



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
MATERNIDADE-ESCOLA
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM
SAÚDE PERINATAL



LUANA FREITAS SIMÕES LEMOS

**MORTE E LUTO NA MATERNIDADE: COMO PAIS
E PROFISSIONAIS DE SAÚDE LIDAM COM A
PERDA**

RIO DE JANEIRO

2014

Luana Freitas Simões Lemos

Morte e luto na maternidade: como pais e profissionais de
saúde lidam com a perda

Monografia apresentada ao Programa de
Residência Multiprofissional em Saúde Perinatal
da Maternidade-Escola da Universidade Federal
do Rio de Janeiro/UFRJ, como parte dos
requisitos necessários à obtenção do título de
Residente Multiprofissional com ênfase em
Psicologia na Saúde Perinatal.

Rio de Janeiro, 2014.

Lemos, Luana Freitas Simões

Morte e luto na maternidade: como pais e profissionais de saúde lidam com a perda /Luana Freitas Simões Lemos. -- Rio de Janeiro: UFRJ / Maternidade Escola da UFRJ, 2014.

v, 77 f. : il. ; 31 cm.

Orientador: Prof.^a Dr.^a Ana Cristina Barros da Cunha

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização Lato Sensu) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Maternidade-Escola, Programada de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde Perinatal, 2014.

1. Maternidade. 2. Luto. 3. Perda gestacional. 4. Psicologia em Saúde Perinatal– Monografia. I. Cunha, A.C.B. II. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Maternidade-Escola, Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Perinatal, PRMP.



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
MATERNIDADE-ESCOLA



MORTE E LUTO NA MATERNIDADE: COMO PAIS E PROFISSIONAIS DE SAÚDE
LIDAM COM A APERDA

Autora: Luana Freitas Simões Lemos


Orientadora: Prof.^a Dr.^a Ana Cristina Barros da Cunha

Monografia apresentada ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Perinatal da Maternidade-Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro/UFRJ, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Residente Multiprofissional com ênfase em Psicologia na Saúde Perinatal.

Aprovada por:


Ana Cristina Barros da Cunha (UFRJ)


Luciana Ferreira Monteiro (UFRJ)


Cristiane Ferreira Esch (UERJ)

Nota:

Conceito:

Rio de Janeiro, de março de 2014.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente à Deus, por me permitir realizar esta residência, tão importante para minha formação profissional.

À minha família, por alegrar-se junto comigo e fornecer apoio em todos os momentos.

Ao meu esposo Bruno pelo suporte, carinho e alegria contagiante de sempre.

A todos os profissionais da Maternidade-escola da UFRJ que me ajudaram direta e indiretamente na realização deste trabalho, que me acolheram de forma tão especial ao longo destes dois anos e contribuíram para meu crescimento pessoal e profissional.

A todas as pacientes que aceitaram participar desta pesquisa e dividiram comigo suas dores e suas experiências.

À minha orientadora Ana Cristina Barros da Cunha pela paciência de sempre e pelas ricas contribuições para este trabalho.

EPIGRAFE

“A ideia de morte é uma ideia traumática por excelência”
(Edgar Morin, 1976)

RESUMO

LEMOS, Luana Freitas Simões. (2014) Morte e luto na maternidade: como pais e profissionais de saúde lidam com a perda. Trabalho de Conclusão de Curso. Rio de Janeiro, RJ: Programada de Residência Multiprofissional em Saúde Perinatal, Maternidade Escola da UFRJ, Universidade Federal do Rio de Janeiro: pp: 77.

Introdução: A morte de um filho antes do nascimento representa grande perda para os pais e toda a família. Qualquer que seja o motivo do óbito fetal constitui acontecimento traumatizante para a mulher, sendo lembrado e temido em uma próxima gestação. A involução da gestação coloca em suspenso os sonhos, as esperanças, as expectativas e as esperas existenciais que os pais normalmente depositam no nascimento da criança. O momento da notícia do óbito fetal é muito delicado, tanto para os pais e familiares, quanto para o profissional de saúde que é afetado pela situação e que deve comunicar a notícia e fornecer assistência a esta mulher ao longo da internação. Muitas vezes, os profissionais não conseguem lidar com suas próprias emoções e se sentem despreparados para acolher e dar suporte às pacientes e sua família. **Objetivos:** O objetivo geral desta pesquisa foi estudar como mulheres/mães, assistidas na Maternidade Escola da UFRJ (ME/UFRJ), além dos profissionais de saúde que trabalham nesta instituição, vivenciam e enfrentam a situação de perda gestacional decorrente da morte fetal. Dessa forma, buscou-se investigar nessa população os aspectos cognitivos (percepções e significados) e emocionais (sentimentos) relacionados à morte fetal em mulheres internadas na ME/UFRJ e em profissionais que assistem estas mulheres em situação de perda gestacional. **Metodologia:** Com base em delineamento descritivo com caráter qualitativo e amostra de conveniência, participaram 11 mulheres internadas no alojamento conjunto e 08 profissionais que prestavam assistência direta a paciente em situação de perda gestacional, mais especificamente nos setores de Ultrassonografia, Centro Obstétrico e Enfermarias da instituição. Ambos os participantes foram entrevistados individualmente e o relato coletado foi analisado e processado de acordo com a Metodologia de Análise de Conteúdo de L. Bardin, resultando nas seguintes categorias: a) Para mulheres em situação de perda gestacional: “Percepções, significados e sentimentos sobre a perda gestacional”; “Reações das mulheres diante da perda gestacional”; “Reações das mulheres adiante da internação devido a perda gestacional”; “Concepções e significados acerca do nascimento de um filho”; “Percepção do apoio familiar diante da perda gestacional”; “Vivência do luto após a perda gestacional”; e “Percepção do cuidado da equipe

multiprofissional”. b) Para os profissionais de saúde: “Comunicação do óbito de um bebê”; “Lidando com a paciente enlutada”; e “Sentimentos dos profissionais diante da mulher com perda gestacional”. **Resultados**: Observou-se que tanto as mulheres como os profissionais de saúde são afetados pela perda gestacional, já que relataram se sentirem impotentes e frustrados diante da situação. Para as mulheres o momento do óbito fetal é marcado por reações de choque e negação, seguido de um estado de humor deprimido, desmotivação, autoestima baixa e medo de novas perdas em gestações posteriores. Para as participantes do estudo, ficou claro que o suporte familiar e da equipe de saúde é essencial para a elaboração desta perda. Para os profissionais comunicar o diagnóstico de óbito fetal é um dos momentos mais delicados que, geralmente, causa frustração e desconforto. Visando proteger-se psicologicamente do mal-estar que a dor da paciente causa, parte dos profissionais (N= 4) declarou assumir uma postura mais “técnica”, visando o distanciamento do sofrimento das pacientes. Ao contrário, outros (N= 4), declararam conseguir desenvolver uma maneira de lidar com a paciente de forma mais acolhedora e empática, o que pode ajudar a fornecer um espaço para a manifestação da dor da mulher que vive o óbito fetal e que, comumente, se envolve num processo psíquico de luto simbólico pela gestação de um filho perdido.

Palavras-chave: 1) Maternidade; 2) Luto; 3) Perda gestacional;

ABSTRACT

LEMOS, Luana Freitas Simões. (2014) **Death and Grieving in Maternity: How Parents and Healthcare Professionals Deal with a Miscarriage**. Rio de Janeiro, RJ: Programada de Residência Multiprofissional em Saúde Perinatal, Maternidade Escola da UFRJ, Universidade Federal do Rio de Janeiro: pp: 77.

Introduction: The death of a child prior to his birth represents a great loss for his parents as well as for his entire family. Whatever the reason for the death of the fetus, the event will be traumatic for the mother, as she will be reminded of it during her next pregnancy, and fearful of experiencing a second loss. The complications of the pregnancy jeopardize the dreams and expectations of the parents, who have put all of their existential hopes into the birth of their child. The moment in which the parents receive news of the death of the fetus is a very delicate one, as much for the the parents and family members as for the healthcare professionals who are affected by the situation and who must give the news to the family and offer assistance to the mothers throughout their recovery. Often the professionals are not able to deal with their own emotions and feel unprepared to care for and give support to the patients and their families. **Objectives:** The general objective of this paper was to study how women/mothers who were studied at the School of Maternity at UFRJ (ME/UFRJ), as well as healthcare professionals who work in the institution, experienced and dealt with the situation of a loss of pregnancy. In this way, this paper seeks to investigate the cognitive aspects (perceptions and significance) and emotional aspects (feelings) related to fetal death in women cared for at ME/UFRJ, as well as in professionals who cared for these women in the situation of their miscarriage. **Methodology:** The research was based on descriptive definitions of a qualitative character and a sample of 11 women cared for in the conjunct housing and eight professionals who offered direct assistance to the patients in situations of loss of pregnancy, specifically in the sectors of Ultrasonography, the Center of Obstetrics and Post-Surgical Care at the institution. All participants were interviewed individually and the report taken was analyzed and processed according to L. Bardin's Methodology of Analysis of Content, resulting in the following categories: a) For women who have experienced a miscarriage: "Perceptions, significance and feelings about the miscarriage"; "Reactions of the women in the face of the miscarriage"; "Reactions of the women towards the hospital stay due to the miscarriage"; "Conceptions and significances concerning the birth of a child"; "Perception of the support to the family in the face of the miscarriage"; "The experience of

grieving after the gestational loss;” and “Perceptions of the care given by the multiprofessional team”. b) For the healthcare professionals: “Communicating the death of a baby”; “Dealing with a grieving patient;” and “Feelings of the healthcare professionals in the face of the woman’s miscarriage”. **Results:** It was observed that the loss of pregnancy affected the women as much as it did the healthcare professionals, given that they reported feelings of helplessness and frustration in the face of the miscarriage. For the women, the moment of fetal death was marked by reactions of shock and denial, followed by a state of depression, lack of motivation, low self-esteem and fear of new miscarriages in future pregnancies. For the participants of the study, it became clear that the support of one’s family, as well as the support of the healthcare team, was essential to processing the loss. For the professionals, communicating the diagnosis of a fetal death was an extremely delicate moment that generally caused frustration and discomfort. A number of the professionals (N = 4), who were seeking to protect themselves psychologically from the uneasiness that the pain of the patient can cause, declared assuming a more “technical” posture, seeking to distance themselves from the suffering of the patients. On the other hand, some professionals (N = 4) declared being able to develop a way of dealing with the patient in a more warm and empathetic way, which offered an outlet for the pain of the patient who was experiencing the miscarriage, something that is commonly a part of the mental process of grieving a lost pregnancy.

Key-Words: 1) Maternity; 2) Grieving; 3) Miscarriage

SUMÁRIO

1. Apresentação.....	12
2. Introdução.....	14
2.1. Perda e Luto.....	15
2.2. Concepções sobre o luto.....	21
2.3. Morte e Luto entre os Profissionais de Saúde.....	26
3. Objetivo geral.....	30
3.1. Objetivos específicos.....	30
4. Metodologia.....	31
4.1. Participantes.....	31
4.2. Instrumentos utilizados.....	32
4.3. Procedimentos.....	32
4.4. Processamento e Análise de dados.....	33
4.5. Avaliação ética dos riscos e benefícios.....	34
5. Resultados e Discussão.....	35
5.1. Resultado da caracterização geral das mulheres que vivenciaram perda gestacional.....	35
5.2. Resultado das entrevistas das mulheres que vivenciaram perda gestacional.....	38
5.3. Resultado da caracterização geral dos profissionais de saúde que lidam com a perda gestacional.....	55
5.4. Resultados das entrevistas dos profissionais que lidam com a perda.....	56
6. Considerações Finais.....	67
Referências Bibliográficas.....	69

LISTA DE APÊNDICES

APÊNDICE A- Roteiro de entrevista para pacientes: “Experiência da perda gestacional”	73
APÊNDICE B- Roteiro de entrevista para profissionais de saúde: “Assistência à mulher enlutada”	74
APÊNDICE C- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	75
APÊNDICE D- Carta de aceite do Comitê de Ética em Pesquisa da Maternidade-escola da UFRJ.....	76

1. APRESENTAÇÃO

A morte de um filho antes de seu nascimento representa grande perda para os pais, especialmente para a mãe (NAZARÉ, FONSECA, PEDROSA & CANAVARRO, 2010), já que é a mulher que vivencia uma perda que afeta seu corpo (com a eliminação das características de grávida, como a extensão da barriga) e seu psiquismo que entra em um processo de luto simbólico pelo filho perdido. Deste modo, faz-se necessário o fornecimento de um espaço no qual a mulher possa falar, refletir e elaborar os aspectos cognitivos e emocionais relacionados à sua perda. Contudo, é importante deixar claro que existe um tempo subjetivo para que este processo se inicie em cada pessoa, não devendo ser apressado pela família, pelo psicólogo ou por qualquer profissional de saúde (SOUSA & MUZA, 2011).

A interrupção da vida de um feto/bebê durante o período gestacional coloca em suspenso os sonhos, as esperanças, as expectativas e as esperas existenciais que os pais normalmente depositam no nascimento da criança. Além disso, o luto simbólico merece atenção especial, tendo em vista que é um processo lento no qual estas mães/pais precisam vivenciar seus sentimentos de perda e as angústias decorrentes.

A morte de um bebê representa perder algo que lhe pertencia, mas que não se tinha ao mesmo tempo. Isto significa dizer que o nascimento não havia ocorrido, mas aquele filho já fazia parte da vida destas pessoas, estando ele inscrito em seu psiquismo (FARIAS & VILLWOCK, 2010). Devido a isso, esta é uma perda difícil de ser elaborada. Contudo, dificilmente é reconhecida pelas pessoas, não sendo tratada abertamente e muito menos socialmente validada (SOUSA & MUZA, 2011).

Somado a isso, a morte é uma situação difícil de enfrentar, de abordar e de manejar, mas que surge com frequência no dia-a-dia dos profissionais de saúde. Estudos revelaram que o profissional encontra dificuldade para falar sobre esta questão e até de empreender os cuidados necessários à paciente com perda gestacional (MONTERO, SÁNCHEZ, MONTORO, CRESPO, JAÉN & TIRADO 2011; SANTOS, MARQUES, CARVALHO, FERNANDES, HENRIQUES & MOREIRA 2012). Comumente, esta atitude é confundida, por algumas pessoas, como indiferença e “frieza”; contudo, tal comportamento reflete o despreparo do profissional em lidar com a morte e com o outro que está sofrendo por causa dela.

O interesse por este tema surgiu a partir da minha experiência como psicóloga residente na Maternidade-Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), quando nas enfermarias me deparava cotidianamente com o sofrimento vivenciado por mulheres que

enfrentam um processo de luto diante da morte de um filho, por vezes, tão desejado e querido. Para além das motivações inconscientes, as razões para a escolha deste tema inclui meu respeito pelo sofrimento destas mulheres diante da involução da gestação, resultando no luto inerente à perda. Outra motivação foi o desejo de compreender melhor o processo de luto vivenciado por estas mulheres e contribuir para a elaboração dele a partir da minha atuação profissional. Nessa perspectiva, o presente trabalho investigará aspectos cognitivos, emocionais e comportamentais relativos ao processo de luto vivenciado pelas mulheres/mães internadas com perda gestacional. Deste modo, tem-se como meta investigar, especificamente, a experiência de perda e os sentimentos que se fazem presentes diante da perda gestacional, quando estas mulheres ingressam na instituição hospitalar.

É importante frisar que a notícia de óbito fetal é um momento delicado tanto para os pais e familiares, quanto para o profissional de saúde que comunica essa notícia e fornece assistência a esta mulher ao longo da internação. Por isso, também, busquei investigar os aspectos cognitivos e emocionais presentes na vivência de profissionais de saúde que trabalham diretamente com as pacientes que passaram pela perda gestacional. Assim, foi meu objetivo entender como estes profissionais se sentem ao comunicar a notícia de morte fetal e como se sentem ao cuidar desta mulher nesse momento difícil de perda, que pode acometer a qualquer um.

Para alcançar estes objetivos no presente trabalho, inicialmente, foi feita revisão de literatura acerca das concepções teóricas a respeito da morte e luto, com trabalhos que estudaram tanto a perspectiva das mulheres que vivenciam a perda gestacional, quanto a visão dos profissionais de saúde que lidam com essa situação. A partir disso, foi realizada uma pesquisa com delineamento descritivo e uso de entrevista semiestruturada para coleta de dados e análise do relato dos pacientes e profissionais de saúde da Maternidade-Escola da UFRJ acerca da temática do estudo. Por fim, discutem-se os resultados encontrados tecendo um diálogo com os referenciais teóricos encontrados na literatura da área e são apresentadas considerações finais com a proposta de refletir sobre o material produzido e realizar um fechamento do trabalho desenvolvido.

2. INTRODUÇÃO

Quando se pensa em uma instituição hospitalar como a maternidade, geralmente, têm-se representações relacionadas ao nascimento de bebês bonitos e saudáveis com pais alegres e emocionados como os de comerciais de produtos infantis. Além disso, observa-se certa tendência em se imaginar uma família nuclear reunida para compartilhar a felicidade de receber mais um membro. Deste modo, deixa-se explícita uma expectativa de que a vivência do nascimento de um bebê esteja sempre marcada por emoções positivas. De fato, este momento feliz é uma realidade para muitos casais que chegam à uma maternidade para “ganhar” seu bebê, onde é comum encontrarmos mães/pais e famílias radiantes com o nascimento de um bebê saudável e perfeito que por vezes foi muito desejado e querido. Contudo, a maternidade também pode ser o palco de outras vivências marcadas por uma experiência, não tão positiva, acerca da gestação e do nascimento de um bebê.

De uma maneira geral, sabe-se que a espera do nascimento de um bebê gera grande expectativa nos pais, sendo a gestação planejada ou não. A mulher precisa se adaptar às mudanças de ordem física e biológica, tais como modificações corporais, hormonais e/ou metabólicas, bem como, aos ajustamentos psíquicos resultantes desse período. Dentre os ajustamentos psíquicos típicos do período gravídico puerperal podemos citar a aceitação da realidade da gravidez, a mudança da imagem corporal, a simbolização de um bebê e o desenvolvimento do vínculo com o feto, dentre outros aspectos incluídos nesse processo singular (FARIAS & VILLWOCK, 2010).

Neste âmbito, LUCAS (1998) argumenta que estar grávida exige grande esforço físico e psicológico, que resultaria necessariamente em um reajustamento biológico e psíquico. Além disso, homens e mulheres experimentam diferentes transformações ocasionadas pela gestação, dentre elas estão as mudanças nas relações e nos papéis que exercem, na medida em que deixam de serem apenas filhos para ocuparem outro lugar, ou seja, exercer a função paterna/materna.

O exercício destas novas funções exigidas ao casal grávido estará, por sua vez, sob influências dos contextos em que eles vivem, principalmente das relações familiares que são cultivadas e valorizadas. Neste âmbito, apresenta-se a importância da família, concebida como o primeiro sistema no qual um padrão de atividades, papéis e relações interpessoais são vivenciados pela pessoa (BRONFENBRENNER, 1996).

Nesta perspectiva, a interrupção abrupta, inesperada e imprevisível de uma gestação, resultando na perda de um feto/filho, é potencialmente traumática (NAZARÉ et. al. 2010). Ouvir que “não é possível escutar os batimentos cardíacos do feto” (grifo da autora), bem

como iniciar um processo de abortamento, são momentos delicados que precisam ser elaborados psiquicamente por estas mulheres, seus companheiros e família.

No contexto hospitalar e entre os profissionais de saúde, a morte, geralmente, é tratada como um tabu que provoca frustração, decepção e tristeza. Muitas vezes, a morte é um assunto velado, que não é discutido abertamente entre os profissionais, devido à dificuldade em falar abertamente sobre como se sentem e como significam essa perda (MONTERO et. al. 2011). Isso é ainda mais sério em virtude da representação que a maternidade tem no imaginário social, que pela sua função, estará sempre atrelada à ideia de começo de uma vida, de nascimento e felicidade própria desse momento, como discutido anteriormente.

Tendo em vista estes elementos que torna a perda gestacional um fenômeno complexo, é importante investigar como ela afeta a mulher que sofreu a perda, bem como, o profissional de saúde que lida com essa situação em sua rotina de trabalho. Tal investigação deve ter como base o estudo das concepções teóricas a respeito da perda e luto, as quais serão de suma importância para subsidiar as práticas de assistência a essa mulher e sua família na instituição hospitalar.

2.1- PERDA E LUTO

Para NAZARÉ et. al., (2010) a designação “perda gestacional” abrange um conjunto de situações de perda do feto/bebê gerado, que podem ocorrer ao longo da gestação ou após o parto. Engloba o aborto espontâneo, a morte fetal, a morte neonatal (de 0 a 27 dias de vida), a interrupção médica da gravidez, a interrupção voluntária da gravidez e o diagnóstico de anomalias congênitas no feto/bebê, resultando na inviabilidade da gestação (NAZARÉ et. al. 2010).

A morte fetal, por sua vez, é definida pela Organização Mundial de Saúde (2009), como:

A morte do produto da gestação antes da expulsão ou de sua extração completa do corpo materno, independentemente da duração da gravidez. Indica o óbito o fato de, depois da separação, o feto não respirar nem dar nenhum outro sinal de vida como batimentos do coração, pulsações do cordão umbilical ou movimentos efetivos dos músculos de contração voluntária (BRASIL, 2009, p. 22).

É importante destacar que a OMS (2009) distingue os óbitos fetais dos abortos espontâneos utilizando como marcadores a idade gestacional, o peso ao nascer e a estatura do feto, como a seguir:

- a) Óbitos Fetais: aqueles ocorridos a partir da 22ª semana completa de gestação (ou 154 dias), ou feto com peso igual ou superior a 500g ou estatura a partir de 25 cm;
- b) Abortos espontâneos: é a expulsão ou extração de um produto da concepção com menos de 500g e/ou estatura menor que 25 cm, ou menos de 22 semanas de gestação, que tenha ou não evidência de vida (BRASIL, 2009).

De acordo com FRETTS (2005), existem vários fatores associadas ao óbito fetal, que incluem doenças maternas, malformações fetais, infecções adquiridas na gestação e alterações placentárias ou no desenvolvimento fetal. Para NAZARÉ et. al. (2010) as mortes fetais se associam, com mais frequência, à complicações obstétricas ou do parto, além de problemas de saúde materno. Porém, numa porcentagem significativa dos casos, ainda segunda a autora, o óbito está relacionado a uma causa que não chega a ser identificada.

Qualquer que seja o motivo da perda gestacional, na maioria das vezes, constitui-se em acontecimento traumatizante para a mulher, sendo lembrado e temido quando ocorre uma próxima gestação. Pesquisas mencionadas por LUCAS (1998) apontam que o processo de gravidez em mulheres que já vivenciaram insucessos em gestações anteriores significa um duplo esforço para a manutenção do equilíbrio físico e psíquico, já que a situação de uma nova gravidez, após uma ou mais perdas gestacionais, implica sempre na existência de ansiedade.

Considerando que o exercício da maternidade é vista como uma função natural da mulher em nossa sociedade, tem-se em mente que ser mãe é uma realização plena do feminino. Logo, quando a mulher não consegue “exercer esta função natural” de gerar um bebê perfeito e saudável, é acometida, muitas vezes, por um sentimento de incompletude e inferioridade. Nota-se que as ideias atreladas à naturalização da maternidade são tão fortemente reforçadas, que causam reações emocionais intensas quando, por algum motivo, a maternidade torna-se um projeto inalcançado (ASSUNÇÃO & TOCCI, 2003). Portanto, mesmo quando estas mulheres recebem uma assistência cuidadosa da equipe de saúde, podem ser acometidas por sentimentos de vergonha e de incapacidade por não terem sido capazes de gestar e dar a luz a um bebê sadio (BOWLBY, 2004). Em outras situações semelhantes, as mulheres podem sentir-se culpadas por não terem sido “bem-sucedidas” nos cuidados do seu bebê que nasceu e veio a óbito.

Sabe-se, pela observação de casos na vivência clínica enquanto profissional de saúde e pela revisão da literatura, que estes sentimentos de menos valia atrelados à perda são muito comuns, ainda mais quando a mulher é acometida por perdas gestacionais consecutivas. Após vivenciar alguns insucessos em gestações anteriores, comumente, as mulheres apresentam

grande insegurança, autoestima abalada e muita ansiedade frente à nova gestação. Muitas das mulheres verbalizam que “não foram capazes de segurar uma criança” ou “não foram capazes de dar um filho ao esposo”; assim, o sentimento de ineficiência afeta a autoestima da mulher, comprometendo sua capacidade materna, além da sua feminilidade (SOUSA & MUZA, 2011; NAZARÉ et. al. 2010).

Para FARIAS & VILLWOCK (2010) uma mulher gestante, independente do histórico de perdas gestacionais anteriores, tem fantasias, expectativas e medos que giram em torno do nascimento e do desenvolvimento do seu bebê. É comum, que elas temam que seus filhos nasçam com síndromes ou malformações congênitas, ou mesmo que tenham algum problema em decorrência de complicações no parto, fazendo com que neste período as mulheres sejam acometidas por fantasias e medos relacionados à sua morte e a do bebê. Por este e outros motivos, a ansiedade é um sentimento comum expresso pelas gestantes em geral, e, sobretudo, aquelas com histórico de perda gestacional. Nesta direção, LUCAS (1998) aponta que a gravidez é um período crítico na vida da mulher que, por si só, implica a presença de traços de ansiedade.

Ainda segundo FARIAS & VILLWOCK (2010), a ansiedade e a angústia da perda vivenciadas por mulheres, muito presentes no período gestacional, também podem estar relacionado às perdas *versus* ganhos psíquicos e físicos ocorridos na gravidez. Assim, quando a mulher começa a perceber o crescimento da sua barriga com o passar das semanas e meses, é convocada a ocupar um lugar diferente no seio familiar, na medida em que ao papel de filha é acrescido a função de mãe. Nesse momento, coloca-se em jogo toda responsabilidade e significação subjetiva que a ideia de “ser mãe” abarca, agregado a outros aspectos que estão envolvidos no desejo de ter um filho.

Para além destas fantasias de morte, contudo, há situações em que esta ameaça de perda torna-se real e verídica devido à ocorrência de complicações na gravidez que oferecem risco de morte para o feto. Nestes contextos, LUCAS (1998) afirma que os traços de ansiedade comuns no período gravídico devido à situação crítica que se constitui, pode dar lugar a uma ansiedade mais intensa caso ocorra alguma intercorrência que gere dificuldades ou incorra em maiores probabilidades de complicações obstétricas, como por exemplo, a morte fetal.

Durante a gravidez, a mulher investe em um processo de construção de representações sobre seu filho quando ela idealiza o seu bebê e a sua relação com ele, que passa a ocupar simultaneamente um lugar simbólico no seu psiquismo e um lugar físico em sua vida (LUCAS, 1998). Comumente, antes do seu nascimento, o bebê já possui um nome, roupas,

um lugar na família e até uma personalidade direcionada quando recaem sobre ele expectativas como, por exemplo, “vai ser tranquilo como o pai”. Logo, quando o diagnóstico de morte fetal é dado, toda esta construção representacional é barrada e impedida de se concretizar, causando dificuldade de aceitação com conseqüente negação do fato e sofrimento para as mães, para os pais e para toda a família. Neste sentido, DUARTE & TURANO (2009), afirmam que a morte de um filho antes do seu nascimento tem uma dinâmica diferente se comparada a mortes perinatais, na medida em que costuma causar nos pais dificuldade na transposição das expectativas criadas. Assim, há uma interrupção na espera existencial depositadas neste projeto de gestar e ter um bebê, e de ampliação da família.

NAZARÉ et. al. (2010) argumenta sobre a natureza traumática da perda de um filho, devido à interrupção abrupta, inesperada e imprevisível de uma gestação. O caráter súbito deste tipo de perda impede que a mulher, e as pessoas próximas à ela, se preparem emocionalmente e mobilizem recursos e estratégias, antecipadamente, para enfrentar a situação. Além disso, a perda gestacional é um acontecimento significativo que envolve memórias do passado e expectativas para o futuro (NAZARÉ et. al. 2010).

É claro que verificar se a gravidez estava sendo desejada ou não, torna-se essencial para entender as reações frente às perdas gestacionais, pois a reação de uma mulher à perda do seu bebê dependerá, dentre outros fatores, do grau de ligação afetiva com o bebê e do investimento emocional que ela depositava na sua gravidez.

Corroborando esta ideia ASSUNÇÃO & TOCCI (2003) argumentam que as reações emocionais presentes na situação de aborto estão intimamente relacionadas ao significado afetivo atribuído à perda, o qual, por sua vez, depende do grau de investimento afetivo na gravidez. Além disso, tais autoras, ainda frisam a importância de se considerar, na perda gestacional, as características da vida familiar e as perspectivas individuais quanto à maternidade. Assim, nos convida a lançar luz sobre o contexto no qual a perda ocorre, bem como sobre a relação estabelecida com as figuras parentais, especialmente, a mãe.

NAZARÉ et. al. (2010), contribui para esta discussão apresentando três tipos de variáveis relacionadas à reação diante da perda que, segundo ela, influenciam também o luto:

- a) Variáveis associadas aos pais - abrange as características individuais, inclusive a idade, a personalidade, as crenças religiosas, a estrutura psíquica prévia e o histórico de aprendizagens anteriores. Além disso, abarca também a relação do casal em si e o desejo/motivação de ter um bebê juntos;
- b) Variáveis associadas ao bebê - ligadas à natureza e gravidade dos problemas identificados, o tipo e duração do tratamento, o prognóstico e a idade gestacional;

- c) Variáveis relacionadas à rede de apoio - inclui a existência ou não de apoio familiar e social, o tipo de relação com os familiares e as atitudes dos profissionais de saúde no qual a mulher é assistida.

Além do sofrimento pela morte de um bebê que, por vezes, o casal desejava e planejava, a perda gestacional engloba perdas secundárias que intensificam o sentimento de luto, tais como, a marcação da identidade social (por exemplo, a inclusão ou exclusão no grupo de amigos com filhos), as expectativas e sonhos criados em relação a gravidezes futuras e à vida em geral e a elaboração da imagem corporal e da autoestima. Não só a relação do casal sofre influência da perda gestacional, mas também a relação com as outras pessoas, ambos tendo impactos na vida social e familiar (NAZARÉ et. al. 2010).

ASSUNÇÃO & TOCCI (2003) reafirmam o caráter multifacetado que o aborto e, de forma mais abrangente, a perda gestacional, possuem:

O aborto atinge aspectos relacionados à própria identidade da mulher, os valores sociais, os costumes, os mitos e as próprias expectativas da sociedade quanto à competência generativa da mulher, além das expectativas do próprio casal quanto à formação de uma família e da família extensa quanto à possibilidade do desenvolvimento de novos papéis: como de avós, bisavós, tios... (ASSUNÇÃO & TOCCI, p7, 2003)

Com relação à questão de gênero, alguns estudos sobre a perda gestacional indicam que, de uma maneira geral, a mãe tende a demonstrar mais emoção, se comparada ao pai, e a viver um período de luto agudo mais intenso e com maior número de manifestações emocionais e cognitivas (SOUSA & MUZA, 2011; NAZARÉ et. al. 2010; SANTOS et. al., 2012). Este dado pode justificar-se, por um lado, pelo fato da mulher estar mais ligada ao bebê, sobretudo quando a perda ocorre nos primeiros meses de gravidez e, por outro, à sobrecarga adicional relacionada à vivência física da perda. Sendo a pessoa que “carrega em seu ventre o bebê”, a mãe pode manifestar maior sentimento de culpa em relação à perda, sentindo-se por vezes responsável por este desfecho, particularmente quando não é possível identificar uma causa médica que justifique. Já o pai apresenta tendencialmente, uma resposta de luto mais controlada e com menos sinais externos, por sentir a necessidade de “ser forte” e “cuidar da esposa” (SOUSA & MUZA, 2011).

ASSUNÇÃO & TOCCI (2003) afirmam que às reações do homem ao aborto são completamente diferentes da mulher. Eles podem sentir-se confusos, sobretudo pela dificuldade de lidar com o ambiente hospitalar, apresentando resistência a acreditar no que está ocorrendo e, assim, negando o fato. Cabe ressaltar que, dificilmente os homens terão

reações depressivas tão fortes quanto à mulher e tais diferenças podem ser relacionadas ao significado que ambos atribuem à perda gestacional, já que enquanto o homem não tem sua identidade definida pela paternidade, muitas mulheres constroem sua identidade pautada na condição de ser mãe.

As reações também dependem muito do desejo do homem de ser pai e do investimento emocional que é depositado no nascimento do filho. Mediante a perda de um bebê, homens apresentam, geralmente, reações de tristeza, frustração, raiva, muitas vezes certa culpa referente às relações sexuais durante a gravidez. Mas também, frequentemente, responsabilizam a mulher pela ocorrência do aborto, uma vez que “se dá no corpo dela” (ASSUNÇÃO E TOCCI, 2003).

Ainda que seja considerado importante investigar também esse processo junto aos homens/pais, percebe-se, na realidade da rotina da Maternidade Escola da UFRJ, que nem sempre é possível encontrar e abordar o companheiro nesse contexto hospitalar. Especificamente, nos casos em que a mulher estava no primeiro trimestre da gestação e passou por um procedimento simples como a Aspiração à vácuo intrauterina ou Curetagem uterina¹, nem sempre, os homens se dirigem à instituição para acompanhar ou visitar sua companheira. Possivelmente pelo curto período de internação (24 horas) ou pelo fato do procedimento ser relativamente simples e não deixar a paciente grandemente debilitada.

No caso daquelas mulheres com a gestação mais avançada e, por algum motivo, houve óbito fetal com indicação de realizar o parto para expulsão do feto, o tempo de internação é maior (48 horas). Nota-se que nestas situações a presença e permanência do companheiro e outros familiares é mais comum.

A presença da rede de apoio (companheiro, familiares ou amigos próximos) nestas situações de perda, é muito importante, pois as pessoas próximas costumam fornecer suporte à mulher enlutada. Além disso, auxiliam na resolução de questões burocráticas que precisam ser

¹ Aspiração a Vácuo Intrauterina: A aspiração a vácuo é procedimento simples, seguro, rápido e eficaz. As taxas de complicação são significativamente menores e, raramente, de maior gravidade. Há dois tipos mais comuns de aspiração a vácuo. A Aspiração Elétrica a Vácuo (AEV) consiste em uma bomba de vácuo que utiliza fonte elétrica, o que torna o equipamento menos prático e de maior custo. A Aspiração Manual Intrauterina (AMIU) utiliza cânulas flexíveis de Karman com diâmetros entre 4 e 12 mm, acopladas a seringa com vácuo de 60cc, promovendo a raspagem e a aspiração simultânea da cavidade uterina.

Curetagem Uterina: utiliza curetas metálicas de diferentes formas e dimensões para raspar e esvaziar a cavidade uterina, geralmente após a dilatação do colo de útero, com dilatadores de Deniston ou Velas de Hegar. Outros instrumentos específicos, como a pinça de Winter, podem ser necessários para auxiliar a extração do conteúdo uterino. Por terem diâmetro variável e ser de material rígido, curetas e pinças oferecem maior risco de acidentes cirúrgicos, principalmente de perfuração do útero, e maior probabilidade de sangramento excessivo durante o procedimento. A curetagem uterina deve ser usada somente quando a aspiração a vácuo não estiver disponível. (Barbosa, Reggiani, Drezett & Neto – Sociedade Brasileira de Reprodução Humana)

resolvidas em caso de óbito fetal, comum em período gestacional avançado. Geralmente, a mulher encontra-se imersa na dor de ter parido seu bebê sem vida, estando impossibilitada física e emocionalmente para resolver, por exemplo, questões relacionadas à preparação do sepultamento do bebê.

Perante o vazio deixado pela perda, desenvolve-se um processo dinâmico, denominado luto, o qual envolve várias fases e inclui um conjunto variado de sentimentos, de emoções e de atitudes. Assim, o luto pode ser pensado como uma resposta multifacetada diante da perda de algo ou alguém significativo. Embora, convencionalmente focado na resposta emocional, sabe-se que o luto abarca dimensões físicas, cognitivas, comportamentais, sociais e filosóficas (KAIN, 2012), sendo importante o estudo das diferentes concepções acerca do conceito.

2.2- CONCEPÇÕES SOBRE LUTO

O luto é compreendido como todo o processo psíquico provocado pela perda do objeto, ou seja, uma reação comum após a descontinuidade da relação que se mantinha com o objeto ao qual o sujeito atribuía grande investimento afetivo (FREITAS, 2000). Assim, enlutar-se é um processo de mudança de esquemas que todos vivenciam em algum momento da vida e implica que o sujeito inicie tanto um processo de abandono, como de aprendizagem na medida em que se abandonam certos esquemas e aprendem-se outros. FREITAS (2000) defende que o processo de luto não implica em interromper a relação com o objeto perdido, mas estabelecer um novo tipo de vínculo após sua morte.

PIRES (2010) assume pressuposto semelhante ao caracterizar o luto como um processo cognitivo que implica em o indivíduo se confrontar com a sua perda e com o significado dela, recordando as suas memórias acerca da pessoa falecida e adaptando-se a uma nova realidade. Nesta direção, busca-se propiciar à elaboração psíquica da perda ao abrir espaço para a fala da mulher, que relata suas angústias, receios, frustrações, tristezas, ao invés de calar-se e, em vão, intentar fazê-la “esquecer” o ocorrido.

BOWLBY (1989) analisa o luto pela perda do vínculo e o interpreta funcionalmente como aspecto negativo do vínculo e uma resposta à separação. Para tanto, apoia-se na comprovação de que a propensão para estabelecer laços emocionais com pessoas especiais é básico da natureza humana e permanece durante todo o ciclo vital (FREITAS, 2000). Dessa forma, considera-se o “luto saudável” como aceitação da modificação do mundo externo, ligada a perda definitiva do outro e à aquele que implica em conseqüente modificação do mundo interno e representacional com a reorganização dos vínculos que permaneceram. Os

processos defensivos são inerentes ao processo de luto e se tornam patológicos quando assumem um caráter irreversível, fazendo parte integrante da vida (BOWLBY, 1989).

FREITAS (2000) diferencia o luto que segue um curso dito “normal”, daquele caracterizado como “luto patológico”. No luto chamado normal, o impacto da perda pode ser abrandado em um curto espaço de tempo, mediante a formação de novos vínculos substitutivos, de investimentos produtivos em novas atividades e de aceitação do apoio social. Já no luto dito patológico, o vínculo permanece intenso voltado para uma pessoa que, não estando mais viva, não possibilitará a manutenção saudável deste vínculo, repercutindo, deste modo, em reações que podem levar ao desequilíbrio pessoal e ao adoecimento, tais como, negação, ambivalência, distorção e permanência no passado.

Assumindo pressuposto semelhante, NAZARÉ et. al. (2010) afirma que é necessário um reajustamento para que o luto seja “bem-sucedido”. Isto significa dizer que é indispensável que o enlutado confronte-se com a perda e encare o mundo, que se tornou diferente.

Na literatura sobre luto materno, embora acredite que se possa reagir de modo semelhante a todas as perdas, o luto pela morte de um filho é, em geral, mais intenso (FREITAS, 2000). No caso de uma mulher que recebeu um diagnóstico de morte fetal, será necessário que ela se confronte com sua dor e com as expectativas e planos frustrados. O luto em decorrência da morte de um bebê que já fazia parte do imaginário da mulher, mas não passará verdadeiramente ao real, implicará necessariamente em um processo de reajustamento psicológico individual, e até familiar. É desejável que este reajustamento aconteça para que haja a elaboração de novos significados para o evento (NAZARÉ et. al. 2010).

Este processo de luto pela perda de um filho vivenciado pela mulher e por toda a sua família tem funções importantes. Segundo WORDEN (2008) o processo de luto serve para ajudar o enlutado em diferentes fases: 1) aceitar a realidade da perda, ultrapassando a tendência inicial de negá-la; 2) reconhecer e lidar com a dor da perda; 3) fazer ajustamentos em diferentes níveis, sendo eles externos e internos; 4) reenquadrar emocionalmente aquele que não está mais presente; e 5) integrar emocionalmente a perda e prosseguir com a vida. NAZARÉ et. al. (2010) frisam que este processo não implica em abdicar da relação com o bebê, mas sim geri-la de uma maneira que permita que os pais continuem a sua vida após a perda.

Com relação à linearidade deste processo, PIRES (2010) ressalta que estas cinco fases mencionadas não seguem uma regra rígida e cronológica. Contudo, se essas fases não forem

vivenciadas em sua plenitude podem prejudicar e/ou comprometer o desenvolvimento e crescimento pessoais futuros.

Para BOWLBY (2004), o enlutado é dominado, quer ele perceba ou não, pela necessidade frequente de chamar, procurar e recuperar a pessoa perdida; dessa forma muitas vezes, suas atitudes giram em torno destas ideias. A partir da experiência de atendimentos de gestantes que acabaram de receber o diagnóstico de morte fetal na Maternidade Escola da UFRJ, percebe-se que é comum a esperança de que o diagnóstico esteja errado. Muitas mulheres alimentam a fantasia de que sairão da maternidade com seu bebê nos braços e, em consequência disso, têm pressa de que algum procedimento seja realizado apressadamente com o objetivo de que o bebê seja retirado ainda com vida.

KÜBLER-ROSS (2005) apresenta e discute a reação de pacientes diante de notícias difíceis ou da morte de alguém, descritas nos cinco estágios a seguir:

- a) Negação- É uma das primeiras reações, que se caracteriza pela não aceitação/assimilação do diagnóstico apresentado. A negação permite que o indivíduo mantenha a esperança de que há um engano no diagnóstico, assim, é comum alguns pacientes procurarem reassegurar-se do diagnóstico, contatando outros médicos, realizando outros exames. A negação funciona como “um para-choque depois de uma notícia inesperada e chocante”, propiciando que o indivíduo se recupere desse impacto que sofreu com o tempo. Os profissionais de saúde devem compreender esta negação, como um sinal de que o paciente ainda não está preparado para enfrentar essa realidade. Ele necessitará de tempo e de alguém para partilhar os seus sentimentos de medo, angústia e insegurança. Comumente, a negação é uma defesa temporária, sendo substituída, em seguida, por uma aceitação parcial;
- b) Raiva- Reação que surge à medida que o mecanismo de negação vai se atenuando. Este segundo estágio é caracterizado por sentimentos de revolta, inveja e ressentimento, seguidos da pergunta: “Por que eu?”. É uma fase difícil para a equipe de saúde e para os familiares, pois esta raiva é lançada em todas as direções, sem muitas vezes, motivos plausíveis. Somos tentados a interpretar esta atitude como algo pessoal, mas, na verdade, esta raiva originalmente nada tem a ver com as pessoas em que é descarregada;
- c) Barganha- É uma tentativa de adiamento, que inclui alguma ação do indivíduo para que alcance seu pedido. A maioria das barganhas é feita com Deus, geralmente mantidas em segredo e traduzidas em promessas de diferentes cunhos. É comum o

indivíduo mudar de uma postura inicial um pouco rebelde, para assumir uma posição mais obediente e passiva;

- d) Depressão- Quando a raiva e a revolta cedem lugar a um sentimento de grande perda. Neste momento, o indivíduo toma consciência das consequências reais da situação e passa a viver um mundo à parte, isolando-se, sem interesse pelo que o rodeia;
- e) Aceitação- A aceitação surge em um período, no qual o indivíduo se mostra capaz de entender a situação, com todas as suas consequências. É neste momento, que ele consegue dividir seus sentimentos, angústias e medos com alguém (KÜBLER-ROSS, 2005).

Diante da complexidade da situação da perda gestacional, é fato que ocorre um luto diante da perda do bebê, por vezes, amado, querido e desejado. Contudo, não é possível prever, de antemão, como esse luto será processado, na medida em que se entende que cada pessoa é única e apresenta recursos subjetivos diferentes para enfrentar este momento doloroso. Para cada mulher esse luto vai se desenvolver com base em uma dinâmica psíquica diferente, que se relaciona com características da sua personalidade e história de vida, com a rede de apoio que possui, com os mecanismos psíquicos que adota para enfrentar as diferentes situações, dentre outros aspectos (SANTOS et. al. 2012). Tendo isso em vista, não é possível pensar os estágios apresentados por KÜBLER-ROSS (2005) de forma rígida, sequencial e universal.

Com relação ao abortamento espontâneo, que ocorre nas primeiras semanas de gestação com pouca ou nenhuma visualização do crescimento da barriga, nem sempre o luto realizado pela mulher é socialmente aceito. Nesses casos, não se considera o feto como um bebê em si e não se incentiva que haja espaço para elaboração simbólica deste momento (SOUSA & MUZA, 2011). Pelo contrário, é comum as pessoas tentarem silenciar e conter o sofrimento da mulher, desconsiderando o luto materno ou minimizando sua dor através de tentativas de convencimento como: “foi melhor assim”, “logo você vai ter outro” ou “antes agora do que depois que nascesse”. Por mais que as pessoas tenham “boas intenções” ao agirem desta maneira, não propiciam a elaboração da perda pelo contrário, minimizam o suporte social que esta mulher precisa, deixando-a sozinha com seu vazio (ASSUNÇÃO & TOCCI, 2003).

É muito comum também as pessoas optarem por adotar mecanismos psíquicos de negação e de racionalização com o objetivo de distanciar-se, desejando evitar o contato com a angústia inerente a situação de morte (SOUSA & MUZA, 2011). Estes mecanismos de defesa

são usados na tentativa de proteção psíquica, resultando no esforço de afastar-se daquelas situações, pensamento e ideias ameaçadoras e angustiantes que a morte gera no sujeito (SANTOS et. al., 2012; FARIAS & VILLWOCK, 2010).

Na morte fetal, o que se perde no real é o bebê imaginário que não pôde se fazer real. A mulher-mãe não vislumbrou a presença física do bebê-filho, mas sente sua morte como de alguém que já esteve próximo a ela e assim não se encontra mais. Perdendo o objeto amado, a mulher enlutada defronta-se com o vazio, com a falta de sentido e com a fragilidade do seu próprio eu (LUCAS, 1998).

O conjunto de reações subsequentes a uma perda é habitualmente dividida, segundo NAZARÉ et. al., (2010) em quatro categorias: 1) manifestações emocionais; 2) cognitivas; 3) comportamentais; e 4) fisiológicas. Estes diferentes tipos de sintomas, mais intensos nos primeiros meses após a perda, desenvolvem-se de maneira subjetiva, no que diz respeito à sua diversidade e intensidade, sendo notória a variabilidade individual. Apesar disso, é possível identificar, em cada uma destas áreas, aquelas mais frequentes que constituem as manifestações resultantes da perda. Ao nível emocional, destacam-se os sentimentos de tristeza, solidão, culpa, raiva, irritabilidade, vazio, ansiedade, choque, desespero, desamparo, desilusão, desesperança, inadequação e fracasso. No que se refere aos aspectos cognitivos, são comuns pensamentos de baixa autoestima e confusão; além de dificuldades de concentração, falta de memória e dificuldade no raciocínio, que traduzem a preocupação com o bebê e constituem os sintomas mais referidos. Na dimensão comportamental, é mais notória a presença de agitação, fadiga, choro, isolamento e a tendência para procurar ou, opostamente, evitar estímulos associados ao bebê. Por fim, as sensações somáticas mais citadas referem-se a aperto no peito, nó na garganta, dificuldade em respirar, palpitações, tensão muscular, náuseas, dormência, falta de energia, insônia e pesadelos.

Reações emocionais semelhantes frente a perda são apresentadas e discutidas por ASSUNÇÃO & TOCCI (2003), a partir do estudo descrito por QUAYLER (1991). Neste estudo, realizado com 150 mulheres brasileiras com história de abortamento eventual ou habitual, 69% das mulheres relataram reações de tristeza, depressão e desesperança, associados a sentimentos de culpa e sensação de vazio devido à perda gestacional. Além disso, constatou-se que 15% das mulheres apresentou tristeza combinada com sentimentos de revolta, medo, vergonha ou culpa. Ainda, 11% das mulheres revelou aceitação da perda como normal e 5% citou ambivalência de sentimentos como alívio e tristeza.

O silêncio seguido do choro fácil, além das pausas que “cortam” a fala do sujeito são manifestações da experiência de perda, comumente, percebidas no atendimento psicológico

prestado às mulheres em situação de perda gestacional nas enfermarias da Maternidade Escola. Ao explorar, dentre outras questões, a função do silêncio diante da perda de alguém querido, POLI (2008) afirma que este silêncio se dá em decorrência do encontro com os limites da representação. Assim, o sentimento de perda não elaborado e não representado inicialmente se expressa na falta de palavras, na insuficiência do discurso e na incongruência entre palavras e sentimentos. Neste sentido, POLI (2008) defende que o silêncio é a resposta deste encontro com a realidade da morte.

A perda do bebê por morte fetal exige que a mulher passe por um período de internação, que é um momento muito delicado e doloroso, já que ela encontra-se numa maternidade rodeada por gestantes, puérperas e bebês recém-nascidos. Assim, esta mulher enlutada precisa conviver com outras pacientes e seus bebês durante o período de internação, e, por fim, experimentar a sensação de sair da maternidade sem seu filho nos braços. Mulheres nestas condições ficam fragilizadas física e emocionalmente e, por isso, precisam do acolhimento, atenção e suporte de toda rede de apoio que possuem, incluindo os profissionais de saúde da instituição (NAZARÉ et. al., 2010).

Assim, cabe aos profissionais de saúde inseridos nesse contexto, a oferta de uma assistência adequada, humanizada e holística a mulheres com diagnóstico de óbito fetal. Para estas mulheres deve ser prestado, além da assistência médica, um suporte emocional adequado que favoreça o enfrentamento dessas mulheres diante desse momento tão difícil. Contudo, nem sempre a equipe de saúde encontra-se preparada para lidar com essas situações, tendo pouca habilidade para manejar o sofrimento e os sentimentos presentes no seu contexto profissional (SANTOS et. al., 2012).

2.3- MORTE E LUTO ENTRE OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

A morte é um fenômeno muito complexo que está constantemente presente ao longo de toda a nossa vida; no entanto, enquanto vivemos, tentamos nos manter radicalmente afastados dela (PACHECO, 2004). Segundo FARIAS & VILLWOCK (2010), a morte representa o real em nosso psiquismo, aquilo sobre o qual não é possível dizer e que traz a impossibilidade de significação.

Esta visão com relação ao significado da morte para o psiquismo justifica a tamanha dificuldade que se tem em lidar com essa temática. Dificuldades estas que não são inerentes apenas ao profissional de saúde, porque se relaciona também à dificuldade que todo ser humano tem de lidar com a morte, mesmo sabendo que faz parte da vida. Contudo, PIRES

(2010) argumenta que os profissionais de saúde têm, comumente, um “compromisso com a vida” socialmente aceito e, por isso, é comum apresentarem dificuldade em lidar com a morte. Assim, apoiam-se no uso do suporte tecnológico disponível nos dias atuais que implica na prática de se evitar a morte a todo custo. Não raro, esta atitude vem acompanhada por medos e ansiedades que, nem sempre, conseguem ser verbalizado pelos profissionais (PIRES, 2010).

No contexto de uma maternidade, pode-se observar que o momento de comunicar à paciente o diagnóstico de morte fetal é delicado, na medida em que gera ansiedade e insegurança no profissional encarregado de transmitir esta má notícia (MONTERO et. al., 2011). A maneira como esta informação será transmitida depende, muitas vezes, da personalidade do profissional em questão, das experiências de vida relacionadas, bem como da maneira como ele encontra para lidar com estas situações difíceis (KAIN, 2012). Este momento é subestimado por alguns profissionais, contudo, deveria ser atribuída a ele a devida importância, tendo em vista que a forma como o diagnóstico de perda gestacional é comunicado, pode afetar, direta e indiretamente, a maneira como a mulher reagirá posteriormente a ela (KÜBLER-ROSS, 2005).

A assistência ao parto de um feto morto também é uma situação incômoda e delicada para muitos profissionais. No momento do parto, cabe ao profissional de medicina e de enfermagem amparar este bebê sem vida envolto no silêncio que seu primeiro choro não preencheu. Nestes casos, a agitação própria após o nascimento de um bebê visa não à realização dos primeiros cuidados, mas sim a retirada deste bebê sem vida, diante da mãe e o exame rápido das condições do nascimento dele. BOWLBY (1907/2004) expressa sua preocupação com relação à forma como a morte de um bebê é tratada pelos profissionais da área da saúde.

Acreditando que é o melhor a ser feito, alguns profissionais agem no sentido de tentar retirar rapidamente o bebê morto da presença da mãe (e deles próprios) logo após o nascimento, com o intuito de eliminar o desconforto e o sofrimento. Não raro, eles estranham e se opõem ao desejo da mãe de ver e segurar seu filho morto nos braços, sendo esse episódio envolvido pelo silêncio, desconforto e desaprovação por parte dos profissionais, seguido de poucas informações transmitidas aos pais (BOWLBY, 1907/2004).

Esta atitude parece refletir a preocupação e respeito pelo sofrimento que se imagina que a mulher esteja sentindo naquele momento. Contudo, também parece apontar para a tentativa de “economia” de gestos e de emoções diante da dor pela morte de um filho, ou seja, as pessoas à volta do enlutado tendem a eliminar (ou diminuir) qualquer tipo de manifestação do sofrimento. Busca-se calar o choro, convencer que “foi melhor assim” ou fazê-la

deslumbrar a possibilidade de ter outro filho, quando este ainda nem foi sepultado. Com esta atitude que pressupõe ajudar o enlutado a superar a perda, na verdade, força-se a mulher a calar seu sofrimento de forma solitária isolando-a no sentimento de necessidade *versus* impossibilidade de expor sua dor (FREIRE, 2005).

Nas enfermarias, percebe-se que a maior preocupação na assistência fornecida à paciente é voltada, apenas, para questões biológicas. Em geral, os profissionais investigam rapidamente as queixas das pacientes em relação às dores, incômodos e sofrimento que acometem seu corpo. É claro que este tipo de assistência é importante e necessária; contudo, a rapidez e o distanciamento, muitas vezes, adotados pelos profissionais, podem indicar a angústia que o contato com esta mulher provoca neles.

PATON et. al., (1999) realizaram um estudo no qual era solicitado que as mulheres, que vivenciaram perdas gestacionais, avaliassem o serviço de saúde recebido na instituição. Dentre os diversos fatores, apenas dois aspectos receberam grau significativo de insatisfação: a explicação que receberam sobre as causas da sua perda e o acompanhamento recebido pela equipe. Estes resultados indicam que aquelas mulheres denunciavam a falta de preocupação com seus sentimentos diante do fracasso da gestação.

Pesquisa realizada em um Hospital Maternidade de referência do Estado do Ceará, mais especificamente na unidade de atendimento à gestação de alto risco, com enfermeiras que prestavam assistência a mulheres com diagnóstico de morte fetal, (SANTOS et. al. 2012) chegou a conclusões de que estas profissionais reconheciam a importância de oferecer um suporte emocional nessa situação de perda. Contudo, as enfermeiras percebiam também seu despreparo para lidar com ocorrências que envolvem o óbito fetal. Isto fazia com que elas, por vezes, delegassem suas atribuições a outros profissionais, considerados mais preparados para lidar com a situação de morte fetal.

Nesta pesquisa, conclui-se que, diante da morte fetal os profissionais não conseguem lidar com suas próprias emoções e se sentem despreparados para acolher e dar suporte às pacientes (SANTOS et. al. 2012). Formas de esquivar-se do confronto com suas próprias questões relacionadas à morte foram em geral adotadas por aquelas profissionais, quer seja delegando a assistência à outro profissional “mais sensível” e mais capacitado para lidar com estas situações difíceis, quer seja se focando apenas nos aspectos biológicos durante o contato com a paciente nas enfermarias. Adotar esta segunda atitude pode fazer com que muitos profissionais se comportem de maneira distante negando, por vezes, a gravidade da situação de perda gestacional, principalmente quando se trata de uma perda precoce (MONTERO et. al., 2011).

O modo como cada profissional de saúde lida com as questões referentes à morte e à dor da perda irá depender de diferentes fatores, tais como sua história pessoal de perdas, experiências com a morte e elaboração de luto; valores da cultura em que está inserido, que influencia a concepção de morte e a expressão de sua dor; além da sua formação universitária e capacitação em serviço (KOVÁCS, 2010). A forma como este profissional de saúde consegue lidar com a paciente enlutada e seus familiares, bem como com suas próprias questões pessoais referentes à perda, fará toda diferença na assistência prestada.

ASSUNÇÃO & TOCCI (2003) frisam a importância do trabalho da equipe de saúde não se encerrar com a tomada somente de providências técnicas, pois a demonstração de sensibilidade e solidariedade por parte do profissional também tem efeitos profiláticos. Mas, o que fazer se este profissional não consegue assistir a paciente desta maneira acolhedora e humanizada devido a dificuldades pessoais? Nestas situações, é certo afirmar que criticá-lo não irá propiciar uma mudança de postura e que a proposta de uma parceria de trabalho multi/interdisciplinar poderia contribuir para que esta dificuldade seja trabalhada e, quem sabe, superada.

Através do trabalho coletivo baseado na troca de saberes entre as múltiplas intervenções dos agentes de saúde de diferentes categorias, pode-se contribuir para uma melhor compreensão do quadro físico e emocional da paciente, tendo em mente uma assistência integral em saúde. Deste modo, os profissionais poderão dialogar e pensar juntos em como lidar com as reações emocionais da mulher após a morte de seu bebê, reações estas, por vezes, agressivas que se dirigem à equipe, mas que nada, ou quase nada, tem a ver com ela.

KOVÁCS (2010) afirma que existem sentimentos ambivalentes que pacientes e familiares experimentam em relação à equipe de saúde numa situação limite de sofrimento. Entre os sentimentos ambivalentes mais comuns destacam-se o agradecimento pelo cuidado recebido *versus* a raiva direcionada ao profissional de saúde, mas que nada tem a ver com ele, porque se relaciona à dificuldade de vivenciar a perda. Consequentemente, os profissionais têm que lidar com suas angústias e simultaneamente com as angústias das pacientes.

Nesta discussão, torna-se essencial frisar a importância do trabalho em equipe multidisciplinar em saúde, já que é evidente que o trabalho com enfoque multidisciplinar contribui para a integração da equipe, para uma atenção integral à paciente e ainda para o cuidado à saúde dos próprios profissionais. Com relação a este último ponto, é importante mencionar o efeito positivo que se tem ao dispender atenção aos sentimentos dos profissionais

de saúde, gerados a partir do contato direto com daquelas mulheres que vivenciaram uma perda gestacional (KOVÁCS, 2010).

Em suma, sabe-se que estas situações de diagnóstico, parto e cuidado de uma mulher que vivenciou um óbito fetal geram grande impacto emocional nos profissionais da área da saúde, que além de precisarem lidar com seus próprios sentimentos, ainda necessitam lidar com os sentimentos da mulher, dos pais e da família (MONTERO et. al., 2011; SANTOS et. al., 2012). Contudo, este mal-estar vivenciado pelos profissionais, sobretudo por aqueles que trabalham em uma maternidade, não ganha um espaço de expressão em palavras, para que venha a tona o incômodo subjetivo e, ao mesmo tempo, coletivo que se instala nestas situações.

Nessa perspectiva, a Psicologia pode fornecer um saber teórico e prático que auxilie as pessoas envolvidas na situação de perda gestacional, tanto profissionais quanto pacientes, a expressarem sua angústia e seu sofrimento acerca da perda. Em acordo com essa afirmativa, o presente trabalho teve como objetivo discutir sobre essa questão propondo dar voz e oferecer uma escuta à pacientes e profissionais do sistema de saúde acerca da sua vivência sobre a situação de perda gestacional. Dessa forma, foram investigados os aspectos cognitivos, emocionais e comportamentais relativos ao processo de luto vivenciado pelas mulheres/mães internadas com perda gestacional e pelos profissionais que as assistem.

3. OBJETIVO GERAL

O objetivo geral desta pesquisa foi estudar como mulheres/mães, assistidas na Maternidade Escola da UFRJ, além dos profissionais de saúde que trabalham nesta instituição, vivenciam e enfrentam a situação de perda gestacional decorrente da morte fetal. Dessa forma, buscou-se investigar nessa população os aspectos cognitivos (percepções e significados) e emocionais (sentimentos) relacionados à morte de um bebê em mulheres em situação de perda gestacional internadas na Maternidade Escola da UFRJ e em profissionais que assistem estas mulheres.

3.1-OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Com base no objetivo geral acima, os seguintes objetivos específicos foram delineados:

1) Identificar e analisar aspectos cognitivos (percepções e significados) e emocionais (sentimentos) relacionados à morte fetal atribuídos por mulheres que vivenciam perda gestacional;

2) Identificar e analisar aspectos cognitivos (percepções e significados) e emocionais (sentimentos) relacionados à morte fetal atribuídas por profissionais que vivenciam a situação de perda gestacional no ambiente de trabalho;

3) Identificar possíveis relações entre os discursos das pacientes e dos profissionais de saúde que trabalham na Maternidade Escola da UFRJ, com relação vivência da perda gestacional.

4. METODOLOGIA

A pesquisa seguiu um delineamento descritivo com caráter qualitativo e amostra de conveniência, procurando estudar os fenômenos de acordo com os objetivos acima.

4.1- PARTICIPANTES

Participaram da pesquisa 11 mulheres internadas no alojamento conjunto da Maternidade-Escola da UFRJ no período de abril a agosto de 2013. Como critério de inclusão, adotou-se a vivência da experiência de perda gestacional, quer seja em decorrência de aborto espontâneo ou óbito fetal, além da internação na Maternidade-Escola da UFRJ para realização de procedimento médico.

Nesses casos, a admissão destas pacientes para internação na instituição ocorreu por três formas distintas:

1) mulheres que foram à maternidade para uma consulta rotineira de pré-natal e receberam a notícia de morte fetal (perdas em períodos gestacionais diferentes);

2) mulheres em processo de abortamento espontâneo/retido que foram levadas à maternidade (atendimento de emergência); e

3) mulheres que receberam o diagnóstico de óbito fetal em outras unidades hospitalares e foram encaminhadas para a maternidade para reavaliação médica.

Participaram também 08 profissionais de saúde que lidavam diretamente com as pacientes em situação de perda gestacional e trabalhavam nos setores de Ultrassonografia, Centro Obstétrico e Enfermarias da instituição.

4.2- INSTRUMENTOS UTILIZADOS

Foram utilizados dois roteiros de entrevista semiestruturada, elaborados especialmente para essa pesquisa:

- 1) Roteiro de entrevista “Experiência da perda gestacional”, elaborado para entrevistar as mulheres em situação de perda gestacional (APÊNDICE A);
- 2) Roteiro de entrevista “Assistência à mulher enlutada”, elaborado para entrevistar os profissionais de saúde que prestavam assistência às mulheres com perda gestacional (APÊNDICE B).

Cada roteiro continha uma pergunta disparadora e a partir desta pergunta se desenvolvia a entrevista propriamente dita. Além disso, no início de cada roteiro existiam itens adicionais para registro de dados gerais para caracterização posterior das pacientes, a partir de informações como idade, estado civil, religião, localidade de moradia, diagnóstico, procedimento médico realizado, número de filhos vivos, número de gestações e perdas anteriores (para as pacientes), e função desempenhada na instituição (profissão), idade, religião, tempo de formação e o tempo de experiência profissional na instituição (para os profissionais da ME/UFRJ).

4.3- PROCEDIMENTOS

A coleta de dados iniciou-se após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Maternidade-Escola da UFRJ. De forma geral, as entrevistas foram conduzidas individualmente com duração média de 20 minutos seguindo a abordagem descrita a seguir de acordo com o tipo de participantes:

a) Para as mulheres com perda gestacional: Inicialmente, a pesquisadora se apresentou como psicóloga residente e buscou investigar a circunstância da internação, bem como, o estado de humor da paciente. Em seguida, as pacientes foram abordadas em seus leitos e foram convidadas a participar da pesquisa, sendo esclarecido que caso recusassem não haveria qualquer prejuízo para seu tratamento na instituição. Além disso, foi assegurado o sigilo das informações fornecidas e explicados os objetivos e procedimentos da pesquisa.

As pacientes que aceitaram participar foram entrevistadas na sala da psicologia, localizada no terceiro andar do prédio principal da Maternidade Escola da UFRJ, após assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE C), de acordo com a Resolução nº 466/12-CNS. O TCLE continha duas vias, uma permaneceu com a

participante e a outra com a pesquisadora. No caso da paciente que não aceitou participar, procedeu-se o atendimento psicológico pela pesquisadora seguindo a rotina do Setor de Psicologia, sem nenhum prejuízo para a mesma.

b) Para os profissionais de saúde: Os profissionais foram abordados em diferentes cenários da instituição (enfermaria, centro obstétrico e sala de ultrassonografia), quando foram explicados os objetivos e procedimentos da pesquisa. Após esclarecer possíveis dúvidas, foi estabelecido o melhor dia e horários para realização da entrevista, quando também eles assinavam o TCLE.

Além disso, todos os participantes, pacientes e profissionais, foram informados sobre a necessidade da gravação da entrevista em áudio, a qual seria utilizada apenas como registro para posterior transcrição ou somente para comunicação científica, garantindo-se o sigilo das informações prestadas e a possibilidade de desistência da participação no projeto a qualquer momento.

4.4- PROCESSAMENTO E ANÁLISES DOS DADOS

Os dados da entrevista, ou seja, os relatos verbais dos entrevistados obtidos através das transcrições das entrevistas foram analisados de acordo com a metodologia de Análise do Conteúdo de BARDIN (1977), que se refere a uma técnica de pesquisa que trabalha com a palavra, permitindo de forma prática e objetiva produzir inferências do conteúdo da comunicação (CAREGNATO & MUTTI, 2006).

Nessa metodologia o texto é concebido como um meio de expressão do sujeito, no qual o pesquisador busca categorizar as unidades de texto (palavras ou frases) que se repetem, inferindo uma expressão que as representem. Dessa forma, é possível identificar categorias explícitas de análise textual para fins de pesquisa (BARDIN, 1977).

De acordo com LIMA (2003), a Análise de Conteúdo busca entender o que as respostas (transcritas em texto) querem dizer. Dito de outra forma, esta técnica de pesquisa visa traduzir o que os participantes buscam expressar em palavras, atentando para a investigação de semelhanças e discordâncias entre os discursos.

Dessa forma, após a leitura das entrevistas e suas análises, foram identificadas algumas categorias de análise:

- a) Para mulheres em situação de perda gestacional: 1) “Percepções, significados e sentimentos sobre a perda gestacional”- relato verbal da mulher que se refere a percepção e sentimentos relativos à sua vivência de perda gestacional, assim como

- os significados atribuídos a estes e à própria situação vivenciada; 2) “Reações das mulheres diante da perda gestacional”- relato verbal da mulher que se refere às manifestações emocionais, cognitivas, comportamentais e somáticas diante do diagnóstico de involução da gestação, além das reações subsequentes à perda; 3) “Reações das mulheres diante da internação decorrente da perda gestacional”- relato verbal da mulher que se refere aos sentimentos e conflitos existenciais diante a perda, que reverberam ao longo do período de internação hospitalar; 4) “Concepções e significados acerca do nascimento de um filho”- relato verbal da mulher que se refere ao processo de adaptação física e psíquica diante da gravidez e significados atribuídos ao nascimento de um bebê; 5) “Percepção do apoio familiar diante da perda gestacional”- relato verbal da mulher que se refere ao apoio fornecido pelas pessoas próximas à ela neste momento de perda gestacional; 6) “Vivência do luto após a perda gestacional”- relato verbal da mulher que se refere a importância e necessidade da vivência do processo de luto, com o reconhecimento do concepto abortado como um filho e a legitimação da sua dor diante da perda; e 7) “Percepção do cuidado da equipe multiprofissional”- relato verbal da mulher que se refere ao tipo de assistência fornecida à ela, que pode contribuir para a elaboração da perda do seu bebê;
- b) Para os profissionais de saúde: 1) “Comunicação do óbito de um bebê”- relato verbal dos profissionais de saúde referente às suas dificuldades e sentimentos diante da necessidade de comunicar o óbito do bebê aos pais; 2) “Lidando com a paciente enlutada”- relato verbal dos profissionais de saúde referente as estratégias para lidar com as dificuldades e desafios encontrados na assistência à mulher enlutada no período da internação; e 3) “Sentimentos dos profissionais diante da mulher com perda gestacional”- relato verbal dos profissionais de saúde que se refere a percepção e sentimentos relativos ao contato com a paciente enlutada no período da internação.

4.5- AVALIAÇÃO ÉTICA DOS RISCOS E BENEFÍCIOS

Todos os procedimentos respeitaram a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012), que prevê a regulamentação de pesquisas realizadas com seres humanos. Além disso, a pesquisa só foi executada após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Maternidade-Escola da UFRJ (Número do CAEE. 10929612.0.0000.5275, com

data de 22/02/2013), responsável pela avaliação e permissão para realização de trabalhos de pesquisa na instituição (APÊNDICE D).

Considerando que o presente estudo utilizou entrevista com pacientes e profissionais da instituição, a pesquisa apresentou riscos mínimos, pois não utilizou metodologia invasiva que implicava em riscos à saúde dos participantes.

Esta pesquisa trouxe benefícios para a participante, no caso a mulher com perda gestacional, na medida em que ela foi acolhida pela psicóloga autora do projeto antes da entrevista para coleta dos dados. Mais especificamente, pode-se considerar que a pesquisa trouxe benefícios para o próprio contexto hospitalar da Maternidade-Escola da UFRJ, na medida em que pacientes e funcionários foram escutados com relação às questões subjetivas que envolvem a morte, o luto e o processo de trabalho no contexto da perda gestacional.

Por fim, a produção científica resultado da pesquisa pode ser considerada como benefício para a própria comunidade científica, uma vez que se pretende apresentar os produtos desse trabalho na forma de apresentação em congressos e artigos, colaborando para preencher a lacuna decorrente da escassez de estudos sobre o assunto, ou seja, a perspectiva de mulheres (pacientes) e profissionais de saúde acerca da morte e luto resultante de perdas gestacionais.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1- Resultados de caracterização geral das mulheres que vivenciaram perda gestacional

Foram entrevistadas 11 (onze) pacientes que sofreram perda gestacional não provocada e receberam atendimento na Maternidade-Escola da UFRJ, com idades entre 16 e 43 anos (média de 30 anos), todas moradoras da cidade do Rio de Janeiro. Quanto ao grau de instrução, verificou-se que a maioria das participantes não tinha concluído o ensino médio.

Com relação ao estado civil das entrevistadas, seis afirmaram ser casadas, ao passo que cinco delas declararam-se solteiras. Seis participantes tinham um ou mais filhos vivos, enquanto cinco mulheres afirmaram não ter filhos ainda. Quanto a religião professada, notou-se grande variedade nas respostas das participantes, como pode ser observado na Tabela 1:

Tabela 1. Dados gerais das participantes com perda gestacional (N= 11)

Participantes ²	Idade	Escolaridade	Religião	Estado Civil	Número de filhos
01-Eva	23	Ens. Médio Comp.	Não tem	Solteira	2
02-Ester	23	Ens. Médio Inc.	Espírita	Solteira	0
03-Lia	16	Ens. Médio Inc.	Não tem	Solteira	0
04-Rute	19	Ens. Médio Inc.	Não tem	Solteira	0
05-Sara	40	Ens. Funda. Inc.	Católica	Casada	1
06-Isabel	43	Ens. Médio Inc.	Evangélica	Casada	2
07-Rebeca	30	Ens. Funda. Inc.	Espírita	Solteira	3
08-Miriã	28	Ens. Médio Comp.	Não tem	Casada	0
09-Débora	35	Ens. Médio Comp.	Evangélica	Casada	2
10-Edna	36	Ens. Superior Inc.	Católica	Casada	0
11-Lídia	36	Ens. Superior Inc.	Católica	Casada	1

De uma maneira geral, amostra foi composta por mulheres jovens, em idade reprodutiva, com o grau de escolaridade não muito elevado.

Tabela 2. Dados diagnósticos das participantes com perda gestacional (N= 11)

Participantes	Gestações anteriores	Perdas gestacionais anteriores	Filhos vivos	Diagnóstico Clínico	Procedimento realizado
01-Eva	3	1	2	Aborto Incompleto	<i>Wintercuretagem</i>
02-Ester	0	0	0	Aborto Incompleto	<i>Wintercuretagem</i>
03-Lia	0	0	0	Parto prematuro	Parto Vaginal
04-Rute	1	1	0	Aborto Incompleto	<i>Wintercuretagem</i>

² Todos os nomes são fictícios a fim de preservar a identidade das participantes.

05-Sara	2	1	1	Gestação molar	AMIU ³
06-Isabel	5	2	2	Abortamento retido	<i>Wintercuretagem</i>
07-Rebeca	3	0	3	Aborto Incompleto	<i>Wintercuretagem</i>
08-Miriã	0	0	0	Aborto Incompleto	<i>Wintercuretagem</i>
09-Débora	2	0	2	Aborto Incompleto	<i>Wintercuretagem</i>
10-Edna	3	3	0	Aborto em Curso	Expulsão do feto + <i>Wintercuretagem</i>
11-Lídia	2	1	1	Aborto retido	<i>Wintercuretagem</i>

Na análise da Tabela 2 constata-se que, das 11 participantes, três mulheres eram primigestas e oito já haviam ficado grávidas anteriormente. Destas últimas, verificou-se que seis delas tinham um ou mais filhos, enquanto duas ainda não tinham filhos.

Tais dados são muito interessantes para esta pesquisa, pois nos mostram que a perda gestacional, como as descritas anteriormente, foi vivenciada por mulheres que esperavam, ou não, o primeiro filho. Além disso, aborda a questão da perda a partir da experiência de mulheres que vivenciaram uma primeira perda ou perdas sucessivas.

Grande parte das mulheres entrevistadas realizou o procedimento de Curetagem Uterina (*Wintercuretagem*), usado para esvaziar a cavidade uterina após o processo de aborto, o que requer período curto de internação, mas com implicações importantes na vivência da perda gestacional como um processo singular.

³ AMIU- Aspiração Manual Intrauterina consiste em um tipo de aspiração a vácuo utilizada para retirada dos restos ovulares da cavidade uterina. Esta técnica utiliza cânulas flexíveis de Karman com diâmetros entre 4 e 12 mm, acopladas a seringa com vácuo de 60cc, promovendo a raspagem e a aspiração simultânea da cavidade uterina. O equipamento tem menor custo e não depende de fontes de energia (Barbosa, Reggiani, Drezett & Neto – Sociedade Brasileira de Reprodução Humana).

5.2- Resultados das entrevistas das mulheres que vivenciaram perda gestacional

O relato verbal das entrevistas foi analisado de acordo com as categorias anteriormente citadas, como a seguir:

5.2.1. Percepções, significados e sentimentos sobre a perda gestacional

Cabe ressaltar que três mulheres eram primigestas e oito já haviam ficado grávidas anteriormente, ainda que duas participantes ainda não tivessem filhos. No entanto, o conteúdo da entrevista destas três participantes primigestas não se diferenciou do das outras participantes. De maneira geral, em todos os relatos observou-se o sentimento de surpresa e impotência diante da perda, além da concepção de que a lembrança desta perda ressurgirá numa futura gestação, como no exemplo dos relatos a seguir:

“Ah... pra mim, é muito triste, porque não estava esperando acontecer isso agora. E aí... teve que acontecer, né? E eu não posso fazer nada... só... só... aceitar mesmo”. (Lia⁴, 16 anos, primigesta/ primeira perda gestacional).

“... Significa a perda de... de um filho... de uma vida, que daqui há alguns anos eu possa imaginar, quando tiver um, posso imaginar que poderia ser já o segundo...” (Miriã, 28 anos, primeira perda gestacional).

Segundo LUCAS (1998), as mulheres sempre procuram atribuir um sentido para a sua perda. Ao analisar as entrevistas realizadas percebeu-se que é muito comum a tendência de buscar explicações para tentar entender e dar sentido à perda gestacional. A mulher, ou o casal, intenta tamponar o vazio deixado pela perda, buscando explicações objetivas quanto a “falha” que causou a involução da gestação (SANTOS et al., 2012). Ao identificar o “erro”, busca-se evitá-lo numa próxima gestação, como evidencia o relato:

(...) “Quem sabe a próxima vez não possa acontecer tudo de uma maneira diferente, né? Eu poder até gerar um filho de maneira mais calma, porque talvez tenha sido... por tanta coisa turbulenta que eu estava passando em questão de trabalho, relacionamento, acho que

⁴ Para assegurar a privacidade e garantir o sigilo dos participantes, utilizou-se nomes fictícios para todos os entrevistados, pacientes e profissionais

também pode ter sido por isso que... né?... eu não tenha conseguido (PAUSA) gerar bem, né? Talvez agora... numa próxima, né?" (...). (Ester, 23 anos)

Somado à isso, observou-se também que muitas mulheres buscam explicações pautadas na espiritualidade. Assim, procuram consolo na ideia de que o óbito fetal “foi permissão de Deus”, como exemplifica o relato de Lídia:

“Por que mais uma vez? Eu me pergunto, né? Mas ao mesmo tempo, eu me conforto porque eu sei que nada acontece sem a permissão de Deus, né? E que... devido ao motivo que o embrião parou de... se desenvolver, poderia ser por causa de uma malformação, então... e seria melhor agora do que lá na frente e que meu organismo foi inteligente e parou. Mas assim, me sinto triste, vazia... e assim, mas ao mesmo tempo, confortada, né? Porque tenho que aceitar, né?”. (Lídia, 36 anos)

Com relação à perda gestacional, constatou-se que destas oito mulheres que já haviam engravidado, seis delas já tinham vivenciado pelo menos uma perda gestacional anterior. E, ainda, seis delas tinham um ou mais filhos, enquanto duas participantes ainda não tinham filhos.

Este dado parece indicar que a perda gestacional, em si, não é um acontecimento que impeça a mulher de lançar-se novamente no projeto de ter um filho. Contudo, fica o receio de vivenciar nova perda e não conseguir gerar uma criança, resultando na percepção de sua história marcada por perdas sucessivas. LUCAS (2008) acredita que isto ocorre devido a perda ser um acontecimento traumatizante, que possivelmente será lembrado e temido pela mulher quando engravidar novamente. Além disso, a perda é um acontecimento que afeta a autoestima da mulher (SOUSA & MUZA, 2011; NAZARÉ et. al., 2010) e, deste modo, a gestação subsequente a perda pode estar atrelada a sentimentos de medos e insegurança, como ilustra o relato de Miriã:

“... Eu tenho medo de engravidar de novo e não dá certo. Não que eu não queira, eu vou tentar... mas, sinceramente, se, se, Deus me livre, eu chegar a engravidar de novo e perder, eu não sei se quero a terceira gravidez. Eu já pensei, nesses dias, eu já pensei em nem engravidar mais e adotar.” (Miriã, 28 anos, primeira perda gestacional).

A perda gestacional, em outros casos, pode consolidar o número de filhos pretendidos, ou seja, muitas mulheres desistem do projeto de ter mais um bebê após uma perda gestacional. Foi comum nos relatos observar que elas se sentiam satisfeitas por terem podido realizar este desejo em outro momento de sua vida, como aponta a afirmativa abaixo:

“Só o que sustenta é por eu ter outros três filhos e, como eu falei, eu tenho um de quatro aninhos que é especial e depende de mim, mas para mim foi horrível, foi um “bac” muito grande, muito triste (...) mas eu agora também não tento, não tentaria por eu ter esse medo de novo, de perder de novo porque isso agora ficou marcado em mim, porque eu falei: eu posso daqui a dois, três meses engravidar e perder de novo. E eu não quero passar por esta mesma sensação...” (Rebeca, 30 anos, mãe de três filhos, primeira perda gestacional).

“... Eu fiquei um pouco balançada, porque vem na cabeça assim: caramba, outra vez, to vendo crianças ao meu lado, mãe tudo contente e eu não posso compartilhar diretamente da mesma alegria... não sinto a mesma coisa. Mas, ao mesmo tempo, que eu as vi alegre, eu me lembrava do tempo em que estive alegre, ou seja, eu fui recompensada naquele momento, pra poder conviver bem com o ambiente lembrando que eu tive esses momentos, pior se eu não tivesse tido em nenhuma situação” (Isabel, 43 anos, mãe de dois filhos).

Nota-se que este tipo de resposta pode estar relacionada aos mecanismos de defesa e estratégias de enfrentamento que o sujeito utiliza para conseguir suportar e vivenciar uma situação limite (SANTOS et. al., 2012; SOUSA & MUZA, 2011; CARVALHO & MEYER, 2007). Neste último relato, percebe-se que Isabel buscou uma identificação com as outras pacientes para não sentir-se isolada e diferente delas, quando necessitou ficar internada na mesma enfermaria por 24 horas junto com outras mães com seus bebês recém-nascidos.

Ao analisar a forma como a mulher lida com a involução da gestação, ter outro (s) filho (s) e não vivenciar perdas gestacionais consecutivas parece ser um fator importante a ser considerado na reação frente a perda. SOUSA & MUZA (2011) e NAZARE, et. al., (2010) argumentam que os sentimentos de menos valia, que afetam a auto percepção da mulher, são mais comuns quando a mulher é acometida por perdas gestacionais consecutivas que, de certa forma, influenciam as reações da mulher e sua família diante da situação de perda.

5.2.2. Reações das mulheres diante da perda gestacional

O momento do diagnóstico de perda gestacional é sempre delicado, quer a paciente já suspeite, ou não, que algo não está dentro da normalidade (SOUSA & MUZA, 2011; CARVALHO & MEYER, 2007). Nesta amostra, para grande parte das pacientes, a reação diante do diagnóstico da involução da gestação pode ser caracterizada pela análise dos relatos como *paralisante*. A partir dos relatos, foi possível evidenciar esta “paralisação” presente logo após a notícia da perda, mediante o choque, que se traduz na fala “*fiquei sem reação*” (Lia, 16 anos) ou como exemplifica a descrição “*fiquei sentada num banco um tempão pra me recuperar, para depois conseguir ir pra casa*” (Sara, 40 anos).

Esta “paralisação” diante da realidade da perda, que se instala progressivamente, pode ainda ser percebida, em menor grau, nos períodos longos de silêncio e pausas percebidos durante as entrevistas realizadas no dia seguinte da internação, especialmente diante das perguntas: “o que esta perda gestacional significa para você?” e “qual o sentimento que você experimenta agora?”. Estas pausas parecem ser resultado de um movimento de voltar o seu olhar para si própria e vê-se tomada por sentimentos diversos, ambíguos e conflituosos, como ilustra o relato a seguir:

“Muito triste... (PAUSA - SE EMOCIONA). Não dá nem pra... pra descrever o que estou sentindo agora”. (Lia, 16 anos)

FERREIRA et. al. (1990), aborda o processo de luto a partir da abrangência das seguintes fases respectivamente: Choque, Recusa, Tristeza e Raiva, Equilíbrio e Reorganização. A linearidade proposta pelo teórico pode ser um ponto interessante a ser discutido, pois diante da complexidade humana faz-se necessário flexibilizar tal enquadramento. Contudo, é notória a presença de tais reações, especialmente, o choque, a recusa e a tristeza, como observados nos relatos anteriores. Tais respostas à perda gestacional certamente são reflexo da percepção da mulher de que tem seus planos e ideias interrompidas, como nos exemplos dos relatos a seguir:

“Na hora eu fiquei sem reação... eu não falei nada, só falei que tá bom. Mas depois foi... ficando mais claro para mim.” (Lia, 16 anos)

“É... quando eu fiquei sabendo, eu fiquei arrasada, né? (...) PAUSA, EMOCIONA-SE- Eu queria né, essa criança. Eu não queria perder, eu tô triste, tô arrasada (...)” (Rute, 19 anos)

Corroborando os pressupostos de FERREIRA et. al. (1990), KUBLER ROSS (2005) afirma que o choque pode ser identificado como a primeira resposta à morte; contudo, neste momento inicial o choque se manifesta junto com a negação da morte, em que a pessoa sente dificuldade para acreditar que tudo realmente está acontecendo, como ilustra esse relato:

“... É... logo assim no início, quando a gente ficou sabendo, ele [o companheiro] já... (paciente gagueja muito) Eu já tinha esperança dele estar vivo, né? Eu, eu pensei assim: Ah, eles vão vir, vão nascer pequenos, tudo que o médico falou. Só que assim, para eles não tinha mais esperança, eu tinha. Então, foi um “bac” pra mim, duas vezes, né? Por que... eu não acreditava que ele estava morto, porque estava normal, eu não senti nada, não senti dor nenhuma, eu não senti nada.” (Rute, 19 anos)

Neste estudo, observou-se que nos primeiros momentos após o diagnóstico, algumas mulheres eram tomadas por um misto de sentimentos os quais, inicialmente, não conseguiam identificar e colocar em palavras. NAZARÉ et. al. (2010), ao discutirem o conjunto de reações subsequentes à uma perda gestacional, argumentam que os sentimentos de desespero e choque, dentre outros, estão entre as manifestações emocionais mais frequentes. Tais manifestações são mais comuns e intensas após a notícia da perda e tendem a ficarem mais amenas com o passar do tempo. Logo, o tempo é um fator importante para a elaboração da morte; contudo, ele por si só não é o responsável por essa elaboração.

Ao contrário, constatou-se também que em alguns casos, no primeiro momento, as pacientes conseguiram nomear, de alguma maneira, o que sentiam diante da realidade da perda gestacional. Na análise dos relatos foi possível evidenciar a ocorrência de uma falta, vazio e/ou dor, como exemplifica os seguintes:

Faz um estalo com a boca - *“Ah, um sentimento de perda (SE EMOCIONA), é uma perda, um vazio muito grande apesar de pouco tempo...”*. (Ester, 23 anos)

“Eu me sinto assim, vazia...”. (Sara, 40 anos)

SANTOS et. al. (2012), frisam a importância de uma conduta diferenciada na assistência à mulher diante do óbito fetal, tendo em vista que a morte gera uma enorme sensação de vazio e dor, que tendem a ser amenizada com o passar do tempo, quando a perda começa a ser elaborada pela mulher. Cabe salientar que o processo de assimilação da perda é variável de pessoa para pessoa. Neste âmbito, questiona-se se é possível separar reações normais e patológicas diante da perda, uma vez que não se sabe ao certo que reações frente à morte podem ser consideradas normais, ao levar em consideração a singularidade da pessoa (CARVALHO & MEYER, 2007).

Outras reações em resposta à perda gestacional puderam ser identificadas nas entrevistas: aperto no peito (angústia); medos ligados à possibilidade de vivenciar uma nova gestação pós-perda; tristeza; sensação de vazio; desmotivação; decepção; culpa; frustração; fracasso; impotência; e constrangimento. Manifestações emocionais e somáticas semelhantes foram descritos por NAZARÉ et. al. (2010), em seu estudo que explorou a avaliação e intervenção psicológica na situação de perda gestacional. No trabalho referido, os autores identificaram um conjunto de reações subsequentes a perda e as dividiram em quatro categorias:

1) Manifestações emocionais (sentimentos de tristeza, solidão, culpa, raiva, irritabilidade, vazio, ansiedade, choque, desespero, desamparo, desilusão, desesperança, inadequação e fracasso);

2) Manifestações Cognitivas (pensamentos de baixa autoestima e confusão; além de dificuldades de concentração, falta de memória e dificuldade no raciocínio);

3) Manifestações Comportamentais (agitação, fadiga, choro, isolamento e a tendência para procurar ou, opostamente, evitar estímulos associados ao bebê); e

4) Manifestações Somáticas (aperto no peito, nó na garganta, dificuldade em respirar, palpitações, tensão muscular, náuseas, dormência, falta de energia, insônia e pesadelos).

Nesta pesquisa, como reação comportamental foi possível identificar a tendência em evitar estímulos associados ao bebê. Esta reação pode ser percebida na fala da entrevistada que afirmou não querer ver os itens do quartinho do bebê presenteados por sua patroa:

“Eu deixei no depósito da loja pra não levar logo pra casa, como eu te falei que a gente tinha uma casa nova, né? A gente está esperando terminar, ficar pronta, eu falei que quando terminasse, eu levaria e já montaria todo no quartinho. Ai também, eu... quando perdi, que eu fui à loja, eu já nem quis ir lá embaixo, já pra não ver. Sei lá, eu pedi que

tirasse tudo, porque se eu tivesse levado para casa seria pior ainda porque eu estaria vendo as coisinhas dele. Ah, eu teria chorado bastante, porque eu não queria ver”. (Miriã, 28 anos)

Outra tendência encontrada, ainda ligada à reação comportamental, foi evitar pensar e falar sobre a perda com muitas pessoas, como exemplifica a narrativa abaixo:

“As únicas pessoas que eu contei foi minha mãe, minha sogra e meu namorado... acho que vou evitar falar porque as pessoas perguntam e acham que é fácil ficar falando sobre isso”. (Eva, 23 anos)

É comum a escolha de falar somente o necessário sobre a perda sofrida, visando sua autopreservação por meio do afastamento de tal sofrimento (POLI, 2008). Sabe-se que contar como foi sua perda diversas vezes para diferentes pessoas não é agradável e, muitas vezes, é desnecessário. Falar sobre como está sendo vivenciar e suportar esta perda é o que seria essencial. Contudo, na tentativa de não sofrer diante daquela “ferida” aberta, as pacientes tentam se afastar das situações, pensamento e ideias ameaçadoras e angustiantes que a morte gera (SANTOS et. al. 2012). Tal movimento de afastamento com o intuito, então, de proteger-se psicologicamente é comum nessas situações.

CARVALHO & MEYER (2007), apresentam possíveis formas de enfrentamento em situações de perdas gestacionais, dentre elas a tentativa de “deixar de lado”. Esta estratégia é utilizada quando a mulher tenta não evocar a dor e o sofrimento que a perda gera. Além disso, ainda segundo esses autores, esta estratégia aparece quando as pessoas ao redor do enlutado têm dificuldades para suportar o sofrimento da mulher.

A interdição do desejo de tornar-se mãe - maternidade como desejo inalcançado - pode gerar, em algumas mulheres, sentimentos de frustração e isolamento. Estes sentimentos por sua vez, podem afetar a mulher gerando repercussões nas relações que estabelece com seus familiares e consigo mesma. É possível que haja a desvalorização da sua autoimagem, pela concepção de que seu corpo não foi capaz de funcionar adequadamente para gerar um bebê ou, simplesmente, pela crença de que não foi capaz de desempenhar o papel biológico que toda mulher possui (CARVALHO & MEYER, 2007). Esta maneira de pensar, em decorrência da desvalorização da imagem pessoal, atrelada a autoestima abalada, resulta na comparação com as outras pacientes da enfermagem ou com amigas que estão gestantes, como indicam os relatos a seguir:

“Aí... eu tô aqui no hospital e tal... aí eu vejo a mãe com o bebê, foi o que eu falei pro meu namorado, que assim, é... o que me deixou mais triste é que... assim, muitas amigas minhas estão grávidas, né? (SE EMOCIONA- PAUSA). Aí, elas vão ter o bebê delas, né? E eu não vou ter o meu.” (PAUSA- SE EMOCIONA) (Rute, 19 anos)

(...) “Se eu for comparar, eu vou ver, tipo... as minhas amigas que estão grávidas, de mulheres que eu vejo grávidas quando eu estava ali no leito junto com outras, eu sempre ficava imaginando que daqui há alguns dias já era pra ser o meu, uma coisa é você tá aqui e receber apoio e ir pra casa com o bebê e a outra é ir sozinha, é diferente.” (Miriã, 28 anos)

Corroborando a necessidade de encontrar um “por que” para a perda que sofreram é inevitável, para algumas mulheres, não comparar a gestação atual com as anteriores:

“As outras vezes que eu fiquei grávida, eu senti alguns sintomas... mas agora não... não senti nada... a menstruação veio normal, depois saiu uns borões e comecei a ter febre. Eu não sabia por que estava tendo febre”.

“Eu me pergunto... por que eu não tive sintomas normais? Por que eu não consegui ter como tive os dois? A sensação que eu tenho é que não vou conseguir ter mais filhos. Descansei quando a outra paciente disse que teve perda anterior e agora teve seu bebê”. (Eva, 23 anos)

Esta comparação com as gestações anteriores bem sucedidas parece estar ligada à “naturalização da maternidade”, ou seja, mulheres que não sofreram intercorrências em gestações anteriores podem ter certeza de que são capazes de gerar um bebê perfeito e saudável (ASSUNÇÃO & TOCCI, 2003). Assim, ao vivenciarem uma perda gestacional, estas mulheres podem ser acometidas por sentimento de incapacidade, que pode contribuir para a construção da ideia de que não são mais capazes de gerar um bebê saudável, como exemplifica o relato de Eva acima.

A involução da gestação encerra simultaneamente outras muitas perdas. Além de lidar com as expectativas e planos frustrados, a mulher ainda precisa lidar com as perdas secundárias. Perdas estas que giram em torno da marcação da identidade social, expectativas e sonhos criados em relação à gravidez (NAZARÉ et. al. 2010), além da ausência da família devido um período ainda que curto de internação hospitalar.

5.2.3. Reações das mulheres diante da internação decorrente da perda gestacional

A representação presente no imaginário social acerca de uma instituição como a maternidade está ligada, cultural e socialmente, à ideia de início da vida. Assim, imagina-se que a mulher será levada para a maternidade quando chegar o momento de “ganhar” seu bebê (MONTERO et. al. 2011).

No entanto, para além desta representação, sabe-se que uma maternidade, como referência em assistência obstétrica, também assiste mulheres que apresentam algum tipo de intercorrência na gestação, prevenível ou não. Assim, mulheres com diagnóstico de involução da gestação também são admitidas na maternidade e ocupam os mesmos espaços que as outras pacientes que ganham seus bebês sem intercorrências.

Nas entrevistas realizadas para esta pesquisa foi comum identificar o incômodo gerado pelo desejo de ter um bebê em seus braços e vê-se impossibilitada devido à perda que sofreram quando, neste momento de fragilidade, essas mulheres necessitam dividir a enfermaria com outras pacientes e seus bebês. Assim, instala-se um conflito entre a dor da perda e o desejo de ter seu bebê, como indica o relato de Sara:

“Ah, dá vontade de sair correndo! Todo mundo com neném no colo e eu sem nada. A primeira coisa quando eu entrei, que eu acordei, a moça perguntou, uma das mães: cadê seu bebê?. Ai...que deu mais vontade de chorar mais ainda, eu me segurei mas...”

(...) “Eu falei que tinha perdido... infelizmente, mas tinha perdido. E todas elas com neném no colo... chorando... ali com os bebês”. (Sara, 40 anos)

A interrupção do projeto de gestar um bebê, quando ele já foi gerado, incute um conflito de natureza diferente daqueles outros enfrentados ao longo do ciclo vital da mulher. (ASSUNÇÃO & TOCCI, 2003). Para muitas mulheres, é natural a ideia de que um dia será mãe e por isso, comumente, já planejam, antecipadamente, quantos filhos querem ter. Além disso, há uma “pressão social” velada, que espera e cobra que o casal tenha filhos quando se une. Dentro desta conjuntura, percebe-se que a realização da maternidade é amplamente naturalizada, como elucida o relato a seguir:

“É... ontem quando eu cheguei foi bem doloroso, né? É ruim porque você olha pro lado e vê uma criança, você olha pro outro e vê criança, olha pro seu bercinho e tá vazio, né? Dói bastante, né? Você queria ali alguém, uma criancinha ali do seu lado, né? Que é que

você... o teu, a tua... a maternidade, né?, em si, você sabe que é que vai acontecer, né? Você vai, vai ficar durante um tempo gerando aquela criança, pra depois você ter ela nos seus braços, né? Então, quando não acontece é bem difícil. (Débora, 35 anos)

Em relação à internação em decorrência da perda gestacional, nota-se que as mulheres ficavam ansiosas pela alta hospitalar, provavelmente, pelo desconforto gerado pela dor de não conseguir gestar e ter seu bebê, enquanto outras pacientes, na mesma enfermaria, estavam felizes pelo nascimento do seu filho. Para aquelas mulheres que tinham outros filhos, notou-se ser comum o grande desejo de voltar para casa, o quanto antes, para encontrar seus filhos e lhes dedicar seus cuidados e consolá-los:

“Eu acho que pra mim tinha sido pior se fosse o meu primeiro, porque eu não teria nenhum, então, meu bebê me conforta muito. Eu acho, que se seu não tivesse ele hoje... eu estaria assim... chorando 24 horas. Mas eu sei que tenho um bebê também.” (Lídia, 36 anos)

“Eu vou cuidar mais da minha filha, a pequenininha. O problema é fazer ela aceitar que não tem mais neném. É que a barriga diminuiu um pouquinho e ela está sempre perguntando cadê o neném que tava na barriga. (...) Ela faz a gente se recuperar mais rápido porque a gente não fica pensando muito.” (Sara, 40 anos)

(...) Mas assim, eu to indo para apoiar-los, entendeu? Pra fazê-los entender, se possível, mais essa perda.(...) Principalmente, meu filho que ficava passando a mão na minha barriga. Eu creio que ele vai ficar bem tristonho, mas eu tenho que colocar pra ele de forma que ele possa entender sem ficar angustiado.” (Isabel, 43 anos)

LUCAS (1998) discute resultados de estudos que concluíram que mulheres com histórico de insucessos gestacionais por morte fetal deprimiam-se menos se já tivessem um ou mais filhos vivos. A partir dessa discussão, podemos propor que ao constatarem que seriam capazes de gerar filhos “perfeitos” e saudáveis, estas mulheres entrevistadas não interpretavam a morte fetal como uma falha na sua capacidade reprodutiva.

As reações emocionais da mulher diante da perda gestacional dependem do significado atribuído à perda, o qual, por sua vez, depende do grau de investimento afetivo na gravidez (ASSUNÇÃO & TOCCI, 2003). Ambos os aspectos estão intimamente relacionados ao

sentido fornecido à gestação e à ideia de ter um bebê, com consequentes repercussões pessoais, sociais e familiares.

5.2.4. Concepções e significados acerca do nascimento de um filho

Quando a mulher se dá conta que está grávida inicia-se um processo de “adaptação” física e psíquica à essa nova realidade, que envolve inserir a criança na sua vida, na sua rotina e na família. Estas adaptações abarcam mudanças na vida da mulher, ganhando os sentidos mais amplos e variados.

O desejo de gerar um bebê perfeito e saudável pode provocar na mulher uma preocupação com relação à alimentação, propiciando mudanças na forma de se alimentar e escolher os alimentos, como observa-se na fala de Edna, repleta do seu desejo de ter um filho:

“(...) Foi um pouco difícil, até porque hoje, eu acordei, eu chorei um pouquinho, porque eu senti falta assim, devido eu estar grávida, então ele fazia eu acordar cedo porque eu sentia fome, então eu sempre ficava de preguiça na cama e agora eu aprendi a acordar cedo, as vezes, 5 horas eu já tava acordada, com fome, entendeu? Então eu já me preocupava em acordar cedo e me alimentar, entendeu? Porque tinha uma pessoinha aqui dentro que...eu acho que era o desejo dela, até mesmo pra eu sair mais disposta para o trabalho. Então eu acordava cedo, fazia um mingau para mim, mingau de aveia, eu não conseguia comer, me alimentar bem, entendeu? Mas eu já conseguia tomar a mingau de aveia se não, um leite. Uma coisa leve, porque eu não conseguia comer pão logo cedo, ai eu me alimentava assim. Mas era muito legal, porque eu já sabia que tão cedo, ele já me fazia despertar, já com uma vontade assim...de viver, né? Uma coisa que eu sempre tive preguiça assim, de levantar cedo da cama, então era muito especial, tava sendo muito especial para mim. Então, foi difícil, né?”
(Edna, 36 anos)

Esta motivação para se alimentar melhor e ter disposição para o dia, descrita por Edna, parece estar atrelada à satisfação pessoal de poder gerar um bebê. Esta entrevistada nutria, junto com seu esposo, grande desejo de ter um bebê, contudo, vivenciava sua quarta perda gestacional. A partir de seu relato, percebe-se que seu bebê já fazia parte da sua vida e os cuidados com ele já estavam sendo inseridos na sua rotina. Percebe-se que antes do bebê ocupar um espaço físico na vida da mulher, ele já ocupava um lugar simbólico em seu

psiquismo (LUCAS, 1998), o que está diretamente relacionado as suas concepções e significados a respeito do nascimento de um filho.

Quando a gestação é fruto de uma decisão do casal, ambos vivenciam transformações no âmbito pessoal e relacional. Assim, a relação do casal também passa a ser encarada de maneira diferente, pois envolve o desejo/motivação/responsabilidade de ter um bebê juntos (NAZARÉ et. al. 2010). A partir da análise das entrevistas, notou-se que o nascimento de um bebê pode estar ligado à expectativa de entrelaçamento da relação do casal, resultando na “formação” de uma família ou na sua ampliação, como exemplificam os relatos, respectivamente:

“Olha... pra mim foi uma perda muito grande porque eu estava... é, pretendo ter esta criança, planejei por eu tá formando uma outra família com esse rapaz que eu to agora, com meu esposo.” (Rebeca, 30 anos)

“Bom... é um momento, assim, de muita tristeza porque...eu criei uma expectativa de eu aumentar minha família, era mais um bebê que ia chegar pra brincar com meu filho... e de repente, assim, eu me sinto um pouco fracassada, um vazio dentro de mim, né?” (Lídia, 36 anos)

Outra concepção atribuída ao nascimento de um bebê foi a ideia de “presentear” a família e proporcionar alegria após o falecimento de um ente querido:

“É... no momento agora, pra mim foi muito difícil, né? Como eu falei pra você, devido a perda da minha sogra, ter acarretado as duas coisas de uma vez só (...). E aí, quando não ocorre isso, você se frustra, né? Fica chateada, triste, né? Até porque, seria até uma alegria a mais pra mim devido ao que aconteceu.” (Débora, 35 anos)

É de fundamental importância buscar investigar o significado que pais atribuem à gestação e ao nascimento de seu bebê, uma vez que a perda dismantela os planos, os sonhos, as esperanças, as expectativas e as esperas existenciais que os pais normalmente depositam no nascimento de uma criança. E, para conseguir enfrentar e suportar este dismantelamento causado pela situação de perda gestacional é importante a presença e o suporte fornecido da rede de apoio (companheiro, familiares ou amigos próximos) da mulher enlutada.

5.2.5. Percepção do apoio diante da perda gestacional

De maneira geral, entende-se que a presença dos familiares tem papel fundamental no suporte fornecido à mulher que perdeu um filho. Ter uma pessoa próxima que demonstre preocupação e que forneça apoio neste momento de desamparo é fundamental para o equilíbrio emocional da mulher (CARVALHO & MEYER, 2007). Ao realizar as entrevistas, ficou bastante evidente o quanto as mulheres valorizavam a presença e o apoio fornecido pelas pessoas próximas à ela neste momento difícil, como demonstra a narrativa abaixo:

“Eu acho que na verdade a única coisa que está me fazendo... que não está me fazendo cair legal, é que, graças a Deus, assim, meus parentes, minha mãe, o pessoal, minha família tá me apoiando muito, sabe? Quando eu fico pra baixo, sempre tem alguém que me liga: “ah, vamos conversar”, “Deus sabe de todas as coisas”... e, por isso, eu tenho fé, né? Acho que por isso que eu não fiquei pior”. (Débora, 35 anos)

Nos casos em que o óbito fetal ocorre num momento em que a gestação está mais avançada e que deve ser realizado o parto, seguido, muitas vezes, do sepultamento do bebê, há, objetivamente, decisões a serem tomadas, ou seja, questões burocráticas a serem resolvidas e recursos financeiros a serem dispendidos. Como a mulher não se encontra em condições emocionais nem físicas para resolver este tipo de pendência, algum membro da família é “eleito” para providenciar documentos, ir ao cartório, funerária, dentre outras coisas, o que mais uma vez reafirma a importância da rede de apoio nestas circunstâncias. O relato de Lia abaixo é um exemplo disso:

“É porque só tem ela (mãe da entrevistada) para resolver tudo isso. Minha família toda trabalha, aí não tem como. Aí só tem ela”.

A mesma entrevistada, ainda com relação ao sepultamento, relata: *“Eu acho que não vou conseguir não... acho melhor não... porque agora eu não quero ver sendo enterrado. Não vou... não vou conseguir não... é melhor eu só vê eles assim agora mesmo e depois deixa que outra pessoa faz isso”* (Lia, 16 anos)

Não só no primeiro momento, mas também após a alta hospitalar, são os familiares e/ou amigos que estão em contato direto com a mulher enlutada e que poderão fazer toda

diferença neste processo. É importante que essa rede de apoio, família e amigos, possam estar disponíveis para acolher e oferecer um espaço para a expressão dos sentimentos e significados atrelados a perda. No relato abaixo a entrevistada fala sobre o momento seguinte a alta hospitalar:

“(...) Acho que vai ser tranquilo, até porque eu vou ficar uns dias com minhas tias, elas vão me dar uma força.” (Miriã, 28 anos)

Com a perda gestacional a mulher fica, comumente, fragilizada física e emocionalmente. Assim, o acolhimento, a atenção e o suporte fornecido pelos familiares e toda rede de apoio, durante e após a alta hospitalar, certamente auxiliam na elaboração da perda e ajuda na vivência simbólica do luto inerente à perda.

5.2.6. Vivência do luto após a perda gestacional

Apesar de ser indiscutível a importância do acolhimento e suporte à mulher no momento de perda, sabe-se que, nem sempre, as pessoas que cercam a enlutada estão preparadas para oferecer o apoio e a escuta que ela necessita para iniciar um processo de luto favorável. Sabe-se que quando este apoio não é adequado, ou seja, quando não se incentiva e/ou não se permite que a mulher expresse sua dor e seu sofrimento diante da perda de um filho, tudo fica mais difícil para a mulher.

Entende-se que o luto realizado pela mulher não é, muitas vezes, socialmente aceito, na medida em que não se considera o feto como um bebê em si e não se incentiva para que haja espaço para realizar a elaboração simbólica deste momento de perda. Assim, nem todas as pessoas que cercam estas mulheres estão dispostas e/ou preparadas para ouvir seu sofrimento. FREIRE (2005) argumenta que “o social faz sua economia de gestos e sentimentos” (p. 13), ou seja, se faz de surdo diante do sofrimento daquele que sofre uma perda. A entrevistada Miriã demonstra sua insatisfação com a postura adotada por algumas pessoas diante da sua perda gestacional:

(...) Minhas tias, vão me dar uma força, vão dizer que é assim mesmo, aquelas coisas que todo mundo diz: “é assim mesmo”, “da próxima vez dá certo”, “você não é a primeira e nem vai ser a última”. Logo após a pesquisadora pergunta: E o que você acha de escutar estas coisas que todo mundo diz? E a participante prossegue:

“Chato. (...) Agora, tipo quando eu voltei pro trabalho depois dos dias que eu fiquei internada, aí todo mundo me abraça e fala: “aí Val, que pena, aí não sei o que”. Aí cada vez que alguém fala mexe mais com aquela ferida sua. Eu falei “ta gente...” eu tento ser forte e falar assim: “não gente, foi por causa que não era a hora ainda, quando for a hora vem, eu estou bem”, pra evitar este tipo de comentário. Não é uma coisa que eu vá esquecer logo, mas quanto mais mexe acho que vai demorar mais pra minha...pra eu estar bem de novo, pra mim ta preparada, pra mim tentar de novo.” (Miriã, 28 anos)

Em seu relato, Miriã deixa claro que procura demonstrar que a perda que sofreu não à afetou grandemente, deste modo, evita lembrar e tomar contato com a sua dor. Contudo, sua preocupação em apresentar tal reação, parece estar ligada, sobretudo, ao desejo de não escutar estes comentários que minimizam a sua dor.

Nesta conjuntura, sabe-se que do ponto de vista do sistema social e legal, não há reconhecimento do conceito abortado como uma criança que morreu antes de nascer. Logo, o contato com a perda não se faz pela despedida daquele que não se faz mais presente por meio da concretização dos seus restos mortais. Assim, o que fica é apenas o confronto com o vazio deixado por um bebê que não vai mais existir, cujos últimos vestígios foram eliminados pelos procedimentos médicos. Desconsidera-se o luto materno ou se minimiza sua proporção através da tentativa comum de convencer a mulher que “... foi melhor assim” e que “... logo você engravida de novo”, ou “... antes agora do que depois de nascer...”. Com isso, o que se faz é retirar todo o suporte social, deixando a mulher sozinha e solitária com seu vazio e, talvez, se recuperando ao lado de uma puérpera bem-sucedida, feliz com seu bebê no colo (ASSUNÇÃO & TOCCI, 2003).

Este não reconhecimento do luto pode existir, inclusive, por parte do companheiro, como demonstra o relato de Edna:

“(...) Achei muito importante ele (esposo) ficar ali naquele momento para que ele veja o que eu passei, entendeu? Pra que ele veja um pouco do meu sofrimento e pra que ele tente entender o meu lado também, porque ele como homem, pode só pensar assim: “Ah, vamos tentar, vamos tentar de novo”, pra ele entender também que eu preciso também de um tempo pra poder me reestruturar e me erguer de novo e a gente começa de novo aquela mesma luta, entendeu?” (Edna, 36 anos- histórico de quatro perdas gestacionais consecutivas).

Sabe-se que há uma diferença entre gêneros, no que diz respeito à vivência da perda gestacional. A mulher tende a manifestar mais emoção e demonstrar mais sofrimento devido à morte do filho na perda gestacional, se comparada ao homem. Este fato parece estar relacionado à maior ligação afetiva da mulher com o bebê, principalmente nos primeiros meses de gestação. Além disso, é a mulher que experimenta a perda no seu próprio corpo, com a perda das características de grávida e com a realização de procedimentos médicos, por vezes desconfortáveis e dolorosos (SOUSA & MUZA, 2011; NAZARÉ et. al. 2010; SANTOS et. al. 2012).

Somado a isso, existe o não reconhecimento do feto como um bebê, o que resulta na não legitimação do sofrimento da mulher e no aniquilamento do espaço para a manifestação de dor diante da perda gestacional. Deste modo, este relato de Edna parece apontar também, para a diferença entre as reações de homens e mulheres frente à perda gestacional, discutida por ASSUNÇÃO & TOCCI (2003). Ao afirmar que *“precisa de um tempo pra poder me reestruturar e me erguer de novo”*, Edna parece estar tentando reivindicar um espaço para a manifestação de seus sentimentos e elaboração da perda de seu filho.

Esta elaboração da perda gestacional, que se traduz na vivência do processo de luto, pode ser favorecida também pelo tipo de assistência fornecida pelos profissionais de saúde durante a internação na instituição hospitalar. O reconhecimento do luto materno e uma assistência acolhedora podem contribuir para a efetivação do processo de luto a partir de como a mulher percebe a atenção e cuidado dispendido a ela pelos profissionais da instituição.

5.2.7. Percepções do cuidado fornecido pela equipe multiprofissional

Quando a mulher vivencia uma perda gestacional é comum ficar vulnerável emocionalmente. Tendo isso em vista, podemos perceber que a dor que incide no corpo devido ao processo de perda e/ou procedimentos médicos realizados nesta situação, vai além da dor física, como aponta a afirmativa de Isabel:

“Eu chorei bastante porque dói na alma” (Isabel, 43 anos)

Pressupõe-se que, nem sempre, o profissional de saúde está atento ao quanto a mulher e sua família podem ser afetados pela perda de um bebê. Conseqüentemente, alguns profissionais demonstram certa inabilidade para lidar com algumas situações de perda

como se fosse um objeto que estava ali, “há eu estou ali só para cumprir minha função”. Aqui, não me senti assim, me senti um ser humano mesmo. Sabe, é o que me ajudou muito mesmo, nesse momento, porque está muito recente, a me sentir bem tranquila, porque faz uma diferença enorme o trato das pessoas com a gente”. (Isabel, 43 anos)

Torna-se indispensável destacar a importância deste relato, pois indica a necessidade da equipe de saúde estar sensível às demandas físicas, emocionais e sociais das pacientes. Proporcionando, assim, uma assistência integral e de qualidade a partir de uma visão holística da mulher.

5.3 – Resultados da caracterização geral dos profissionais de saúde que lidam com a perda gestacional

Foram entrevistados 08 (oito) profissionais da área da saúde, dentre eles médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem que atuam no setor de USG, Centro Obstétrico e Alojamento Conjunto da Maternidade Escola da UFRJ. Os profissionais tinham idade entre 26 e 39 anos (média de 31 anos), tendo, em média, 9 anos e 4 meses tempo de formados. Com relação ao tempo de trabalho na instituição, verificou-se que eles tinham, em média, 5 anos e 8 meses.

No que tange a religião professada, notou-se grande variedade nas respostas, pois os profissionais se autodeclararam: católicos (1), cristãos (2), kardecistas (1) e evangélicos (2) conforme Tabela 3 a seguir:

Tabela 3. Dados gerais dos profissionais de saúde (N= 8)

Profissionais	Idade	Profissão	Religião	Tempo de formado	Tempo que trabalha na ME
01-Elvira	26	Tec. Enf.	Evangélica	10	2
02-Luci	26	Enfermeira	Kardecista	4	3
03-Nádia	26	Enfermeira	Não possui	3	2
04-Micaela	34	Enfermeira	Cristã	11	10
05-Nilma	29	Médica	Católica	5	1
06-Amélia	38	Tec. Enf.	Evangélica	21	16
07-Tito	39	Médico	Cristão	14	11
08-Jonas	31	Médico	Não Possui	7	1

A equipe entrevistada pode ser caracterizada como uma equipe com profissionais jovens, mas que possuem tempo médio de anos de formação considerável (acima de nove anos em média) e bom período de experiência na Maternidade-escola da UFRJ.

5.4- Resultados das entrevistas aos profissionais que lidam com perda gestacional

Notou-se grande variedade nas respostas dos profissionais à pergunta “Como é para você, ter que assistir uma paciente que passou por uma perda gestacional?”. As respostas variaram de acordo com o setor de trabalho: USG, Alojamento Conjunto e Centro Obstétrico, tendo em vista a particularidade de cada setor da instituição. Dessa forma, os relatos dos profissionais foram analisados de acordo com as quatro categorias de análise, descritos anteriormente.

5.4.1. Comunicação do óbito de um bebê

A comunicação da notícia do óbito do bebê aos pais é sempre um momento delicado, encarado por alguns profissionais como uma situação que os deixam desconfortáveis e apreensivos, devido à incerteza quanto a melhor forma de comunicar a perda (MONTERO et. al., 2011), como indica o relato abaixo:

“(...) Ai você fica um pouco, assim, apreensiva porque você não sabe como conversar, como contar e também como acalmar aquela mãezinha... (...) Às vezes, pode ser, nossa, uma fatalidade, não é erro nosso, mas é sempre desconfortável”. (Nilma, médica, 29 anos)

Para alguns médicos, a dificuldade maior na assistência à mulher com perda gestacional parece ser a comunicação do óbito fetal, mais do que a assistência médica posterior. De acordo com o relato abaixo, tal dificuldade pode estar ligada, dentre outras coisas, ao mal estar gerado pela personificação da notícia ruim no médico:

“Eu acho que pior é dar a notícia, é óbvio que assistir no parto também é ruim, mas eu acho que pior é você dá a notícia. Você é o mensageiro da morte, no caso, né? O mensageiro da má notícia, então...” (Tito, médico, 39 anos)

Na análise das entrevistas, percebe-se que o médico apresenta maior dificuldade, se comparado a outros profissionais da área da saúde, para aceitar que o óbito foi inevitável e que ele não pode fazer algo para reverter a situação. Somado a ideia do médico ser o “mensageiro da notícia ruim”, como descrito acima, estão as questões subjetivas envolvidas na dificuldade de lidar com a morte/perda. Tal incômodo está relacionado também ao impasse que este profissional se encontra, configurado pelo conflito entre o “compromisso com a vida” e a “permissão” para que a morte aconteça (PIRES, 2010). Assim, torna-se legítimo para o profissional que tem o dever de “salvar da morte”, questionar-se quanto à aceitação da morte contrapondo-se ao dever de impedir que ela aconteça. A seguir o relato de Jonas, que trata desta questão e expõe sua dificuldade em aceitar a morte sem pensar que houve falha:

“Ai... porque... é ruim, é isso, é a sensação de falha e a gente que faz medicina tem esse sintominha de querer dá conta das coisas, né? Então você fica assim “ai que droga”, “será que eu devia ter feito alguma coisa?”, essa pergunta fica assim, por mais que você leia no livro e veja que era assim, fiz tudo, ela fazia exame todo dia e morreu porque morreu e não tinha como evitar essa morte.(...) Eu acho que vem da profissão, porque eu acho que não é sentimento de culpa exatamente, é... aquela coisa de obstinação mesmo, aquele pensamento: “queria resolver isso”, eu tenho esse desejo, queria dar conta dessas coisas que a gente não dá conta ainda. Quem sabe a gente consiga um dia. Mas ninguém consegue. Mas a gente ainda vai avançar e vai dar conta de mais algumas coisas na... tecnicamente falando.” (Jonas, médico, 31 anos)

Além de estar neste lugar “desconfortável” por ser o responsável por comunicar a perda, o médico também não sabe como agir após este momento que, geralmente, é seguido de choro e lamento:

“Ah, foi um dia que, realmente, deu um mal estar porque era um USG de rotina e, então assim, a paciente não tinha nada alterado, veio pra fazer uma ultra normal e quando a gente foi ver o bebê não estava vivo. Então, assim, até eu fiquei um pouquinho assustada, olhei, olhei varias vezes, eu falei “Meu Deus! Realmente não tá vivo”. Ai eu falei “mãezinha, olha o coração do bebê, infelizmente, em algum momento parou de bater, não sei nem o que te dizer”. Ai, é aquele choro, ela chorou muito. Ai chora muito, soluça, a gente tenta calmar, mas é realmente muito desconfortável. Principalmente, até pra gente, que a gente tem que...

expor uma notícia dessa pra uma paciente que até então, estava tudo tranquilo, muito bem”.
(Nilma, médica, 29 anos)

É comum as pessoas construírem concepções positivas quanto à instituição hospitalar maternidade. Tem-se em mente, comumente, que este é um local onde a vida tem início e que o nascimento constitui-se um momento feliz, como discutido anteriormente. Constatou-se que os médicos também possuem concepções semelhantes e que sentem-se impactados quando não ocorre “um final feliz”, como exemplifica os relatos a seguir:

“Uma das maiores vantagens da obstetrícia é que a gente lida com a vida, né? Vida com... geralmente o final é feliz, ocorre tudo bem e tudo mais. Então, quando acontece uma morte e, principalmente quando é mais no final da gestação, uma morte que é inesperada e tudo mais, é... o impacto é ruim para todo mundo” (Tito, médico, 39 anos)

(...) É difícil perder alguém, ainda mais na nossa área perder um bebê, que seria um momento de felicidade, porque o que eu acho que o normal, que a gente espera, é mandar embora a mãe, o bebê, o pai e uma malinha. Então, acontece de alguém não sair junto é que tem alguma coisa errada.” (Nilma, médica, 29 anos)

Ao se deparar com o diagnóstico de óbito fetal médicos, bem como todos os profissionais da área da saúde que trabalham em uma instituição hospitalar como a maternidade, precisam fornecer assistência à mulher que vivencia a perda. No período de internação, que pode variar entre 24 e 48 horas, os profissionais de saúde precisam lidar com os sentimentos da mulher decorrentes da perda, assim com os seus próprios. Esta assistência abarca grandes desafios para a equipe de saúde, tendo em vista que a mulher encontra-se fragilizada emocionalmente e ainda enfrenta o contato direto com puérperas e seus bebês, na enfermaria coletiva.

5.4.2. Lidando com a paciente enlutada

Na Maternidade-escola da UFRJ uma das primeiras coisas que a equipe de enfermagem se preocupa quando recebe uma paciente no alojamento conjunto é decidir para qual enfermaria a mesma será direcionada. A escolha do leito é muito delicada, pois há uma

preocupação em não internar a paciente com perda gestacional na mesma enfermaria com outras mulheres que acabaram de “ganhar” seu bebê, como parece demonstrar o relato abaixo:

“(...) A gente tenta colocar em enfermaria separada, né, junto com gestante, evita colocar junto com os bebezinhos.” (Nádia, 26 anos- Enfermeira)

Percebe-se que há uma tentativa, por parte da equipe, de poupar a paciente deste “encontro” com outros bebês e suas mães, logo após a perda. Contudo, nem sempre este afastamento pode ser mantido, pois, por vezes, é necessário direcionar a paciente para uma enfermaria em que haja puérperas com seus bebês. Assim, quando a mulher enlutada chega ao seu leito, ela e toda a equipe, precisam lidar com esta situação, como relata Elvira:

“O que acontece, é que a demanda é muito grande e, às vezes, não dá para a gente conseguir conciliar, aí a gente faz melhor que a gente pode, a gente não tem como adivinhar quem vai subir de uma curetagem tal hora, né? Até porque o local é pequeno e a gente não tem muito como fazer muito estas escolhas. (...) Mas foi uma situação... que eu fiquei me sentindo no lugar dela, né? E se eu teria a mesma atitude que ela ou se eu conseguiria segurar a barra entre aspas, né? De apenas chorar comigo e ver a felicidade de outras mães.” (Elvira, 26 anos- Técnica de Enfermagem)

Nas entrevistas verificou-se que para grande parte da equipe (N = 7), a perda gestacional é uma situação que mobiliza o profissional que presta assistência à mulher, ainda mais quando o bebê é muito esperado pelos pais, como indica a fala a seguir:

“Acho que quando o bebê é esperado, a gente sente... querendo ou não, fala que não mas você acaba sentindo junto com a paciente, não tem como você não se envolver. Alguns casos mais, alguns casos menos, acho que depende muito como a paciente está reagindo, né?” (Nádia, 26 anos- Enfermeira)

Há muitas maneiras de lidar com a dificuldade de enfrentar a morte. Comumente, os profissionais criam estratégias para conseguir manejar o desconforto e a ansiedade gerados neste momento, como, por exemplo, manter um distanciamento a fim de não se envolver ou se mobilizar com a dor da paciente, como exemplifica o relato:

“A gente acaba enfrentando isso no dia-a-dia e eu acho que, de certa forma, a gente é um pouquinho frio, eu acho que também é uma forma de proteção porque é difícil perder alguém, ainda mais na nossa área perder um bebê...” (Nilma, 29 anos- Médica)

Outra estratégia utilizada pelo profissional de saúde para evitar contato com o sofrimento da mulher enlutada e com o seu próprio, é atuar em setores da maternidade que não haja, obrigatoriamente, contato direto com estas mulheres. Além disso, outras atitudes foram citadas também por SANTOS et. al. (2012), tais como, delegar a assistência à outro profissional “mais sensível” e mais capacitado para lidar com estas situações difíceis e focar apenas nos aspectos biológicos durante o contato com a paciente nas enfermarias. Segue abaixo um exemplo destas estratégias:

“(...) Ai depois confesso que eu fiquei muito... é... me trava, essas... essas, me trava muito. Apesar de assim, eu trabalhar em UTI e tal. Na UTI eu lido um pouco melhor, porque eu não tenho que dar notícia pra ninguém e eu não tenho muito contato com a mãe, mas aqui em cima [enfermaria] como a gente trabalha com elas, é... é muito difícil.” (Luci, 26 anos- Enfermeira)

Esta estratégia de “distanciar-se” da dor da paciente, visando proteger-se do impacto que aquele sofrimento pode causar nele, aponta para o despreparo que o profissional sente em lidar com estas situações de perda:

“É, eu acho que até nós profissionais de saúde, como a parte médica, a gente também não é preparado emocionalmente pra lidar com isso.” (Nilma, 29 anos- Médica)

Este “despreparo” não é, apenas, um despreparo teórico, pois o contato com pacientes e familiares enlutados nos forja como profissionais de saúde. Deste modo, sabe-se que o tempo de experiência, a disponibilidade pessoal e o suporte de profissionais de saúde mental na instituição podem ajudar os médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem, além de outros profissionais da área da saúde, a lidarem um pouco melhor com a perda, respeitando sempre os limites pessoais de cada um.

Interessante mencionar que a maioria dos profissionais de saúde que afirmaram não sentir-se preparados para lidar com situações de perda gestacional, tinham menos tempo de

atuação profissional na Maternidade-escola da UFRJ, se comparados aos profissionais que afirmaram se sentir mais preparados para lidar com tal situação.

Outro fator importante a ser considerado ao lidar com a mulher enlutada é a forma como ela consegue enfrentar a situação de perda, pois isto balizará, dentre outras coisas, a interação do profissional com a paciente. Dito de outra maneira, neste estudo constatou-se que a forma como a mulher consegue lidar com a perda interfere na assistência prestada a ela:

“(...) E querendo ou não você se envolve com uma paciente como a D. né? A gente acabou se envolvendo bastante... quando é muito planejado... ela acabou fazendo histerectomia também... e aí você acaba se envolvendo mesmo, mas acho que você tem que respeitar ali o período... não ficar ali perguntando muito. (...) Por isso que eu falo que tudo depende de como a paciente está reagindo, entendeu? Porque se é uma paciente, se você pega uma paciente muito chorosa, você vai se envolver. Ali na frente dela, você tem que ser profissional, você tem que ser séria, você vai né, fazer a entrevista com ela, fazer a anamneses com ela, mas você acaba se envolvendo mesmo. Gente! A pessoa fala que você se acostuma, mas... eu não acostumei ainda não. A gente acaba se envolvendo.” (Nádia, 26 anos- Enfermeira)

Alguns profissionais afirmam sentir-se pessoalmente “afetados” pela perda que a mulher sofreu; contudo, eles consideram que a assistência não sofre interferência disso. Esta concepção está relacionada à ideia de separação entre aquilo que é de ordem emocional daquilo que é de ordem pessoal, como exemplifica a fala a seguir:

“Não, não me afeta na realização da... dos meus... da minha assistência não, mas fico assim, comovida pela situação da paciente entendeu? (...) É importante! Tem que separar porque senão você não vai ajudar a paciente nem de uma maneira nem de outra. Você não vai ser a pessoa que vai se comover com aquilo e também não vai fazer sua assistência adequada, entendeu? Então, eu acho que é importante separar sim, o profissional do emocional. Na nossa área é essencial, não tem como.” (Micaela, 34 anos- Enfermeira)

Este relato é muito interessante, pois nos remete à seriedade e à segurança que o profissional de saúde deve adotar na assistência à paciente, sem obstar, deixar de lado a empatia e o acolhimento. Contudo, MONTERO et. al. (2011) ao discutir esta temática, sustentam que muitos profissionais preferem assumir uma postura mais distante frente a

assistência da mulher enlutada, visando proteger-se do impacto emocional que tal sofrimento pode ter sob ele. Além disso, estes autores ainda afirmam que alguns profissionais podem se comportar de maneira a negar, por vezes, a gravidade da situação de perda gestacional, principalmente quando se trata de uma perda precoce (MONTERO et. al. 2011).

Por mais que alguns profissionais de saúde procurem assumir uma postura mais distante frente à mulher que vivenciou a perda gestacional, é notória a presença de alguns sentimentos em decorrência de tal assistência.

5.4.3. Sentimentos dos profissionais diante da mulher com perda gestacional

Em menor ou maior grau, percebe-se que o profissional de saúde tem certa dificuldade para lidar com as situações de perda (PIRES, 2010). Este fato reflete na percepção de sentir-se ou não preparado para prestar assistência à mulher que perdeu seu bebê. Nas entrevistas realizadas, notou-se variedade nas respostas da equipe de enfermagem quanto a esta questão:

“Ah, é péssimo! É... assim, eu às vezes, eu nem... eu não sei o que falar pra elas, então às vezes eu nem... vou conversar, nem nada, porque... é uma coisa muito triste. A gente já teve pacientes aqui, e que assim, bebês grandes vão a óbito e realmente é muito triste. Eu... confesso que eu não sei lidar com essa perda não.” (Luci, 26 anos- Enfermeira)

“Não... assim, eu me sinto [preparada para lidar com a paciente que sofreu perda gestacional]. Eu acho que isso é normal. Eu acho que seria anormal você não se envolver, né?, com uma pessoa... você vê uma perda, vê uma mãe sofrendo (...). Você tem que respeitar o momento dela, ela tá chorando... você não vai perguntar muito do bebê, ficar, sabe, fazendo esse tipo de pergunta, se tinha nome ou se não tinha, essas coisas assim.” (Nádia, 26 anos- Enfermeira)

Nota-se que sentir-se ou não preparado para assistir a uma mulher que vivenciou perda gestacional engloba fatores diversos e complexos, que vão desde o manejo de reações e sentimentos da mulher enlutada, até o manejo de suas próprias convicções e sentimentos (SANTOS et. al. 2012). Não estar alheio a um caso de perda gestacional é fundamental para fornecer uma assistência humanizada à mulher que se encontra fragilizada.

Constatou-se que durante a assistência à mulher enlutada, comumente, os profissionais de saúde assumem uma postura de “colocar-se no lugar da mulher que sofreu a perda”, refletindo sentimentos de solidariedade e empatia, como demonstra os relatos a seguir:

“(...) E você sente, e neste momento no qual me encontro gestante, você acaba se colocando no lugar do outro também, né?” (Amélia, 38 anos- Técnica de Enfermagem)

“(...) Se realmente aconteceu porque a paciente teve algum problema durante a gestação eu fico bem assim (PAUSA)... triste pela paciente, né? Porque eu sou mãe e eu sei que a perda de um filho em qualquer idade, mesmo que seja gestacional, é relevante. Então, eu fico bem assim, comovida com aquela situação.” (Micaela, 34 anos- Enfermeira)

“A gente é tomado por um sentimento de solidariedade com a mãe (...).” (Elvira, 26 anos- Técnica de Enfermagem)

A “falta do que dizer à paciente” foi um dos motivos mencionados para justificar a dificuldade de aproximação da mulher enlutada. É comum o profissional de saúde sentir-se despreparado e impotente, principalmente nas situações na qual a mulher está mais chorosa e deprimida:

“Mas lidar com essa situação é muito difícil... como você fosse falar com seu melhor amigo que acabou de perder a mãe... o que você vai falar pra ele? Você também não tem o que falar às vezes, você também não tem muito o que dizer... Às vezes, um sentimento de impotência também toma conta da gente, quando você vê que a mãe está muito triste, a mãe está deprimida, você também fica impotente, você só dá mão, segura a mão dela e fala: a gente está aqui pra te ajudar, qualquer coisa que você precisar a gente está aqui, entendeu?” (Elvira, 26 anos- Técnica de Enfermagem)

É importante frisar que os sentimentos de impotência e frustração foram mencionados por profissionais de enfermagem e de medicina, respectivamente, com sentidos semelhantes, o que nos faz acreditar na proximidade entre tais discursos apesar da diferença de categoria profissional. Como descrito no relato acima, a técnica de enfermagem fala sobre a impotência que sente ao ver a tristeza e a dor da paciente enquanto a assiste na enfermaria, ao passo que se vê limitada para ajudá-la a superar seu sofrimento. Enquanto o médico fala sobre a

frustração que sente ao fornecer assistência à paciente com diagnóstico de perda gestacional, com o pensamento/questionamento do que poderia ter feito mais para impedir que o óbito acontecesse, como exemplifica o relato abaixo:

“Acho que é uma sensação de frustração muito grande. Independente da gente saber, racionalmente que nada poderia ter sido feito, que a morte foi inevitável... (...) Por mais que você diga “não, fizemos tudo certo, que tinha que fazer”, “tudo certo”, “não era pra ter operado porque não tinha indicação cirúrgica”, “morreu e ia morrer de qualquer forma”, mas tenho a sensação de frustração, de que... sei lá (rs)” (Jonas, médico, 31 anos)

Aproximação entre tais relatos parece-nos possível, tendo em vista que ambos as categorias profissionais veem-se limitados na assistência à paciente que vivenciou a perda gestacional.

Ainda com relação dificuldade de aproximação da mulher enlutada, a disponibilidade pessoal e a disponibilidade de tempo foram outros fatores mencionados que têm impacto na maior ou menor aproximação e assistência dispendidas à paciente que sofreu perda gestacional, como demonstra o relato abaixo:

“É difícil quando você assume um quantitativo grande de paciente, né? você... ter, como eu vou dizer? (PAUSA) Não é tempo, mas você ter aquela disponibilidade, às vezes, o paciente está enfrentando aquela raiva e... a gente joga logo pra o psicólogo (RISOS). Porque é uma questão que te ocupa o tempo. E a enfermagem, às vezes, a gente se perde em outras coisas, né? no cuidado técnico: do administrar um medicamento, do aferir os sinais vitais, do arrumar a cama e a gente acaba deixando de lado o cuidar do outro, como um todo, que seria o caso de ficar ali ouvindo. Então, tem alguns momentos que a gente não tem essa disponibilidade. E, aí entra aquelas coisas que eu te falei, entra aqueles fatores também: como eu estou naquele dia?” (...) Já aconteceu dessa forma. Às vezes, o plantão tá agitado e a paciente encontra, eu mesmo já falei: “Oh, psicóloga tem uma paciente ali para você atender, pelo amor de Deus!”, porque você acaba não tendo disponibilidade de tempo, porque existem outras pacientes pra serem cuidadas, que você acaba se atentando mais ao cuidado técnico, que é o cuidado de outra forma.” (Amélia, 38 anos- Técnica de Enfermagem)

Este relato é muito interessante, pois fala da organização da rotina de trabalho na enfermaria que não possibilita grande flexibilidade e mobilidade, decorrente da grande demanda de pacientes para o número reduzido de profissionais. Além disso, demarcar a rotina de cuidados na enfermaria, a qual se limita, muitas vezes, aos cuidados físicos, foco principal da sua prática.

Por outro lado, este relato apresenta um fator importante que diz respeito a disponibilidade pessoal para “gastar tempo”, acolhendo e ouvindo sobre o sofrimento da paciente. Contudo, esta fala parece indicar que ao preocupar-se em investigar os aspectos emocionais referentes à perda, o profissional está “fazendo algo a mais”, algo que vai além da sua função de cuidados físicos.

Outra característica relevante deste relato é a possibilidade de pensarmos a importância do trabalho do psicólogo na instituição. Esta fala parece refletir a imagem que o profissional constrói do psicólogo, caracterizada como aquele que, muitas vezes, dispõe de tempo para escutar a mulher e dá atenção aos sentimentos gerados pela perda de um filho. Vale ressaltar que, cada profissão tem sua importância e particularidade na ajuda à mulher enlutada, ainda que a escuta fornecida pelo psicólogo não seja a mesma dos outros profissionais.

Assim, uma determinada escuta profissional não anula a outra, ou seja, ao mostrar-se interessado em saber como a mulher está conseguindo lidar com a perda, o profissional de enfermagem, por exemplo, não ocupa o lugar do psicólogo. Segundo RIBEIRO (2013), o psicólogo possui uma escuta diferenciada, pautada na singularidade do indivíduo, quando busca acolher o paciente em suas demandas psíquicas e possibilitar a elaboração da sua experiência para conseguir lidar melhor com a situação traumática vivida. Neste sentido, o trabalho em equipe multidisciplinar é fundamental, pois o diálogo permanente entre os profissionais de saúde pode demarcar uma parceria de trabalho e a troca de escutas e posicionamentos diferentes que contribuem para uma assistência integral e para ampliação da percepção de cada paciente.

O suporte fornecido pela equipe de psicologia foi mencionado como um fator positivo que auxilia a paciente neste momento de perda e, muitas vezes, auxilia os profissionais de saúde em situações mais delicadas, como explicitado no relato a seguir:

“Teve uma paciente que levou a gestação até o final, o bebê era malformado e... eu acho que só tinha uma perna... todo malformado... hidrocefalia e tal... e... assim, quando ela estava grávida, eu dei uma maior atenção, um maior carinho e tal, mas depois que ela

ganhou neném e eu cheguei a ver esse neném... eu fiquei muito mal assim... até para ir para casa mesmo... eu fiquei, foi muito chocante, eu chorei muito...e quando eu fui admitir a paciente, eu não consegui sabe assim... nem falar nada, não ia perguntar: "está tudo bem?". Não tá tudo bem, né? Então assim, eu fiquei muito mal. Tinha até uma psicóloga, acho que o nome dela era, eu não sei qual o nome dela, que tava acompanhando ela, e até conversei com ela e tal, ela deu um maior apoio, ficou com ela acho que ate 8 horas da noite, 9 e pouco da noite pra poder dar apoio à ela mesmo." (Luci, 26 anos- Enfermeira)

A análise destes relatos verbais corroborou a concepção de que a assistência à mulheres que vivenciaram perda gestacional mobiliza o profissional de saúde, tornando inevitável o contato com os seus próprios sentimentos. Cada mulher tem uma maneira singular de vivenciar o luto, o que aponta para a necessidade do profissional respeitar a vivencia do sofrimento de cada uma delas a fim de propiciar o processo de elaboração da perda.

A partir da revisão bibliográfica e dos resultados do presente estudo, nota-se a importância de abordarmos a mulher enlutada de forma respeitosa, abrindo espaço para a colocação dos seus sentimentos e significados diante da perda. É importante que elas se apropriem da situação de vivenciam, que possam, em um primeiro momento, falar e, gradativamente, assimilar a perda. O acompanhamento do profissional de saúde mental torna-se necessário neste primeiro momento, ainda na internação hospitalar.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da discussão construída ao longo deste trabalho, podemos afirmar que a perda de um filho antes do nascimento tem grande impacto emocional para a mulher e seus familiares. A perda exige que a mulher e seu companheiro passem por um ajuste emocional para enfrentar a situação, com conseqüente impacto nas relações familiares (SILVA, 2006), o que propiciará a elaboração da perda e a vivência do processo de luto. O óbito do bebê, geralmente, afeta o estado de humor, a auto percepção e a autoestima da mulher, bem como seus planos futuros com relação à constituição ou ampliação da família.

Considerando o processo de perda como diferente para cada pessoa, é essencial a compreensão da dor sob uma perspectiva singular, que exige para uma situação de perda gestacional a expressão de sentimentos dolorosos. Se a equipe de saúde estiver atenta à essas questões será capaz de corresponder adequadamente à demanda emocional de mulheres em situação de perda, contribuindo, assim, para elaboração do luto pela perda do seu bebê.

Conhecer os aspectos a serem enfrentados nas situações de perda gestacional possibilita prestar melhor auxílio e acompanhamento, que constitui ação preventiva de dificuldades emocionais futuras. Os dias imediatos a perda são importantes para o desenvolvimento do processo de luto; assim, dar atenção à forma como a mulher constrói seus significados acerca da perda torna-se essencial para superação deste momento.

A viabilização de um espaço para a elaboração da experiência vivida precisa ser uma preocupação de toda equipe, não só do profissional especializado em saúde mental. Estar disponível para fornecer um suporte emocional não exclui o encaminhamento para atendimento especializado com psicólogo, se necessário. Por outro lado, torna-se essencial estarmos atentos às manifestações emocionais e comportamentais dos profissionais de saúde para ajudá-los a elaborar também às questões subjetivas que a perda gestacional reverbera neles próprios.

Os profissionais de saúde também são afetados por esta perda, ainda que de maneira diferente. Lidar com a paciente enlutada põe em cheque suas próprias convicções e crenças, bem como propicia o questionamento de sua prática profissional. O óbito ainda coloca o profissional em confronto com as limitações da sua prática profissional, fazendo-o lembrar de que há um limite para a sua intervenção.

Percebe-se que para os médicos o confronto com este limite de atuação é ainda mais impactante, pois põe em cheque o compromisso e dever com a “missão de salvar vidas”. Nas entrevistas dos profissionais da equipe de enfermagem, percebe-se que há uma preocupação



maior em ajudar à mulher a “superar” o óbito fetal. Contudo, muitos profissionais afirmam não se sentir preparados para isso e solicitam para tal a atuação da equipe de psicologia.

Médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem, comumente, utilizam estratégias para proteger-se psiquicamente do sofrimento vivenciado por sua paciente, tais como demonstrar pouco envolvimento e afeto na assistência à paciente; atuar em setores da maternidade nos quais tenha pouco ou nenhum contato com a mulher que vivencia perdas; e delegar a outro profissional de saúde a assistência de mulheres enlutadas, por reconhecer sua limitação pessoal.

Os profissionais da área da saúde que participaram da pesquisa, mencionaram sentimentos de solidariedade, empatia, impotência, frustração, tristeza e limitação, como inerentes a assistência à mulher enlutada por perda gestacional. Dessa forma, viabilizar um espaço para a elaboração da experiência vivida na assistência à paciente em situação de perda gestacional precisaria ser uma preocupação institucional, que envolva toda equipe.

Revisão da literatura sobre temas relacionados à perda gestacional abordada neste estudo evidenciou escassez de trabalhos que investiguem a experiência de morte fetal e do luto na perspectiva dos profissionais de saúde que trabalham em maternidades. Igualmente, a revisão da literatura confirma o fato de que existem poucos estudos sobre o luto materno relacionado à morte fetal em maternidades. Neste sentido, pretendeu-se contribuir para a produção científica sobre o tema e diminuir a lacuna existente na literatura atual.

Outras questões ainda merecem estudo mais aprofundado e, certamente, outras pesquisas devem ser realizadas futuramente. Um aspecto que pode ser melhor abordado em futuro estudo é o confronto com o óbito fetal dentro da maternidade e o impacto disso na assistência fornecida à mulher enlutada e aos seus familiares pelo profissional de saúde, principalmente a equipe médica, com investigação das consequências disso à longo prazo na assistência. Outros aspectos interessantes poderiam também ser investigados, como as crenças e percepções dos profissionais quanto ao trabalho multiprofissional na assistência da mulher que vivenciou perda gestacional.

Sugere-se que estudos com maior quantitativo de participantes, dentre eles mulheres em situação de perda gestacional e profissionais de saúde, sejam realizados com o objetivo de identificar os elementos descritos nesta pesquisa, de maneira mais abrangente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- ASSUNÇÃO, A. T & TOCCI, H. A. Repercussão emocional do aborto espontâneo. *Revista de Enfermagem UNISA*. São Paulo 4: p. 5-12. 2003.
- BARBOSA, A H.; REGGIANI, C.; DREZETT, J. & NETO, J. A. Abortamento Legal. *Sociedade Brasileira de Reprodução Humana*. Disponível em: http://www.sbrh.org.br/guidelines/guideline_pdf/guideline_de_abortamento_legal.pdf Acesso em 09 de Fevereiro de 2014.
- BARDIN, L. *Análise de Conteúdo*. Martins Fontes, São Paulo 1977.
- BOWLBY, J. *Apego e perda: perda, tristeza e depressão*. Volume 3 da Trilogia/John Bowlby; [tradução Valtensir Dutra]. 3ª ed. São Paulo: Martins Fontes, 2004.
- BOWLBY, J. *Uma Base Segura*. Porto Alegre, Artes Médicas, 1989.
- BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/MS Sobre Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo seres humanos*. Diário Oficial da União, 12 de dezembro de 2012.
- BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Manual de vigilância do óbito infantil e fetal e do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde*. – 2. edição – Brasília : Ministério da Saúde, 2009.96 p. : il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos)
- BRONFENBRENNER, U. Conceitos Básicos. In: *A Ecologia do Desenvolvimento Humano: Experimentos Naturais e Planejados* (pp.14- 33). Porto Alegre, Artes Médicas; 1996.
- CAREGNATO, R.C.A. & MUTTI, R. Pesquisa Qualitativa: Análise de Discurso *versus* Análise de Conteúdo. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, Out-Dez; 15(4): 679-84, 2006.
- CARVALHO, F. T & MEYER, L. Perda Gestacional Tardia: Aspectos a serem enfrentados por mulheres e o conduta profissional frente a essas situações. *Boletim de Psicologia*. Vol. LVII. nº 126. 033-048. 2007.
- DUARTE, C. A. M. & TURANO, E. R. Sentimentos presentes nas mulheres diante da perda fetal: uma revisão. *Psicologia em Estudo*, 14 (3) p. 485-490, jul./set. 2009. Acessado em 15 de agosto de 2012.

FARIAS, L. N.; VILLWOCK, C. Luto na maternidade: a perda real. 2010. Disponível em: <http://guaiba.ulbra.tche.br/pesquisa/2010/artigos/psicologia/salao/655.pdf>. Acessado em 22 de julho de 2012.

FERREIRA, L. M., CORREIA, M. J. *et al.* O luto por morte perinatal e/ou malformação do bebê. *Análise Psicológica*, 8 (4), 399-402, 1990.

FREIRE, M. C. B. *O Som do Silêncio: a angústia social que encobre o luto* - Um estudo sobre isolamento e sociabilidade entre enlutados do cemitério Morada da Paz. 144f. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) - Programa de Pós Graduação em Ciências Sociais da UFRN- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Natal, 2005.

FREITAS, N. K. *Luto Materno e Psicoterapia Breve* (Coleção novas buscas em psicoterapia; 60). São Paulo: Summus, Vol. 60, p. 152, 2000.

FRETTS, R. C. Etiology and prevetions of stillbirth. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 193, 1923-35, 2005

KAIN, V. J. An exploration of the grief experiences of neonatal nurses: A focus group study. *Journal of Neonatal Nursing* (2012), doi:10.1016/j.jnn.2012.04.001.

KOVÁCS, M. J. Sofrimento da equipe de saúde no contexto hospitalar: cuidando do cuidador profissional. *O Mundo da Saúde*, São Paulo: 2010; 34(4):420-429.

KÜBLER-ROSS, E. *Sobre a morte e o morrer: o que doentes terminais têm para ensinar a médicos, enfermeiras, religiosos e aos seus próprios parentes*. [Tradução de Paulo Menezes]- 8ª edição. São Paulo: Martins Fontes, p. 296, 2005.

LIMA, M. E. A. T. Análise do Discurso e/ou Análise do Conteúdo. *Psicologia em Revista*, Belo Horizonte, 9, (13) p. 76-88, jun. 2003.

LUCAS, P. Querer ser mãe... um longo caminho a percorrer! Um caso da consulta GEMF (Grupo de Estudos de Morte Fetal). *Análise Psicológica*. [3 (XVI): p. 415-421. 1998. Disponível em: <<http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/aps/v16n3/v16n3a07.pdf>>. Acesso em: 22 maio 2012.

MONTERO, S. M. P.; SÁNCHEZ, J.M.R.; MONTORO, C.H.; CRESPO, M.L.; JAÉN, A.G.V.; TIRADO, M.B.R. A experiência da perda perinatal a partir da perceptiva dos profissionais de saúde. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. Nov.- Dez. 2011,19(6).

- MORIN, E. "O homem e a morte", Publicação Europa-América, Men Martins, 2ª Edição 1976.
- NAZARÉ, B.; FONSECA, A.; PEDROSA, A. A. & CANAVARRO, M. C. Avaliação e intervenção psicológica na perda gestacional. *Peritia | Edição Especial: Psicologia e Perda Gestacional*. 2010, 3, 37-46.
- PACHECO, S. (2004). Cuidar a Pessoa em fase Terminal – *Perspectiva Ética* (2ª ed.) Loures: Lusodidacta.
- PATON, F.; WOOD, R.; BOR, R. & NITSUN, M. Grief in miscarriage patients and satisfaction with care in a London hospital. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 17 (3), 301-315. 1999.
- PIRES, C. Luto: Processo de viver a morte. In: *Emoções em Saúde. Contributos. Corrente Dinâmica*. ISBN: 978-989-96617-1-4. p 142-151. 2010 Disponível em <http://www.correntedinamica.com/pubfatout.pdf>. Acesso em: 23 de julho de 2012.
- POLI, M. C. O psicanalista como crítico cultural: o campo da linguagem e a função do silêncio. *Revista Mal-estar e Subjetividade*. Fortaleza – Vol. VIII – Nº 2 – p. 365-378 – jun/2008.
- QUAYLER, J. M. B. R. *A maternidade em crise: origens e repercussões emocionais do abortamento espontâneo*. [tese]. São Paulo: Pontífice Universitária de São Paulo, 1991.
- RIBEIRO, A. A. S. A escuta clínica no hospital geral: uma questão. *REVISTA DE PSICOLOGIA*. Edição 1. Belo Horizonte, Fevereiro, 2013. ISSN 2177 4552. Disponível em: <http://npa.newtonpaiva.br/psicologia/e5-05-a-escuta-clinica-no-hospital-geral-uma-questao/> Acesso em 15 de Janeiro de 2014.
- SANTOS, C. da S.; MARQUES, J. F.; CARVALHO, F. H. C.; FERNANDES, A. F. C.; HENRIQUES, A. C. P. T.; MOREIRA, K. A. P. Percepções de enfermeiras sobre a assistência prestada a mulheres diante do óbito fetal. *Esc. Anna Nery*. 16 (2). Rio de Janeiro Apr./June 2012. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452012000200010>. Acesso em 01 de setembro de 2012.
- SOUSA, E. N.; MUZA, J. C. Quando a morte visita a maternidade: Papel do psicólogo hospitalar no atendimento ao luto perinatal. 2011. 27 f. *Monografia (Especialização em Psicologia Hospitalar e da Saúde)* – Universidade Católica de Brasília, Brasília, 2011.

WORDEN, J. (2008). Grief Counseling and Grief Therapy. *A Handbook for the Mental Health Practitioner* (4^a ed). Nova Iorque: Springer Publishing Company.

RESPOSTAS DE EXERCÍCIOS

Exercício 1 - Tipos de luto

- 1) Luto
2. Luto complicado
3. Luto coletivo
4. Luto por uma pessoa
5. Luto de antecipação
6. Luto por um objeto
7. Luto por um animal
8. Luto por um lugar
9. Luto por um evento
10. Luto por um grupo
11. Luto por uma pessoa

APÊNDICE B

CODIGO

ROTEIRO DE ENTREVISTA “ASSISTÊNCIA À MULHER ENLUTADA”

Formulário de registros gerais dos profissionais entrevistados

- 1) Profissão:
- 2) Idade:
- 3) Religião:
- 4) Tempo de formado (a):
- 5) Tempo que trabalha na Maternidade Escola da UFRJ:
- 6) Setor:

Entrevista Semi Estruturada

- 1) Como é para você ter que assistir uma paciente com perda gestacional?

Data da coleta de dados: / /

APÊNDICE C

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Pesquisa- Morte e Luto na Maternidade: Como Pais e Profissionais de Saúde Lidam com a Perda

Pesquisadora- Psicóloga Residente Luana Freitas Simões

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Ana Cristina Barros da Cunha

Você está sendo convidado (a) para participar desta pesquisa intitulada “Morte e Luto na Maternidade: Como Pais e Profissionais de Saúde Lidam com a Perda”, que tem como objetivo geral, verificar como mulheres/mães, assistidas na Maternidade Escola da UFRJ, além dos profissionais de saúde que nesta instituição trabalham, vivenciam e enfrentam a situação de perda gestacional decorrente da morte fetal. Dessa forma, busca-se investigar nessa população os aspectos cognitivos (percepções e significados) e emocionais (sentimentos) relacionados à morte de um bebê, bem como possíveis relações entre estes aspectos. Cabe destacar que essa pesquisa é um sub-projeto do Projeto “*Resiliência e indicadores emocionais e de enfrentamento (coping) em condições de vulnerabilidade para o desenvolvimento e saúde*”, coordenado pela Prof.^a Dr.^a Ana Cristina Barros da Cunha na Maternidade-Escola da UFRJ.

Você foi selecionado (a) por ser atendida na Maternidade-Escola da UFRJ ou por ser um profissional de saúde que lida diretamente com as pacientes que vivenciaram esta perda, mas a sua participação não é obrigatória. Caso você aceite participar, solicitamos a permissão para que possamos entrevistá-lo (a) e gravar suas respostas em áudio. Esta entrevista poderá ser realizada na sala da Psicologia, que se localiza no 3º andar da instituição, ou em local apropriado decidido em acordo com você. Todas as informações coletadas são estritamente confidenciais e apenas os pesquisadores terão acesso a elas. Assim, fica garantido o sigilo dos dados confidenciais e assegurada à privacidade dos participantes em todas as formas possíveis de identificação na divulgação de seus resultados. Os dados da pesquisa poderão ser publicados, utilizados para fins de ensino e durante encontros e debates científicos, mas sempre garantindo o anonimato dos participantes. Sua participação nesta pesquisa é voluntária e não oferece riscos a sua saúde. Você tem a liberdade de recusar a participação em qualquer etapa desta pesquisa sem que isto lhe cause qualquer prejuízo, sobretudo para sua relação com esta instituição. A qualquer momento você poderá pedir mais informações sobre a pesquisa através do telefone 9609-8336 ou comparecendo na Maternidade Escola da UFRJ- Rua das Laranjeiras, 180- 3º andar.

Estando assim de acordo, assinam o presente Termo de livre consentimento e esclarecimento em duas vias de igual teor.

Rio de Janeiro, ___ de _____ de 20 ___.

Assinatura do Entrevistado (a)

Assinatura do Pesquisador Responsável

MATERNIDADE ESCOLA DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO
RIO DE JANEIRO/ ME-UFRJ



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Morte e Luto na Maternidade: Como pais e profissionais de saúde lidam com a perda.

Pesquisador: Luana Freitas Simões

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 10929612.0.0000.5275

Instituição Proponente: Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro ((ME/UFRJ))

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 202.738

Data da Relatoria: 22/02/2013

Apresentação do Projeto:

pesquisa descritiva com caráter qualitativo, procurando estudar os fenômenos nos termos das significações que as pessoas atribuem a eles. Assim, pretende-se investigar os aspectos cognitivos (percepções e significados) e emocionais (sentimentos) relacionados à morte de um bebê em mulheres em situação de perda gestacional internadas na Maternidade Escola da UFRJ e em profissionais que assistem estas mulheres.

Objetivo da Pesquisa:

O objetivo geral será verificar como mulheres/mães, assistidas na Maternidade Escola da UFRJ, além dos profissionais de saúde que lá trabalham, vivenciam e enfrentam a situação de perda gestacional decorrente da morte fetal. Dessa forma, busca-se investigar nessa população os aspectos cognitivos (percepções e significados) e emocionais (sentimentos) relacionados à morte de um bebê, bem como possíveis relações entre estes aspectos

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Quanto aos riscos, o presente estudo, por abordar questões emocionais de pessoas que estão vivenciando um luto sempre apresentará um nível, mesmo que pequeno de risco podendo trazer à superfície os transtornos emocionais implicados na perda de um ente, para tal a pesquisadora colocará a disposição o atendimento clínico para aqueles que necessitarem. De resto, utilizará de entrevista com pacientes e profissionais da instituição, o que não constitui metodologia invasiva e

Endereço: Rua das Laranjeiras, 180

Bairro: Laranjeiras

CEP: 22.240-003

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)1556-9747

Fax: (21)1205-9064

E-mail: cep@me.ufrj.br; ivobasilio@me.ufrj.br

MATERNIDADE ESCOLA DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO
RIO DE JANEIRO/ ME-UFRJ



nem implica em riscos à saúde dos participantes.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa é interessante por levantar questões locais sobre a assistência levando em consideração diversos olhares sobre um mesmo problema. A pesquisa proposta aborda o difícil tema da morte de uma criança, seria interessante que o material colhido possa gerar uma reflexão setorial sobre as questões abordadas.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

estão de acordo com o protocolo de pesquisa

Recomendações:

nenhuma

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

projeto aprovado após o cumprimento de pendências anteriores

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Parecer aceito na íntegra. Projeto aprovado.

RIO DE JANEIRO, 22 de Fevereiro de 2013

Assinador por:
Ivo Basílio da Costa Júnior
(Coordenador)

Endereço: Rua das Laranjeiras, 180

Bairro: Laranjeiras

CEP: 22.240-003

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)1556-9747

Fax: (21)1205-9064

E-mail: cep@me.ufrj.br; ivobasilio@me.ufrj.br