



Psicologia Ciência e Profissão

ISSN: 1414-9893

revista@pol.org.br

Conselho Federal de Psicologia  
Brasil

Freitas Simões Lemos, Luana; Barros da Cunha, Ana Cristina  
Concepções Sobre Morte e Luto: Experiência Feminina Sobre a Perda Gestacional  
Psicologia Ciência e Profissão, vol. 35, núm. 4, outubro-diciembre, 2015, pp. 1120-1138  
Conselho Federal de Psicologia  
Brasília, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=282043249010>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal

Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

# Concepções Sobre Morte e Luto: Experiência Feminina Sobre a Perda Gestacional

Conceptions of Death and Grieving: Feminine  
Experience of Miscarriage

Concepciones Sobre la Muerte y el Luto: La Experiencia  
Femenina Sobre la Pérdida del Embarazo

**Luana Freitas Simões Lemos &  
Ana Cristina Barros da Cunha**

Universidade Federal  
do Rio de Janeiro

Artigo

---

<http://dx.doi.org/10.1590/1982-3703001582014>



**Resumo:** A morte do filho antes do nascimento ou óbito fetal representa, geralmente, grande perda para pais e familiares constituindo acontecimento traumatizante, 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. Diante disso, nosso objetivo foi estudar como mulheres vivenciam e enfrentam a situação de perda gestacional, com base na investigação dos aspectos cognitivos (percepções e significados) e emocionais (sentimentos) relacionados. Participaram 11 mulheres internadas no alojamento conjunto de uma maternidade pública, localizada na cidade do Rio de Janeiro. Os relatos verbais coletados foram analisados de acordo com a Metodologia de Análise de Conteúdo de Bardin. Observou-se que 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 para aquelas mulheres. Discute-se o suporte familiar e da equipe de saúde como essencial para a elaboração da vivência da perda gestacional.

**Palavras-chave:** Maternidade. Luto. Natimorto. Psicologia.

**Abstract:** The death of a child before birth (or fetal death) represents a great loss for parents and families, constituting a traumatizing, difficult-to-forget, and feared event during the next pregnancy. The complications of the pregnancy jeopardize the dreams and expectations of the parents, who have pinned all their hopes on the birth of their child. Therefore, our objective was to study how women experience and face the situation of pregnancy loss based on the investigation of its cognitive (perceptions and meanings) and emotional (feeling) aspects. We took a sample of 11 women being cared for in conjunct housing in a public maternity ward located in Rio de Janeiro. Verbal reports collected were analyzed according to Bardin's methodology of content analysis. It was observed that the moment of fetal death is marked among the women by reactions of shock and denial, followed by a state of depressed mood, lack of motivation, low self-esteem, and fear of further losses. We discuss how the support of the family and a healthcare team are essential to the recovery from the experience of pregnancy loss.

**Keywords:** Maternity. Grief. Stillbirth. Psychology.

**Resumen:** La muerte del niño antes del nacimiento o el óbito fetal representa una gran pérdida para los padres y las familiares constituyendo un evento traumatizante, recordado y temido en un próximo embarazo. La involución del embarazo pone en suspenso los sueños, las esperanzas, las expectativas y las esperas existenciales que los padres generalmente depositan en el nacimiento del niño. Por lo tanto, nuestro objetivo fue estudiar la experiencia de las mujeres al enfrentar la situación de pérdida del embarazo, basándose en la investigación de los aspectos cognitivos (percepciones y significados) y emocionales (sentimientos) relacionados. Los participantes del estudio fueron 11 mujeres hospitalizadas en el alojamiento de una maternidad pública de referencia, localizada en la ciudad de Río de Janeiro. Los informes verbales recogidos fueron analizados de acuerdo a la metodología de análisis de contenido de Bardin. Se observó que el momento de la muerte fetal se caracteriza por reacciones de shock y la negación, seguido por un estado de ánimo deprimido, falta de motivación, baja autoestima y el miedo de las mujeres frente a nuevas pérdidas. Se discute el apoyo de la familia y del equipo de salud como aspecto esencial para el desarrollo de la experiencia de la pérdida del embarazo.

**Palabras clave:** Maternidad. Luto. Mortinato. Psicología.

## Introdução

A morte de um filho antes do nascimento, geralmente, 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, por exemplo, e realização de procedimentos médicos. Dessa forma, o psiquismo feminino entra em um processo de luto simbólico pelo filho perdido, e os sonhos, esperanças, expectativas e planejamentos que o casal normalmente deposita no nascimento da criança são colocados em suspenso (Souza & Muza, 2011).

Nos casos em que a perda gestacional ocorre nas primeiras semanas de gestação, ao qual pouco se visualiza o crescimento da barriga, percebe-se que 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 um 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: “logo você vai ter outro”. De acordo com Assunção & Tocci (2003), tais atitudes minimizam o suporte social a ser oferecido à mulher que poderia ajudá-la em seu luto.

De uma maneira geral, sabe-se que a gravidez exige da mulher um processo de ajustamento, no qual ela tem que se adaptar tanto às mudanças físicas (modificações corporais, hormonais e/ou metabólicas) quanto psicológicas, tais como a aceitação da realidade da gravidez, a mudança da imagem corporal, a simbolização do bebê e o desenvolvimento do vínculo afetivo, dentre outros aspectos (Farias & Villwock, 2010). Tendo em vista todos estes fatores, a perda gestacional se torna um fenômeno complexo, sendo importante investigar como ele afeta a mulher. Tal investigação deve ter como base a compreensão dos conceitos de perda e luto, os quais serão de

suma importância para subsidiar práticas assistenciais de atenção à saúde física e emocional dessa mulher e sua família.

### *Perda e luto*

A perda de um bebê ainda durante o período gestacional causa reações diversas, comumente, muito sofridas. Para um número significativo de mulheres, este tipo de perda é um acontecimento significativo que envolve memórias do passado e expectativas para o futuro, principalmente quando a gestação é planejada (Carvalho & Meyer, 2007; Farias & Villwock, 2010).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define a morte fetal 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<sup>1</sup> (Brasil, 2009, p. 22).

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, às complicações obstétricas ou do parto, além de problemas de saúde da mãe. Porém, em uma porcentagem significativa dos casos, ainda segunda a autora, o óbito está relacionado a uma causa que não chega a ser identificada.

Duarte e Turato (2009) 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, geralmente, em ansiedade. Além disso, é comum, as mulheres apresentarem

1 É importante destacar que a OMS (Brasil, 2009) distingue os óbitos fetais dos abortos espontâneos utilizando como marcadores a idade gestacional, o peso ao nascer e a estatura do feto. Assim, consideram-se óbitos fetais quando ocorrem a partir da 22ª semana completa de gestação (ou 154 dias), ou quando o feto tem peso igual ou superior a 500g ou estatura a partir de 25 cm. Os abortos espontâneos são caracterizados como 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.

grande insegurança e autoestima abalada frente à nova gestação, comprometendo sua percepção acerca da sua capacidade reprodutiva e materna (Carvalho & Meyer, 2007; Nazaré et al. 2010; Sousa & Muza, 2011).

Considerando que o exercício da maternidade é visto 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 (Assunção & Tocci, 2003; Carvalho & Meyer, 2007). Para além da vivência de perdas gestacionais anteriores, gestantes, comumente, têm fantasias, expectativas e medos relacionados ao nascimento e desenvolvimento do seu bebê. Grande parte das mulheres teme que seus filhos nasçam com síndromes ou malformações congênitas, ou mesmo que tenham algum problema em decorrência de complicações no parto, fazendo com que este período seja marcado por fantasias e medos relacionados à sua morte e a do bebê (Farias & Villwock, 2010). A ansiedade e a angústia da perda também podem estar relacionadas, segundo Farias & Villwock (2010), às perdas *versus* ganhos físicos e psíquicos característicos da gravidez. Assim, quando a mulher se dá conta da evolução da gestação é convocada a ocupar um lugar diferente na dinâmica familiar, na medida em que é acrescido ao papel de filha a função de mãe. Nesse momento, coloca-se em jogo toda responsabilidade e significação subjetiva que a ideia de “ser mãe” abarca, agregada a outros aspectos envolvidos no desejo de ter um filho.

Durante a gravidez, a mulher investe em um processo de construção de representações sobre seu filho através da idealização do bebê e da sua relação com ele (Sousa & Muza, 2011). Logo, quando o diagnóstico de óbito fetal é confirmado, toda esta construção representacional é interrompida e impedida de se concretizar, resultando, comumente, em dificuldade de aceitação, negação do fato

e sofrimento para as mulheres e para toda a família. Tendo isto em vista, 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... (2003, p. 7).

Com efeito, a gravidez ser desejada ou não auxilia compreender as reações femininas frente às perdas gestacionais, já que a reação da mulher à perda está relacionada ao significado afetivo atribuído, o qual, por sua vez, depende do investimento emocional que ela depositava na sua gravidez (Assunção & Tocci, 2003). Além disso, tais autoras frisam a importância de se considerar as características da vida familiar e as expectativas pessoais relativas à maternidade, deste modo, nos convidam a lançar luz sobre o contexto no qual a perda ocorre, bem como sobre as relações estabelecidas com as figuras parentais, especialmente, a mãe.

Nazaré et al. (2010) apresentam três tipos de variáveis relacionadas à reação diante da perda: a) variáveis associadas ao casal – inclui as características individuais, como a idade, a personalidade, as crenças religiosas, a estrutura psíquica prévia e o histórico de experiências anteriores, assim como a relação do casal e o desejo/motivação de ter um bebê; b) variáveis associadas ao bebê – ligadas à natureza e gravidade das complicações identificadas, o tipo e duração do tratamento, o prognóstico e período gestacional; c) variáveis relacionadas à rede de apoio – existência ou não de apoio familiar e social, o tipo de relação com os familiares e as atitudes dos profissionais de saúde. A análise destas variáveis é importante, segundo as autoras, pois fornece elementos

sobre a conjuntura no qual a perda ocorre e seu impacto sobre o processo de luto.

Com relação à questão de gênero, alguns estudos sobre perda gestacional indicam que, sendo a mulher a pessoa que carrega o bebê em seu ventre, pode manifestar maior sentimento de culpa em relação à perda, se comparada ao homem. Já o pai apresenta, comumente, uma resposta mais controlada à perda devido à necessidade de mostra-se “forte” e fornecer suporte a mulher (Sousa & Muza, 2011). Além disso, dificilmente os homens terão reações depressivas tão fortes quanto à mulher devido ao significado que ambos atribuem à perda gestacional. O homem, geralmente, não tem sua identidade definida pela paternidade, enquanto, muitas mulheres constroem sua identidade pautada na condição de torna-se mãe (Assunção & Tocci, 2003).

Como uma resposta multifacetada diante da perda de algo ou alguém significativo, o luto abarca dimensões físicas, cognitivas, comportamentais e sociais (Kain, 2012) e desenvolve-se como um processo dinâmico que envolve várias fases e inclui um conjunto de sentimentos, emoções e atitudes.

#### *Concepções sobre luto*

O luto é compreendido como todo processo psíquico provocado pela perda de um 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 doloroso de mudança de representação que todos vivenciam em algum momento da vida e que implica em um processo dinâmico que o sujeito abandona esquemas e aprende outros (Bousso, 2011), para estabelecer um novo tipo de vínculo após a morte (Freitas, 2000). Semelhantemente, Pires (2010) argumenta que o luto é um processo cognitivo em que o indivíduo se confronta com a sua perda e com o significado dela, recordando as suas memórias acerca da pessoa falecida e adaptando-se a uma nova realidade.

Bowlby (1989) analisa o luto pela perda do vínculo e o interpreta como um aspecto negativo do vínculo e uma resposta à separação, pautado no pressuposto de que a “propensão para estabelecer laços emocionais com pessoas especiais é básica da natureza humana e permanece durante todo o ciclo vital” (Freitas, 2000, p.31). A partir desta perspectiva, Bowlby (1989) considera o “luto saudável” como aceitação da modificação do mundo externo, ligada à perda definitiva do outro, que implica em modificação do mundo interno e representacional com a reorganização dos vínculos que permaneceram.

Para Freitas (2000), no luto chamado “normal”, o impacto da perda pode ser amenizado em um curto espaço de tempo, a partir da formação de novos vínculos substitutivos, de investimentos em novas atividades e de aceitação do apoio social. Já no luto dito “patológico”, ainda segundo a autora, a ligação afetiva permanece intensamente voltada para uma pessoa que não poderá responder e garantir a manutenção saudável deste vínculo. Nestes casos, a pessoa pode apresentar reações de negação, ambivalência, distorção e permanência nas lembranças do passado, refletindo em desequilíbrio pessoal e adoecimento.

Esta concepção de um padrão de reações rígido frente à perda, caracterizado como “luto normal” ou “luto patológico” é, hoje, questionada na literatura devido à complexidade de se estabelecer um parâmetro universal a ser considerado, unanimemente, como uma resposta normal ou anormal frente à morte (Carvalho & Meyer, 2007). Assim, entende-se que para cada pessoa o luto vai se desenvolver com base em uma dinâmica psíquica particular, pois se relaciona com suas características de personalidade, história de vida e de perdas anteriores, além da rede de apoio e os mecanismos psíquicos que possui para enfrentar as diferentes situações. Logo, não é possível prever, antecipadamente, como o luto será processado, na medida em que se entende que cada pessoa é única e apresenta recursos subjetivos diferentes para enfrentar momentos tão doloroso (Santos et al., 2012).



Nesta direção, Bousso (2011) defende que o luto não é passível de ser “superado”, mas deve ser encarado como um evento mutável ao longo da vida e um processo normal de ressignificação e transformação da relação com o objeto perdido. Deste modo, o luto não finda com uma resolução, com um retorno à “normalidade”, mas resulta na incorporação da perda, de tal modo que permita ao indivíduo continuar sua vida a partir de uma outra relação, reinventada, com a pessoa perdida.

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. 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.

Nazaré et al. (2010) apresentam e discutem um conjunto de reações subseqüentes a uma perda, dividindo-os em quatro categorias: 1) manifestações emocionais – como sentimentos de tristeza, solidão, culpa, raiva, irritabilidade, vazio, ansiedade, choque, desespero, desamparo, desilusão, desesperança, inadequação e fracasso; 2) manifestações cognitivas – ligados a 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; 3) manifestações comportamentais – que refletem em agitação, fadiga, choro, isolamento e a tendência para procurar ou, opostamente, evitar estímulos associados ao bebê; e 4) manifestações fisiológicas – como aperto no peito, nó na garganta, dificuldade em respirar, palpitações, tensão muscular, náuseas, dormência, falta de energia, insônia e pesadelos. As autoras pontuam que estes diferentes sintomas são mais intensos nos

primeiros meses após a perda e desenvolvem-se de maneira subjetiva, no que diz respeito à sua diversidade e intensidade.

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. Ao explorar a função do silêncio diante da perda de alguém querido, Poli (2008) afirma que ele ocorre em decorrência do encontro com os limites da representação, ou seja, há impossibilidade de significar em palavras a realidade da morte. Sentimentos de perda não elaborados e não representados se expressam inicialmente na falta de palavras, na insuficiência do discurso e na incongruência entre palavras e sentimentos (Poli, 2008).

Nessa discussão, ainda se deve considerar que, em grande parte dos casos, a perda do bebê por óbito fetal exige que a mulher passe por um período de internação, que é um momento muito delicado e doloroso, já que ela encontra-se em um ambiente hospitalar, muitas vezes, rodeada por gestantes, puérperas e bebês recém-nascidos. 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 às mulheres com diagnóstico de óbito fetal. Além da assistência médica, deve-se oferecer um suporte emocional adequado que favoreça o enfrentamento diante desse momento tão difícil (Santos et al., 2012). Tal assistência deve se pautar, preferencialmente, no reconhecimento e compreensão dos aspectos cognitivos e emocionais envolvidos na situação de perda gestacional, os quais são vivenciados de forma singular por cada mulher e casal. Nessa perspectiva, nosso objetivo foi estudar como mulheres vivenciam e enfrentam a situação de perda

gestacional, com base na investigação das percepções e significados, além dos sentimentos femininos relacionados ao processo de luto pela morte de um filho.

## Método

Com delineamento descritivo qualitativo e amostra de conveniência, participaram do estudo 11 mulheres internadas no alojamento conjunto de uma maternidade pública, localizada na cidade do Rio de Janeiro, no período de abril a agosto de 2013. Como critérios de inclusão, adotou-se a vivência da experiência de perda gestacional, quer seja em decorrência de aborto espontâneo ou óbito fetal (natimorto), além da internação na instituição para realização de procedimento médico durante o período da coleta de dados. Por outro lado, como critério de exclusão adotou-se a internação na maternidade em decorrência de aborto provocado, além da recusa da paciente em participar da pesquisa.

Após consulta aos prontuários para verificar os motivos da internação, as mulheres eram abordadas em seus leitos e convidadas a participar de uma entrevista individual. Todas que aceitaram participar da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, aprovado pelo Comitê de Ética da instituição (CAEE nº 10929612.0.0000.5275, de 22/02/2013) e foram entrevistadas na sala do Setor de Psicologia da instituição em momento oportuno e escolhido pelas próprias participantes. Este local foi escolhido para a realização da entrevista com o objetivo de garantir que a participante tivesse privacidade para falar da sua vivência. Durante a coleta de dados, apenas uma paciente recusou o convite para participar da entrevista que teve, de maneira geral, duração média de 20 minutos. Todas elas foram gravadas em áudio e posteriormente transcritas.

O roteiro de entrevista aberta, denominado “Experiência da perda gestacional”, foi elaborado especialmente para a pesquisa e continha uma única pergunta disparadora, a partir da

qual a entrevista se desenvolvia: “O que esta perda gestacional significa para você?”. A partir deste questionamento, as participantes falavam livremente sobre sua vivência, bem como, sobre as condições pessoais e familiares acerca da gestação, da notícia da perda gestacional e da internação hospitalar.

Além desta pergunta disparadora, foram feitas perguntas adicionais para identificação de dados gerais e psicossociais para caracterização das participantes, com informações sobre idade, estado civil, religião, localidade de moradia, diagnóstico, procedimento médico realizado, número de filhos vivos, número de gestações e perdas anteriores.

Os relatos verbais das entrevistadas 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), cujo objetivo é traduzir o que os participantes buscam expressar em palavras, atentando para a investigação de semelhanças e discordâncias entre os discursos (Lima, 2003).

Dessa forma, após a leitura das entrevistas foram identificadas categorias para análise do relato verbal das participantes.

## Resultados e Discussão

Com idades entre 16 e 43 anos (média de 30 anos), verificou-se que a maioria das mulheres não tinha concluído o ensino médio, o que reflete um baixo grau de instrução. Com relação ao estado civil, seis entrevistadas afirmaram ser casadas e cinco se declararam



2 Curetagem Uterina ou *Wintercuretagem* é um procedimento médico obstétrico que utiliza curetas metálicas de diferentes formas e dimensões para raspar e esvaziar a cavidade uterina, após a dilatação do colo de útero, com dilatações 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 (Barbosa, Reggiani, Drezett & Neto, s. d).

solteiras. Seis participantes tinham um ou mais filhos vivos, enquanto cinco mulheres afirmaram não ter filhos ainda. Quanto à religião professada, notou-se grande variedade nas respostas, pois algumas mulheres se autodeclararam espíritas (N = 2), católicas (N = 3) e evangélicas (N = 2), ao passo que quatro afirmaram não ter religião.

Quanto ao procedimento realizado durante a internação, verificou-se que 9 participantes realizaram o procedimento de Curetagem Uterina (*Wintercuretagem*<sup>2</sup>), usado para esvaziar a cavidade uterina após o processo de aborto, o que requer período curto de internação.

Do total de 11 participantes, constatou-se que 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 parecem mostrar que, nesta amostra, a perda gestacional foi vivenciada indiscriminadamente por mulheres que esperavam, ou não, um primeiro filho. Assim, a questão da perda é abordada no presente estudo a partir da experiência de mulheres que vivenciavam a primeira perda ou mesmo perdas sucessivas, sem necessariamente discriminar os dois grupos uma vez que não foi observado diferenças significativas nos relatos de ambos.

Diante da pergunta norteadora da entrevista “O que esta perda gestacional significa para você?”, as mulheres participantes evidenciaram uma gama de percepções e sentimentos relacionados à sua vivência acerca da perda gestacional, apresentados e discutidos com base nas seguintes categorias.

#### *Percepções, significados e sentimentos sobre a perda gestacional*

De maneira geral, em todos os relatos observou-se o sentimento de tristeza, 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... aceitar mesmo”* (Lia<sup>3</sup>, 16 anos, primigesta/primeira perda gestacional); *“[...] Significa a perda de... um filho... de uma vida, que daqui a alguns anos eu possa imaginar, quando tiver um, posso imaginar que poderia ser já o segundo...”* (Miriã, 28 anos, primigesta/ primeira perda gestacional).

Segundo Duarte e Turato (2009), as mulheres sempre procuram atribuir um sentido para a sua perda. Ao analisar as entrevistas realizadas percebeu-se que foi comum a tendência em buscar explicações para compreender e dar sentido à perda gestacional. Dessa forma, a mulher intenta tamponar o vazio deixado pela perda, buscando explicações objetivas quanto a “falha” que causou a involução da gestação (Santos et al., 2012), 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 também pode ter sido por isso que... né?... eu não tenha conseguido (PAUSA) gerar bem, né? (Ester, 23 anos, primigesta/ primeira perda gestacional).*

Somado a isso, observou-se também certa tendência nas mulheres em buscar explicações pautadas na espiritualidade, procurando consolo na ideia de que o óbito fetal “foi permissão de Deus”, como demonstra 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? [...] Mas assim, me sinto triste, vazia... e assim, mas, ao mesmo tempo, confortada, né? Porque tenho que aceitar, né? (Lídia, 36 anos, mãe de um filho).*

Corroborando a necessidade de encontrar um “porquê” para a perda, é inevitável para algumas mulheres não comparar a

3 Para assegurar a privacidade e garantir o sigilo das participantes, utilizou-se nomes fictícios para identificar o relato de todas as entrevistadas.

gestação atual com as anteriores. Esta comparação parece estar ligada à “naturalização da maternidade”, ou seja, mulheres que não sofreram intercorrências em gestações anteriores possuem, segundo Assunção & Tocci (2003), a certeza de que são capazes de gerar um bebê perfeito e saudável como no exemplo:

*As outras vezes que eu fiquei grávida, eu senti alguns sintomas... mas agora não... não senti nada... a menstruação veio normal [...]. 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 [...] estou me sentindo mal, com jeito de doente (Eva, 23 anos, mãe de dois filhos).*

Este relato nos dá indícios acerca das fantasias que as mulheres criam diante da involução da gestação. Tais fantasias podem, muitas vezes, se relacionarem às ideias de fracasso, culpa e funcionamento incorreto do corpo. A sensação de doença, relatada por Eva, parece atrelada à sensação imediata de que seu corpo não consegue funcionar corretamente, ou seja, de que ela não conseguiu gerar em seu ventre uma criança, como ela própria esperava.

A descrição do perfil das participantes quanto à vivência de perdas gestacionais anteriores parece indicar que este não se trata de um acontecimento que impeça a mulher de lançar-se novamente no projeto de ser mãe, contudo, há o receio de vivenciar a perda novamente. Nazaré et al. (2010) caracterizam a perda como um acontecimento potencialmente traumatizante, que permanece vivo na lembrança da mulher. Além disso, Sousa & Muza (2011) argumentam que a perda é um acontecimento que afeta a autoestima da mulher e, por isso, a gestação subsequente pode ficar 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, [...] em nem engravidar mais e adotar (Miriã, 28 anos, primigesta/ primeira perda gestacional).*

Ter um profissional de saúde atento e disponível para ouvir este tipo de relato, permeado de medo e insegurança quanto à possibilidade de conseguir gerar um bebê, caracteriza uma assistência humanizada. A assistência humanizada no contexto da perda gestacional não deve se preocupar apenas com a expressão da dor física decorrente do procedimento médico realizado, mas sim deve se fazer presente oferecendo escuta e acolhendo também a dor psicológica, o que é essencial para a elaboração do luto.

A perda gestacional, em outros casos, pode consolidar o número de filhos pretendidos, ou seja, muitas mulheres acabam por desistir do projeto de ter mais um bebê após a vivência da involução da gestação, como aponta o relato:

*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 perder de novo, porque isso agora ficou marcado em mim [...]. E eu não quero passar por esta mesma sensação... (Rebeca, 30 anos, mãe de três filhos).*

Ao analisar a forma como a mulher lida com a involução da gestação percebe-se que ter outro (s) filho (s) e não vivenciar perdas consecutivas parecem ser fatores importantes a serem considerados. Sentimentos de menos valia que afetam a autoestima e a autopercepção da mulher são mais comuns quando ela é acometida por insucessos gestacionais consecutivos (Nazaré et al., 2010, Sousa & Muza, 2011 e Gaudet, 2010).

#### *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 (Carvalho & Meyer, 2007; Sousa & Muza, 2011). Nesta amostra, para

grande parte das pacientes, a reação diante do diagnóstico da involução da gestação pode ser caracterizada como *paralisante*. Esta “paralisação” ocorria logo após a notícia da perda, mediante o choque, se traduz nas falas de Lia “*fiquei sem reação... eu não falei nada, só falei que tá bom. Mas depois foi... ficando mais claro para mim*” (Lia, 16 anos, primigesta/ primeira perda gestacional); e de Sara: “*fiquei sentada num banco um tempão pra me recuperar, para depois conseguir ir pra casa*” (Sara, 40 anos, mãe de um filho).

Durante a realização das entrevistas percebeu-se também longos períodos de silêncio e pausas consecutivas, especialmente no início da entrevista diante da pergunta principal: “o que esta perda gestacional significa para você?”. Estas pausas parecem ser resultado de um movimento da mulher de voltar o olhar para si própria e vê-se tomada por sentimentos diversos, ambíguos e conflituosos, como ilustra o relato a seguir: “*Muito triste... [PAUSA – EMOCIONA-SE]. Não dá nem pra... pra descrever o que estou sentindo agora*” (Lia, 16 anos, primigesta/ primeira perda gestacional). Além disso, esta falta de palavras parece uma resposta do encontro com os limites da representação da realidade da morte e da perda, como discute Poli (2008).

Kubler-Ross (2005) afirma que o choque pode ser a primeira resposta à morte; contudo, neste momento inicial o choque se manifesta junto com a negação, em que a pessoa sente dificuldade para acreditar no que realmente está acontecendo:

*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 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? Porque... 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, não possui filhos).

Algumas mulheres conseguiram nomear, de alguma maneira, o que sentiam diante da realidade da perda gestacional naquele momento de entrevista, com a expressão de sentimentos de falta, vazio e/ou dor, como exemplifica os relatos a seguir: [Faz um estalo com a boca] “*Ah, um sentimento de perda [EMOCIONA-SE], é uma perda, um vazio muito grande apesar de pouco tempo...*” (Ester, 23 anos, primigesta/ primeira perda gestacional); “*Eu me sinto assim, vazia...*” (Sara, 40 anos, mãe de um filho).

Outras reações como 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 foram relatadas pelas participantes. É importante ressaltar que a mulher precisa lidar com essa gama de reações emocionais e ainda, passar por procedimentos médicos e um período de internação. Manifestações emocionais e somáticas semelhantes foram descritos por Nazaré et al. (2010), em seu estudo que explorou a avaliação e intervenção psicológicas na situação de perda gestacional.

No presente estudo foi possível identificar como reação a tendência em evitar estímulos associados ao bebê, percebida, por exemplo, na fala de uma entrevistada que afirmou não querer ver os itens do quatinho do bebê presenteados por sua patroa:

*Eu deixei no depósito da loja pra não levar logo pra casa [...]. A gente está esperando terminar, ficar pronta, eu falei que quando terminasse, eu levaria e já montaria todo no quatinho. 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 [...]* (Miriã, 28 anos, primigesta/ primeira perda gestacional).

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

como no exemplo a seguir: *“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, mãe de dois filhos).

É comum a escolha de falar somente o necessário sobre a perda sofrida, visando sua autopreservação por meio do afastamento do sofrimento (Poli, 2008). Com a tentativa de não sofrer ainda mais diante daquela “ferida aberta”, as pacientes tentam se afastar de situações, pensamento e ideias ameaçadoras e angustiantes que a morte gera (Santos et al., 2012).

A interdição da maternidade, nesse momento, pode gerar em algumas mulheres a desvalorização da sua autoimagem, pela ideia 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 concepção está atrelada, dentre outros indícios, a comparação com outras pacientes da enfermaria ou com amigas que estão gestantes, como indicam os relatos a seguir:

*Eu tô aqui no hospital e tal... aí eu vejo a mãe com o bebê, [...] e, o que me deixou mais triste é que... assim, muitas amigas minhas estão grávidas, né? [EMOCIONA-SE/ PAUSA]. Aí, elas vão ter o bebê delas, né? E eu não vou ter o meu [PAUSA/ EMOCIONA-SE]* (Rute, 19 anos, não possui filhos).

Diante da variedade de reações da mulher frente o óbito do seu bebê, estudos como o nosso, cujo objetivo foi estudar como mulheres vivenciam e enfrentam a perda gestacional, podem fornecer subsídios sobre os aspectos comportamentais e emocionais relacionados a essa perda que devem ser considerados na prática assistencial prestada a essas mulheres que têm que lidar com diferentes demandas decorrentes dessa condição de vulnerabilidade que estão expostas.

Além disso, a perda do bebê 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 e para ela resta experimentar a sensação de sair da maternidade sem seu filho nos braços.

#### *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.

Nas entrevistas realizadas para esta pesquisa foi comum identificar o incômodo gerado pelo desejo de ter um bebê em seus braços e se vê impossibilitada para tal. Agrega-se a isso o fato de que, neste momento de fragilidade, essas mulheres ainda necessitam dividir a enfermaria com outras pacientes e seus bebês. Dividir a enfermaria com as puérperas colocava às mulheres que vivenciaram a perda em contato direto com o bebê e tudo que ele representava. Além disso, estar numa enfermaria de uma maternidade sem um bebê, deixava evidente a falta, o não ganhar, que diferenciava as mulheres enlutadas, daquelas satisfeitas e felizes na enfermaria. A seguir os relatos de Edna e Sara que ilustram essa problemática: *“Às vezes, as pessoas chegam e perguntam: e aquela mãe ali, cadê o bebê dela? Aí você fica assim... se sente um pouco isolada”* (Edna, 36 anos, não possui filhos).

*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?. Aí que deu mais vontade de chorar ainda, eu me*



*segurei [...]. Eu falei que tinha perdido... Eu pensei em mentir, mas depois não... ia acabar fazendo mal para mim (Sara, 40 anos, mãe de um filho).*

Isto posto, faz-se necessário que toda equipe de saúde esteja atenta e sensível ao sofrimento e pesar da mulher diante do constrangimento de perceber-se isolada, entristecida e diferente das outras mulheres hospitalizadas. Relevante também considerar que esta mulher durante a internação pode, em função do seu estado de humor, adotar atitudes agressivas para com a equipe e familiares. Diante disso, geralmente, nossa primeira atitude como profissional é achar que ela não está colaborando com o tratamento e rejeitando nossa assistência, quando, na verdade, tal reação nada mais é do que uma demonstração da dor e dificuldade vivenciada por ela naquele momento.

A interrupção do projeto de gestar um filho incute um conflito de natureza diferente de 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. Dentro desta conjuntura, percebe-se que a realização da maternidade é amplamente naturalizada, como elucida o relato a seguir:

*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? Você queria uma criancinha ali do seu lado, né? Que é que você... 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, mãe de dois filhos).*

Em relação à internação devido a perda gestacional, nota-se que, de uma maneira geral, as mulheres ficavam ansiosas pela alta hospitalar. Principalmente, para aquelas mulheres que já tinham filhos, notou-se ser comum um grande desejo e ansiedade de

voltar logo para casa para encontrar seus filhos e lhes dedicar cuidados e consolo: *“Eu vou cuidar mais da minha filha, a pequenininha [...]. Ela faz a gente se recuperar mais rápido porque a gente não fica pensando muito”* (Sara, 40 anos, mãe de um filho); *“[...] Eu tô indo para apoiá-los, entendeu? [...] Eu tenho que colocar pra ele de forma que ele possa entender sem ficar angustiado”* (Isabel, 43 anos, mãe de dois filhos).

Gaudet (2010) discute resultados de estudos que concluíram que mulheres com histórico de insucessos gestacionais anteriores apresentaram escores mais altos de dor e depressão. Nesse sentido, podemos sugerir que para as mulheres que vivenciaram perdas consecutivas, a involução da gestação tem impacto maior na sua autoestima e no seu estado de humor, logo, avaliar indicadores de depressão relacionando à percepção da vivência da perda torna-se fundamental e é nossa sugestão para futuras pesquisas.

É válido frisar que as reações diante da perda gestacional dependem do significado atribuído à perda e do grau de investimento afetivo atrelado à 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.

#### *Concepções e significados acerca do nascimento de um filho*

Ao percebe-se grávida, a mulher passa por um processo de adaptações físicas e psíquicas que envolvem inserir a criança na sua vida, na sua rotina e na família (Farias & Villwock, 2010). O desejo de gerar um bebê perfeito e saudável pode provocar na mulher, por exemplo, uma preocupação com relação à alimentação, propiciando mudanças na forma de se alimentar, como se observa na fala de Edna:

*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, às*

*vezes, 5 horas eu já tava acordada, com fome. Então eu já me preocupava em acordar cedo e me alimentar. Porque tinha uma pessoinha aqui dentro que... eu acho que era o desejo dela [...] eu já sabia que tão cedo, ele já me fazia despertar. [...] Tava sendo muito especial para mim. Então, foi difícil, né? (Edna, 36 anos, não possui filhos).*

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 antes mesmo de nascer, seu bebê já fazia parte da sua vida e os cuidados com ele já estavam sendo inseridos na sua rotina, ou seja, o bebê já ocupava um lugar simbólico no psiquismo dessa mulher (Farias & Villwock, 2010).

Durante a gestação, o casal vivencia transformações no âmbito pessoal e relacional, assim, a relação deles também passa a ser encarada de maneira diferente (Nazaré et al., 2010). O nascimento de um bebê pode estar ligado à expectativa de entrelaçamento da relação do casal, resultando na “formação” de uma família ou ampliação dela, como ilustram os relatos: “Olha... pra mim foi uma perca (sic) muito grande porque eu estava... é, pretendo ter esta criança, planejei por eu tá formando uma outra família com esse rapaz que eu tô agora [...]” (Rebeca, 30 anos, mãe de três filhos);

*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. [...] Eu me sinto um pouco fracassada, um vazio dentro de mim, né? (Lídia, 36 anos, mãe de um filho).*

Dessa forma, a perda gestacional, sobretudo em casos de primeira gestação, pode encerrar uma representação de fracasso no projeto de formação de uma família, o que precisaria ser melhor investigado com entrevista aos companheiros por exemplo. Importante considerar que a vivência da perda gestacional implica em consequências não somente para a mulher, mas também para o casal

e a atenção à saúde nestes casos deve, na medida do possível, privilegiar o atendimento de ambos, mãe e pai.

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:

*Como eu falei pra você, devido à perda da minha sogra, ter acarretado as duas coisas de uma vez só [...]. E aí, quando não ocorre, você se frustra, né? Fica chateada, triste, né? Até porque, seria até uma alegria a mais pra mim e para a família devido ao que aconteceu (Débora, 35 anos, mãe de dois filhos).*

É de fundamental importância investigar sempre o significado que o casal atribui à gestação e ao nascimento de seu bebê, uma vez que a perda desmantela os planos, os sonhos e as expectativas que eles normalmente depositam no nascimento de um filho, sendo importante a presença e o suporte fornecido por toda rede de apoio: companheiro, familiares ou amigos próximos, além dos profissionais de saúde.

#### *Percepção do apoio familiar e da equipe de saúde diante da perda gestacional*

De maneira geral, 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 a ela, como demonstra a narrativa:

*Eu acho que na verdade a única coisa 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... (Débora, 35 anos, mãe de dois filhos).*



Nos casos em que o óbito fetal ocorre num momento mais avançado da gestação quando deve ser realizado o parto, seguido do sepultamento do bebê, existem, objetivamente, decisões a serem tomadas, questões burocráticas a serem resolvidas e recursos financeiros a serem dispendidos. Neste momento, geralmente, algum membro da família é “eleito” para resolver estas questões, o que mais uma vez reafirma a importância da rede de apoio nestas circunstâncias. O relato de Lia é um exemplo disso:

*É porque só tem ela [mãe da entrevistada] para resolver tudo isso. Minha família toda trabalha, aí não tem como [...]. [E sobre o sepultamento] Eu acho que não vou conseguir não... acho melhor não... porque agora eu não quero ver sendo enterrado. Não vou, [...] é melhor eu só vê eles assim agora mesmo e depois deixa que outra pessoa faz isso (Lia, 16 anos, primigesta/primeira perda gestacional).*

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 no processo de luto pela perda (Santos et al., 2012; Nazaré et al., 2010). 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, primigesta/primeira perda gestacional).

Com a perda gestacional a mulher fica, comumente, fragilizada física e emocionalmente. Tendo isso em vista, podemos perceber que a dor que incide no corpo devido ao processo de perda e/ou procedimentos médicos realizados vai além da dor física, como aponta a afirmativa de Isabel: “Eu chorei bastante porque dói na alma” (Isabel, 43 anos, mãe de dois filhos). Assim, o acolhimento, a atenção e o suporte fornecido por toda rede de apoio da mulher enlutada, bem como pelos profissionais de saúde, durante e após a alta hospitalar, certamente auxiliam na elaboração da perda e ajuda na vivência simbólica do luto.

Exercitar uma visão mais holística acerca do paciente, evocando em si uma preocupação com a assistência integral pautada em diferentes ações que demonstrem atenção e estima pode contribuir para que a paciente sinta-se segura e bem assistida pela equipe. Logo na assistência, é de fundamental importância não se considerar somente os cuidados com o corpo que sofreu a perda, mas também com a mulher que sofre pela perda, o que constatamos no nosso estudo com exemplos de relato como o de Isabel, de 43 anos e mãe de dois filhos:

*Desde lá de baixo [...] no centro obstétrico... eu gostaria de ressaltar um nome Gisele, eu nem sei qual a função dela lá, mas as palavras dela me ajudou muito: “se precisar de alguma coisa”, “Tá tudo bem?”, “Como você está agora?” E depois que [...] eu tava saindo do centro obstétrico [...] ela [falou]: “Olha, fica bem, deu tudo certo”. Nossa! Aquelas palavras me ajudaram muito. O médico que me atendeu lá... Muito atencioso, me explicando cada procedimento. [...] Então, essas coisas todas... me fez, não ficar me sentindo angustiada por causa da perda, porque teve um cuidado em todos os sentidos [...] Então, me sentia muito cuidada por todo mundo [...], não parecia que havia um corpo jogado ali, sabe?*

Uma assistência mais cuidadosa às pacientes que sofreram perda gestacional pode interferir na maneira como ela vai lidar com a perda durante a internação, com exemplifica o relato a seguir:

*Assim, como a gente vê as pessoas tratando a gente como gente, como pessoa que, de certa forma, teve um... algum tipo de sofrimento, embora, muitas vezes eles não possam calcular, medir a proporção desse sofrimento, mas demonstram atenção [...] Aqui 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, mãe de dois filhos).*

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.

#### *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 se sentem à vontade e “preparadas” para oferecer o apoio e a escuta que ela necessita para investirem em um luto favorável.

Freire (2005) argumenta que “o social faz sua economia de gestos e sentimentos” (p. 13), ou seja, a sociedade se faz de surda 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: “[...] *Minhas tias, vão me dar uma força, vão dizer que é assim mesmo, aquelas coisas que todo mundo diz, ‘da próxima vez dá certo’, ‘você não é a primeira e nem vai ser a última’*”; e continua, logo após a pesquisadora perguntar o que ela achava de escutar “estas coisas que todo mundo diz”:

*Chato! [...] quando eu voltei pro trabalho depois dos dias que eu fiquei internada, aí todo mundo me abraça e fala: “ai, Val, que pena, aí não sei o que”. Aí cada vez que alguém fala mexe mais com aquela ferida sua. Eu falei “tá, gente...” [...] pra evitar este tipo de comentário (Miriã, 28 anos, primigesta/ primeira perda gestacional).*

Em seu relato, Miriã deixa claro que procura demonstrar que não ficou grandemente afetada pela perda que sofreu, evitando, assim, lembrar e tomar contato com a sua dor. Contudo, sua preocupação em apresentar tal reação parece estar ligada ao desejo de não escutar mais comentários que minimizam sua dor e a fazem “lembrar” do seu sofrimento.

Cabe ressaltar que, do ponto de vista do sistema social e legal, não há reconhecimento do conceito abortado como uma criança que morreu antes de nascer (Assunção & Tocci, 2003).

Assim, o que fica após a perda gestacional é o confronto com o vazio deixado por um bebê que não vai mais existir, cujos últimos vestígios foram eliminados pelos procedimentos médicos, sobretudo quando a perda ocorre nos primeiros meses da gestação. Desconsidera-se o luto materno ou se minimiza sua proporção através da tentativa comum de convencer a mulher de que “foi melhor assim” e que “logo você engravida de novo”.

Além disso, é comum algumas pessoas pedirem para a mulher enlutada parar de chorar ou pedirem para ela, simplesmente, esquecer o que ocorreu e seguir a vida, ou seja, muitas pessoas não conseguem suportar nenhuma manifestação emocional inerente à perda. É ainda mais difícil, para algumas pessoas, compreender que há um luto que precisa ser realizado quando ocorre uma perda gestacional. A seguir, o relato de Edna que ilustra este incômodo gerado pelo não reconhecimento do luto:

*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? Foi bom ele acompanhar meu sofrimento para ele ver que não é fácil (Edna, 36 anos, não possui filhos).*

Este relato de Edna parece respaldar o que a literatura discute sobre a diferença entre as reações de homens e mulheres frente à perda gestacional. 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 para elaboração da perda de seu filho. O reconhecimento do luto materno e uma assistência acolhedora podem contribuir para que o processo de luto seja efetivamente vivenciado, e familiares e equipe de saúde têm papel fundamental nesse processo.

## Considerações finais

Diante do exposto, podemos afirmar que a perda de um filho antes do nascimento tem certamente grande impacto emocional para a mulher e seus familiares. Independentemente do período gestacional e de serem primigestas ou não, as participantes demonstraram muita tristeza e pesar diante da perda, buscando explicações para tentar justificar e explicar tal situação inesperada, o que nem sempre é possível.

Os dados da presente pesquisa reforçam o entendimento do caráter multifacetado da perda gestacional/aborto descrito na literatura, no que tange ao impacto da perda em seu caráter subjetivo e relacional na vida da mulher. Tal impacto afeta o estado de humor, a autopercepção e a autoestima da mulher, bem como seus planos futuros relativos à constituição ou ampliação da família. Além disso, é importante sublinhar que a participação e apoio dos familiares, bem como a atuação, cuidado e apoio dos profissionais de saúde que forneceram assistência desde o momento do diagnóstico até durante a internação hospitalar, foram norteadores do significado atribuído a perda por aquelas mulheres.

O destaque dado à assistência profissional é um ponto interessante encontrado no estudo, que nos faz refletir sobre a importância de um atendimento eficaz e acolhedor fornecido pelo profissional de saúde, com consequências na forma como a mulher enlutada vivencia a internação. Além disso, reafirma a necessidade de se valorizar o preparo e a sensibilização desses profissionais que atuam na assistência direta a essa mulher que vivenciou a perda, chamando atenção para a escolha, por exemplo, da enfermagem que a mulher será direcionada.

Considerando o processo de perda como único e individual, é essencial a compreensão da dor e do sofrimento sob uma perspectiva singular que exige a expressão de sentimentos dolorosos. Mulheres nestas condições ficam fragilizadas física e emocionalmente e, por isso, precisam do acolhimento, da atenção e do suporte de toda uma rede de apoio. O reconhecimento do luto materno por parte dos familiares e da equipe de saúde é um dos primeiros passos para fornecer o apoio necessário e contribuir para elaboração do luto através do oferecimento de um espaço para a expressão das angústias, receios, frustrações, tristezas, dentre outros sentimentos, da mulher enlutada.

Logo, nosso trabalho chama atenção para o fato de que a equipe de saúde deve estar atenta a tais questões para, assim, ser capaz de corresponder adequadamente à demanda emocional de mulheres em situação de perda gestacional. Assim, é fundamental não agir no sentido de tentar, em vão, fazer a mulher “esquecer” a perda e “calar” sua dor, sendo o psicólogo uma figura importante no cumprimento dessa função no contexto hospitalar. Além de fornecer suporte psicológico às pacientes e aos seus familiares, o psicólogo pode atuar no sentido de sensibilizar a equipe de saúde, trabalhando em parceria e orientando-os em momentos delicados.

Por fim, cabe ressaltar que os dias imediatos à perda são importantes para o desenvolvimento do processo de luto e dar atenção à forma como a mulher constrói seus significados acerca da perda, torna-se essencial para superação deste luto. Logo, conhecer os aspectos cognitivos (percepções e significados) e emocionais (sentimentos) relacionados ao enfrentamento da perda gestacional possibilita aos profissionais prestar melhor auxílio e acompanhamento assistencial com objetivo, inclusive, de prevenir dificuldades emocionais futuras, principal contribuição do nosso estudo.

## Referências

- Assunção, A. T., & Tocci, H. A. (2003). Repercussão emocional do aborto espontâneo. *Revista de Enfermagem UNISA*, 4, 5-12. Recuperado em 2 de janeiro de 2013, de <http://www.unisa.br/graduacao/biologicas/enfer/revista/arquivos/2003-01.pdf>
- Barbosa, A. H., Reggiani, C., Drezett, J., & Neto, J. A. (s. d). *Guideline abortamento legal*. São Paulo, SP: Sociedade Brasileira de Reprodução Humana. Recuperado em 9 de fevereiro de 2013, de [http://www.sbrh.org.br/guidelines/guideline\\_pdf/guideline\\_de\\_abortamento\\_legal.pdf](http://www.sbrh.org.br/guidelines/guideline_pdf/guideline_de_abortamento_legal.pdf)
- Bardin, L. (1977). *Análise de conteúdo*. São Paulo, SP: Martins Fontes.
- Bowlby, J. (1989). *Uma base segura*. Porto Alegre, RS: Artes Médicas.
- Bouso, R. S. (2011). A complexidade e a simplicidade da experiência do luto. *Acta Paulista de Enfermagem*, 24(3), vii-viii.
- Brasil. Ministério da Saúde (2009). *Manual de vigilância do óbito infantil e fetal e do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal* (2a ed., Série A. Normas e Manuais Técnicos). Brasília, DF: Ministério da Saúde.
- Caregnato, R. C. A., & Mutti, R. (2006). Pesquisa qualitativa: análise de discurso versus análise de conteúdo. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 15(4), 679-84.
- Carvalho, F. T., & Meyer, L. (2007). Perda gestacional tardia: aspectos a serem enfrentados por mulheres e o 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 gestacional: uma revisão. *Psicologia em Estudo*, Maringá, 14(3), 485-490.
- Farias, L. N., & Villwock, C. (2010). Luto na maternidade: a perda real. Guaíba, RS: Universidade Luterana do Brasil. Recuperado em 22 de janeiro de 2013, de <http://guaiba.ulbra.tche.br/pesquisa/2010/artigos/psicologia/salao/655.pdf>
- Freire, M. C. B. (2005). *O som do silêncio: a angústia social que encobre o luto: um estudo sobre isolamento e sociabilidade entre enlutados do cemitério Morada da Paz*. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós Graduação em Ciências Sociais. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Natal, RN.
- Freitas, N. K. (2000). *Luto materno e psicoterapia breve* (Coleção novas buscas em psicoterapia, vol. 60). São Paulo, SP: Summus.
- Gaudet, C. (2010). Pregnancy after perinatal loss: association of grief, anxiety and attachment. *Journal of Reproductive & Infant Psychology*, 28(3), 240-251.
- Kain, V. J. (2012). An exploration of the grief experiences of neonatal nurses: a focus group study. *Journal of Neonatal Nursing*, 19(2), 80-88.
- Kübler-Ross, E. (2005). *Sobre a morte e o morrer: o que doentes terminais têm para ensinar a médicos, enfermeiras, religiosos e aos seus próprios parentes*. (8a ed.) São Paulo, SP: Martins Fontes.
- Lima, M. E. A. T. (2003) Análise do discurso e/ou análise do conteúdo. *Psicologia em Revista*, 9(13), 76-88.
- Montero, S. M. P.; Sánchez, J. M. R.; Montoro, C. H.; Crespo, M. L.; Jaén, A. G. V.; Tirado, M. B. R. (2011). A experiência da perda perinatal a partir da perceptiva dos profissionais de saúde. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 19(6), 1405-1412.
- Nazaré, B.; Fonseca, A.; Pedrosa, A. A. & Canavarro, M. C. (2010). Avaliação e intervenção psicológica na perda gestacional. *Perita - Revista Portuguesa de Psicologia*, (3), 37-46.
- Pires, C. (2010). Luto: processo de viver a morte. In Comunicações Livres, *Emoções em Saúde* (pp 142-151). Vila Real: Corrente Dinâmica.
- Poli, M. C. (2008). O psicanalista como crítico cultural: o campo da linguagem e a função do silêncio. *Revista Mal-estar e Subjetividade*, 8(2), 365-378.
- Santos, C. S., Marques, J. F., Carvalho, F. H. C., Fernandes, A. F. C., Henriques, A. C. P. T., Moreira, K. A. P. (2012). Percepções de enfermeiras sobre a assistência prestada a mulheres diante do óbito fetal. *Escola Anna Nery*. 16(2), 277-284.

Sousa, E. N., Muza, J. C. (2011). *Quando a morte visita a maternidade: papel do psicólogo hospitalar no atendimento ao luto perinatal*. Monografia, Universidade Católica de Brasília, Brasília, DF.

Worden, J. W. (2008). *Grief counseling and grief therapy: a handbook for the mental health practitioner* (4a ed.). New York, NY: Springer.

**Luana Freitas Simões Lemos**

Psicóloga formada pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro – UERJ – Rio de Janeiro – RJ. Especialista em Psicologia Perinatal pela Maternidade-Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ – Rio de Janeiro – RJ.

**Ana Cristina Barros da Cunha**

Psicóloga, Mestre em Educação Especial – UERJ – Rio de Janeiro – RJ. Doutora em Psicologia Social e do Desenvolvimento – UFES – Vitória – ES. Docente do Departamento de Psicologia Clínica desde 1997 no Instituto de Psicologia da UFRJ. Pesquisadora da Maternidade-Escola da UFRJ desde 2010.

E-mail: acbcunha@yahoo.com.br

**Endereço para correspondência:**

Rua Coronel Leôncio, nº 204, Engenhoca, Niterói. CEP: 24110-540. Rio de Janeiro – RJ. Brasil. Telefone: (21) 99609-8336

Recebido 21/11/2014, Aprovado 03/11/2015.