

**CLAUDIA APARECIDA MARCHETTI DUARTE**

---

---

**“FICA UM GRANDE VAZIO”: RELATOS DE MULHERES QUE  
VIVENCIARAM A PERDA FETAL NA GESTAÇÃO ATENDIDAS  
EM UM HOSPITAL-ESCOLA BRASILEIRO**

---

---

**Dissertação de Mestrado**

**ORIENTADOR: Prof. Dr. EGBERTO RIBEIRO TURATO**

**Unicamp  
2008**

**CLAUDIA APARECIDA MARCHETTI DUARTE**

---

---

**“FICA UM GRANDE VAZIO”: RELATOS DE MULHERES QUE  
VIVENCIARAM A PERDA FETAL NA GESTAÇÃO ATENDIDAS  
EM UM HOSPITAL-ESCOLA BRASILEIRO**

---

---

Dissertação de Mestrado apresentada à  
Pós-Graduação da Faculdade de Ciências  
Médicas da Universidade Estadual de  
Campinas para obtenção do Título de  
Mestre em Tocoginecologia, área de  
Ciências Biomédicas

**ORIENTADOR: Prof. Dr. EGBERTO RIBEIRO TURATO**

**Unicamp  
2008**

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA  
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS  
UNICAMP**

Bibliotecário: Sandra Lúcia Pereira – CRB-8ª / 6044

D85f Duarte, Claudia Aparecida Marchetti  
“Fica um grande vazio”: Relatos de mulheres que  
vivenciaram a perda fetal na gestação atendidas em um  
hospital escola brasileiro / Claudia Aparecida Marchetti  
Duarte. Campinas, SP: [s.n.], 2008.

Orientador: Egberto Ribeiro Turato  
Dissertação (Mestrado) Universidade Estadual de  
Campinas. Faculdade de Ciências Médicas.

1. Puerpério. 2. Pesquisa qualitativa. 3. Luto. I. Turato,  
Egberto Ribeiro. II. Universidade Estadual de Campinas.  
Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

Título em inglês : “Left with a vast emptiness”: reports of women who have experienced fetal death interviewed in a Brazilian teaching hospital

Keywords:      • Postpartum Period  
                     • Qualitative research  
                     • Bereavement

Titulação: Mestre em Tocoginecologia  
Área de concentração: Ciências Médicas

Banca examinadora:

Prof. Dr. Egberto Ribeiro Turato  
Profa. Dra. Maria Yolanda Makuch  
Profa. Dra. Tatiana Slonczewski Caselli Messias

Data da defesa: 29 - 07- 2008

Diagramação e arte final: Assessoria Técnica do CAISM (ASTEC)

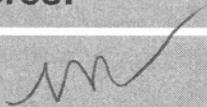
**BANCA EXAMINADORA DA DISSERTAÇÃO DE MESTRADO**

**Aluno: CLAUDIA APARECIDA MARCHETTI DUARTE**

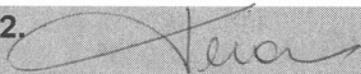
**Orientador: Prof. Dr. EGBERTO RIBEIRO TURATO**

**Membros:**

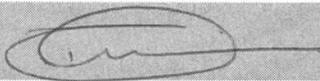
1.



2.



3.



**Curso de Pós-Graduação em Tocoginecologia da Faculdade  
de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas**

**Data: 29/07/2008**

200820869

## ***Dedico este trabalho...***

*Ao meu pai, José (in memoriam) e minha mãe Angela,  
pelo investimento feito em mim,  
por me ensinarem a ter respeito pelas pessoas,  
trabalhar com honestidade e dedicação.*

*Aos meus irmãos, Alberto e Adriana,  
por torcerem sempre por mim.*

*Ao meu marido, Caio,  
por me amar e me compreender tanto.*

*Às pacientes que fizeram parte deste estudo,  
pela coragem que tiveram em compartilhar comigo  
um momento tão delicado de suas vidas.*

# Agradecimentos

---

*Ao meu orientador, Egberto Ribeiro Turado, pela oportunidade que me deu de aprender o ofício de pesquisadora e tomar gosto por ele.*

*Aos meus amigos do LPCQ – Laboratório de Pesquisa Clínico Qualitativa - pela generosidade nas contribuições feitas e pelas experiências trocadas.*

*À Laise, supervisora da Secção de Psicologia do CAISM, pela amizade, pelo companheirismo, pelo apoio recebido.*

*À Andréa, Psicóloga do CAISM, pela amizade, por nossas conversas sempre proveitosas, por estar sempre disposta em trocar experiências comigo.*

*Às psicólogas do CAISM – Maria José, Bida, Olívia, Vera, Margareth, pelo apoio recebido nos anos de convivência como Psicólogas do CAISM.*

*Às ex-psicólogas do CAISM, Maria Angélica e Maria Silvia, pelo aprendizado e pelas experiências compartilhadas nos anos de convivência no trabalho.*

*Aos meus amigos da pós-graduação que fizeram com que a volta à sala de aula fosse extremamente divertida.*

*Aos meus amigos de trabalho do CAISM- Dalva, Luzia, Andria, Silvana, Regina, Zoraide, Silvania, Silvinha, Silvia Cristina, Elaine, Celinha, Cida, Celeste, Conceição, Iara, Verinha e tantos outros, pela ótima convivência, pelo trabalho realizado com seriedade, pelas boas risadas dadas nos momentos de descontração.*

*À Vanda, bibliotecária do CAISM, pela amizade, pelo auxílio na pesquisa dos artigos, por ouvir minhas reclamações com paciência.*

*A Margarete, secretária da pós-graduação, pela competência, disponibilidade e carinho com que sempre me tratou.*

*Ao pessoal da Astec pela revisão do trabalho.*

*À Tia Neusa, pelos cuidados recebidos a vida toda.*

*À tia Lourdes, minha madrinha de batismo, pelo apoio recebido.*

*Às ex-aprimorandas do CAISM – Miriam (Mirita), Marina, Mariana, pela torcida por meu sucesso, também pela amizade e bons momentos vividos.*

*A todas as pessoas da minha família, pelo carinho recebido em tantos anos de convivência.*

*Saudade é sentir que existe  
o que não existe mais...  
Saudade é o inferno dos que perderam,  
é a dor dos que ficaram para trás,  
é o gosto de morte na boca dos que continuam...*

***Versos de um poema de Pablo Neruda***

# Sumário

---

Símbolos, Siglas e Abreviaturas.....	ix
Resumo.....	x
Summary.....	xii
1. Introdução.....	14
2. Objetivos.....	19
2.1. Objetivo geral.....	19
2.2. Objetivos específicos.....	19
3. Sujeitos e Método.....	21
4. Publicações.....	23
4.1. Artigo 1.....	24
4.2. Artigo 2.....	45
5. Discussão.....	63
6. Conclusões.....	68
7. Referências Bibliográficas.....	69
8. Anexos.....	73
8.1. Anexo 1 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	73
8.2. Anexo 2 – Roteiro de Entrevista.....	75

# **Símbolos, Siglas e Abreviaturas**

---

**CAISM** – Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher

**FCM** – Faculdade de Ciências Médicas

**LPCQ** – Laboratório de Pesquisa Clínico-Qualitativa

**SciELO** – *Scientific Electronic Library Online*

**UNICAMP** – Universidade Estadual de Campinas

# Resumo

---

**Objetivos:** Interpretar os significados psicológicos atribuídos por mulheres ao fenômeno da morte de seu bebê antes de seu nascimento, quando o óbito fetal foi diagnosticado antes do parto. **Sujeitos e Métodos:** Pesquisa clínico-qualitativa realizada com cinco mulheres que vivenciaram a perda gestacional diagnosticada após 20 semanas de idade gestacional e foram entrevistadas no Ambulatório de Revisão de Parto do Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher **aproximadamente** 50 dias após o parto. A idade das participantes variou entre 18 e 42 anos. A Entrevista Semidirigida de Questões Abertas foi utilizada como técnica de coleta *de dados* por permitir um contato em profundidade entrevistador-entrevistado. A técnica de tratamento dos dados empregada foi a Análise Qualitativa de Conteúdo e propiciou a categorização dos dados a partir de leituras flutuantes do conjunto de entrevistas transcritas. **Resultados:** No diagnóstico do óbito fetal as mulheres relatam a ocorrência de várias emoções simultâneas. O parto é descrito como triste e frustrante. Ao ver o corpo do bebê, ocorre o reconhecimento da criança enquanto pessoa pertencente ao seu grupo familiar. Em casa, a ausência do filho é sentida diariamente no contato com os pertences da criança, com a família, com os amigos. Sentimentos de incapacidade,

vergonha e descrença em relação ao futuro são destacados. A dificuldade no relacionamento com mulheres grávidas e bebês é enfatizada, pois tal contato traz a lembrança da ausência do filho. **Conclusões:** A mulher que vivencia a perda de uma criança antes de seu nascimento precisa expressar e sentir suas dores para reorganizar-se emocionalmente, uma vez que a negação de tais sentimentos impossibilita a elaboração adequada do luto. Por esse motivo, o contato com a realidade deve ser facilitado através de espaço para expressão dos sentimentos. Nas instituições de saúde isso pode ser facilitado pela equipe multiprofissional como uma medida terapêutica e preventiva.

Palavras-chave: puerpério, pesquisa qualitativa, luto.

# Summary

---

**Objectives:** Interpreting the psychological meanings attributed for women to the death phenomenon of their babies before their birth, when the stillbirth was diagnosed before parturition. **Subjects and Methods:** Clinic-qualitative search realized with five women who lived the gestational loss diagnosed after 20 weeks of gestational age and they were interviewed in the Outpatient of Childbirth Review from CAISM – Center for Integral Attention to Woman’s Health about 50 days after parturition. The participants’ age varied between 18 and 42 years. The semi-structured interview with open questions was used as technique of data collection, because it is able to keep a deep contact between interviewer and interviewee. The technique of data treatment used was Qualitative Analyses of Content and it propitiated the data categorization from floating readings of the set of transcribing interviews. **Results:** In the stillbirth diagnose the women report the occurrence of several simultaneous emotions. The parturition is described like sad and frustrating. After seeing the body baby, it occurs the recognition of the child while person pertaining to her familiar group. At home, the absence of the baby is felt daily, in the contact with child’s belongs, with the family, with the friends. Incapacity, shame and incredulity feelings in relation to

future are highlighted. The difficulty in the relationship with pregnancy women and babies is emphasized, because such contact brings their absence baby remembrance. **Conclusions:** The woman who lives the loss of a child before her birth needs to express and feel her pains to reorganize herself emotionally, since the negation of such feelings make impossible the adequate elaboration of sorrow. For this reason, the contact with the reality must be facilitated through of a space to the feeling expressions. In the health care institutions this can be facilitated by multiprofessional team as a therapeutic and preventive measure.

Key words: postpartum period, qualitative research, bereavement.

# 1. Introdução

---

O trabalho como Psicóloga Hospitalar do Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher (CAISM), dentro da área da Obstetrícia aproxima, diariamente, o profissional das questões relacionadas à gestação, ao parto e ao puerpério. Nesse período importante do ciclo evolutivo da mulher não há maneira de se saber, antecipadamente, como transcorrerá esse processo, apesar de todos os esforços dos envolvidos no sentido de tomar o controle da situação. Impõe-se, para a mulher, e conseqüentemente para a sua família, a vivência básica de que de certo na vida tem-se apenas a morte (Bortoletti, 2007).

Nesta trajetória de trabalho, as indagações voltaram-se sempre para os significados atribuídos ao fenômeno da morte pelas mulheres que recebem o diagnóstico de óbito do feto antes de seu nascimento. Essa foi a motivação para realizar esta pesquisa. Poderia, assim, aproximar-me de algumas das vivências emocionais das mulheres que sofreram perda fetal na gestação.

A morte do feto é uma intercorrência gestacional na qual o óbito ocorre por diversas razões. Diferencia-se do abortamento pela característica peculiar

da mulher guardar dentro de si o feto morto antes de expulsá-lo (Rato,1998). Em Obstetrícia, é definida pela maior parte dos autores como aquele óbito que ocorre antes da extração ou expulsão por completo do concepto do corpo da mãe, após 20 semanas de idade gestacional e/ou peso do feto maior de 500g. Alguns fatores de risco associados à morte fetal são identificados e alguns deles podem ser prevenidos e tratados. Porém, em alguns casos, entre 12% a 50%, a causa do óbito não pode ser definida claramente (Nurdan et al, 2003).

As causas do óbito fetal, em geral, são classificadas em maternas ou feto-anexias. Dentre as causas maternas destacam-se, dentre outras, a hipertensão, endocrinopatias e infecções. Dentre as causas fetais, as mais importantes são as malformações fetais (Aquino e Cecatti, 1998).

Na ocorrência do óbito fetal, a perda experienciada não se refere apenas à do feto, mas também de todas as expectativas e sonhos depositados nele pelos pais. A imagem do novo ser, construída ao longo da gestação, também é perdida (Rato, 1998). Além disso, a identidade de mulher grávida, gradativamente desenvolvida ao longo da gestação, sofre uma brusca interrupção. A mulher tem, então, que lidar com sentimentos de impotência, de incapacidade, causando grande impacto em sua feminilidade (Quayle, 1997). Rompe-se, portanto, a possibilidade do exercício da maternidade, o que traz à tona o sentimento de fracasso (Bartilotti, 2007).

Além disso, a morte de um filho antes de seu nascimento representa a impossibilidade de transcendência e interrompe as expectativas depositadas

nesse novo projeto de vida. Esse bebê não tem a oportunidade de conhecer seus pais, e de conviver com sua família. Com essa experiência, a sensação de vulnerabilidade diante da presença onipotente da morte faz-se presente, vivência essa muitíssimo assustadora (Defey, 1992). Tem-se a sensação de que morreu uma parte sua, de que uma parte de seu corpo foi amputada (Videla e Grieco, 1993).

De uma maneira geral, a sociedade tende a não permitir a expressão dos sentimentos relacionados à perda do bebê, apesar de ser sabido que os rituais que identificam essa perda e iniciam o processo de enlutamento apresentam efeito terapêutico (Stirtzinger, et al, 1999). Reforça-se a colocação anterior, com um estudo encontrado na literatura recente que ressalta a importância da quebra dos tabus culturais em relação à morte. Para tanto, é necessário que a mulher, bem como seu companheiro e familiares, expressem seus sentimentos em relação à morte e participem dos rituais de despedida da criança (Hsu et al; 2003).

A sociedade, portanto, no que se refere à perda de um objeto amado, precisa respeitar as reações emocionais do luto, naturais nesse momento em que a libido é retirada do objeto que não mais existe. Assim, o luto é uma reação sadia, presente sempre que ocorre a desvinculação da libido do objeto perdido. Qualquer tentativa que se faça de interromper esse processo ou de substituir o objeto perdido é em vão, pois o processo de desligamento é lento e acontece com o tempo (Freud, 1917) Quem vive ao redor da pessoa enlutada deve tolerar a lentidão com que tal desligamento se processa.

Aqui começa o delineamento do importante papel desempenhado pela equipe de saúde no contexto da perda fetal. Em geral, no contato com o corpo do bebê as emoções presentes são intensas por tratar-se do primeiro, e às vezes único, encontro entre mãe e filho (Carvalho e Meyer, 2007). Como não existem experiências após o parto que podem ser lembradas, a criança tende a ser percebida como alguém que não existiu. Para que isso não aconteça os pais devem ser encorajados a olhar o bebê, a tocá-lo. Apesar de a experiência ser considerada como extremamente dolorosa e despertar, a princípio, uma tristeza profunda, este evento permite o contato real com a criança, suscitando recordações concretas (Klaus e Kennel, 1992).

Outro ponto importante a ser reforçado refere-se ao fato de que nem sempre a equipe que lida com essas situações encontra-se preparada para tal, tendo pouca habilidade para lidar com o sofrimento e os sentimentos presentes (Carvalho e Meyer, 2007). Um estudo encontrado na literatura recente ilustra claramente o que foi dito anteriormente. As mulheres desse estudo mencionam que não se sentiram respeitadas como seres humanos durante o processo de diagnóstico de morte intra-uterina. Referem, também, que é importantíssimo que os profissionais de saúde não apressem o processo de indução do parto para realizá-lo imediatamente após o diagnóstico de óbito fetal. O estudo destaca, ainda, que as informações médicas a respeito do parto devem ser fornecidas claramente e que a mulher deve ser preparada pela equipe para vivenciar realisticamente esse momento (Trulsson e Radestad, 2004).

A equipe que trabalha adequadamente tem um papel crucial na reorganização emocional da mulher que vivenciou a perda fetal (Safund et al, 2004). Cabe à equipe, por exemplo, explicar à família que a perda do bebê após 20 semanas de idade gestacional implica a realização de velório e sepultamento, e requer o envolvimento dos familiares na providência dos documentos necessários. Fica presente, a partir disso, a idéia de que o bebê já era realmente um membro da família (Carvalho e Meyer, 2007).

A importância do conhecimento das vivências de puérperas em relação à perda fetal está na possibilidade de se chamar a atenção para os sentimentos envolvidos nesse contexto. A equipe preparada para reconhecê-los e legitimá-los como autênticos e verdadeiros é capaz de prestar uma assistência mais humanizada a tais mulheres. Assim sendo, a equipe de saúde torna-se capaz de acompanhá-los em seu sofrimento, preocupando-se com a preservação da saúde mental dos envolvidos nesse processo.

## 2. Objetivos

---

### 2.1. Objetivo geral

Interpretar os significados psicológicos atribuídos por mulheres ao fenômeno da morte de seu bebê antes de seu nascimento, quando o óbito fetal foi diagnosticado antes do parto.

### 2.2. Objetivos específicos

- ✍ Discutir o relato das vivências dessas mulheres em relação à maneira como recebeu a notícia da perda fetal.
- ✍ Discutir o relato das vivências dessas mulheres em relação ao trabalho de parto e parto.
- ✍ Discutir o relato das vivências dessas mulheres em relação ao contato com o corpo do bebê.

- ✍ Discutir o relato das vivências dessas mulheres em relação à chegada em casa sem o bebê nos braços.
  
- ✍ Discutir o relato das vivências dessas mulheres em relação ao enfrentamento do luto pela perda da criança.

## 3. Sujeitos e Método

---

Fizeram parte deste estudo cinco mulheres que tiveram perda fetal diagnosticada após 20 semanas de idade gestacional. A idade das participantes variou entre 18 e 42 anos. As mulheres cujos fetos malformados nasceram com alterações visíveis externamente, e que participaram do atendimento no Pré-Natal Especializado da Medicina Fetal do CAISM, foram excluídas da amostra por já receberem um atendimento diferenciado durante a gestação devido a maior possibilidade de perda fetal.

As entrevistas ocorreram na primeira consulta no Ambulatório de Revisão de Parto do CAISM/UNICAMP, cerca de 50 dias após o parto. As entrevistas foram feitas na sala da psicologia do Ambulatório de Obstetrícia do hospital, entre maio e setembro de 2007. Antes das entrevistas, as participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (Anexo 01), que era lido juntamente com as mesmas. Todas as entrevistas foram gravadas e transcritas posteriormente em texto eletrônico.

A entrevista semidirigida de questões abertas foi utilizada como instrumento de coleta de dados, contendo itens relacionados às experiências vivenciadas

com a perda fetal ocorrida. Devido ao perfil deste instrumento, as informantes não dão respostas entre alternativas propostas, mas discursam livremente a respeito de suas experiências, trazendo à tona as principais angústias presentes naquele momento.

Um pequeno roteiro dos tópicos (Anexo 02) foi elaborado e serviu como instrumento auxiliar de pesquisa, visto que o instrumento principal é o próprio pesquisador com sua escuta e seu olhar acurados. Os tópicos planejados para se aproximar das principais vivências presentes estavam associados a aspectos do andamento da gestação, do momento diagnóstico do óbito fetal, do parto em si mesmo, do posterior contato com o corpo do bebê, das repercussões nos relacionamentos pessoais em geral, do retorno à casa e do futuro de vida.

Após sucessivas leituras flutuantes, os resultados foram categorizados em tópicos que, a princípio, respondessem aos objetivos elaborados para a pesquisa. Seguiu-se a esta etapa a chamada validação externa, quando os resultados da discussão foram revisados e validados pelos pares do Laboratório de Pesquisa Clínico-Qualitativa, grupo de pesquisa universitário.

O fechamento da amostra ocorreu segundo a técnica de saturação de dados. Isso significa que novos participantes não necessitaram ser incluídos, pois os pesquisadores, em discussão entre si, bem como na apresentação aos revisores do grupo de pesquisa referido anteriormente, consideraram que havia material coletado suficiente para discutir os objetivos do projeto.

## 4. Publicações

---

### Artigo 1 – **Óbito fetal e angústias despertadas na mulher: uma revisão**

Claudia Aparecida Marchetti Duarte

Prof. Dr. Egberto Ribeiro Turato

Submetido à publicação na **REVISTA PSICOLOGIA EM ESTUDO** em 18 de março de 2008. Acusado recebimento do material por e-mail. O mesmo encontra-se no corpo deste trabalho.

### Artigo 2 – **“You´re left with a vast emptiness”:** reports of women who have experienced fetal death

Claudia Aparecida Marchetti Duarte

Prof. Dr. Egberto Ribeiro Turato

Submetido à publicação na **REVISTA DE SAÚDE PÚBLICA** em 20 de junho de 2008. Acusado recebimento do material por e-mail. O mesmo encontra-se no corpo deste trabalho.

#### 4.1. Artigo 1

**Universidade Estadual de Maringá**

**Departamento de Psicologia**

**REVISTA PSICOLOGIA EM ESTUDO**

ISSN 1413-7372 e-mail: [revpsi@uem](mailto:revpsi@uem)

RevAut. 081/08

*Prezada Sra. Claudia Aparecida Marchetti Duarte*

Acusamos o recebimento do artigo intitulado “**Óbito fetal e angústias despertadas na mulher: uma revisão**” de sua autoria e de Egberto Ribeiro Turato.

Agradecemos à participação de V. Sas. enviando-nos esse texto que será encaminhado à apreciação de nosso Comitê Editorial.

Entraremos em contato assim que tivermos o retorno desta Consultoria.

Estamos à sua disposição para esclarecimentos e orientações, pelo e-mail [revpsi@uem.br](mailto:revpsi@uem.br) ou pelo fone-fax (-- 44) 3261.4291.

Aguardamos suas providencias.

Nestes termos, agradecemos a confiança em nós depositada.

Cordialmente,

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Rozilda das Neves Alves

Editora ***Psicologia em Estudo***

Roberto Vieira

Secretário

## **1. Folha de rosto despersonalizada contendo:**

1.1. Título pleno em português, não devendo exceder 10 palavras.

Óbito fetal e angústias despertadas na mulher: uma revisão

1.2. Sugestão de título abreviado para cabeçalho, não devendo exceder 4 palavras.

Óbito fetal angústias despertadas

1.3. Título pleno em inglês, compatível com o título em português.

Stillbirth and anguishes arisen in woman: a revisal

## **2. Folha de rosto personalizada contendo:**

2.1. Título pleno em português.

Óbito fetal e angústias despertadas na mulher: uma revisão

2.2. Sugestão de título abreviado.

Óbito fetal angústias despertadas

2.3. Título pleno em inglês.

Stillbirth and anguishes arisen in woman: a revisal

2.4. Título pleno em Espanhol

Muerte fetal y angustias despertadas en la mujer: una revisión.

2.5. Nome completo de cada autor, seguido por afiliação e vínculo institucional por ocasião da submissão do trabalho.

Claudia Aparecida Marchetti Duarte, psicóloga, mestranda do Programa de Pós-Graduação em Tocoginecologia na Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp, membro do LPCQ-Laboratório de Pesquisa Clínico -Qualitativa.

Prof. Dr. Egberto Ribeiro Turato, psiquiatra, coordenador do. LPCQ-Laboratório de Pesquisa Clínico-Qualitativa.

2.6. Indicação do endereço completo da preferência do(s) autor(es) para constar na publicação do texto e para o envio de correspondência.

Rua Ernani Pereira Lopes, 52 apto 52. Jd Flamboyant, Campinas, SP CEP: 13091-132.

Endereço eletrônico: [clauamduarte@yahoo.com.br](mailto:clauamduarte@yahoo.com.br)

2.7. Indicação de endereço para correspondência com o editor sobre a tramitação do manuscrito, incluindo fax, telefone e endereço eletrônico.

Rua Ernani Pereira Lopes, 52 apto 52 Jd Flamboyant, Campinas, SP CEP: 13091-132

Fone: (19) 81170549 ou (19) 33423565 fax: (19) 32318892

Endereço eletrônico: [clauamduarte@yahoo.com.br](mailto:clauamduarte@yahoo.com.br)

### **3. Folha contendo Resumo, em português.**

O interesse sobre o tema surgiu a partir de uma pesquisa qualitativa de campo ligada à dissertação de mestrado atualmente em desenvolvimento junto ao Programa de Pós-Graduação em Tocoginecologia da Faculdade de Ciências Médicas/Unicamp. Para obtenção dos artigos, um levantamento bibliográfico junto ao Medline, PsycInfo e SciELO foi realizado, utilizando-se das seguintes palavras-chave: “fetal loss”, “stillbirth”, “grief”, “meanings”, “qualitative research”. Também foram considerados capítulos de livros de autores consagrados, tais como Defey, Quayle, Klaus e Kennel. Os artigos encontrados nas bases de dados, em consonância com os autores consagrados na área, mostram que as experiências de mulheres que sofreram uma perda fetal evidenciam sentimentos complexos, pois esses trazem à tona conflitos relacionados à identidade feminina, ao papel da mulher na sociedade, à morte e seus tabus. A importância da equipe de saúde conhecer a dinâmica emocional das mulheres que vivenciaram a experiência de perda também está evidenciada.

Palavras-chave: óbito fetal;saúde da mulher;acontecimentos que mudam a vida

#### **4. Folha contendo *Abstract e key words***

The interest about the subject came from a qualitative field research joined to dissertation of master degree in development together with Pos-Graduation Program in Tocogynecology of the Medical Sciences College of the University of Campinas (UNICAMP). The articles were obtained through a bibliographic survey which was realized in the Medline, PsylInfo and SciELO, using the following keywords: “fetal loss”, “stillbirth”, “grief”, “meanings”, “qualitative research”. Chapters of book of consecrated authors also were considered, such as Defey, Quayle, Klaus e Kennel. The articles found in the database, in consonance with the consecrated authors in the field, present us that the women experiences who suffered a fetal loss evidence complex feelings, because these feelings bring out conflicts related to feminine identity, woman role in the society, death and its taboo. The importance of the health team to realize the emotional dynamics of women who have lived the loss experience is also evidenced.

Key Words: stillbirth, women´s health, life change events

## 5. Folha contendo Resumo e palavras-chave

El interés sobre el tema surgió a partir de una investigación cualitativa de campo ligada a la disertación de la maestría (magíster), actualmente en desarrollo, del Programa de Postgrado en Tocoginecología de la Facultad de Ciencias Médicas/Unicamp. Para la obtención de los artículos ha sido realizada una búsqueda bibliográfica en las bases de datos Medline, PsycInfo y SciELO, utilizándose las siguientes palabras-clave: “fetal loss”, “stillbirth”, “grief”, “meanings” y “qualitative research”. También han sido considerados capítulos de libros de autores reconocidos tales como Defey, Quayle, Klaus y Kennel. Los artículos encontrados en las bases de datos, añandido a los autores en esta área, nos enseñan que las experiencias de las mujeres que han sufrido una pérdida fetal evidencian sentimientos complejos, pues éstos revelan conflictos relacionados a la identidad femenina, al rol de la mujer en la sociedad, a la muerte y sus tabús. También se destaca la importancia de que el equipo de salud conozca la dinámica emocional de las mujeres que han vivido la experiencia de pérdida.

Palabras-clave: muerte fetal; salud de la mujer; acontecimientos que cambian la vida

## **Introdução:**

Este texto propõe-se a discutir o tema óbito fetal e as angústias sentidas pelas mulheres ao vivenciarem essa perda. Tal discussão será feita através de artigos científicos encontrados nas bases de dados *on-line*, cujos dados relatados foram obtidos através de uma metodologia de pesquisa qualitativa. Não ficaram fora desta discussão a opinião de autores consagrados a respeito do tema.

Mariani Neto e Aquino (2000) referem que a Obstetrícia como especialidade médica considera a entidade do óbito fetal como sendo a morte do feto a partir de 20<sup>a</sup> semana de idade gestacional, sendo morte ocorrida anteriormente à sua expulsão ou extração. Segundo conceito de literatura, o óbito fetal precoce é aquele que ocorre entre 20 e 28 semanas de idade gestacional, enquanto o tardio sucede após 28 semanas completas. De acordo com Fretts (2005) existem vários fatores associados ao óbito fetal, que incluem doenças maternas, malformações fetais, infecções adquiridas na gestação, alterações placentárias ou no desenvolvimento fetal.

Sabemos, seja inicialmente pela observação de casos através da vivência clínica – enquanto profissionais de saúde – ou mesmo pela eventual vivência empírica partilhadas com pessoas de nossos círculos das relações sociais – que a morte de um filho antes de seu nascimento costuma representar certa impossibilidade de transcendência de expectativas naturais humanas. Também especificamente interrompe as esperas existenciais depositadas nesse projeto particular pertencente à vida da maternidade.

Sendo assim, a elaboração do luto pela morte de uma criança antes de seu nascimento tem uma dinâmica diferente. Para Defey (1992), nesse processo

de elaboração pela perda da criança, depois de ocorrido o parto, é comum uma sensação na mulher de estar vivendo algo como um sonho. Por não ter a criança aninhada em seus braços para prestar-lhe os cuidados necessários, como havia imaginado, não se sente mãe da criança, daí vem a sensação de despersonalização. Registra-se também uma vontade forte de rememorar, repetidamente, o acontecimento em seus detalhes, talvez como se fosse possível voltar no tempo, “apagando” da memória tudo o que de ruim aconteceu e mudar o rumo da experiência. Assim sendo, a angústia pela morte do bebê se expressa por aquilo que podemos denominar de repetidas provas de realidade. É nesta fase que se pode manifestar-se uma depressão clínica, o que não raramente mobiliza ainda mais os familiares e também médicos e enfermeiros. É importante que a mulher possa vivenciar este momento de modo, digamos, lúcido, para facilitar a reorganização emocional, integrando à sua continuada vida aquela perda real ocorrida, como fazendo parte de sua própria história vital.

**Objetivo:**

O objetivo do presente trabalho é realizar uma revisão da literatura de periódicos, em data bases *on-line*, de língua inglesa e portuguesa, entre 2001 e 2007, e livros de textos usuais na área, o tema a morte de um bebê antes de seu nascimento e as angústias despertadas na mulher, visando a uma pesquisa qualitativa de campo.

## **Recursos Metodológicos:**

Para identificarmos e conhecermos o teor de estudos sobre a (des) organização emocional e vital provocada em mulheres após a ocorrência do óbito de seu bebê antes do nascimento, realizamos um levantamento bibliográfico junto às bases mais reconhecidas no meio acadêmico, tais como Medline, PsycInfo e SciELO. Para tanto, os autores elegeram como palavras-chave as expressões “fetal loss”, “stillbirth”, “grief”, “meanings”, “qualitative research”, cruzando-as de modo a elencar *abstracts* pertinentes ao assunto de nosso interesse. Adicionalmente, foram considerados capítulos de livros de autores consagrados como habitual referência teórica por parte dos profissionais na área, tais como Defey, Quayle, Klaus e Kennel. Ainda quanto aos artigos científicos, foram selecionados aqueles cujo método de pesquisa utilizado foi o recurso qualitativo, tendo em vista que os resultados levantados pudessem ser, a um momento *a posteriori*, serem utilizados para ancoragem e cotejamento da investigação empreendida em serviço de saúde a que se vinculam os autores. Evidentemente, os trabalhos separados para análise tivessem como foco central o tema psicológico da morte de bebê antes do nascimento e/ou uma discussão sobre sentimentos adversos, como angústias clínicas mobilizadas na mulher que vivenciou a perda.

Após os procedimentos aqui descritos, foi identificada uma amostra de 22 (vinte e dois) artigos que englobavam o tema óbito fetal estudados sob diferentes métodos de pesquisa. Foram selecionados, então, seis artigos, em atenção aos critérios de inclusão estipulados. Fica claro que, por opção metodológica, os artigos que focalizaram sentimentos de angústias presentes

nos genitores masculinos, em pessoas da família em geral, bem como na equipe de saúde, frente à ocorrência da perda fetal foram excluídos. Também foram excluídos os artigos que usaram recursos de metodologias quantitativas de pesquisa, tais como os de caráter epidemiológicos, haja vista que seus resultados constituem-se de conclusões matematizadas, cuja anteposição a resultados de uma futura pesquisa qualitativa não faz coadunação no rigor técnico-conceitual. Três artigos foram excluídos por tratarem de revisão de literatura.

### **Resultados e Discussão:**

Para melhor organização dos dados da revisão de literatura, optamos por iniciar a apresentação e debate com as concepções fundamentais no tema aqui em foco, normalmente ponto de partida de entendimento científico do problema, o que esperadamente se encontram em publicações de livros de texto. Nos compêndios, nos quais autores de referência – para o ensino e para a consulta teórica cotidiana – sobre o tema aqui em questão, fizemos novo enfoque: centramos naqueles que adotava quadro de referenciais psicodinâmicos, por consideramos que se trata de abordagem que utiliza o material simbólico das falas e atitudes de sujeitos sob estudo. Assim justificados os contornos deste trabalho, serão apresentados, mais abaixo, aqueles artigos extraídos dos periódicos eletrônicos disponibilizados.

### **Segundo a literatura de autores renomados na área**

De acordo com Defey (1992), uma determinada auto-reprovação consciente ou não, um sentimento de desvalorização humana enquanto mulher, de haver

“falhado” como mãe pode estar presente na mulher. É compreensível que sentimentos de inveja – perceptíveis em si ou não conscientes - em relação às mulheres que tiveram filhos vivos e saudáveis também podem emergir, trazer conseqüências psicológicas de difícil manejo emocional. A mulher pode sentir-se tal como uma depositária de coisas muito temidas na vida das pessoas: a doença que limita as potencialidades humanas, a loucura que aliena a autonomia enquanto ser humano e, por fim, a morte como evento irreversível de fechamento do ciclo vital. Reconhecidos sentimentos de culpa também devem ser mencionados, geralmente presentes, acompanhados de certa necessidade psicológica de entender as “causas” da perda fetal ocorrida, pois o que permanece no campo do desconhecido e do obscuro freqüentemente fragiliza o mundo psíquico interno e os manejos necessários das demandas inaplacáveis do mundo externo, mesmo aquelas exigências do cotidiano.

Defey (1992) entende ainda que, diante da perda da criança, a contínua construção da identidade de mulher grávida, desenvolvida delicadamente ao longo da gestação, fica indelevelmente interrompida. O feto representa, durante a gestação, para a mulher-mãe um ser que duplamente significativo: é progressivamente distinto dela, mas interage íntima e corporalmente consigo. Quando o bebê morre antes de nascer, tal distinção torna-se complicada por não haver uma separação psicológica clara e rápida acerca do morrente e do vivente. A mulher pode experimentar certa sensação de que morreu uma parte de si, de que uma parte de seu corpo foi amputada, o que de certa forma tem uma dimensão que pode ser debatida sob a dimensão mesmo biológica.

Em relação à questão da indução clínica do parto, Defey (1992) refere que fato de carregar por um tempo um feto morto em seu ventre e ter que esperar o momento de parir, despertará na mulher angústias que podem ser psiquicamente insuportáveis, tais como um forte desamparo e uma sensação de real impotência. Quayle (1997) comenta que não são raras, nesta fase, a existência de fantasias de contaminação pela morte, já que a mãe vivente e o filho morrente ainda formam um continuum biológico. Nestas condições, o trabalho de parto é geralmente vivenciado como muito doloroso em todos os sentidos, fazendo as angústias pela perda da criança serem expressas somatoriamente à dor fisiológica do trabalho de parto. Defey, enfatiza, ainda, que apesar da intensa dor emocional presente, cremos que seja relevante que a mulher tenha a experiência sensorial de saída real da criança de seu próprio corpo, no sentido de ajudá-la na discriminação entre ela – ser humano vivo – e bebê – ente morto.

É lícito ainda pontuarmos que neste período é comum certo afastamento social, chegando a um ensimesmamento. Para Defey (1992) destaquem-se as experiências de processos diversos de somatização, provavelmente como uma forma de expressão das angústias por via corporal. Ideações hipocondríacas também estão encontradas nesses casos e partimos da premissa de que se imaginarem fracamente doentes demonstra dificuldades de separação entre ser - ou ter sido - mãe e o bebê morto, entre a doença e a saúde. Merece particular atenção outro fenômeno preocupante: o desejo de morrer junto com o filho que pode aparecer, ainda que sutilmente, em fantasias de atos de suicídio, bem como sensação de estar enlouquecendo.

Além do quê, como não ocorreu a construção de vínculos afetivos plenos, as recordações de convivência mútua completa não podem ser naturalmente evocadas. Klaus e Kennel (1992) lembram que em não existindo experiências após o parto para serem lembradas posteriormente, a criança pode ser imaginada, defensivamente, como alguém que sequer existiu. Entendendo que seja bom que isso não aconteça, a mulher - e também seu companheiro - devem ser encorajados a olhar o bebê e, se possível, tocá-lo. Essa vivência pode ser considerada pelos pais como uma experiência extremamente dolorosa e despertar, a princípio, uma tristeza profunda. Porém, este evento, por permitir um contato físico com a criança, permite evocar nos pais recordações concretas, no futuro, facilitando a elaboração adequada do luto pela perda/separação da criança morta, embora em certo senso comum essa experiência possa parecer inadequada.

### **Artigos de Periódicos Eletrônicos**

O estudo relatado a seguir, realizado por Andajani-Suthahjo e Manderson (2004) na Indonésia, foi extraído de um estudo quantitativo que contou com a participação de 488 mulheres. As participantes, primigestas, foram entrevistadas no terceiro trimestre da gestação e 290 delas foram contatadas para entrevista em suas casas seis semanas após o parto. Dessas mulheres, dez relataram o óbito de seus bebês: quatro relataram óbito fetal, quatro relataram óbito antes de 28 dias de pós-parto e duas relataram óbito dos bebês após 28 dias de pós-parto. Através da realização de entrevistas em profundidade com essas dez mulheres, de oito a dez semanas após o parto, o objetivo do estudo foi focalizar

as experiências de mulheres cujos bebês morreram nas primeiras semanas de vida, ou houve diagnóstico de óbito fetal na gestação.

Nas entrevistas foram enfocados os seguintes tópicos: o que foi dito sobre a morte do bebê, o que elas acreditavam que causou tal morte, quem lhes deu suporte, que tipo de suporte receberam, se ficaram satisfeitas com o suporte recebido, quando passaram a sentir-se melhor. As entrevistas foram gravadas ou anotadas após consentimento das participantes. Após transcrição das entrevistas, as mesmas foram submetidas a análise dos materiais qualitativos. As mulheres demonstraram-se confusas em relação à causa da perda fetal ou da morte do bebê, quando questionadas a respeito do que havia acontecido. Reportavam-se à falta de experiência por vivenciarem a primeira experiência como mães. Oito das mulheres relataram não terem recebido informações adequadas, apesar alegarem ter desejado recebê-las.

Falta de informações claras levou a fantasias a respeito da causa da perda, sentimento de culpa por acreditar que elas fossem ignorantes, negligentes ou incompetentes. Houve também crença de que a perda adveio como consequência de um ato mal cometido em seus passados. Algumas mulheres relataram que foram acusadas de falta de cuidado adequado por parte de familiares, vizinhos ou mesmo profissionais de saúde. Também relataram isolamento social e mudança radical na rotina de vida.

Em estudo qualitativo realizado na Austrália por St John, Cooke e Goopy (2006), com três mulheres que vivenciaram a perda fetal, descrevem-se resultados interessantes. As mulheres do estudo redigiram mini-biografias e foram submetidas a entrevistas em profundidade, realizadas em suas próprias

casas. As histórias relatadas falavam da tragédia vivenciada, da dor e do silêncio, de como seu cotidiano se apresentou após a perda sofrida. Os temas emergentes das histórias foram: isolamento, culpa, raiva. Os autores sugerem que mais estudos sejam feitos sobre como a sociedade e os profissionais de saúde compreendem o tema. Ao contarem suas histórias, as mulheres deste estudo evidenciaram a necessidade de mudanças nas práticas de saúde, oferecimento de suporte mais adequado às mulheres que perderam seus bebês antes de seu nascimento, não somente no puerpério como também nas gestações subseqüentes. As mulheres referem ser de extrema importância ter alguém com quem conversar, pois assim não teriam se sentido isoladas e desamparadas. Nas gestações subseqüentes, ter esse apoio profissional é importante para lidarem com as ansiedades relacionadas à gestação e a perda gestacional anteriormente ocorrida. Além disso, as mulheres sugeriram cuidados pré-natais específicos para mulheres que vivenciaram perdas gestacionais anteriores, através de trabalho em grupo com profissionais da área. Dessa forma, as mulheres encontrariam espaço para falarem de seus sentimentos e vivenciem a gestação com certo orgulho e não com medo paralisante.

Hsu, Tseng, Banks e Kuo (2004) realizaram uma pesquisa com 20 mulheres de Taiwan, com o objetivo de explorar os significados dados pelas mesmas ao óbito fetal, dentro de um contexto sociocultural específico. Nessa cultura, a morte é vivenciada como um tabu e o bebê que nasceu morto não é reconhecido como um bebê real. Assim sendo, a perda de uma criança após uma gestação longa e desejada torna-se um grande desafio às mulheres que experimentaram a perda fetal após diagnosticado o óbito.

Vale destacarmos, ainda, que as entrevistas realizadas com as mulheres, ao longo de dois anos e meio, foram interpretadas através de análise temática, na qual vários temas foram levantados. Dentro de tais temas, os sentimentos presentes foram: perda de controle, quebra de sonhos, sentimento de incompletude, culpa, derrota pessoal, sentimento de menos valia como mulher e em relação ao seu papel na sociedade. Os autores falam que os tabus culturais relacionados à morte, a participação nos rituais de morte, a dificuldade de expressar publicamente seus sentimentos afetam as mulheres de Taiwan na elaboração adequada do luto pela morte do bebê. Para tanto, seria necessário que a mulher e sua família fossem incentivadas pela equipe de saúde a expressar seus sentimentos em relação à morte e participem dos rituais de despedida da criança para que a elaboração dos sentimentos relacionados ao enlutamento ocorresse adequadamente.

Ainda mencionando o estudo acima, os autores escreveram um artigo (Hsu e cols, 2002) enfocando a maneira como as mulheres de Taiwan transformam os sentimentos relacionados ao enlutamento. Os autores referem que, em virtude do tabu relacionado à não falar sobre a morte, a maior parte das mulheres de Taiwan não conseguem utilizar-se as mesmas estratégias de enfrentamento do luto se comparadas às mulheres do ocidente. Os autores referem sobre ver o bebê, batizá-lo a até nomeá-lo, ações que podem auxiliar as mulheres na elaboração não patológica do luto.

As mulheres do estudo descreveram seus filhos mortos antes do nascimento como fantasmas que precisam de rituais religiosos para proteção - rituais esses comuns da religião do país. Tais rituais são aceitos pela sociedade e permitem o reconhecimento público do óbito do bebê. Tal atitude auxilia as

aquelas mulheres a lidar abertamente com o luto e a eventuais culpas relacionadas à perda fetal ocorrida. Outra estratégia utilizada pelas mulheres é a antecipação de nova gestação como forma de elaboração do luto e como maneira de corresponder à expectativa cultural de continuidade da linhagem familiar do marido. Além disso, nesses casos é comum certa fantasia de que outra gestação fará com que se sintam capazes de gerar filhos saudáveis e readquirirem a sensação de também serem saudáveis física e emocionalmente. É importante mencionar, ainda, uma afirmação dos autores sobre elaborar a perda de um bebê que morre antes de nascer é uma questão de saúde, mas também uma questão de adaptação sociocultural.

Outro artigo da literatura recente relata uma pesquisa realizada por Trulsson e Radestad (2004) que fala da importância dos cuidados recebidos pela mulher para o seu bem estar emocional durante o nascimento do bebê morto antes de nascer. No estudo, vinte mulheres foram entrevistadas e falaram a respeito de sua experiência antes e depois do diagnóstico de óbito fetal e sobre o nascimento da criança. As entrevistas foram realizadas entre seis e dezoito meses após o parto e analisadas através de metodologia fenomenológica. As mulheres mencionaram que, durante a indução do parto, emergiram dificuldades em expressar suas preocupações, desejo de dar à luz a criança imediatamente e certa, sensação de estar “fora” da realidade. Mencionaram que não se sentiram respeitadas como seres humanos durante o processo de diagnóstico de morte intra-uterina. Acham que os profissionais de saúde não devem apressar o processo de indução do parto e realizá-lo imediatamente após o diagnóstico de óbito fetal. Os autores do estudo reforçam a necessidade de melhor aproveitamento

por parte dos profissionais de saúde do período que vai do diagnóstico de morte uterina até a indução do parto para melhorar a capacidade das mulheres de elaboração do luto pela perda do bebê e prepará-las adequadamente para conhecê-lo e despedir-se dele. Os autores sugerem mais pesquisas para identificação dos mecanismos de suporte aos pais e também dos efeitos iatrogênicos do trauma psicológico que possam ser eliminados.

Uma pesquisa qualitativa realizada no Brasil por Santos, Rosenberg e Buralli (2004) relata a experiência de sete mulheres que vivenciaram a perda fetal. As mulheres foram selecionadas a partir de atestados de óbito de nascidos mortos, obtidos em cartório no período de um ano de estudo. Utilizaram-se a técnica de história oral para coleta de dados e da análise de conteúdo para compreensão dos resultados. O material analisado foi dividido em dois momentos após a análise. Um momento que compreendeu a gestação e o impacto da perda, incluindo-se as seguintes categorias de análise: percepção da gestação, a chegada do bebê, os problemas de saúde e o atendimento recebido. O segundo momento incluiu o significado para as mulheres da perda ocorrida, relacionando-se as seguintes categorias: perda de parte do corpo, fatalidade relacionada a questões religiosas, mudanças de atitudes ocorridas. As participantes relatam desejos de viver, trabalhar, estudar e uma nova gestação. A rede de apoio social constituiu-se de apoio vindo da família e da igreja. O apoio vindo dos serviços de saúde foi praticamente relatado como inexistente. Os autores do artigo enfatizam a necessidade de humanização do atendimento existente nos serviços de saúde, com o oferecimento de apoio multiprofissional às mulheres que passaram pela experiência de perda fetal, bem como reforçam a importância de uma rede de apoio consistente e atuante.

## **Conclusão:**

Ao relatarem as experiências de mulheres que sofreram uma perda fetal, renomados autores de referência e dados os artigos levantados em periódicos nos mostram a existência de sentimentos difíceis de lidar, pois esses trazem à tona conflitos relacionados à identidade feminina e ao papel da mulher na sociedade. Trazem também para o centro de discussão a questão morte e seus inerentes tabus. A importância de se conhecer a dinâmica emocional das mulheres que vivenciaram a experiência de perda também está evidenciada. A equipe de saúde que for atenta para essa questão torna-se capaz de atender adequadamente a demanda emocional de tais mulheres. Possibilitam, assim, uma elaboração adequada do luto pela perda do bebê, através da abertura de espaços adequados para essas mulheres expressarem seus sentimentos dolorosos, seja através de atendimentos no próprio local onde haja profissionais de saúde capacitados ou então através de encaminhamento para serviços que tenham seguimentos psicológicos ou psicossociais.

## **Referências:**

Andajani-Suthahjo S, Manderson L. (2004) Stillbirth, neonatal death and reproductive rights in Indonesia. *Reproductive Health Matters*: 12(24),181-88.

Defey D et al (1992). *Duelo por un niño que muere antes de nacer: vivencias de los padres del equipo de salud*. 2 ed. Montevideo: CLAP.

Fretts RC. (2005) Etiology and prevetions of stillbirth. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*,193, 1923-35.

Hsu MT, Tseng YF, Banks JM, Kuo LL. (2002) Transforming loss: Taiwanese women's adaptation to stillbirth. *J Adv Nurs*; 40(4), 387-95.

Hsu MT, Tseng YF, Banks JM, Kuo LL. (2004) Interpretations of stillbirth. *J Adv Nurs*; 47(4), 408-16.

Knell JH, Klaus MHT. (1992) Atendimento aos pais de um natimorto ou de um bebê que morre. In: Klaus MHT, Kennell JH. Pais/bebês: a formação do apego. Porto Alegre: Artes Médicas.

Mariani Neto C, Aquino MMA (2000). Óbito Fetal. Em: Neme, B. Obstetrícia Básica. 2 ed, São Paulo: Sarvier.

Quayle J. (1997) Óbito Fetal e Anomalias Fetais: repercussões emocionais maternas. Em Zugaib, M, Tedesco, JJ, Quayle, J. Obstetrícia Psicossomática. São Paulo: Atheneu.

Santos A.L.D, Rosenburg C.P, Buralli K.O. (2004) Histórias de perdas fetais contada por mulheres: estudo de análise qualitativa. *Rev. Saúde Pública*, 38(2), 268-76.

St John A, Cooke M, Goopy S. (2006) Shrouds of silence: three women's stories of prenatal loss. *Aust J Adv Nurs*, 23(3), 8-12.

Trulson O, Radestad I. (2004) The silent child-mothers before, during and after stillbirth. *Birth*, 31(3), 189-95.

## 4.2. Artigo 2

Prezado (a) Senhor(a) **Claudia Aparecida Marchetti Duarte**,

Acusamos o recebimento do artigo **“*Fica um grande vazio*”: relatos de mulheres que tiveram perda fetal na gestação**”, enviado para análise na **Revista de Saúde Pública**, com vista a possível publicação. O artigo está registrado sob o protocolo nº. 341.

Para acompanhar o processo de avaliação, acesse o endereço [www.fsp.usp.br/rsp](http://www.fsp.usp.br/rsp) com seu login e senha .

Atenciosamente,

Secretaria RSP

a) Título do Artigo

**“You´re left with a vast emptiness”: reports of women who have experienced fetal death.**

b) Título Resumido

**“You´re left with a vast emptiness”**

## Resumo

Este artigo foi extraído de uma pesquisa qualitativa realizada com uma cinco mulheres – amostra fechada por saturação de informações - que vivenciaram a perda gestacional diagnosticada após 20 semanas de gravidez. MÉTODO: Entrevistas semidirigidas de questões abertas foram realizadas em hospital universitário, aproximadamente 50 dias após o parto. Análise de conteúdo compreendeu leituras flutuantes para categorização. RESULTADOS: No diagnóstico do óbito, as mulheres relatam várias emoções simultâneas. O parto é descrito como triste e frustrante. No contato com o corpo do bebê, o reconhecimento da criança enquanto pessoa pertencente ao seu grupo familiar fica evidenciado. Em casa, a ausência do filho é sentida diariamente, no contato com os pertences da criança, com a família, com os amigos. Relatam sentimento de incapacidade, vergonha e descrença em relação ao futuro. Falam de dificuldades no relacionamento com mulheres grávidas e bebês, pois lhes traz a lembrança da ausência do filho. CONCLUSÃO: A mulher que vivencia tal precisa sentir suas dores para reorganizar-se emocionalmente. Se os sentimentos são negados, a elaboração adequada do luto fica impossibilitada. O contato com a realidade deve ser facilitado. Momentos para expressarem sentimentos devem existir. Nas instituições de saúde, isso pode ser facilitado pela equipe multiprofissional como uma medida terapêutica e preventiva.

**Key words:** óbito fetal, puerpério, pesquisa qualitativa, enlutamento

## **Summary**

This article was taken from a qualitative survey done with five women that lived through a gestational loss diagnosed after 20 weeks of pregnancy. **METHODS:** The interviews were semi directed with open questions in a university hospital, approximately 50 days after delivery. The sample closed by the saturation of information. The analysis of the contents encompassed floating readings for categorization. **RESULTS:** On the diagnosis of death, the women related several simultaneous emotions. The delivery is described as sad and frustrating. On contact with the baby's body, the recognition of the child as a person belonging to their family group is evidenced. At home the absence of the baby is felt daily, in contact with the child's belongings, family and friends. They tell of a feeling of incapacity, shame and disbelief in relation to the future. They talk of the difficulties in relation to pregnant women and babies. This brings back the memories of the absence of their own child. **CONCLUSIONS:** Woman that lives this experience needs to feel her pains in order to reorganize herself emotionally. If the feelings are denied, an adequate elaboration of mourning becomes impossible. Moments to express feelings must exist. In the health institutions, this can be made easier by a multiprofessional health team with a therapeutic and preventive measure.

**Key words:** fetal death, postpartum period, qualitative research, mourning

## Introduction

The feelings that are most frequently stirred in a woman during her pregnancy are the theme of several studies found in scientific literature. In this context, blame, ambivalence, frustration and insecurity can be present, among other feelings. Because they are part of specific life experiences in this important moment of the evolutionary cycle in a woman's life – the birth of a baby- they are present , not only in the gestations that elapsed without problems , but also in gestations in which some illness, either in the woman or fetus, are found.

Among the numerous interurrences in the gestation, we find intrauterine fetal death. The concept of fetal death in obstetrics refers to fetal death starting from the 20<sup>th</sup> week of gestational age , a death occurring previous to its expulsion or extraction. Precocious fetal death occurs between 20 and 28 weeks of gestational age and later after 28 weeks complete. <sup>1</sup>

In relation to the characteristic emotional dynamic at this moment, feelings of impotence, incapacity and the devaluation of oneself, among many possible others are frequently present in a woman. The death of one's child before birth represents the impossibility of transcendence and the interruption of expectations deposited in this new project of life. <sup>2</sup> Therefore, a woman has to deal with feelings usually avoided because these denote a source of extreme anguish.

This complex life experience, sometimes annihilator, implies in a single form of elaboration of mourning the child's death before its birth. The construction of strong affective links, such as memories of mutual togetherness, becomes impossible. As these memories cannot be evoked later, the absence of the child is profoundly

felt, as if an actual part of the body was removed. This absence of memories also can bring a sensation that the child was someone that never existed.<sup>3</sup>

Overcoming the stages that involve an adequate elaboration of mourning takes around 12 to 24 months to be felt. The importance of funeral rites in this process is relevant. A function of these rites is the possibility of experiencing the loss of a real subject, through seeing and having physical contact with one's child already lifeless. The prayers, common in this context, ease the public manifestation of suffering. Another important factor of the mourning process is the possibility of tolerating the emotional disorganization to be able to restructure oneself again. Such tolerance requires something extremely difficult: the definite renunciation of the hope of recovering the loved one.<sup>4</sup>

We know that the phenomena of a baby before its birth is not a rare event in the Obstetrical area and the psychological contributions in respect to the emotional conflicts in this period are relevant. An understanding of the life experiences of women in relation to the fetal loss is important for the health professionals of the area due to the fact that this goes beyond the simple knowledge of the medical questions that permeate perinatal deaths and to permit them to plunge into the woman's emotional disorganization, caused by the baby's death. Recognizing such conflicts, it would become possible to attend these women, not only in the puerperium but also in eventual future gestations.

### **Description of our hospital's outpatient service for childbirth revision**

The medical consultations were in the Childbirth Revision Outpatient clinic of the Center of Integral Attention to Woman's Health (CAISM), a public university

hospital which is part of the Medical Science Faculty of the Campinas State University – an industrial and university city of a million inhabitants, 90 km from São Paulo. The consultations occur in general 50 days after childbirth. The women consulted in this outpatient clinic usually presented complications during the gestation, their babies were born with some malformation or the gestation resulted in the loss of the baby. In this clinic, there is a multiprofessional team made up of professors, residents, students, nurses, psychologists, social workers, nutritionists and physiotherapists.

### **Subjects and Method**

Five women that had gestational loss diagnosed after 20 weeks of gestational age took part in this study. The women, whose malformed fetuses were born with visible external alterations and that participated in the Specialized Prenatal Fetal Medicine consultation of the CAISM, were excluded from the sample since they had received specialized attention during the gestation due to the possibility of a fetal loss. In this way, they came more emotionally elaborated as to their problems with the fetus.

The sample closing occurred according to the data saturation technique. This meant that new participants did not need to be included, as the researchers in discussions between themselves, as well as in the presentation to peer-reviewers of their investigation group- Laboratory of Clinical-Qualitative Research-considered that the collected material was sufficient to discuss the objects of the project.<sup>5</sup>

The women were intentionally interviewed in their first consultation in the cited outpatient clinic, around 50 days after childbirth. The interviews were done

in the psychology room of the Obstetrical out patient clinic of the cited hospital, between May and September of 2007. Before the interviews, they signed a term of consent, freely and explained, that was read together with the patients. After the reading, the data collection of the interview was initiated. All the interviews were recorded and transcribed afterwards in electronic text. The semi directed interview was used with open ended questions as the instrument for data collection containing items related to the experiences lived when the fetal loss occurred, with the intent to reveal the principle anguishes present. And so, it was in this way, the topics of the interview were presented to the research subjects. Due to the profile of this instrument, the informants do not give answers between alternative proposals, but discourse freely about their experiences. <sup>6</sup> The semi directed interview of open ended questions allows a profound investigation of the organization of the life of the interviewed subject, establishing itself as an important work instrument between the health researchers in the perspective of human sciences. <sup>7</sup>

A short script of topics served as the said auxiliary work instrument of the survey, given the researcher as the principle instrument, with her accurate eye and listening abilities. The planned topics to perceive their psychological meanings, were associated to the aspects of the course of the gestation, from the moment of the diagnosis of fetal death, of childbirth itself, afterwards in contact with the baby's body, of the repercussions in the personal relationships in general , the return home and life in the future. This interview script, in the spirit of clinical-qualitative methodology, should facilitate the detailing of the reports and be only a free guide for application. <sup>8</sup>

The interviews were conducted by the author of this article, while the collected material was read and appreciated by both researchers, in the search for that which was “behind the words”, that is the latent feelings. The first author has had already a long experience assisting in the outpatient psychological clinic of these clients.

After successive floating readings, the results were categorized in topics that, at first, responded to the objectives elaborated for the survey.<sup>6</sup> There followed, at this stage, the so called external validation, when the results of the discussion are reviewed and then validated, by the pairs of the university research group, entitled Laboratory of the Clinical-Qualitative Research. The significances related by the patients of the phenomena they lived are discussed below.

## **Results**

The age of the participating women of the study varied from 18 to 20 years old. The five participants had a stable conjugal relationship. One of the participants was pregnant for the first time, two were pregnant for the second time and two were multiple gestations. One of them had chronic hypertension, two had gestational hypertension and one was diabetic.

### **“I received the news of the loss...”**

The women received the news of the loss in the pre natal consultations or during the hospital admission. The fetal loss was confirmed after performing an ultrasound for verification of the absence of the fetal heartbeat. They describe this moment as being difficult to accept, afflicting, when a large number of emotions emerge at the same time.

*“She like said to me: that unfortunately it was dead. I didn't accept, I didn't accept what happened, I didn't want to lose it, but there was no other way” (Paula, 42 , multiple gestation)*

***“My son was born dead..”***

The women described the delivery of the dead baby as an extremely sad and frustrating moment. They also describe a certain sensation of depersonalization, of not recognizing themselves as human beings.

*“... feeling, anguish, crying, despair, because from the moment that you see your son dead, there, like that without moving, dead, without any movement at all, it's as if the world has ended at that moment for you no one exists. There, all around you, you don't see anyone, you only see that scene, and you only live that scene. You are seeing an awaited son, planned, as was in my case that practically was the entire gestation like this.” (Clare, 23, prime gestation)*

However in relation to the fact of seeing concretely the body of the baby, they describe the scene praising the physical qualities of the child, contrary to the horrendous fact of death and even giving importance to the recognition as a person who actually resembles the original family group.

*“She was born perfect, beautiful. On the day that she died the doctor showed me, I said: “Oh, my God, I don't believe it...a perfect little girl'. She was too perfect, she was beautiful. Sometimes I think that she*

*was beautiful that way because she wasn't meant to stay here..."*  
(Laura, 32, secondary gestation)

The following moment reported was described as impossible to have a reaction, even looking for rational explanations, as you can perceive in these words:

*"When I saw, I didn't feel very much, because I think that I was with so much medication, that I didn't have reactions..."* (Paula, 42, multiple gestations)

The burial of a child is another critical moment in the experience of a gestational loss, expectedly also experienced with typical sadness and frustration.

*"..it's a very sad thing to see a son in a casket, a son being buried. Something you wait nine months and have loved. Some people say that it's only a baby, that you didn't see yet, that you didn't know...but it's the same love that you have for a grown child. It's the same love and the same affection..."* (Rosa, 18, secondary gestation)

### ***At home, without my son in my arms...:***

On one hand, the arrival home is described with profound sorrow. The absence of the lost child is felt daily, in contact with the child's belongings, with the family, with friends. The retaking of life's routine is taken up painfully little by little, when the mechanisms of mental suppression appear to save the "I" of greater suffering.

*'..it's very difficult to live with this and the worst is that you leave the hospital, arrive home, and see all the things for your son: the bedroom complete and all that I bought. You realize and think: where's my son? This is something very difficult.'* (Rosa, 18, secondary gestation)

*"When I was released I was conscious that I had lost the baby and that I had had my tubes tied. The following day what happened was that I forgot that I didn't have a baby anymore .I found myself thinking that I was still pregnant and even thought that I hadn't lost the baby for a fact. I woke up as if I was pregnant. I talked to my husband and spent the day. At dawn I woke up, and again s if I were pregnant. For me, I was still pregnant, I forgot that I was hospitalized and that I had had my tubes tied and that I had lost a baby."* (Vera, 29, multiple gestations)

### ***"Why me?"***

In the attempt to understand the reasons that led to the fetal loss, there is a need to raise several questions, marked by indignation and revolt. Equally, several bad feelings can be raised in a woman, even though they may not come accompanied by plausible explanations. The rationalizations come naturally constructed with many psychological defenses.

*"I feel I'm to blame for this happening. It's as if it was me who had killed her..."* (Paula, 42, multiple gestations)

*“..a son alive is yours. If a son is already dead, it already doesn't belong to you. You are going to be attached to a child that is already dead in your own womb? Who wasn't even born, that isn't yours anymore? There are women who think a lot about that child. I think of my two living sons: these are mine, and I have to take care of them. What has died isn't mine anymore? I didn't even see it. It was born, but it isn't mine. He doesn't belong to me. I think it would belong to God. (Vera, 29, multiple gestations)*

On the other hand , the contact with other people , in the social day to day, is related as extremely difficult and for this reason tries to be avoided. People's curiosity, although normal, comes to be irritating. There are those who choose isolation.

*“Sometimes people that I meet on the street ask what happened to me. I have to keep explaining and this is very difficult. I go back and talk about it all again; I have to remember once more what I'm trying to forget.” (Rosa, 18, secondary gestation)*

Another crucial point is a description of a certain sensation of not recognizing oneself as a person. A phenomenon of depersonalization and /or realization, or even the dilution of identity emerges in oneself.

*“I think that I became a little distant from people and I'm not able to find myself...” (Paula, 42, multiple gestations)*

*“I feel very sad, hurt, I perceive that I’m different with other people, I think that the sadness that I feel inside, can be felt by other people” (Rosa, 18, secondary gestation).*

***“I feel like ...”***

In the interviews, women related that they felt themselves incapable, ashamed, and unbelieving in relation to their futures. They also relate difficulty of contact with pregnant women or with babies, because the contact reminds them of the absence of their own child, where the identification between their own wish and the reality reached by the other constructs an asymmetrical reality and pain generator. The self esteem becomes shaken.

*“.. I think : they have sons because they’re healthy and are better than me” (Laura, 32, secondary gestation)*

*“..my husband asked me if I wanted another son. I said that I don’t know if I’ll be able to do it. I don’t know how I ‘m going to go through another pregnancy, thinking, worrying myself. Would it be worth suffering one more time?” (Rosa, 18, secondary gestation)*

**Discussion**

In gestation a woman experiences questions related to a difficult life-death dialectic relation. Among the experiences of loss, we can cite, for example, the experience of a normal delivery, that represents the “death” of a pregnant body or still the differences that exist between a baby that was

imagined and the real baby. The questions related to the life-death theme make a woman enter in contact with life's finite reality with the possibility –scientific and philosophic- of life's end at any time.

Among the natural possibilities could occur, the death of the baby inside the mother's womb, turning true fantasies-conscious or unconscious-that something bad could happen in the gestation. So, the diagnosis of intrauterine death comes to be an extreme impact, not only for the woman as also for the health professionals and society in general. The results of this survey suggest that this experience of loss would cause women to enter in contact with their primitive experiences of kindness and wickedness. In this way the realization of the death of the baby seems to cause to the effect that the women would enter in real contact with the bad things that they brought inside of themselves , for example, feelings of blame and the fear of being punished.

The authors observed that in the experience reported about the birth of a baby that had a diagnosis of intrauterine death, the labor and the delivery itself that the women lived through were particularly painful. We understand that the anguishes and all the psychic pains caused by the loss of the baby are symbolized through the physical pain of labor. The authors' stress that, despite the pain felt physically and emotionally, it is important that these women have the sensorial-conscious experience of the departure of the child from their own body, in a way to help themselves to discriminate this as a distinct being of their very own.<sup>2</sup>

It is known that the moment to see or to have physical contact with the dead baby's body is profoundly marked. Our findings point out the need of a sad

psychological presence to mark the healthy reality to the loss.<sup>9</sup> This ritual, permitting real contact with the child, permits also memories of concrete facts, facilitating an elaboration of mourning for the loss of the child.<sup>3</sup> Besides this, a woman can deal with her anguish, which can be terrorizing, and start to feel a natural sadness, crying and feeling the pain, even though it may be deep. This mother puts herself in the place of a mother that lost a real child, which can be seen as a baby that is inoffensive, by which she feels pain but also love.<sup>2</sup>

Before the reported reactions, many times ambiguous as to what to do after the loss, we understand that it is the woman herself, together with her family, who should decide what to do, for example with the baby's belongings. In case this doesn't happen, a sensation of unreality can make itself strongly present. From listening to the reports of the patients, we deduce that the greater the contact with reality, even though extremely painful, the greater could be the person's involvement in the normal process, facilitating a more adequate psychological elaboration of the feelings that are present.

The people who mourn should be encouraged and have the opportunity of playing an active role and make their own decisions.<sup>9</sup> Therefore, it is important, for example, that the hospitalized woman herself takes care of the eventual belongings of the baby who she won't be able to take home.

With the loss of the baby before birth, the desires of a woman in relation to that child become frustrated, besides being impossible to use her maternal potential, bringing her the feeling of an almost unsupportable pain. To our way of seeing, this happens because at this moment two simultaneous losses occur, the death of the baby and the "death" of the mother. The construction of the role

of the mother and the maternal identity, that transpired during gestation, is interrupted without warning, bringing with it feelings of incapacity and inferiority. This event was reported by those interviewed as the generator of a profound coup in the woman's self esteem , in her femininity and in her capacity to be a mother, by making it impossible to conceive her own child and take care of it after. <sup>11</sup>

The reports about the questionings of the motives that led to the child's death were relevant. In this way, we understand that the details of gestation, of the moments that precede the news of the child's death should be reviewed by the woman several times. The purpose is to diminish the anguish of not knowing the reason for what happened, as well as the intention to avoid that the woman thinks that the responsibility for the child's death was hers. Emphasize , still, that the establishment of a specific period of time, that corresponds to the real end of the mourning process is invariably difficult. The process of the mourning elaboration, with its normal reactions can last several months or even years. In the first weeks after the loss, stages of acute emotional reactions happen, with an intense suffering in relation to the moment lived. <sup>2</sup>

It's important to emphasize that a woman who experiences the loss of a fetus needs to feel her pains and her sufferings in order to be able to give place to positive feelings that will come. If the feelings are denied and the baby is not present, she opens a space for an inadequate elaboration of mourning. In the health institutions this can be facilitated by a multiprofessional team with therapeutic and preventive measures including the woman and the rest of the people involved in this singular process. <sup>9</sup>

## References

1. Mariani Neto C, Aquino MMA. Fetal Death (Óbito Fetal.) In: Neme, B. Basic Obstetrics (Obstetrícia Básica. 2º ed,) São Paulo: Sarvier; 2000.
2. Defey D et al. Mourning for a baby that dies before birth : the experiences of the health team parents ( Duelo por un niño que muere antes de nacer: vivencias de los padres del equipo de salud. )2º ed. Montevideo: CLAP; 1985.
3. Kennell J.H, Klaus MHT. Attending parents of a stillborn or a baby that dies (Atendimento aos pais de um natimorto ou de um bebê que morre.) In: Klaus MHT, Kennell JH. Parents /babies: the formation of attachment (Pais/bebês: a formação do apego. )Porto Alegre: Artes Médicas; 1992.
4. Videla M, Grieco A .Delivery and birth in a hospital (Parir y nacer en el hospital). 1 ed.Buenos Aires:Nueva Vison;1993.
5. Fontanella BJB, Ricas J, Turato ER. [Saturation sampling in qualitative health research: theoretical contributions]. Cad. Saúde Pública. [serial on the Internet]. 2008 [cited 2008 Jan 29]; 24(1):17-27. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n1/02.pdf>
6. Turato ER. The Methodology Accord of Clinical Qualitative Research : theoretic-epistemologic construction, compared discussion and application in the health and human áreas (Tratado da Metodologia da Pesquisa Clínico Qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas.) Petrópolis, RJ: Vozes, 2003.

7. Bleger J. Themes of psychology : interviews and groups (Temas de psicologia: entrevistas e grupos) São Paulo: Martins Fontes, 1993.
8. Minayo MCS.A challenge of knowledge: qualitative research in health (O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde) São Paulo Rio de Janeiro: Hucitec, 2000.
9. Maldonado MT.Maternity and paternity: preparation with group techniques (Maternidade e paternidade: preparação com técnicas de grupo) São Paulo Rio de Janeiro: Atheneu, 1982.
10. Soifer R.Psychology of Pregnancy , Delivery and Puerperum (Psicologia da Gravidez, Parto e Puerpério) Porto Alegre:Artes Médicas, 1992.
11. Bartilotti M.R.M.B.Obstetrics and Gynecology : Psychological Emergencies (Obstetrícia e Ginecologia: Urgências Psicológicas) In: Angerami-Camon (org), V.A. Psychological Emergencies in the Hospital São Paulo: Pioneira, 1998.

## 5. Discussão

---

O objetivo desta pesquisa foi interpretar os significados psicológicos atribuídos por mulheres ao fenômeno da morte de seu bebê antes de seu nascimento, quando o óbito fetal foi diagnosticado antes do parto. Para tanto, utilizou-se o método clínico-qualitativo. Como foi dito anteriormente, a entrevista semidirigida de questões abertas foi utilizada como instrumento de investigação científica, conforme possibilidade dentro do método de pesquisa utilizado. Assim, sujeito não responde às perguntas através de alternativas, mas fala livremente sobre suas experiências. As significações dadas ao sujeito a determinados fenômenos vivenciados são discutidas posteriormente (Turato, 2003). Esse tipo de entrevista possibilita uma investigação mais profunda da personalidade do sujeito entrevistado, constituindo-se um instrumento de trabalho importante entre os profissionais de saúde (Bleger, 1993).

No artigo 01 destacam-se, através de uma revisão de literatura, alguns dos principais aspectos teóricos relacionados ao tema em questão. Na revisão foram utilizadas as contribuições teóricas de alguns dos grandes nomes na

literatura que mais freqüentemente escreveram suas impressões a respeito dos aspectos emocionais presentes no momento da perda de um filho antes de seu nascimento. Também se recorreu às bases de dados *on-line* e selecionamos nas mesmas apenas os estudos qualitativos. Em ambos os momentos - através de autores renomados e dados encontrados em artigos levantados em periódicos - encontramos a existência, no que se refere às vivências das mulheres que experienciaram uma perda fetal, de sentimentos conflituosos e de difícil elaboração, pois acentuam problemas relacionados principalmente à identidade feminina e ao papel da mulher na sociedade. Faz-se presente também a questão morte e de seus tabus. Outro ponto relevante relaciona-se à necessidade da equipe de saúde conhecer minimamente a dinâmica emocional das mulheres que vivenciaram essa experiência para melhor atendê-las. Dessa maneira, uma elaboração adequada do luto pela perda do bebê pode ser vislumbrada, seja através da abertura de espaços adequados para as mulheres expressarem seus sentimentos dolorosos, de atendimentos em locais onde existam profissionais de saúde capacitados ou de encaminhamento para serviços especializados em atendimento psicológico.

No artigo 02 são descritos os resultados obtidos nas entrevistas realizadas com cinco mulheres no Ambulatório de Revisão de Parto do CAISM. As cinco mulheres entrevistadas falam de sentimentos de raiva, frustração, culpa. Falam também de suas impressões em relação ao contato com o corpo do bebê e de como é sofrida a experiência de chegar em casa sem o bebê nos braços. Incertezas em relação ao futuro também são relatadas e são evidenciadas nos questionamentos em relação ao motivo do óbito da criança.

É importante destacar que quanto maior for o contato com a realidade, ainda que extremamente dolorosa, maior será o envolvimento da pessoa no processo de enlutamento. É nesse sentido que a literatura destaca que a pessoa enlutada deve ter a oportunidade de desempenhar um papel ativo e tomar suas próprias decisões (Maldonado, 1982).

Cabe aqui uma colocação no que se refere à superação das etapas que envolvem a elaboração adequada do luto. Tais etapas levam em torno de 12 a 24 meses para serem vivenciadas (Videla, 1993). Nas primeiras quatro a seis semanas depois da perda acontece a etapa de reações emocionais agudas, com intenso sofrimento em relação ao momento vivido (Defey, 1992). As entrevistas foram realizadas em torno de 50 dias após o parto, momento em que as reações emocionais presentes possuíam, ainda, um caráter agudo de expressão.

Os dados levantados nas entrevistas realizadas para esta pesquisa corroboram com as vivências mais comumente relatadas na literatura específica sobre o tema. A experiência de perder um filho antes do seu nascimento é realmente desorganizadora e é fonte de um sofrimento imensurável. O luto vivenciado tem como características um grande desânimo, desinteresse pelas coisas do mundo e recuo em relação à execução das atividades do dia-a-dia, mesmo aquelas que eram prazerosas. Ocorre, nessa ocasião, perda da capacidade de amar, recuperada posteriormente. Isso acontece em decorrência da retirada da libido investida no objeto perdido e introjeção em seu próprio eu (Freud, 1917).

Além disso, nas falas das mulheres emergem conteúdos relacionados ao conceito freudiano de trauma. Isso significa que tais mulheres passaram por uma experiência de vida definida por sua intensidade, pela incapacidade para responder adequadamente ao cotidiano e pelos transtornos causados em sua vida psíquica. Ocorre, portanto, um acúmulo de excitação que invade o aparelho psíquico e afeta diretamente sua capacidade de dominar e elaborar psiquicamente tal excitação (Laplanche e Pontalis, 1988). O isolamento social e o não reconhecimento de si mesma como pessoa pode exemplificar esse conceito.

A Lei Federal que dispõe sobre os registros públicos é a de número 6.216 de 30 de junho de 1975<sup>1</sup>, e considera que o registro de bebês que já nasceram mortos e não respiraram é feito em livro especial, não constando do mesmo o nome do feto. Portanto, em caso de perda fetal intra-útero a criança não tem uma certidão de nascimento. Apesar disso, as mulheres entrevistadas deram nome a seus bebês, o que lhes confere uma identidade e uma história dentro de suas famílias.

A possibilidade de nomear o bebê, de vê-lo e até tocá-lo, faz com que a mulher consiga deixar de sentir uma angústia terrorífica e passe a sentir apenas tristeza. Pode chorar e sentir sua dor profunda, colocando-se no seu lugar: o lugar de uma mãe que perdeu um filho real, que pode vê-lo como um bebê inofensivo, pelo qual sente dor e também amor (Defey, 1992).

---

<sup>1</sup> [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l6216.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l6216.htm).

A equipe multiprofissional que atua no CAISM costuma ter a postura de estimular esse contato. As mulheres entrevistadas escolheram entrar em contato com o corpo do bebê pouco depois de nascimento. Sabe-se da importância desse evento, pois as mulheres podem ver as feições do bebê e assegurar-se de que ele não é tão assustador como geralmente se imagina (Carvalho e Meyer, 2007).

Portanto, dar nome a esse sofrimento e abrir espaços para sua expressão é de suma importância para que seja facilitado o contato com a realidade. Se negada, a elaboração adequada do luto pela perda do bebê fica comprometida (Videla, 1993).

## 6. Conclusões

---

As equipes de saúde que lidam com as intercorrências presentes no ciclo gravídico-puerperal precisam estar adequadamente preparadas para tolerar o sofrimento psíquico presente nas mulheres que sofrem uma perda gestacional. Para que isso aconteça, as Instituições devem proporcionar a capacitação adequada aos profissionais, através de reciclagem constante. Em geral, na memória de mulheres que são bem atendidas no contexto da perda gestacional ficam boas recordações do atendimento humanizado oferecido pela equipe (Alexander, 2001).

Nesse contexto, um atendimento diferenciado requer das Instituições de Saúde medidas profiláticas simples, sejam elas relacionadas à facilitação do contato da mulher com o corpo de bebê ainda na maternidade ou a existência de espaços adequados para expressão dos sentimentos. Atitudes como essas são importantes por colocarem a paciente e sua família no caminho da elaboração adequada do luto pela perda da criança.

Portanto, as Instituições, ao falarem aberta e respeitosamente da morte, possibilitam que as mulheres e seus familiares aproximem-se da realidade da perda para, gradativamente, reorganizarem-se emocionalmente.

## 7. Referências Bibliográficas

---

Alexander KV. The one thing you can never take away: perinatal bereavement photographs. *MCN Am J Matern Child Nurs* 2001;26:123-27.

Andajani-Suthahjo S, Manderson L. Stillbirth, neonatal death and reproductive rights in Indonesia. *Reprod Health Matters* 2004; 12:181-88.

Aquino MMA, Cecatti JG. Epidemiologia do óbito fetal em população de baixa renda. *RBGO* 1998; 20:71-5.

Bartilotti MRMB. Obstetrícia e Ginecologia: Urgências Psicológicas. In: Angerami-Camon VA (org). *Urgências psicológicas no Hospital*. São Paulo: Pioneira, 1998.

Bleger J. *Temas de psicologia: entrevistas e grupos*. São Paulo: Martins Fontes, 1993.

Bortoletti FF. Psicodinâmica do ciclo gravídico puerperal. In: Bortoletti FF (org). *Psicologia na Prática Obstétrica: Abordagem interdisciplinar*. Barueri: Manole, 2007.

Brasil. Lei Federal Lei n<sup>o</sup> 6.216, de 30 de junho de 1975. Altera a lei n<sup>o</sup> 6.015, de 31/12/1973, que dispõe sobre os Registros Públicos. Disponível em URL: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l6216.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l6216.htm) . Acesso em 21.06.2008.

Carvalho FT, Meyer L. Perda Gestacional Tardia: aspectos a serem enfrentados por mulheres e conduta profissional frente a essas situações. *Boletim de Psicologia* 2007;58:33-48.

Defey D, Diaz JLR, Friedler R, Nuñez M, Terra C. Duelo por un niño que muere antes de nacer: vivencias de los padres del equipo de salud. 2 ed. Montevideo: CLAP, 1992.

Fontanella BJB, Ricas J, Turato ER. Saturation sampling in qualitative health research: theoretical contributions. *Cad Saúde Pública* 2008; 24:17-27.

Fretts RC. Etiology and preventions of stillbirth. *Am J Obstet Gynecol* 2005;193: 1923-35.

Freud S. Luto e Melancolia (1917 [1915] ). In Ed. Standard Brasileira, vol. XIV. Rio de Janeiro: Imago, 1990.

Hsu MT, Tseng YF, Banks JM, Kuo LL. Interpretations of stillbirth. *J Adv Nurs* 2004; 47:408-16.

Hsu MT, Tseng YF, Banks JM, Kuo LL. Transforming loss: Taiwanese women's adaptation to stillbirth. *J Adv Nurs* 2002; 40:387-95.

Knell JH, Klaus MHT. Atendimento aos pais de um natimorto ou de um bebê que morre. In Klaus MHT, Kennell JH. Pais/bebês: a formação do apego. Porto Alegre: Artes Médicas; 1992.

Laplanche J, Pontalis JB. Vocabulário de Psicanálise. 10° ed. São Paulo: Martins Fontes; 1988.

Maldonado MT. Maternidade e paternidade: preparação com técnicas de grupo. São Paulo-Rio de Janeiro: Atheneu, 1982.

- Maldonado MT, Canella P. Recursos de relacionamento para profissionais de saúde. Reichmann & Affonso Editores, 2003.
- Mariani Neto C, Aquino MMA. Óbito Fetal. In Neme B. Obstetrícia Básica. 2 ed, São Paulo: Sarvier; 2000.
- Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec; 2000.
- Nurdan N, Mattar R, Camano L. Óbito Fetal em Microrregião de Minas Gerais: causas e fatores associados. RBGO 2003;25:1003-107.
- Quayle J. Óbito Fetal e Anomalias Fetais: repercussões emocionais maternas. In: Zugaib M, Tedesco JJ, Quayle J. Obstetrícia Psicossomática. São Paulo: Atheneu;1997.
- Rato PS. Ansiedades perinatais em mulheres com gravidez de risco e em mulheres com gravidez normal. Análise Psicológica 1998;3: 405-13.
- Safund K, Sjogren B, Wredling R. The role of caregivers after a stillbirth:views and experiences of parents. Birth 2004;31:132-37.
- Santos ALD, Rosenburg CP, Buralli KO. Histórias de perdas fetais contadas por mulheres: estudo de análise qualitativa. Rev.Saúde Pública 2004; 38:268-76.
- Soifer R. Psicologia da Gravidez, Parto e Puerpério. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.
- St John A, Cooke M, Goopy S. Shrouds of silence: three women's stories of prenatal loss. Aust J Adv Nurs 2006; 23: 8-12.
- Stirtzinger MD, Robinson GE, Stewart D. Parameters of Grieving in Spontaneous Abortion. Int'l J. Psychiatry in Medicine 1999;29: 235-49.

Turato ER. Tratado da Metodologia da Pesquisa Clínico-Qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde Humanas. Petrópolis, RJ: Vozes; 2003.

Trulson O, Radestad I. The silent child-mothers before, during and after stillbirth. Birth 2004;31:189-95.

Videla M, Grieco A. Parir y nacer en el hospital. 1 ed. Buenos Aires: Nueva Vison;1993.

# 8. Anexos

---

## 8.1. Anexo 1 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

**Nome do Estudo: “Vivências de mães em relação à perda fetal relatadas durante revisão de parto em hospital público universitário: um estudo clínico-qualitativo”**

Pesquisador responsável: Claudia Aparecida Marchetti Duarte

Nome: \_\_\_\_\_ idade: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_ HC: \_\_\_\_\_

endereço: \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_

Nome do Responsável: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_

Grau de Parentesco: \_\_\_\_\_

Eu, \_\_\_\_\_, fui convidada a participar de uma pesquisa que está sendo realizada para se conhecer o que sentem as mulheres que na gestação souberam da morte de seus bebês dentro de sua barriga, antes de seu nascimento. A pesquisadora que é responsável pelo estudo se chama

Claudia Aparecida Marchetti Duarte, é psicóloga e trabalha no CAISM de segunda a sexta, das 7:30 às 16:30 (telefone: 3521 9294). Fui informada de que essa pesquisa permitirá que os profissionais que trabalham na Área da Saúde tenham mais conhecimento sobre os sentimentos das mulheres que perderam seus bebês na gestação, para poderem trabalhar no acolhimento e orientações dessas mulheres de forma mais adequada.

Eu aceito participar desse estudo. Sei que serei entrevistada uma única vez e que a entrevista será gravada e pode durar aproximadamente uma hora e meia. Durante a entrevista vou responder perguntas sobre a minha gestação, sobre a perda do meu bebê, sobre meu parto, sobre meu relacionamento com meu companheiro, minha família, meus amigos. Também vou responder perguntas sobre os meus planos para o futuro e sobre o que sinto em relação a mim mesma.

Também fui informada de que meu nome será mantido em sigilo e que as informações que darei não serão associadas a minha pessoa. As fitas cassetes com a gravação da entrevista não serão identificadas com o meu nome e serão destruídas cinco anos após o fim da pesquisa. Fui esclarecida que posso não responder a qualquer pergunta que eu não desejar e que isso não me prejudicará ou irá interferir no meu atendimento no Hospital.

Eu pude fazer perguntas após ler ou lerem para mim as informações acima. Todas as perguntas que eu fiz foram respondidas e me senti satisfeita. Sei que se tiver qualquer dúvida ou reclamação sobre como a Pesquisa está sendo feita, posso entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas pelo telefone (19) 3521 8936.

Campinas, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Assinatura do Sujeito: \_\_\_\_\_

Assinatura do Responsável: \_\_\_\_\_

Assinatura da Pesquisadora: \_\_\_\_\_

## 8.2. Anexo 2 – Roteiro de Entrevista

**Nome do Estudo:** “*Vivências de mães em relação à perda fetal relatadas durante revisão de parto em hospital público universitário: um estudo clínico-qualitativo*”

Data da entrevista: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Rapport Inicial:

- ? Apresentação da pesquisadora
- ? Objetivo da pesquisa
- ? Explicação e obtenção do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
- ? Esclarecimentos a respeito do que vai ser perguntado na entrevista

### **Aspectos da Gestação e Diagnóstico de Óbito Fetal:**

- Como você ficou sabendo da gestação (planejada /)desejada
- Como ficou sabendo da morte do seu bebê.
- O que lhe foi dito a esse respeito. Sentimentos presentes

### **Aspectos da Indução do Parto:**

- Que informações você recebeu a respeito da indução do parto de seu bebê
- Como você se sentiu nesse período

### **Aspectos do Parto e Pós-parto Imediato:**

- Como você descreveria esse momento?

### **Aspectos do Contato com o Corpo do Bebê:**

- Teve a oportunidade de conhecer o seu bebê morto (onde, com quem, quem mostrou, o que foi dito)
- Como você descreve esse momento

**Aspectos do Relacionamento Conjugal:**

- Relacionamento conjugal atualmente
- Mudanças percebidas

**Aspectos do Relacionamento familiar/amigos:**

- Relacionamento familiares e amigos atualmente
- Mudanças percebidas

**Aspectos do Relacionamento consigo mesma:**

- Atualmente, como tem se relacionado consigo mesma
- Mudanças percebidas

**Aspectos da Chegada em Casa após a Internação:**

- Descreva a experiência de chegar em sua casa após o parto
- O que foi feito dos pertences do seu Bebê
- Rede de Apoio

**Aspectos das Expectativas em Relação ao Futuro:**

- Como você avalia, de um modo geral, a experiência de perder um bebê que morre dentro da barriga.
- Tem algo que não lhe perguntei que você gostaria de comentar?