

O Jardim de Julia: A Vivência de uma Mãe durante o Luto

Karen Lie Oishi¹
Universidade Estadual de Campinas

RESUMO - Nos tempos atuais, a morte de um filho recém-nascido é um fato pouco comum, e geralmente visto como algo contrário à natureza. Justamente pelo sentido que possui, pode agravar a elaboração do luto e influenciar o futuro da respectiva mãe e família. Dessa forma, o presente estudo visa a compreender a vivência de uma mãe durante a elaboração do luto após a perda de um filho no período neonatal. Para isso, foram realizados atendimentos psicoterápicos individuais breves de orientação psicanalítica, e a análise dos conteúdos dos atendimentos resultou neste estudo de caso. Conclui-se que a expressão do luto através de rituais e psicoterapia agiu como facilitadora para a elaboração de um luto saudável.

Palavras-chave: morte neonatal, atitude frente à morte, acontecimentos que mudam a vida, luto

Julia's Garden: The Experience of a Mother during Mourning

ABSTRACT - Nowadays, the death of a newborn child is an unusual fact which is usually considered as something against nature's order. Due to the meaning that it has, it may worsen the development of the mourning process and influence the future of the mother and her family. Taking these considerations into account, this study aimed to understand what a mother experiences during the mourning process for the loss of her newborn child. To this end, short individual psychotherapy sessions of psychoanalytic orientation were realized. The content analysis of these sessions resulted in this case study. The results indicate that the expression of mourning through rituals and psychotherapy acted as a facilitator to the development of a healthy mourning.

Keywords: neonatal death, attitude to death, life changes events, mourning

Atualmente, os aspectos emocionais da gravidez, parto e puerpério são amplamente reconhecidos. Para Wirth (2000) e Mercer (2002), todo nascimento traz angústias e requer um remanejamento psíquico profundo, pois resgata o passado e as vivências como bebê dos pais, caracterizando o ciclo gravídico-puerperal como período de reativação desses conflitos e lutos inacabados. Sarmento e Setúbal (2003) também puderam constatar em seus estudos a mesma ideia de ser esse período marcado por grandes transformações psíquicas, como ansiedades, medos e mudanças nos vínculos afetivos. Além disso, segundo Cury (1997), ainda há a influência de fatores hormonais e socioculturais, variáveis sociodemográficas, eventos vitais estressantes e a personalidade de cada indivíduo, sendo a gestação, então, um momento crítico vital, de caráter regressivo. Dessa maneira exige-se um imenso esforço adaptativo por parte da mãe, a fim de se reorganizar para o papel da maternidade.

De acordo com Tedesco (1997), durante uma gravidez normal, podem-se encontrar manifestações como introversão, passividade, mudanças bruscas de humor, inquietação, irritabilidade, preocupação e depressão. Em comparação com uma gravidez de alto risco, como a do caso que será discutido, além de todas essas dificuldades intensificadas, acrescentam-se muitas outras emoções, como a sensação de perda de controle em relação à gravidez e em relação à si mesma. O autor ainda apontou que a gravidez de alto risco pode

atuar como fator estressor nos casos em que emoções como censura, culpa e sentimentos de falha são muito frequentes.

Nos casos em que a gestação é interrompida antes do bebê alcançar a maturidade necessária para nascer, não é raro uma internação muitas vezes longa em uma UTI Neonatal. Segundo Wirth (2000) e Iaconelli (2007), nos casos de prematuridade, com o nascimento do bebê real, existe então o trabalho de luto pelo bebê imaginário, pois o bebê idealizado pelos seus pais durante toda a gravidez não se parece em nada com o bebê que está na incubadora. Além desse luto pelo bebê imaginário, existe também o luto pelo bebê real, que corre risco de vida ou está com sua morte anunciada. Druon (1999) chama atenção para a dinâmica emocional própria de uma mãe de um bebê prematuro: a culpa e a ambivalência, com movimentos extremos de ódio e amor pelo bebê, de denegação da deficiência, ou da proximidade da morte.

Atualmente, a morte na infância é um fato pouco comum, considerando todos os recursos de um pré-natal e UTI Neonatal que um hospital pode oferecer. Por isso mesmo essa fatalidade é vista como algo ilógico e que causa estranheza num primeiro impacto. De acordo com Iaconelli (2007), a morte de um filho inverte as expectativas das perdas pressupostas na vida, deixando os pais sem referências temporais. Para Quayle (1997), Bromberg (2000) e Mercer (2002), este acontecimento pode agravar os efeitos sobre a família e conseqüentemente, o luto, comprometendo também, no imaginário, o futuro.

O luto é descrito por Freud (1917) como um trabalho de adaptação do ego à perda do objeto amado, basicamente como um processo de identificação com o objeto perdido,

¹ Endereço para correspondência: Rua Fiorindo Casotti, 694 – Jd. Stª Genebra – Campinas, SP. CEP 13080-030.
E-mail: karen.oishi@gmail.com

de onde o ego deixa de investir a libido e passa a investir em novos objetos. É uma forma de elaboração psíquica que consiste na ligação no aparelho psíquico de impressões traumatizantes, integração de excitações e estabelecimento de conexões associativas entre elas. Entretanto, a ligação com o objeto interno permanece, sendo passando apenas a ter um novo significado. E desta forma, é esta resignificação que permite a elaboração do luto, com a possibilidade de ser bem sucedida ou fracassar.

Soifer (1992) comentou que a morte de uma criança produz uma dor intolerável, porque significa a frustração de todos os desejos, devaneios e fantasias, mas, principalmente, a impossibilidade de aplicar sua capacidade de ser mãe. Segundo a autora, “é uma profunda ferida narcísica, de difícil e lenta recuperação” (p. 88). Chiattonne (2007) complementou esta visão ao dizer que outros sentimentos que acompanham a perda de um filho são o intenso fracasso, sensação de incapacidade, inferioridade e desprezo. Além disso, Duarte e Turato (2009), a partir de revisão bibliográfica, apontaram a existência de sentimentos mais abrangentes e difíceis de lidar, pois trazem à tona conflitos relacionados à identidade feminina e ao papel da mulher na sociedade.

Objetivos

O presente estudo tem por objetivo compreender a vivência emocional de uma mulher no processo de luto causado pela morte de um filho recém-nascido, e tem como objetivos específicos descrever os sentimentos e significados de uma mulher em relação à gestação, vida e morte do filho recém-nascido, bem como identificar estratégias utilizadas pela mãe para a elaboração do luto.

Método

Delineamento

Para que os objetivos fossem atingidos, buscou-se um método que traduzisse a real vivência do indivíduo durante a elaboração do luto, de um caso específico e único, livre de qualquer mensuração. Para tal, foi escolhido o método qualitativo, por ter como características essenciais o pesquisador inserido no processo, a preocupação com o significado que as pessoas dão às coisas e à sua vida e o foco no processo, e não no produto (Godoy, 1995). Optou-se então pelo estudo de caso, já que essa estratégia traduz o interesse sobre fenômenos atuais nos quais a análise faz-se possível quando dentro de algum contexto de vida real e busca retratar a realidade de forma completa e profunda (Ludke & André, 1986). Sobre o estudo de caso único, infere-se que apesar de perder a possibilidade de generalização e verificação consonantes com o modelo estatístico das ciências naturais, ganha-se em profundidade, pois especifica as qualidades inerentes ao fenômeno humano, conseqüentemente ganhando também em amplitude (Calil & Arruda, 2004).

A relevância deste trabalho justifica-se à medida que, primeiramente, tenta aproximar o tema da morte e da perda

a outros psicólogos e equipes de saúde multiprofissionais que lidam com essa realidade, principalmente os que atuam em hospitais que cuidam da saúde materno-infantil. Em segundo lugar, este estudo justifica-se pelo intuito de que mais pesquisas sejam realizadas sobre o tema apresentado, a fim de que propiciem maior conhecimento sobre o assunto. Por último, e também como consequência, este estudo espera contribuir com práticas voltadas a esta população, ao inspirar outras vertentes, como a atuação em clínicas e hospitais, em assuntos relacionados à morte, ao luto, maternidade e relação mãe-bebê.

Instrumento

Foi utilizado como material de coleta de dados os registros de anotações do relato verbal, contido nas 24 sessões de psicoterapia breve individual de orientação psicanalítica, por um período de 10 meses.

Procedimentos

O processo psicoterápico ocorreu através das sessões de psicoterapia, realizados no Ambulatório de Obstetrícia de um hospital público universitário. Cada atendimento tinha a duração de aproximadamente 50 minutos cada, com frequência semanal e, após dois meses, quinzenal. A paciente chegou até a Seção de Psicologia de forma espontânea e voluntária, após o falecimento de seu filho. Portanto, não houve acompanhamento psicológico de sua gestação e primeiros dias de vida do bebê. A seleção da participante ocorreu de forma intencional, uma vez que o presente estudo origina-se de um caso clínico, tendo o pesquisador como interno ao processo.

Os atendimentos foram supervisionados por outros psicólogos da área de obstetrícia da instituição, que conjuntamente participaram da análise dos dados obtidos, com o propósito de que a atividade interpretativa fosse expandida e validada. Os dados obtidos foram submetidos à interpretação, feita sob o referencial teórico psicanalítico.

Por fim, após terem sido observados os procedimentos éticos, foram designados nomes fictícios a fim de preservar a identidade dos participantes. Não foi exigido, à época, que o estudo de caso passasse pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade. Foi entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido de acordo com a Resolução nº16/2000 do Conselho Federal de Psicologia e Resolução nº196/96 do Conselho Nacional de Saúde, e após apresentação do objetivo do estudo e esclarecimento de dúvidas, a paciente voluntariou-se como participante.

Resultados e Discussão

Histórico Gestacional

Ana, 30 anos de idade, casada há oito anos, estava em sua primeira gestação. O desejo de ter um filho já existia há cinco anos atrás, mas o tratamento para artrite reumatóide

a fez adiar seus planos, vindo a descobrir posteriormente, com a ajuda de uma segunda opinião médica, que se tratava de uma doença inexistente. Além disso, fez tratamento em um Ambulatório de Esterilidade por mais dois anos, devido a um ovário policístico.

A paciente realizou o pré-natal desde a descoberta da gravidez. Na 25ª semana de gestação, foi diagnosticada a RCF (Restrição do Crescimento Fetal). O Restrição de Crescimento Fetal é um entre vários motivos que se leva a classificar uma gestação como sendo de alto risco, e necessita um acompanhamento especializado e contínuo. De acordo com consulta realizada ao DeCS - Descritores em Ciências da Saúde (n.d.), a RCF trata-se da incapacidade do feto para atingir o crescimento esperado em qualquer idade gestacional e é a segunda causa de morbidade e mortalidade perinatal. Segundo Martinelli, Bittar e Zugaib (2004), sua ocorrência decorre de múltiplos fatores envolvidos e, apesar de amplamente estudado, ainda existem dificuldades no diagnóstico e tratamento. De acordo com Bittar e Zugaib (2003), havendo maturidade fetal ou viabilidade desta, há a interrupção da gravidez, conduta indicada diante do risco de vida para a mãe ou o bebê.

Entre a descoberta da restrição do crescimento e o parto, espaço de tempo que durou um mês, exames diários acompanhavam o desenvolvimento da gestação, que indicaram a maturidade do bebê. Sendo assim, teve sua gestação interrompida na 29ª semana. Logo após o nascimento, o bebê foi internado numa UTI neonatal de uma maternidade. Sua filha viveu nove dias e não chegou a ser levada para casa. No atestado de óbito, constava: Prematuridade extrema, síndrome hemorrágica e parada respiratória.

Relato e Discussão do Caso

História do nascimento e morte do bebê

“*Sempre quis ser mãe*”, Ana relata no primeiro atendimento. Quando se descobriu grávida, pensou que toda a luta para engravidar (o tratamento que a impedia de tentar uma gestação e posteriormente o tratamento para esterilidade) havia chegado ao fim. Sua vontade era de “*gritar para o mundo sua mais nova conquista. E agora voltei à estaca zero*”, relata. Essa fala da paciente traduz o pensamento de Bartilotti (2007) de que a morte de uma criança constitui a frustração de muitos sonhos, desejos e fantasias, pois esse acontecimento rompe a possibilidade do exercício da maternidade.

Nos quatro primeiros dias de vida da filha, Ana estava muito esperançosa: “*Quando ela nasceu, chorou, o que geralmente prematuros não o fazem. Vivi os quatro primeiros dias totalmente plena*”. Pinto, Padovani e Linhares (2009) confirmam a hipótese de que mesmo experimentando sentimentos negativos relacionados ao nascimento do seu bebê, as mães podem apresentar discursos otimistas, postura que pode atuar como uma facilitadora para o enfrentamento das adversidades decorrentes.

Ao quinto dia de vida, seu bebê apresentou hemorragia pulmonar e seus rins paralisaram. No dia seguinte, surpreendentemente, apresentou melhora completa dos sintomas.

Sua filha foi batizada no hospital. Entre o sétimo e oitavo dia, Ana percebeu que estava arroxeadada e que a barriga do bebê estava diferente. Não sabia exatamente o que estava acontecendo com ela, mas “*sentia que era algo ruim. Talvez tenha pressentido o que estava por vir*” (a morte dela). O médico pediu que Ana colocasse sua mão sob o crânio de sua filha. Ana conta que recusou-se a ver que o crânio de sua filha estava se abrindo. Biaggi (2007) pontua que a negação é uma defesa compreensível e, por vezes, necessária para impedir uma desestruturação mental, enquanto o mundo interno está absorvendo o impacto e posteriormente, utilizar outras defesas mais adequadas.

Ao nono dia, Julia apresentou hemorragia cerebral. Suas funções vitais estavam baixas. Ela recorda-se de ter sentido sua filha esfriando, mesmo com meias e luvas. Nesse dia, após irem embora, o bebê piorou e teve parada cardíaca. Quando soube do falecimento, Ana não quis que fosse feita a necropsia, pois “*queria acabar com todo aquele sofrimento*” com rapidez.

Há uma série de possibilidades que podem ter ocasionado a morte do bebê. Todas foram infatigavelmente investigadas e nenhuma delas apontou para uma explicação concreta. Ana realizou uma bateria de exames, que nada concluíram. Foi durante esse período que Ana descobriu sua artrite reumatoide. Torloni (2007) compreende que essa fase de busca intensa por algo que justifique a morte do bebê é comumente posterior ao choque inicial. De acordo com Bartilotti (2007), sentimentos de intenso fracasso, de incapacidade e de inferioridade são despotados pela impossibilidade de gestar o próprio filho. Podemos observá-los nesta fala de Ana: “*me sinto uma incompetente por não ter dado certo, porque eu não consigo*” (ter o meu filho).

Naquele dia, a equipe apresentou o bebê para que se despedissem: o marido de Ana tomou-a em seus braços, enquanto Ana permanecia ao seu lado e pegava em sua mão. Posteriormente, sua filha foi registrada, e realizou um pequeno velório. Para lidar com a família enlutada pela morte de seu bebê, Quayle (1997), Mercer (2002) e Bartilotti (2007) concordam que algumas atitudes podem favorecer a expressão da dor e do luto, entre elas: propor e encorajar os pais a ver, tocar, tomar o bebê morto em seus braços, dar nome ao bebê, organizar o funeral, e dar um túmulo ao bebê. Dessa forma, o casal pode lidar com a morte de forma muito mais realista, favorecendo a saúde psíquica e o luto normal.

Após o falecimento do bebê se fez presente também o sentimento de terem lhe roubado sua filha - mesmo sem saber ao certo quem ou o quê - e a oportunidade de pela primeira vez, tornar-se mãe. “*Isso foi roubado de mim. Hoje, era para eu estar grávida, e estar trabalhando*”. Segundo Bromberg (1996), o luto dos pais é frequentemente misturado com raiva, culpa, autorreprovação por sua inabilidade em impedir a morte, bem como a sensação de serem vítimas de uma injustiça.

Ao longo dos atendimentos, Ana reproduziu várias vezes o discurso de pessoas de seu convívio, que a aconselhavam a esquecer o que passou e que era “*uma perda de tempo pensar num filho que viveu tão pouco tempo, pois ainda era nova e logo teria outro filho*”. Ana se incomodava profundamente com o comentário dessas pessoas, pois sentia que as pessoas tentavam substituir a filha. De acordo com Quayle (1997), tenta-se acreditar que a pouca convivência dos pais com

seu bebê facilitará a aceitação de sua morte, diminuindo as repercussões de sua perda. Para Bromberg (2000), o luto torna-se ainda mais difícil nesses casos se a morte for seguida de perto por uma outra gravidez, embora seja essa a pressão que as famílias e a sociedade fazem, ou seja, aconselham a fazer a reposição desse filho o mais rapidamente possível.

Bartilotti (2000) também corrobora com a ideia de que com essas palavras bem-intencionadas dirigidas aos pais, mencionadas como “reparações mágicas”, procura-se remediar a dor com argumentos contrários à morte. Torloni (2007) traz uma possível consequência disso ao acrescentar que essa frequente incompreensão do processo de luto e o impedimento de processá-lo psicologicamente podem acabar prejudicando o desenrolar fisiológico, podendo conduzir a paciente ao luto patológico, apesar de não observado no caso abordado neste artigo. Observa-se que, não só o fato em si procura ser minimizado, mas o tempo que é “cobrado” pela sociedade para sua recuperação e retomada da rotina influenciam de forma negativa na elaboração do luto, exemplificado nesta frase:

Me falaram que um mês já estava bom demais para me recuperar, que já não me lembraria de mais nada. E se fosse com eles? E se fossem eles quem tivessem perdido o filho deles? Não importa quanto tempo passe, mas todas as vezes que me lembrar dela, com certeza uma lágrima vou derrubar.

De acordo com o achado na literatura, a reorganização psíquica ocorre com a superação do trauma da perda, há uma estabilização familiar e surgem planos para o futuro, costumando ocorrer após um período que varia entre um e dois anos (Torloni, 2007).

Bartilotti (2000) acredita que essas reparações mágicas ocorram num contexto permeado pela falta de espaço para a expressão da dor. Já Kübler-Ross (1998) julga que a morte, na sociedade atual, é encarada fortemente como um tabu, “onde os debates sobre ela são considerados mórbidos” (p. 10) e que ainda é um acontecimento medonho e de medo universal. Iaconelli (2007) reitera o fato de que a modernidade evita o contato com a angústia por meio da negação do sofrimento e não ignora os efeitos da cultura sobre o assunto. Para a autora, essa verdadeira negação do sofrimento funciona como o desmentido da perda e obstrui a possibilidade de representação.

Ana relata fortemente a sensação de vazio após a morte de sua filha:

“Julia já tinha o seu espaço. Depois que ela morreu, a casa ficou vazia. Mesmo ela nunca tendo ido para casa - as cenas que foram imaginadas na cozinha, no quarto, na sala, dela brincando, aprendendo a andar, o choro dela ecoando pela casa - tudo isso foi roubado e ficou um vazio muito grande.”

Além dessa sensação de vazio, Ana relata que as lembranças de sua filha vinham à sua cabeça a todo o momento, em tudo o que fazia, em tudo o que via, em todos os assuntos sobre os quais falava. Torloni (2007) descreveu essa sensação de vazio como sendo uma das reações frente ao falecimento de um filho. Para Quayle (1997), é frequente a necessidade de lembrar-se do que se perdeu, sendo preservada a continuidade do relacionamento, de forma fantasiosa, atuando assim como um mecanismo facilitador da elaboração.

Em relação ao convívio social, Ana se afastou da família e amigos, porque tudo a fazia lembrar do que havia acontecido. Em várias ocasiões nas quais era convidada para festas, Ana perguntava a si mesma se já era momento para tal, optando muitas vezes por não ir e procurando desculpas: “*Não consigo ir a festas. O que estou comemorando? Não tenho nada a comemorar*”. Nessas situações, segundo Viorst (2005) descreveu, apegar-se à dor pode parecer um ato de fidelidade ao morto, ao passo que ceder ao tempo pode parecer uma traição.

O sentimento de traição também é percebido no momento em que Ana desfaz-se dos pertences de sua filha. A volta para casa é extremamente dolorosa, e segundo Mercer (2002), pode-se ajudar a mãe prevenindo junto a ela a tristeza que será desmanchar ou rearrumar os objetos. Ana guardou tudo, colocou em caixas e deixou no quarto que seria dela. Enquanto fazia isso, chorava muito, pois tinha a forte sensação de que estava a traindo, e de que estivesse tentando apagar sua memória. Para Quayle (1997), a se preservar a realidade do relacionamento intrapsíquico mãe-pai-criança, restaura-se a economia psíquica enquanto a perda é elaborada.

Outro momento importante é quando o casal decidiu devolver o berço para a loja. A proposta feita por eles era deixar o berço na loja e em cerca de um ano, pegá-lo de volta. Nesse momento, percebe-se o forte desejo por um filho. Devolveram o valor do berço e com o dinheiro, resolveram comprar um armário para a cozinha da casa nova. Tudo ainda estava em caixas, visto que a mudança era recente. Ana relata, em certo tom de brincadeira, que “*poderia ficar mais 10 anos usando caixas se tivesse sua filha de volta*”.

Estratégias facilitadoras para a elaboração do luto

Após o falecimento de sua filha, Ana muitas vezes teve a sensação de estar sozinha e de ter sido a única a ter perdido um bebê, fazendo com que se sentisse incompreendida. Foi sugerido que Ana e o marido participassem do grupo de pais enlutados, paralelamente ao atendimento individual. O casal fez um bom proveito do grupo, conhecendo pais que passaram por situações semelhantes, num espaço onde puderam compartilhar sua dor e serem compreendidos, sentindo-se mais confortados: “*Eram histórias diferentes da minha, mas muito tristes também*”. Iaconelli (2007) reforçou essa visão ao concluir em seu trabalho que compartilhar a dor com outros pais enlutados foi uma forma de encontrar o reconhecimento do vivido e de construir representações que dariam conta da perda.

A relação entre Ana e o marido é um dos aspectos positivos na elaboração do luto. Casados há oito anos, toda decisão emergente da morte de sua filha foi tomada a partir de um consenso do casal. O marido de Ana esteve presente durante toda a gravidez, nos dias na UTI e na morte da filha. O assunto é falado abertamente na casa, sem censuras ou repreensões de ambas as partes. De acordo com a conclusão da pesquisa de Wijngaards-de Meij et al (2008), o envolvimento do casal pode ser muito importante para o enfrentamento, uma vez que a reconstrução da vida é difícil e ainda se agrava caso um dos parceiros continua preocupado com a perda e desmotivado para olhar para o futuro. Dessa forma, acredita-se que a reação por parte do marido da paciente contribuiu fortemente

no processo de ajustamento, coincidindo com as pesquisas de Keesee, Currier e Neimeyer (2008).

Um dia, Ana ouviu de sua tia: *“Deus levou a flor mais bonita para enfeitar seu jardim”*. A partir daí teve a ideia de fazer um jardim em seu quintal: comprou todo o material necessário e assim o fez junto ao marido. Depois de terminado, sentaram-se e observaram por um longo tempo, emocionados. Ana refere-se a ele como *“O jardim em homenagem à Julia”*. No primeiro dia das mães após o falecimento de sua filha, seu marido comprou uma flor e dois cartões: um dele e outro como se fosse a filha. Nele, *“Julia”* agradecia todo o amor recebido e dizia que Ana havia sido uma ótima mãe. O cartão emocionou Ana, que trouxe o cartão para o atendimento, e ao relatar sobre o presente, nota-se grande satisfação. Através das situações relatadas, percebe-se que o ritual de despedida aproximou essa família e viabilizou a separação, como parte integral do processo de vida (Imber-Black, 1998; Lisbôa & Crepaldi, 2003; Parkes, 1998). No entanto, Bromberg (2000) faz uma observação importante ao mencionar que a utilização de rituais deve evitar efeitos contrários aos desejados, devendo sempre se objetivar a transformação, e não rituais que obstaculizam esta.

Em um atendimento, Ana conscientiza-se de sua humanidade: *“Não temos controle sobre tudo. Achava que tinha tudo: dinheiro, a ciência, o melhor hospital. E na verdade, estava totalmente enganada”*. Desse modo, recordou-se da história bíblica de Salomão, na qual duas mães brigam entre si para decidir a quem o filho pertence. Diante da proposta em dividir o filho ao meio para solucionar o impasse, a mãe verdadeira implora para que o entregasse vivo à outra mulher, abrindo mão de tê-lo em seus braços morto para que permanecesse com outra mulher, porém cheio de vida. Ao recordar a história, Ana verbaliza: *“A dor da separação foi grande. Mas a dor de vê-la sofrer é bem pior. No dia em que perdeu a função dos rins, pedi que Deus fizesse o que fosse melhor para ela”*. Neste atendimento, Ana regozija-se pensando em tudo o que aconteceu com seu bebê, e todas as outras possibilidades que poderiam ter acontecido, por exemplo, como alguma seqüela física ou cognitiva: *“eu sofreria duplamente se ela sobrevivesse, mas não conseguisse ser uma criança normal, e fazer coisas como brincar, correr e estudar. Ela não conseguiria viver plenamente, assim como eu enquanto mãe que deseja o melhor para o seu filho”*.

No primeiro atendimento, Ana chegou a manifestar o desejo de ter um novo bebê e deixou explícito seu objetivo: *“Agora, quero trabalhar a cabeça para engravidar de novo”*. Seu ginecologista recomendou que esperasse até o final do ano para engravidar, cerca de 10 meses. Decorrido algum tempo após o primeiro atendimento, e após ter sido trabalhado esse tema, Ana relata: *“eu vou seguir (a recomendação médica). Eu preciso desse tempo. Minha cabeça precisa desse tempo”*. Ana diz que, num primeiro momento, caso engravidasse gostaria que o bebê se chamasse Julia ou Rafael, porque escolheram o nome mais bonito. Mercer (2002) explicou esse comportamento ao dizer que não é incomum que os próximos filhos recebam o mesmo nome do bebê falecido. Bromberg (2000) complementa ao dizer que essa pretensão tem raízes em ideias de reencarnação, pois é como se o filho ficasse encarregado de uma missão, a qual seu irmão morto não completou. O discurso de Ana é de que futuramente,

caso venha a ter outro filho, tem certeza de que esse nome é o único que não colocará: *“Julia foi minha primeira filha, e é única e insubstituível”*. Segundo Chiattonne (2007), em certos casos pode haver também o desejo obsessivo de se ter um outro filho para substituí-lo, acontecendo geralmente quando o sentimento de culpa não é elaborado.

Aos poucos, outros problemas tornam-se o assunto principal dos atendimentos: conflitos da família, apreensão no retorno ao trabalho. Agora, Ana mostra-se mais risonha e consegue encarar com bom humor os outros problemas. Do grupo de pais enlutados que frequentava, diz: *“Não pretendo vir na próxima reunião. Sinto que já deu”* (que o assunto já se esgotou). Além disso, percebeu que está falando sobre a morte de sua filha com mais tranquilidade. Antes, relata que chorava só de pensar nas lembranças. Agora, sente-se fortalecida, chorando com menos frequência, mas que ainda se emociona em momentos especiais: *“Eu não tenho vergonha de chorar. Não choro porque estou deprimida. É a lembrança e a saudade dela que me vem à tona. Se eu não fizer outra coisa além do que chorar, não estarei sendo eu naquele momento”*. Segundo Viorst (2005), embora algumas vezes se chore ainda e se tenha saudades, esse fim significa um grau importante de recuperação, aceitação e adaptação. Recupera-se a estabilidade, a energia, a esperança, a capacidade de ter prazer e investir na vida.

Atualmente, Ana ainda sente dificuldade para ir a festas de crianças e batizados, porém se resguarda e vai somente àquelas nas quais se sente à vontade, pois muitas vezes pensa que poderia ter sido Julia ali. Em certas situações, emociona-se e chora, e não sente vergonha de expor aos outros o que sente. Todo mês recorda o nascimento de Julia, mas sabe que isso não é um sinal de fragilidade. Conseguiu superar o sonho perdido, a culpa e a impotência, aceitando que por mais que deseje e por mais que tenha toda a disposição para tal, não tem domínio sobre todas as coisas. Também percebeu que uma nova gravidez não substituiria sua filha que se foi. Entendeu que se desprender da dor, não é o mesmo que traição. Sentiu que o vazio que antes se fazia tão presente, não é duradouro e aos poucos vai sendo preenchido.

Considerações Finais

Chiattonne (2007) afirmou que experiências como estas são fenômenos que requerem acompanhamento psicológico, e considerou três aspectos fundamentais para tal: *“acolher e escutar empaticamente a paciente, facilitando-lhe o contato e a expressão dos sentimentos relativos à perda, os quais são frequentemente ambivalentes; ajudá-la a transformar o que era um projeto de vida numa lembrança saudável (e não esquecê-lo simplesmente); e auxiliá-la com o sentimento de culpa, seja consciente ou inconsciente (p. 59)*.

Segundo Bertoldi (2002) é necessário que os pais tenham um lugar onde expor sua dor, sua raiva, seu medo e sua culpa, pois não se trata de simples catarse, mas sim poder simbolizar e dar um lugar outro a seu filho. Os caminhos apontados pelos autores citados são essencialmente os mesmos que os atendimentos psicoterápicos realizados procuraram focalizar, ou seja, auxiliar na exteriorização da dor e conseqüentemente, na elaboração do luto.

Neste estudo de caso, foi possível compreender de que forma esta mãe vivenciou o luto pela sua filha recém-nascida, elaborando um luto saudável, com o apoio de uma psicoterapia breve e focal. Constatando os intensos sentimentos que são despertados na mulher que tem sua maternidade interrompida, pode-se considerar que a perda de um filho é um dos acontecimentos mais devastadores que pode acontecer, pois envolve três tempos diferentes: o passado de construção de sonhos, a frustração e sofrimento infinito do presente e a incerteza do futuro.

Portanto, para que a elaboração do luto se desenvolvesse de forma saudável, notam-se no estudo de caso apresentados alguns aspectos que cumpriram um importante papel de facilitadores: a morte do bebê encarada de forma real, incluindo a despedida, velório e rituais realizados; o apoio do parceiro; a retomada da rotina, inclusive a volta ao trabalho. Além disso, durante os atendimentos psicoterápicos, a conduta adotada foi de oferecer um espaço de escuta e acolhimento dos sentimentos, favorecendo a expressão deles e permitindo um outro significado para essa perda. Ressalta-se, finalmente, que essas ações somente tiveram sua efetividade perante a disponibilidade da paciente a enfrentar, dentro de seus limites e possibilidades, esse delicado momento de sua vida.

Referências

- Bartilotti, M. R. M. B. (2007). Intervenção psicológica em óbito fetal. In F. F. Bortoletti, A. F. Moron, J. B. Filho, U. M. Nakamura, R. M. Santana, & R. Mattar (Eds.), *Psicologia na prática obstétrica* (pp. 67-70). Barueri: Manole.
- Bertoldi, C. N. (2002). Que dor é essa. In L. M. F. Bernardino, & C. M. F. Rohenkohl (Eds.), *O bebê e a modernidade: abordagens teórico-clínicas* (pp. 193-204). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Biaggi, T. M. D. (2007). Sobre a morte e o morrer no contexto hospitalar. In F. F. Bortoletti, A. F. Moron, J. B. Filho, U. M. Nakamura, R. M. Santana, & R. Mattar (Eds.), *Psicologia na prática obstétrica* (pp. 131-137). Barueri: Manole.
- Bittar, R. E., & Zugaib, M. (2003). Restrição do crescimento fetal: ainda um grande desafio. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 49(2), 130. Retrieved from http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-42302003000200024&script=sci_arttext
- Bromberg, M. H. P. F. (1996). Luto: A morte do outro em si. In M. H. P. F. Bromberg, M. J. Kovács, M. M. M. J. Carvalho, & V. A. Carvalho (Eds.), *Vida e morte: laços da existência* (2ª ed) (pp. 99-122). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Bromberg, M. H. P. F. (2000). *A psicoterapia em situações de perdas e luto*. Campinas: Editora Livro Pleno.
- Calil, R. C. C., & Arruda, S. L. S. (2004). Discussão da pesquisa qualitativa com ênfase no método clínico. In S. Grubits, & J. A. V. Noriega (Eds.), *Método qualitativo: epistemologia, complementaridade e campos de aplicação* (pp. 173-214). São Paulo: Vetor.
- Chiattonne, H. B. C. (2007). Assistência psicológica de urgência. In F. F. Bortoletti, A. F. Moron, J. B. Filho, U. M. Nakamura, R. M. Santana, & R. Mattar (Eds.), *Psicologia na prática obstétrica* (pp. 52-60). Barueri: Manole.
- Cury, A. F. (1997). Psicodinâmica da gravidez. In M. Zugaib, J. J. A. Tedesco, & J. Quayle (Eds.), *Obstetrícia psicossomática* (pp. 77-84). São Paulo: Atheneu.
- DeCS – Descritores em Ciências da Saúde [serial on-line]. São Paulo: BIREME. Retrieved from <http://decs.bvs.br/homepage.htm>
- Druon, C. (1999). Ajuda aos bebês e aos seus pais em terapia intensiva neonatal. In D. B. Wanderley (Ed.), *Agora eu era o rei: os entraves da prematuridade* (pp. 35-54). Salvador: Agalma.
- Duarte, C. A. M., & Turato, E. R. (2009). Sentimentos presentes nas mulheres diante da perda fetal: uma revisão. *Psicologia em Estudo*, 14(3), 485-490. Retrieved from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722009000300009
- Freud, S. (1996). Luto e melancolia. In J. Salomão (Trans.), *Obras completas de Sigmund Freud* (v. 14, pp. 245-263). Rio de Janeiro: Imago. (Publicado originalmente em 1917).
- Godoy, A. S. (1995). Introdução à pesquisa qualitativa e suas possibilidades. *Revista de Administração de Empresas*, 35(2), 57-63.
- Iaconelli, V. (2007). Luto Insólito, desmentido e trauma: clínica psicanalítica com mães de bebês. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 10, 614-623. Retrieved from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_isoref&pid=S1415-47142007000400004&lng=en&tlng=pt
- Imber-Black, E. (1998). Os rituais e o processo de elaboração. In F. Walsh, & M. McGoldrick (Eds.), *Morte na família: Sobrevivendo às perdas* (pp. 229-245). Porto Alegre: Artmed.
- Keese, N. J., Currier, J. M., & Neimeyer, R. A. (2008). Predictors of grief following the death of one's child: The contribution of finding meaning. *Journal of Clinical Psychology*, 64, 45-1163. Retrieved from www.researchgate.net/publication/23166431_Predictors_of_grief_following_the_death_of_one%27s_child_the_contribution_of_finding_meaning/file/60b7d52335b6c62102.pdf+&cd=6&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br
- Kübler-Ross, E. (1998). Sobre a morte e o morrer. P. Menezes, Trad.). São Paulo: Martins Fontes.
- Lisbôa, M. L., & Crepaldi, M. A. (2003). Ritual de despedida em familiares de pacientes com prognóstico reservado. *Paidéia*, 13(25), 97-109.
- Ludke, M., & André, M. E. D. A. (1986). *Pesquisa em Educação: Abordagens Qualitativas*. São Paulo: EPU.
- Martinelli, S., Bittar, R. E., & Zugaib, M. (2004). Predição da restrição do crescimento fetal pela medida da altura uterina. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 26(5), 83-89. Retrieved from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032004000500007
- Mercer, V. R. (2002). Volte para casa e desmanche o quartinho: o luto perinatal. In L. M. F. Bernardino, & C. M. F. Rohenkohl (Eds.), *O bebê e a modernidade: abordagens teórico-clínicas* (pp. 205-218). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Parkes, C. M. (1998). *Luto: Estudos sobre a perda na vida adulta* (M. H. P. Franco, Trad.). São Paulo: Summus.
- Pinto, I. D., Padovani, F. H. P., & Linhares, M. B. M. (2009). Ansiedade e depressão materna e relatos sobre o bebê prematuro. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 25, 75-83. Retrieved from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722009000100009&lng=en&nrm=iso&tlng=pt

- Quayle, J. (1997). Óbito fetal e anomalias fetais: repercussões emocionais maternas. In M. Zugaib, J. J. A. Tedesco, & J. Quayle (Eds.), *Obstetrícia psicossomática* (pp. 216-228). São Paulo: Atheneu.
- Sarmento, R., & Setúbal, M. S. V. (2003). Abordagem psicológica em obstetrícia: Aspectos emocionais da gravidez, parto e puerpério. *Revista de Ciências Médicas*, 12, 61-268. Retrieved from <http://periodicos.puc-campinas.edu.br/seer/index.php/cienciasmedicas/article/viewFile/1260/1235>
- Soifer, R. (1992). *Psicologia da gravidez, parto e puerpério* (6ª ed.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Tedesco, J. J. A. (1997). Aspectos emocionais da gravidez de alto risco. In M. Zugaib, J. J. A. Tedesco, & J. Quayle (Eds.), *Obstetrícia psicossomática* (pp. 99-108). São Paulo: Atheneu.
- Torloni, M. R. (2007). Óbito fetal. In F. F. Bortoletti, A. F. Moron, J. B. Filho, U. M. Nakamura, R. M. Santana, & R. Mattar (Eds.), *Psicologia na prática obstétrica* (pp. 297-299). Barueri: Manole.
- Viorst, J. (2005). *Perdas necessárias* (36ª ed.). São Paulo: Melhoramentos.
- Wijngaards-de Meij, L., Stroebe, M., Schut, H., Stroebe, W., Van den Bout, J., Van der Heijden, P. G. (2008). Parents grieving the loss of their child: Interdependence in coping. *British Journal of Clinical Psychology*, 47, 31-42. Retrieved from <http://www.uu.nl/uupublish/content/91.parentsgrievingthelossoftheirchild.interdependenceincoping.pdf>
- Wirth, F.A. (2000). Aplicação do método de observação de bebês em UTI Neonatal. In N. A. Caron (Ed.), *A relação pais-bebê: da observação à clínica* (pp. 207-231). São Paulo: Artes Médicas.

Recebido em 21.12.2010

Primeira decisão editorial em 15.07.2013

Versão final em 10.10.2013

Aceito em 17.10.2013 ■