. Eu não agüento mais ficar aqui. Eu só não sei como vai ser para chegar em casa... mas eu quero ir embora... mas chegar em casa...” (A).

Ao mesmo tempo, que voltar para casa pode representar maior segurança e apoio, significa confrontar as expectativas anteriores quanto ao filho e à realidade da perda que se instituiu. O mesmo espaço que serviu para se preparar para receber alguém servirá para desconstruir tais expectativas e realizar o luto. Com base nisso, é justificável a presença da ambivalência. Além disso, a perda na gestação pode representar para a mulher não só a perda do futuro filho, mas a perda de parte de si mesma e de sua auto-estima (Lee e Slade, 1996). Isto também propicia uma necessidade de recolhimento e a vontade de não precisar compartilhar com os demais sua situação. Em um momento de choque e negação (Kübler-Ross, 1992; Lin e Lasker, 1996; Pincus, 1989; Stedeford, 1986), ficar no hospital desperta um sentimento aversivo. É assim que o hospital fere por exigir a convivência com as demais puérperas e seus bebês, e a volta para casa fere por exigir a convivência com tudo o que estava preparado, esperando pelo bebê que não mais virá. Nessa hora, a necessidade de acolhimento por parte da rede de apoio se potencializa (Gonçalves, 2001).

A importância da presença de familiares ao longo do processo da perda

Ao conversar com as mulheres, ficou bastante presente o tanto que a estas importa a presença ou não de familiares neste momento difícil. “Eu quero a minha mãe e meu marido. Eu quero a minha família. Eu não agüento mais ficar aqui sozinha” (C). É notória a diferença de estado emocional daquelas que recebem apoio familiar e daquelas que estão sozinhas. Geralmente, elas afirmam que estão conseguindo reagir, porque têm seus familiares por perto, auxiliando, sempre presentes nos horários de visita. “A minha sorte é que eu tenho os meus parentes... Se não fossem eles, eu não ia agüentar, eu ia desmoronar” (F). Os familiares apareceram também como importantes para ajudar no processo de luto. A paciente L foi acompanhada, juntamente com seu marido e sua mãe, até o bebê falecido. Neste momento, não foi necessária qualquer intervenção, já que seus familiares estavam dando apoio e

dizendo: *“Olha bem a tua filha, ela não vai mais estar entre nós. Temos que nos despedir. Deus quis assim. Nós vamos ter que aceitar. Este é o momento de darmos carinho para ela e nos despedirmos”* (mãe da participante L). O apoio do companheiro pode ser muito importante nesse momento, porém nem sempre é esta a realidade: *“A minha mãe está me ajudando muito. Se não fosse por ela, eu não sei se eu teria agüentado. O meu marido nos deixou ... não agüentou e foi embora. Eu não consigo aceitar isso”* (I).

A presença dos familiares desempenha um papel fundamental de apoio à mulher que perdeu seu filho. Poder contar com o auxílio daqueles mais caros e próximos é importante neste momento (Conway e Russell, 2000). O pai do bebê tem sido descrito como uma figura fundamental (Rodrigues e Hogo, 2005) Algumas vezes, cabe ao profissional simplesmente servir de apoio, para que a própria família se ampare mutuamente, como no caso da participante L. É importante conversar com as pacientes, investigar como está se dando o seu contato com a família, procurando reforçar o apoio familiar. Também é importante conversar com o pai do bebê falecido, para transmitir apoio e reforçar a união do casal neste momento. O pai, em geral, também está sofrendo bastante e, frequentemente, ainda, temendo pela saúde de sua esposa/companheira. É necessária a união do casal, para que se apoiem mutuamente e encontrem forças para enfrentar a perda. Nos momentos em que falta essa proximidade, então, o sofrimento costuma ser potencializado e podem surgir figuras substitutivas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A perda na gestação contraria o que se espera sobre o andamento do ciclo de vida. Conhecer os aspectos a serem enfrentados nestas situações traz a possibilidade de prestar um melhor auxílio e acompanhamento, o que se constitui em ação preventiva quanto ao desenvolvimento de dificuldades emocionais posteriores. O momento imediato à perda é repleto de fortes emoções, exigindo da mulher e de sua família bastante força e coragem. Da mesma forma, os profissionais da equipe de saúde precisam saber manejar esses momentos, tanto no que se refere aos sentimentos dos pacientes frente ao fenômeno da morte, como quanto aos seus próprios sentimentos. De alguma forma, todos se mobilizam, mas, enquanto que para os usuários pode ser legítimo e esperado expressar a tristeza, para o corpo técnico tal manifestação nem sempre é encorajada.

Os dias imediatos à perda parecem ser importantes para o desenvolvimento do luto. Conforme os dados encontrados, dar atenção a alguns fatores pode auxiliar no enfrentamento das dificuldades e do sofrimento. Lidar com a morte é tarefa inevitável em

situações como estas e, para isso, parece importante que a mulher possa participar de todo o processo, sempre com o apoio de uma equipe continente e com a proximidade de pessoas significativas. Este é um momento de choque que, mesmo não sendo a hora ideal para tomar decisões, é a hora de entrar em contato com alguns procedimentos. É importante que a mulher possa se apropriar da situação, ter consciência do que está passando. A partir daí, poderá fazer escolhas, de acordo com seus próprios limites.

Tendo em vista o presente estudo, é importante mencionar que existem limitações a serem consideradas. A entrevista com um número pequeno de mulheres possibilitou uma análise mais aprofundada de cada caso e, a partir daí, uma reflexão sobre a postura do profissional de saúde. Sugere-se que estudos com um número maior de mulheres sejam realizados, a fim de identificar a presença desses achados de maneira mais generalizada.

O acompanhamento de pacientes vítimas de perda gestacional é uma atividade extremamente mobilizante. Torna-se, de certa maneira, inevitável o contato com os próprios sentimentos. Cada mulher tem a sua maneira particular de vivenciar um luto deste tipo, o que ressalta a necessidade de o profissional saber respeitar a vivência do sofrimento de cada uma. Esse caráter sofrido sensibiliza a quem atende e pode tornar difícil abordar temas como a dor e a morte. De qualquer forma, a partir do estudo, nota-se que é bastante importante que estes aspectos possam ser tratados com clareza e abertura por parte dos profissionais, em especial pelo representante da Psicologia. Geralmente, é produtivo falar sobre a morte com as pacientes de forma direta, porém respeitosa, evitando demonstrar constrangimento. É importante que elas se apropriem da situação que estão vivendo, que possam, em um primeiro momento, falar e aos poucos assimilar e aceitar. Isso se exemplifica na fala das próprias gestantes: *“Eu me sinto bem assim, como estou conversando contigo. Me ajuda a me sentir melhor”* (G). Assim, vai sendo trazida a realidade e é dada a chance de a mulher e sua família se reestruturarem.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Angerami-Camon, V.A. (1994). O Psicólogo no hospital. In: V. A. Angerami-Camon; F. A. R. Trucharte; R. B. Knijnik & R. W. Sebastiani (Orgs.), *Psicologia hospitalar: Teoria e prática*. (pp. 15-28). São Paulo: Pioneira.
- Bardin, L. (1977). *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70.

- Benute, G.R.G.; Nomura, R.M.Y.; Lucia, M.C.S. & Zugaib, M. (2006). Interrupção da gestação após o diagnóstico de malformação fetal letal: aspectos emocionais. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 28 (1), 10-17.
- Boemer, M.R. & Mariutti, M.G. (2003). A mulher em situação de abortamento: um enfoque existencial. *Revista da Escola de Enfermagem USP*, 37 (2), 59-71.
- Bowlby, J. (1998). *Perda: tristeza e depressão*. (V. Dutra, trad.). São Paulo: Martins Fontes. (Original publicado em 1973).
- Burgoine, G.A.; Valkirk, S.D.; Romm, J.; Edelman, A.B.; Jacobson, S.L. & Jensen, J.T. (2005). Comparison of perinatal grief after dilation and avacuation or labor induction in second trimester terminations for fetal anomalies. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 192 (6), 1928-1932.
- Chiattonne, H.B.C. (1998). A criança doente e a morte. In: V. A. Angerami-Camon (Org.), *E a Psicologia entrou no hospital*. (pp. 69-141). São Paulo: Pioneira.
- Conway, K. & Russell, G. (2000). Couple's grief and experience of support in the aftermath of miscarriage. *British Journal of Medical Psychology*, 73 (4), 531-545.
- Engelherd, I.M.; Hout, M.A. & Arntz, A. (2001). Posttraumatic stress disorder after pregnancy loss. *General Hospital Psychiatry*, 23, 62-66.
- Gonçalves, M.O. (2001). Morte e castração: um estudo psicanalítico sobre doença terminal infantil. *Psicologia Ciência e Profissão*, 21 (1), 31-40.
- Hogan, N.S.; Greenfield, D. & Schmidt, L.A. (2001). Development and validation of the Hogan grief reaction checklist. *Death Studies*, 25 (1), 1-32.
- Hunfeld, J.; Wladimiroff, J. & Passchier, J. (1997). The grief of late pregnancy loss. *Patient Education and Counseling*, 31, 57-64.
- Janssen, H.M.; Cuisinier, M.J.; Hoogduin, K.L. & Graauw, K.M. (1996). Controlled prospective study on the mental health of women following pregnancy loss. *American Journal of Psychiatry*, 153 (2), 226-230.
- Klock, S.C.; Chang, G.; Hiley, A. & Hill, J. (1997). Psychological distress among women with recurrent spontaneous abortion. *Psychosomatics*, 38 (5), 503-507.

- Kovács, M.J. (1992). *Morte e desenvolvimento humano*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Kübler-Ross, E. (1992). *Sobre a morte e o morrer: o que os doentes têm para ensinar a médicos, enfermeiras, religiosos e a seus próprios parentes*. São Paulo: Martins Fontes.
- Laville, C. & Dione, J. (1999). *A construção do saber: manual de metodologia da pesquisa em Ciências Humanas*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Lee, C. & Slade, P. (1996). Miscarriage as a traumatic event: A review of the literature and new implications for intervention. *Journal of Psychosomatic Research*, 40 (3), 235-244.
- Lin, S.X. & Lasker, J.N. (1996). Patterns of grief reaction after pregnancy loss. *American Journal of Orthopsychiatry*, 66 (2), 262-271.
- Nery, I.S.; Monteiro, C.F.S.; Luz, M.H.B.A. & Crizóstomo, C.D. (2006). Vivências de mulheres em situação de aborto espontâneo. *Revista de Enfermagem da UERJ*, 14 (1), 67-73.
- Nikcevic, A.V.; Kuczmierczyk, A.R.; Tunkel, S.A. & Nicolaidis, K.H. (2000). Distress after miscarriage: relation to the knowledge of the cause of pregnancy loss and coping style. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 18 (4), 339-343.
- Paton, F.; Wood, R.; Bor, R. & Nitsun, M. (1999). Grief in miscarriage patients and satisfaction with care in a London hospital. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 17 (3), 301-315.
- Pincus, L. (1989). *A família e a morte: como enfrentar o luto*. Rio de Janeiro: Paz e Terra.
- Rodrigues, J.V. & Braga, E.N. (1998). Programa cuidando do cuidador em Fortaleza - Ceará. In: M. M. J. Carvalho (Org.), *Psico-oncologia no Brasil: Resgatando o viver*. (pp. 52-61). São Paulo: Summus.
- Rodrigues, M.M.L. & Hogo, L.A.K. (2005). Homens e abortamento espontâneo: narrativas das experiências compartilhadas. *Revista da Escola de Enfermagem*, 39 (3), 258-267.
- Stake, R.E. (1994). Case studies. In: N. Denzin & Y. Lincoln (Orgs.), *Handbook of qualitative research*. (pp. 236-247). Londres: Sage.
-

- Stedeford, A. (1986). *Encarando a morte: uma abordagem ao relacionamento com o paciente terminal*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Stirtzinger, R.; Robinson, G.E. & Stewart, D. (1999). Parameters of grieving in spontaneous abortion. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 29 (2), 235-249.
- Van, P. (2001). Breaking the silence of African American women: healing after pregnancy loss. *Health Care for Women International*, 22 (3), 229-243.
- Vianna, L.A.C. (1996). Epidemiologia do aborto. In: L. Scavone (Org.), *Tecnologias reprodutivas: gênero e ciência*. (pp. 129-134). São Paulo: Editora da Universidade Estadual Paulista.
- Wheeler, S.R. & Austin, J.K. (2001). The impact of early pregnancy loss. *American Journal of Maternal/Child Nursing*, 26 (3), 154-159.

Recebido em 01/02/07
Revisto em 10/04/07
Aceito em 15/04/07