

# Quando a morte visita a maternidade: atenção psicológica durante a perda perinatal

Júlia Costa Muza<sup>1</sup>

Hospital São Mateus, Brasília – DF – Brasil

Erica Nascimento de Sousa

Centro Brasiliense de Nefrologia, Brasília – DF – Brasil

Alessandra da Rocha Arrais

Universidade Católica de Brasília, Brasília – DF – Brasil

Vera Iaconelli

Instituto Sapientiae, São Paulo – SP – Brasil

**Resumo:** O presente estudo pautou-se no método qualitativo com o objetivo de conhecer o significado da perda perinatal para famílias enlutadas e avaliar a intervenção psicológica em situações de luto perinatal. Participaram desta pesquisa cinco famílias que vivenciaram o óbito perinatal numa maternidade de Brasília. Utilizaram-se como instrumentos o prontuário psicológico do serviço de psicologia da maternidade e a entrevista de avaliação pós-óbito. A partir da análise de conteúdo de Bardin (1977), emergiram cinco categorias, a saber: história da gestação, os pais diante da morte do filho, desejo de reparação, despedida do bebê e avaliação do atendimento da psicologia na situação do luto. Os resultados demonstraram que o intenso trabalho psíquico de luto sofrido pelas famílias ainda recebe pouco apoio social das instituições, e a psicologia hospitalar pode ter um papel fundamental junto a essas famílias no sentido de prevenir traumas futuros e evitar o luto patológico e gravidezes reparadoras.

**Palavras-chave:** óbito perinatal; luto; psicologia da saúde; maternidade; estudo qualitativo.

WHEN THE DEATH VISIT THE MATERNITY: PSYCHOLOGICAL ATTENTION DURING THE PERINATAL LOSS

**Abstract:** This study was based on qualitative methodology in order to know the meaning of perinatal loss to the bereaved families and assess the psychological intervention in situations of perinatal grief. Five families participated in this study who experienced perinatal deaths, a maternity of Brasília. The psychological record of the psychology of maternity and post-assessment interview death were used as instruments. From the analysis of Bardin (1977), which emerged five categories, namely: history of pregnancy, parents before her son's death, desire to repair, to bid farewell to the baby, and evaluation of the psychology service in the situation of mourning. The results showed that intensive psychological work of mourning suffered by families still receives little support from social institutions, and health psychology can play a key role along with these families in order to prevent future trauma, to avoid pathological mourning and remedial pregnancies.

**Keywords:** perinatal death; grief; health psychology; motherhood; qualitative study.

<sup>1</sup> **Endereço para correspondência:** Júlia Costa Muza, Hospital São Mateus, Serviço de Psicologia Hospitalar, SRES, Quadra 02, área especial A, lote 01, Cruzeiro Velho, Brasília – DF – Brasil. CEP: 70648-145. E-mail: juliamuza@gmail.com.

## CUANDO LA MUERTE VISITA LA MATERNIDAD: ATENCIÓN PSICOLÓGICA DURANTE LA PÉRDIDA PERINATAL

**Resumen:** Este estudio se basó en una metodología cualitativa con el objetivo de conocer el significado de la pérdida perinatal para familias en luto y evaluar la intervención psicológica en situaciones de luto perinatal. Participaron del estudio cinco familias que experimentaron las muertes perinatales en una maternidad Brasílica. Se utilizaron como instrumentos el registro psicológico de la psicología de la maternidad y una entrevista de evaluación después de ocurrir el óbito. Del análisis de Bardin (1977), surgieron cinco categorías, a saber: la historia del embarazo, padres antes de la muerte de su hijo, el deseo de reparar, adiós bebé y la evaluación del servicio de la psicología de la situación de duelo. Los resultados demostraron que el trabajo psicológico intensivo de luto sufrido por las familias todavía recibe poco apoyo de las instituciones sociales y la psicología de la salud, no obstante es un trabajo que puede desempeñar un papel clave a lo largo de estas familias con el fin de prevenir el trauma futuro, para evitar el duelo patológico y los embarazos correctivos.

**Palabras clave:** muerte perinatal; luto; psicología de la salud; maternidad; estudio cualitativo.

O presente artigo busca investigar as consequências do óbito perinatal e o significado da perda para famílias enlutadas, assim como avaliar a intervenção psicológica em situações de luto perinatal. A concepção de maternidade, que permeia o imaginário social, está diretamente relacionada aos termos nascimento, alegria, começo, vida... (Maushart, 2006). Entretanto, existem situações em que ocorrem intercorrências no ciclo gravídico puerperal, o que se contrapõe a essa imagem social da maternidade (Maushart, 2006). Paradoxalmente, a morte é um evento que ocorre mais frequentemente na maternidade do que gostaríamos de supor (Iaconelli, 2007). Apesar disso, poucos são os estudos que se debruçam sobre esse tema e orientam como deve ser o manejo de pais que perdem seus bebês no contexto no qual esperariam ganhá-los.

A dificuldade de elaboração do luto decorrente do óbito fetal ou de recém-nascido, chamado genericamente por Iaconelli (2007) de luto perinatal, expressão que será assumida neste artigo, é vivenciada pela sociedade como algo que deve ser evitado. Opta-se pela negação e racionalização, sem o contato com a angústia. Assim, as reações das pessoas à notícia da perda de um bebê são sentidas e interpretadas pelos pais como, no mínimo, desconcertantes.

A morte de um filho antes ou logo depois do nascimento rompe com a ordem natural da vida, assim como interrompe os sonhos, as esperanças, as expectativas e as esperas existenciais que normalmente são depositados na criança que está por vir. Nas palavras de Torloni (2007, p. 297), "A morte de um feto é a morte de um sonho".

Além de Freud (1976) e Kübler-Ross (1998), observa-se um crescente número de estudos (Gesteira, Barbosa, & Endo, 2006; Kovács, 2008) sobre a relação das pessoas com a morte, enfocando normalmente os processos de luto. Ainda assim, poucos estudos focam o luto perinatal, por este ser constituído por temas interditos e negados. Ressalta-se que o luto perinatal merece uma atenção especial, visto que é uma perda não plenamente reconhecida, que não é abertamente apresentada, e muito menos socialmente validada (Gesteira *et al.*, 2006), pois há algo da perda desse objeto que

não se oferece à percepção, ou melhor, parafraseando Freud (1976), não se vislumbra o que foi perdido no objeto e com o objeto. Observamos que as reações das pessoas à notícia da perda de um bebê são sentidas e interpretadas pelos pais como, no mínimo, desconcertantes. Segundo Iaconelli (2007, p. 5), as mães por vezes ouvem: “Calma, você é jovem e poderá ter outros filhos”, “Volte para casa e desmanche o quartinho”, “Foi melhor assim...”, o que pode trazer repercussões consideráveis àqueles que não tiveram a oportunidade de vivenciar essa perda de forma mais saudável.

A perda de qualquer ordem gera o sentimento de luto. Gesteira *et al.* (2006) definem o luto como uma reação normal e esperada quando um vínculo é rompido, e sua função é proporcionar a reconstrução de recursos e viabilizar um processo de adaptação às mudanças ocorridas em consequência das perdas. Bromberg (1999 como citado em Gesteira *et al.*, 2006) ressalta a existência de alguns fatores que geram o processo de luto: fatores internos, estrutura psíquica do enlutado, histórico de perdas anteriores, circunstâncias da perda, crenças culturais e religiosas, e apoio recebido.

Elisabeth Kübler-Ross (1998) foi uma pioneira no sentido de sistematizar o processo de perda em estágios: negação e isolamento, raiva, barganha, depressão e aceitação. Entretanto, outros autores, como Simonetti (2004), entendem que o luto não é apenas um processo de sucessivas fases, mas também um carrossel de reações e sentimentos que se alternam de diferentes maneiras em cada situação de perda.

Freud (1976, p. 277-278) aponta que “o luto é trabalho psíquico que não requer tratamento”. Para que o luto seja realizado, o autor indica algumas condições que o psiquismo vai concretizando com a ajuda do tempo, como superinvestimento e posterior desinvestimento de cada lembrança que diga respeito ao objeto, teste de realidade, reconhecimento social da dor do sujeito e elaboração da ambivalência (Iaconelli, 2007). Vejamos como essas situações se aplicam ao luto perinatal.

Para a mãe, a construção do vínculo com o filho sonhado precisa preceder a chegada do bebê, e é desse material que emerge a vinculação com o filho. Quanto ao teste de realidade, a tendência cultural é de desaparecer com vestígios da existência do bebê em casos de má-formação grave. Assim, “a mãe busca reconhecimento do filho perdido, enquanto que, para as pessoas que a acompanham, fica difícil vislumbrar o que ela perde” (Iaconelli, 2007, p. 6). Portanto, a elaboração do luto pela morte de uma criança antes de seu nascimento tem uma dinâmica diferente, pois “a construção de vínculos afetivos fortes e de recordações de convivência mútua fica impossibilitada, uma vez que lembranças não podem ser evocadas posteriormente e a ausência da criança é profundamente sentida, como se fosse retirada parte do corpo” (Duarte & Turato, 2009, p. 487). Além disso, Duarte e Turato (2009, p. 487) complementam a ideia afirmando que “essa ausência de lembranças também pode trazer a sensação de que a criança foi alguém que não existiu”.

O processo de luto parental é parte integrante do processo de luto familiar, afetando todos os outros subsistemas e sendo afetados por eles. O luto parental por si só já é um fator de risco para o desenvolvimento de um luto complicado (Caselatto, 2002 como citado em Silva, 2009). A ameaça básica que paira sobre a função parental pode

gerar consequências drásticas, como inabilidade provisória ou permanente para o exercício dessa função ou ainda um isolamento social irrestrito e de duração indeterminada. Sob a perspectiva parental, não existe uma idade menos traumática para a morte de um filho, e estudos da área apontam que sentimentos como frustração, decepção, revolta, tristeza, culpa e choro são comuns aos pais e familiares (Santos, Rosenberg, & Buralli, 2004).

De acordo com Bartilotti (2007), não é incomum que o luto perinatal desmantele o entendimento do papel feminino que passa a ser acompanhado pelo desprezo, pela inadequação e por um profundo sentimento de ineficiência. Normalmente é um “golpe” para a autoestima da mulher, para sua capacidade maternal e para sua feminilidade. Entende-se que a “criança morta” também é “mãe morta”, pois a construção do papel de mãe e a identidade materna que se constrói lentamente com a gestação são, de forma abrupta, interrompidas. E com isso, pela impossibilidade de gestar o próprio filho, despontam sentimentos de intenso fracasso, incapacidade e inferioridade (Bartilotti, 2007).

Essa mesma autora analisa uma prática comumente observada que diz respeito a “poupar” e/ou supervalorizar a fragilidade da mãe em detrimento da expressão dos sentimentos, igualmente presentes, por parte do pai. Segundo Maldonado (1986), com frequência o pai é bruscamente comunicado da morte do bebê, com raros momentos em que lhe é permitido “desabar” e demonstrar a dor de ter perdido o filho. Ou seja, o pai é colocado em contato com a realidade, normalmente de forma pouco cuidadosa, mas não costuma encontrar acolhida para expressar de forma honesta a própria dor.

Observa-se ainda que a dificuldade de elaboração da perda de um filho que nem “chegou a nascer” é comumente intensificada pela falta de apoio social. Iaconelli (2007) ressalta que, no luto perinatal, nem sempre é escutado o desejo dos pais de realizar procedimentos ritualísticos que fazem parte das demais perdas por morte e, quando são realizados, não deixam de criar certo constrangimento. Essas diferenças no tratamento desses casos revelam uma impossibilidade de atribuir à morte de um bebê (pré ou pós-termo) o *status* de morte do filho. Quando os rituais são realizados – em caso de luto pós-termo, por exemplo –, ainda assim, os pais costumam ouvir declarações de que seus bebês são substituíveis e sofrem pressão para acelerar o trabalho do luto. A questão é que a impossibilidade de enxergar o lugar psíquico de onde emerge um filho faz com que as mínimas condições para a elaboração desse tipo de luto tendam a ser desconsideradas.

Ainda segundo Iaconelli (2007), o luto de um bebê recém-nascido carrega em si um aspecto de inerente incomunicabilidade e atrai, por sua vez, olhares de incompreensão. A morte do filho inverte as expectativas das perdas pressupostas na vida – morte dos pais, dos mais velhos –, deixando os pais sem referências temporais. Há algo do mais profundo desamparo nessa vivência. Não há como inscrever essa perda no psiquismo, pois ela é sistematicamente desautorizada pelo outro. Não há como

compartilhar desse luto no senso comum da modernidade, ficando os pais duplamente desamparados: pelo bebê e pelos adultos.

Assim, diante de toda repercussão que o luto perinatal pode acarretar para os pais, familiares e até mesmo equipe de saúde, entende-se como fundamental a presença da psicologia. Muitas vezes a equipe de saúde evidencia seu despreparo para lidar com a dor e a angústia do outro, principalmente pelos próprios conflitos que possui na relação com a morte ou com a eminência desta (Bartilotti, 2007). O psicólogo é o profissional que tem preparação para viabilizar a expressão do luto.

“A psicologia entende que para dissipar a dor psíquica de uma perda, é necessário que ela seja dita, vivida, sentida, refletida e elaborada, mas nunca negada” (Gesteira, *et al.*, 2006, p. 465). Contudo, há um tempo para todo esse processo se constituir que não pode ser apressado nem pela família e nem pela equipe de saúde. Na verdade, o tempo tem de ser usado para melhorar a capacidade do enlutado de elaborar a perda do bebê.

Segundo Carvalho e Meyer (2007), um dos papéis da psicologia diante de intercorrências como o luto perinatal é desafiar a mentalidade da morte como tema interdito, buscando identificar as vulnerabilidades e o alto risco dos pais que perderam seus filhos. Cabe à psicologia ajudar os pais e familiares a se apropriar da situação que estão vivendo, de modo que, posteriormente, eles consigam falar do fato ocorrido, assimilá-lo e, algum tempo depois, aceitá-lo. De acordo com Gesteira *et al.* (2006), os rituais fúnebres ajudam no processo de luto, pois a recuperação é centrada na aceitação, e o velório permite que as pessoas se despeçam e que o enlutado seja considerado como tal.

Abordagens terapêuticas que possibilitam ajudar os pais no processo de perda do filho, bem como torná-la mais real, consistem em permitir que os pais visitem o recém-nascido, toquem-no, caso queiram, e recolham lembranças possíveis (Bartilotti, 2007). Essas estratégias favorecem a saúde psíquica – que é o objetivo primordial da psicologia hospitalar – de muitos casais e de seus futuros bebês.

## Método

Este trabalho pautou-se pelo método qualitativo, que procura estudar fenômenos nos termos das significações que as pessoas trazem para estes, como afirmam Lüdke e André (1986). Segundo Turato (2003), os métodos qualitativos caracterizam-se pela busca dos significados dos fenômenos humanos, tendo o ambiente natural do sujeito como campo de observação e o pesquisador como parte do próprio instrumento de pesquisa.

## Participantes

Participaram desta pesquisa cinco famílias que vivenciaram o óbito perinatal em uma maternidade particular de Brasília. Para assegurar a privacidade e garantir o sigilo dos participantes, utilizou-se nome fictício para os bebês e suas famílias. No caso da

família Lopes, que constatou o óbito com 32 semanas de gestação, o pai, a mãe, as avós paterna e materna, os tios e primos do bebê, aqui chamado de Pedro, receberam atendimento. Na família Silva, que perdeu o bebê com 23 semanas de gestação, foram atendidos o pai e a irmã da criança, Paulo. Na família Machado, que perdeu o bebê com 31 semanas de gestação, apenas o pai do bebê Maria foi atendido pela psicologia. Na família Sinval, óbito com 30 semanas de gestação, receberam atendimento a mãe, o pai, as avós paterna e materna e as tias do bebê Luzia. No caso da família Pereira, que perdeu o bebê com 34 semanas de gestação, atenderam-se os pais, as avós materna e paterna e os tios do recém-nascido André.

## **Instrumentos**

A fonte dos dados teve como base dois instrumentos: o prontuário psicológico e uma entrevista semiestruturada. O prontuário psicológico é um documento no qual se anotam a queixa principal, a descrição do caso, o parecer e a conduta do psicólogo em todos os atendimentos sistemáticos realizados pelo serviço de psicologia da maternidade. A entrevista semiestruturada foi realizada pós-óbito com cinco questões abertas, com o objetivo de avaliar o processo de luto e o trabalho da psicologia na ocasião do óbito.

## **Procedimentos de coleta de dados**

O projeto deste estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Católica de Brasília, sob Protocolo nº 268/10. Todas as famílias foram atendidas e os atendimentos registrados nos respectivos prontuários pela psicóloga da referida maternidade, que também fez parte da equipe de pesquisa. As demais pesquisadoras tiveram acesso aos prontuários após o consentimento das famílias. Por meio de ligação telefônica, foi explicada a pesquisa e agendada a entrevista na residência do casal enlutado. Posteriormente, em um único encontro, foram realizadas as entrevistas pós-óbito com o casal e solicitou-se a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). As entrevistas foram gravadas em áudio e transcritas na íntegra.

## **Procedimentos de análise dos dados**

Os relatos contidos nos prontuários foram submetidos à análise documental, a qual se assemelha muito à pesquisa bibliográfica, mas é diferente no que concerne à natureza das fontes, conforme Lüdke e André (1986). Segundo Gil (1999), na pesquisa documental, os materiais não receberam ainda um tratamento analítico, tendo como primeiro passo a exploração das fontes documentais.

A análise de conteúdo descrita por Bardin (1977) foi outro método utilizado neste estudo para análise dos relatos dos prontuários e do conteúdo das entrevistas pós-óbito. Esse método que se baseia na fragmentação de um texto em unidades permite identificar e reagrupar as unidades em categorias explícitas de análise textual para

fins de pesquisa. A partir da leitura exaustiva dos prontuários e do conteúdo das entrevistas, identificaram-se cinco categorias, a saber: história da gestação: planejamento e risco da perda, os pais diante da morte do filho, desejo de reparação, despedida do bebê e avaliação do atendimento da psicologia na situação do luto.

## Resultados e discussão

### História da gestação: planejamento e risco da perda

Na população estudada, apenas uma das famílias participantes relatou que a gestação não foi planejada. As demais afirmaram que as gestações foram desejadas e idealizadas em algum momento da vida. Em todos os casos, houve acompanhamento médico pré-natal.

Todas as mulheres foram submetidas a cesáreas, e a gravidez foi interrompida quanto estavam entre a 23<sup>a</sup> e 32<sup>a</sup> semana de gestação. Natimorto é quando a morte do bebê ocorre dentro do útero e neomorto quando a morte ocorre até o sétimo dia do nascimento. Portanto, podem-se classificar, nesta amostra, dois natimortos e três bebês neomortos. Vale salientar que, desde o momento em que o diagnóstico de óbito perinatal é comunicado à família, profundas alterações ocorrem em todos os âmbitos das pessoas envolvidas, como mostra o seguinte relato:

Nós já estávamos pensando em ter filhos, mas não esperávamos que fosse tão sofrido e que ela teria problemas. Se a gente imaginasse, nós teríamos adiado, até ela e eu ter um pouco mais de estrutura emocional, porque a gente quando casa pensa em ter filhos. São sonhos (pai – família Machado).

Nos relatos apresentados a seguir, percebeu-se que, para a maioria das famílias, o risco de perda na gestação esteve presente:

[...] eu já sabia que ele teria poucas chances de sobreviver [...] desde o início já estava complicado, era muito arriscado, eu não imaginava que ela também corria risco [...] (pai – família Silva).

[...] nós já estávamos nos preparando, pois ela vem sofrendo muito, sempre com ameaça de aborto, fica de repouso o tempo todo e mesmo assim [...] (pai – família Machado).

Apenas uma das famílias não vivenciou intercorrência durante toda a gravidez: “fomos extremamente felizes nessas 32 semanas. Tudo ia correndo bem, sem dores. Ela nunca teve náuseas, dores [...] nada, era só felicidade” (pai – família Lopes).

### Os pais diante da morte do filho

A morte de um bebê, antes de sua chegada, propicia a frustração de muitos desejos, fantasias e, sobretudo, rompe a possibilidade do exercício da maternidade e da paternidade. Estudos afirmam que frequentemente, para as mulheres, a interpretação do papel feminino passa a ser de desprezo, inadequação. Em outras palavras, é um

golpe para a autoestima da mulher, para a sua capacidade maternal e para sua feminilidade (Soifer, 1992).

A constatação de um óbito perinatal traz consigo significativas repercussões emocionais, que são agravadas por uma sobreposição de perdas: “criança morta” é também “mãe morta” (Bartilotti, 2002). A edificação do papel de mãe e a identidade materna que vinham se desenvolvendo lentamente são interrompidas de forma abrupta (Maldonado, 1986), e constata-se que, com a frustração materna, há o sentimento de impotência e falha do pai, como podemos observar nos relatos apresentados a seguir:

Quando a minha filha nasceu viva, eu fiquei cheio de esperança [...] então, estou bobo [após constatação do óbito] [...] procurando entender (pai – família Machado).

Do que adiantou tanta preparação [...] não consegui salvar o meu filho (mãe – família Lopes).

Vários sentimentos podem surgir diante dessa situação, desde culpa, tristeza até raiva e hostilidade. É importante destacar que o intenso sofrimento psíquico diante da perda do bebê (real ou imaginário) pode abrir caminhos para estados depressivos, caracterizados pelo desejo de morrer, como meio de unir-se ao objeto do amor perdido (Bartilotti, 2002).

Já quanto à implicação dessa perda no papel paterno, não foram encontrados relatos sobre o tema na literatura pesquisada, o que não deixa de chamar a atenção, pois isso evidencia o descaso em relação ao sofrimento do homem perante a perda sofrida:

Eu sempre quis ter um filho, seja homem ou mulher, acho que com ele eu vou saber o trabalho que dei aos meus pais. Já estava me programando para ficar acordado (pai – família Machado).

Desejei tanto te dar [referindo-se ao bebê] ao meu marido. Ele te desejou ardentemente. Sei que você seria melhor filho do que eu [...] (mãe – família Pereira).

Durante a gestação, ou seja, ainda na fase pré-natal, os pais podem ter três imagens do seu filho: o bebê imaginário, o bebê real e o bebê fantasmático. O bebê imaginário é aquele idealizado, uma combinação de impressões e desejos derivados da própria experiência da mãe (Irvin, 1978). O bebê real é aquele que nasce (ou que morre). Nas falas dos pais, pode-se observar a transição do bebê idealizado para o bebê real, que nasceu morto, e conseqüentemente surge a imagem do bebê fantasmático.

O luto já começa logo depois que o bebê é expelido. Nesse momento, há o encontro com a dura realidade. Dessa forma, faz-se necessário o desvencilhamento do bebê ideal para o real, o que, de fato, pode ser potencializado com o encontro do corpo do bebê e, posteriormente, com o reconhecimento social, ou seja, no caso de algumas famílias, o enterro, ritual de despedida: “Não posso aceitar isso [morte do bebê], jamais aceitarei [...]” (pai – família Sinval).

Quando se trata da perda perinatal, é muito comum a negação do sofrimento dos pais, favorecendo o desmentido da perda e obstruindo a possibilidade de representação



(Iaconelli, 2007). Atualmente, muitas pessoas enlutadas são encorajadas a deixar, de forma prematura, a experiência do luto, sobretudo quando se trata do luto perinatal. Dessa conduta, afirma Iaconelli (2007), poderão resultar dois fatores: o enlutado vivencia seu luto isoladamente ou força-se a abandoná-lo antes de tê-lo completado, o que pode prejudicar o psiquismo do indivíduo.

A raiva e a revolta são outros sentimentos comuns a quem está passando por um luto:

Não sei o que eu sinto, se é só dor, se é raiva, se é revolta [...] não sei [...] (pai – família Lopes).

Se ele nasceu e estava bem, como isso pode ter acontecido? (pai – família Pereira).

Meu filho você é algo que está difícil digerir! (pai – família Silva).

O momento imediato à perda é repleto de fortes emoções, exigindo dos pais e de sua família bastante força e coragem. Autores como Carvalho e Meyer (2007) afirmam que os sentimentos mais presentes nessas famílias são de culpa, tristeza e raiva. De acordo com Simonetti (2004), os estágios descritos por Kübler-Ross (1998) não são fixos, não seguem uma ordem, pois eles estão inseridos em uma órbita; sendo assim, é possível encontrar o sujeito enlutado em qualquer momento que não seja predeterminado na sequência: negação, raiva, barganha, depressão e aceitação.

O impacto do luto de um bebê tem peculiaridades, principalmente quando é negado e desconsiderado na sociedade em que se encontram os participantes deste estudo. Definitivamente o luto perinatal não tem um reconhecimento social e muito menos uma aceitação daqueles que o vivenciam, aspecto que traz preocupação, uma vez que Freud (1976) reforça a importância do reconhecimento social da dor para que o processo de luto possa ser realizado. Este relato exemplifica a atitude das famílias: “Todos nós queríamos virar a página como se nada tivesse acontecido” (tia materna – família Lopes).

É importante que as famílias que perderam seus bebês se apropriem da situação que vivenciaram, oportunizando, em um primeiro momento, o espaço de fala para que aos poucos possam assimilar e aceitar o fato. Entende-se que, em um primeiro instante, há um momento de choque, e, mesmo não sendo a hora ideal para tomar decisões, é a hora de entrar em contato com alguns procedimentos. Novamente é importante que quem esteja vivendo o luto, os pais normalmente, possam se apropriar da situação, ter consciência do que estão passando (Carvalho & Meyer, 2007, p. 45), pois assim poderão fazer escolhas de acordo com seus próprios limites. Com essa compreensão, reforça-se a necessidade de existirem profissionais capacitados que proporcionem esses espaços e os protagonismos dessas pessoas.

## Desejo de reparação

Nos depoimentos apresentados anteriormente, contatou-se o desejo de reparação perante o passado que os pais tiveram, quando estavam no papel de filhos, dando ao

próprio filho um significado de recuperação de suas histórias. Nos relatos apresentados a seguir, pode-se observar como é comum pais e familiares criarem expectativas e planos sobre as crianças antes mesmo de elas nascerem:

Esprei por isso durante tanto tempo, agora que eu ia curtir o meu neto, já havia feito altos planos, uma vez que, quando tive meus filhos, trabalhava muito [...] (avô – família Lopes).

Maria Luiza era a primeira neta mulher por parte das duas famílias. Só existe menino homem. Imagina o quanto a minha filha estava sendo esperada [...] (pai – família Sinval).

Todos nós queríamos que ele viesse e fosse um grande homem, ele deveria estudar e ser um grande homem, servo de Deus. Nossa família tem muita gente certa, mas tem muitos errados, e eu orava todos os dias para que ele fosse uma pessoa do bem [...] (pai – família Silva).

Nesses trechos, é possível identificar o que Melanie Klein (1996) chama de reparação, uma vez que entende que o sujeito procura reparar os efeitos produzidos no seu objeto de amor, nesse caso os bebês, por suas fantasias destruidoras que fazem parte do imaginário materno. Iaconelli (2007) reforça que o narcisismo materno engloba o objeto para depois, com a chegada do bebê, fazer o luto da fantasia, ou seja, todo o investimento, as idealizações e reparações são realizados ou desconstruídos com o nascimento da criança, e, se ela não faz mais parte da realidade dessa família, abre-se uma lacuna que precisa ser preenchida com o decorrer do processo de luto.

## **Despedida do bebê**

O momento de despedir-se do bebê é muito importante para o reconhecimento da perda do filho (Bartilotti, 2007). As outras formas de reconhecer esse bebê que faleceu e valorizar o sofrimento das pessoas que o perderam consistem na nomeação da criança, na decisão de ter ou não contato com ela, mesmo que morta, no recolhimento de lembranças possíveis, entre outros (Iaconelli, 2007). No relato dos participantes da pesquisa, percebe-se que as famílias que tiveram a oportunidade de despedir-se do bebê experimentaram uma gratificação e um reconhecimento do que viveram, o que possivelmente fará muita diferença em seu processo de luto:

Amor, você deveria ver o seu filho [...] o quão lindo era ele [...] estava perfeito, você deveria vê-lo. A doutora me explicou e me ajudou a vê-lo; se você quiser ela, também te ajuda, mas você é livre [...] Amor [...] vai ser melhor para nós [...] eu já me sinto aliviado (pai – família Lopes).

Só posso te acariciar, meu filho [...] afinal agradeço a Deus a oportunidade que Ele me deu de ter você, mesmo que por pouco tempo [...] (pai – família Pereira).

No caso dos pais que não tiveram a mesma oportunidade, percebe-se uma lacuna que possivelmente irá trazer dificuldade no processo de elaboração da perda:

Não vi o meu filho; se eu tivesse visto meu filho, ainda que morto, eu ia gostar, ainda que deficiente, ele era o meu filho. Deus que me deu [...] mas, como não foi possível, só escuto o que o meu marido fala sobre ele [...]. Mas é que eu sinto muita tristeza e às vezes raiva. Se eu tivesse visto ele ao menos, acho que teria sido melhor (mãe – família Silva).

Oportunizar o encontro e proporcionar comunicação e contato dos familiares com esses bebês permite o teste de realidade (Freud, 1976), o que pode incentivar essas pessoas a lidar com o bebê real e a enxergar o lugar psíquico que essa criança ocupava. De acordo com a Iaconelli (2007), esses procedimentos, quando em conformidade com o desejo dos pais, permitem desconstruir todo o investimento subjetivo que foi feito no bebê (Klein, 1996), proporcionando o momento de reconhecimento do lugar do bebê falecido e assim comportando condições para a elaboração da perda:

É preciso ver para acreditar no que está acontecendo (pai – família Machado).

Eu queria que ele, o Lucas, fosse enterrado em um caixão bem bonitinho e com aquela roupa que foi comprada nos Estados Unidos. Meu Deus, leva ele logo daqui, já que não vou poder amamentar [...] o que adiantou tanta preparação [...] não consegui salvar o meu filho (mãe – família Lopes).

Não tive tempo de conversar com ele, pois eu queria tanto, tanto esse filho, que tudo o que as pessoas diziam para eu fazer eu fazia, conversava com ele, mesmo sem ter o nome definido, nós já íamos escolher o nome para eu conversar melhor, mas nem isso eu pude fazer [...] (mãe – família Silva).

Como já mencionado anteriormente, para dissipar a dor psíquica de uma perda, é necessário que ela seja dita, vivida, sentida, refletida e elaborada, mas nunca negada (Gesteira *et al.*, 2006). Outro aspecto que também ajuda no processo do luto são os rituais fúnebres, porque a recuperação é centrada na aceitação, e o velório permite que as pessoas se despeçam e que o enlutado seja considerado como tal. Para a Iaconelli (2007, p. 616), no luto perinatal, normalmente não há espaço de escuta para o desejo dos pais quanto à realização de procedimentos ritualísticos que fazem parte das demais perdas por morte e, quando são cumpridos, não deixam de criar certo constrangimento: “Estas diferenças no tratamento destes casos revelam uma impossibilidade de atribuir à morte de um bebê (pré ou pós-termo) o *status* de morte de um filho”.

## **Avaliação do atendimento da psicologia na situação do luto**

Em geral, a população que experiencia essa realidade é negligenciada e desconsiderada socialmente, uma vez que até a própria instituição hospitalar não viabiliza a expressão do luto, o desamparo social ao óbito perinatal já se inicia nesse espaço, onde médicos e enfermeiros veem essa perda como um fracasso da medicina, oportunizando espaço apenas para os sentimentos de frustração e impotência (Santos *et al.*, 2004).

Carvalho e Meyer (2007) afirmam que conhecer os aspectos a serem enfrentados nessas situações traz a possibilidade de prestar um melhor auxílio e acompanhamento,

o que se constitui em ação preventiva quanto ao desenvolvimento de dificuldades emocionais posteriores. No relato dos participantes do estudo, observaram-se o reconhecimento e a oportunidade de falar sobre a perda do bebê e o fato de os pais serem acolhidos e reconhecidos em sua dor:

Me ajuda, doutora [refere-se à psicóloga], entender tudo isso, me ajuda [...] (mãe – família Lopes).

Obrigado por acolherem a minha raiva [fala direcionada para a psicóloga], estou para ter um infarto [...] (pai – família Sinval).

Os profissionais da equipe de saúde que se propõem a ajudar essa população precisam saber manejar os momentos iniciais de um luto, tanto no que se refere aos sentimentos dos pacientes diante do fenômeno da morte como aos seus próprios sentimentos (Carvalho & Meyer, 2007). Tanto nos relatos do presente estudo quanto na revisão da literatura, percebe-se que normalmente é atribuída ao psicólogo a função e a capacidade de facilitar o contato com a difícil realidade e de proporcionar um espaço de expressão das emoções e dos sentimentos, favorecendo assim uma maior possibilidade de elaboração do luto do filho perdido:

Hoje eu posso dizer que, se não fosse vocês [refere-se à psicologia], pegar [o bebê] nos braços e tudo aquilo seria muito pior (mãe – família Sinval).

Obrigada por oportunizar que eu segure o meu filho nos braços [...] só tenho a agradecer por esta despedida, mesmo sendo de uma forma que nós nunca imaginávamos [...] a gente fica louca, nem sabe o que diz, eu queria sair correndo, nem pensava em segurar [...] e Deus manda vocês (mãe – família Pereira).

Não sei o que dizer, mas muito obrigado porque pude segurá-lo ainda que morto [...] (pai – família Lopes).

Nos relatos referentes aos atendimentos imediatos ao óbito dos bebês, não foi possível perceber diferenças de gênero no que diz respeito à forma de lidar com o sofrimento. O que se mostrou mais significativo foi o quanto o atendimento imediato aos familiares influenciará na forma como vão vivenciar o luto a partir de então. Ajudar os pais e familiares a se apropriar da situação que estão vivendo promove um espaço de expressão da dor, de modo que eles possam, aos poucos, assimilar a perda e, enfim, aceitá-la (Carvalho & Meyer, 2007).

Diante dessa realidade, é possível identificar a necessidade de uma rede social de apoio no sentido de ajudar essas famílias a superar a experiência vivida com tanto sofrimento. Iaconelli (2007, p. 622) afirma que grupo de pais pode ser um tratamento muito eficaz para evitar um luto patológico, pois “compartilhar a dor com outros pais enlutados tem sido uma forma de encontrar escuta do vivido e construir representações que deem conta da perda”. Embora se trate de cuidados de longo prazo, precisam ser

incentivados nos atendimentos imediatos ao óbito fetal. A seguir, apresentam-se alguns relatos sobre o reconhecimento da rede social:

[As avós abraçam o casal Sinval, que agradece a presença delas] Vocês são para a nós o nosso grande alicerce! (pai – família Sinval).

Sei que o meu sobrinho cumpriu a sua missão. Ele veio para nos mostrar o quanto somos uma família unida, e, mais uma vez, reforça o que nos foi passado por nossos pais que a família é o grande porto seguro. Por isso que nos estamos aqui (irmã – família Lopes).

O presente estudo, de natureza qualitativa, permitiu uma aproximação da compreensão do significado da perda perinatal vivenciada por cinco famílias, alcançando os objetivos propostos. Por meio dos relatos, entendeu-se como a perda perinatal é avassaladora para as famílias enlutadas, principalmente quando não têm um apoio social e profissional. Este estudo também proporcionou uma avaliação positiva da intervenção psicológica em situações de luto perinatal.

No decorrer da pesquisa, foi possível identificar diversas potencialidades que este trabalho suscitou como: a valorização do sofrimento das famílias enlutadas e o reconhecimento do profissional da psicologia nesse processo de perda, oportunizando assim espaço de escuta. A pesquisa também buscou desmistificar a morte, especificamente de um óbito perinatal, alertando para as repercussões emocionais que um sujeito pode carregar se não houver o cuidado merecido, ainda que este não tenha sido o foco da pesquisa. Percebe-se que houve ainda o reconhecimento da psicologia tanto para as pessoas que receberam o atendimento como para a própria equipe, reconhecendo a sua importância e relevância no espaço da maternidade. Outro ponto do estudo que merece destaque consiste no cuidado com o sofrimento de todos os envolvidos na perda perinatal, inclusive o pai, normalmente excluído na maioria dos estudos e do atendimento.

O fato de este estudo ter um número reduzido de casos, que é próprio da pesquisa qualitativa, possibilita uma análise mais aprofundada da singularidade de cada história e, com isso, favorece a reflexão e o aprendizado para todos os envolvidos. Sugere-se que estudos com um número maior de famílias sejam realizados, a fim de identificar a presença desses achados de maneira mais generalizada e consistente.

Para finalizar, destaca-se o impacto que este estudo pode gerar para a psicologia hospitalar, pois exige uma importante mudança de paradigma, oferecendo um acolhimento humanizado, independentemente do atendimento oferecido, seja ele em um contexto público ou privado. Ficou evidente a necessidade do acompanhamento das famílias que tiveram perda perinatal nos serviços de saúde por uma equipe multiprofissional, que inclua o psicólogo hospitalar. Ressalta-se, também, a importância de uma rede de apoio para famílias que vivenciam esse problema, que pode e deve ser estimulada pela atuação do psicólogo hospitalar que atua no tripé “paciente, família e equipe de saúde”, podendo inclusive oferecer grupos de apoio pós-óbito.

O papel do psicólogo nesse contexto é de “prevenção” de possíveis psicopatologias relacionadas à vida ou morte do bebê, além de esclarecimento e atenção às fantasias dos pacientes. Nesse caso, o trabalho deve ser feito não somente com as mulheres mães, mas também com o pai, a família e a equipe de saúde. A elaboração do luto da perda de um bebê precisa ocorrer de forma a devolver a saúde mental e a reestruturação psíquica a todos os que sofreram com essa perda.

## Referências

---

- Bardin, L. (1977). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Bartilotti, M. R. M. B. (2002). Obstetrícia e ginecologia: urgências psicológicas. In V. A. Angerami-Camon (Org.). *Urgências psicológicas no hospital*. São Paulo: Pioneira Thomson Learning.
- Bartilotti, M. R. M. B. (2007). Intervenção psicológica em luto perinatal. In F. F. Bortoletti (Org.). *Psicologia na prática obstétrica: abordagem interdisciplinar*. São Paulo: Manole.
- Carvalho, F. T., & Meyer, L. (2007). Perda gestacional tardia: aspectos a serem enfrentados por mulheres e conduta profissional frente a essas situações. *Boletim de Psicologia*, 57(126), 33-48.
- Duarte, C. A. M., & Turato, E. R. (2009). Sentimentos presentes nas mulheres diante da perda fetal: uma revisão. *Psicologia em Estudos*, 14(3), 485-490.
- Freud, S. (1976). Luto e melancolia. In S. Freud. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. XIV, pp. 271-307). Rio de Janeiro: Imago.
- Gesteira, S. M. A., Barbosa, V. L., & Endo, P. C. (2006). O luto no processo de aborto provocado. *Acta Paulista de Enfermagem*, 19(4), 462-467.
- Gil, A. C. (1999). *Métodos e técnicas de pesquisa social*. São Paulo: Atlas.
- Iaconelli, V. (2007). Luto Insólito, desmentido e trauma: clínica psicanalítica com mães de bebês. *Revista Latino Americana de Psicopatologia Fundamental*, 10(4) 614-623.
- Irvin, N. A. (1978). Assistência aos pais de bebês com malformação congênita. In H. M. Kennel, & Klaus, H. M. *La relación madre-hijo*. Buenos Aires: Médica Panamericana.
- Klein, M. (1996). *Amor, culpa e reparação* (pp. 197-228). Rio de Janeiro: Imago.
- Kovács, M. J. (2008). Desenvolvimento da tanatologia: estudos sobre a morte e o morrer. *Paidéia*, 18(41), 457-468.
- Kübler-Ross, E. (1998). *Sobre a morte e o morrer: o que os doentes terminais têm para ensinar a médicos, enfermeiros, religiosos e aos seus próprios parentes*. São Paulo: Martins Fontes.

- Lüdke, M., & André, M. E. D. A. (1986). *Pesquisa em educação: abordagens qualitativas*. São Paulo: EPU.
- Maldonado, M. T. P. (1986). *Psicologia da gravidez*. Petrópolis: Vozes.
- Maushart, S. (2006). *A máscara da maternidade*. São Paulo: Melhoramentos.
- Santos, A. L. D., Rosenburg, C. P., & Buralli, K. O. (2004). Histórias de perdas fetais contadas por mulheres: estudo de análise qualitativa. *Revista de Saúde Pública*, 38(2), 269-276.
- Silva, D. R. (2009). *E a vida continua... o processo de luto dos pais após suicídio de um filho*. Dissertação de mestrado, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.
- Simonetti, A. (2004). *Manual de psicologia hospitalar: o mapa da doença*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Soifer, R. (1992). *Psicologia da gravidez, parto e puerpério*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Torloni, M. R. (2007). Luto perinatal. In F. F. Bortoletti (Org.). *Psicologia na prática obstétrica: abordagem interdisciplinar*. São Paulo: Manole.
- Turato, E. R. (2003). *Tratado da metodologia de pesquisa clínico-qualitativa. Construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas*. Petrópolis: Vozes.

Submissão: 06.03.2012

Aceitação: 09.08.2013