



# LSPA

INSTITUTO UNIVERSITÁRIO  
CIÊNCIAS PSICOLÓGICAS, SOCIAIS E DA VIDA

TORNAR-SE MÃE PARA DEIXAR DE O SER:  
ESTUDO QUALITATIVO SOBRE ABORTO  
ESPOTÂNEO

SOFIA MADALENO FERREIRA

Orientador de Dissertação:  
PROFESSOR DOUTOR NUNO TORRES

Coordenador de Seminário de Dissertação:  
PROFESSOR DOUTOR NUNO TORRES

Tese submetida como requisito parcial para a obtenção do grau de:  
MESTRE EM PSICOLOGIA APLICADA  
Especialidade em Psicologia Clínica

Dissertação de Mestrado realizada sob a orientação de Nuno Manuel Correia Torres, apresentada no ISPA – Instituto Universitário para obtenção de grau de Mestre na especialidade de Psicologia Clínica conforme o despacho da DGES, nº 19673 / 2006 publicado em Diário da República 2ª série de 26 de Setembro, 2006.

## RESUMO

A Gravidez é um momento de grande alegria e felicidade na vida de uma mulher, é a altura em que confirmam aquilo para que nasceram, em que são capazes de dar continuação à espécie. No entanto, nem sempre uma gravidez acaba com a chegada de um filho nos braços, por vezes, as gravidezes são abruptamente interrompidas, provocando inúmeros sentimentos negativos na mulher, levando a considerar-se incapaz e inadequada à função inata para que nasceu.

É então, a difícil temática do Luto Materno que se pretende abordar neste trabalho, esperando no final perceber um pouco mais sobre a forma como o luto é/ou não construído para estas mulheres, e como é encarado o dia-a-dia após uma perda tão pertinente como a de um filho. Para esta investigação, foram entrevistadas duas mulheres que tiveram gravidezes normais e duas mulheres que sofreram abortos espontâneos, com o intuito de perceber como é o processo de se tornarem mães e como é feito o luto. Numa futura investigação sobre a temática do Luto Materno, poderíamos utilizar mais mulheres que sofreram perdas de um filho, alargando a mais tipos de perdas, não só as gestacionais, para se perceber como é feito o luto materno, nos diferentes tipos de perdas.

**Palavras-chave:** Gravidez, Luto Materno, Aborto Espontâneo

## ABSTRACT

Pregnancy is a period of great joy and happiness in a woman's life, is the confirmation of the reason for being born, being capable of assuring genetic continuity. However, not always a woman's pregnancy ends with a child in the arms. Sometimes pregnancies are abruptly interrupted, causing many negative feelings, leading to the sensation of inadequacy and inability to achieve the natural function of delivering.

It is then the difficult topic of Mourning Mother, the one to address in this work, waiting at the end to understand a little more about how grief is, or not, perceived by concerned women, and how the pain of loss of a child is regarded day-to-day. In this research, we interviewed two women who had normal pregnancies, and two women who suffered miscarriages, in order to understand how women in order to realize what the process of becoming mothers is, and how woman go through mourning. In a future study on the topic of Mourning Mother, we could address more women who have suffered loss of a child, expanding to situations other than only pregnancy losses, to be able to compare the behaviors against different types of sufferers.

**Key-words:** Pregnancy, Maternal Grief, Miscarriage

## AGRADECIMENTOS

Esta tese é dedicada aos meus dois avôs que infelizmente já não poderão acompanhar esta fase tão importante da minha vida.

Ao Professor Doutor Nuno Torres, por ter sido um excelente orientador de dissertação, por todo o apoio e incentivo que me deu. Obrigada por me ter aberto os olhos nas alturas em que estive mais perdida, pela disponibilidade e pelos conhecimentos que me transmitiu.

Ao Professor Doutor Eduardo Sá, por ter sido um pilar e um grande conselheiro num dos momentos mais difíceis que tive na minha vida. Obrigada pela sua disponibilidade, pelo seu carinho e pela sua atenção.

À Professora e amiga Tânia Oliveira, obrigada pela força e incentivo que me deste nesta última fase.

Aos meus pais, por todo o apoio e dedicação ao longo destes anos e por nunca terem desistido e deixado de acreditar em mim. Apesar dos contratemplos, a verdade é que nem sempre é fácil ser uma família à distância, no entanto desde cedo que isso foi uma realidade que acabou por nos tornar mais fortes e mais resistentes a todos os problemas que foram surgindo. Esta tese também é vossa, sem vocês nada disto seria possível. Um muito obrigada eterno.

À minha irmã Didi, por toda a força e apoio em durante todo este percurso, e durante todos os momentos mais pesados e menos bons das nossas vidas.

Ao Dani, o meu grande amor, obrigada por me queres ensinar sempre tanta coisa, e fazer com que cada dia eu seja melhor. Contigo aprendi que quando sonhamos e queremos muito algo acontece, por mais que nos custe e nos leve muitas vezes a pensar em desistir. Aprendi que não nascemos ensinados e que temos de nos adaptar a todas as situações novas com que nos deparamos. Mas posso dizer que conseguimos, esta tese é nossa, é um momento que marca não só o final do meu percurso académico, mas o princípio de uma nova etapa. Muito obrigada, por todo o apoio, por toda a força e paciência que tiveste ao longo destes meses. Amo-te muito.

À minha família, por nunca ter desistido de mim e por me ter apoiado incondicionalmente. A vocês devo tudo, o que sou hoje e o que sei hoje. Esta tese é prova de que o nosso trabalho é sempre recompensado. Obrigada por tudo.

Ao João, à Maria Teresa, à Isabel e ao Ricardo Monteiro Silva pelo apoio e boa disposição que sempre me deram. Obrigada por me fazerem sentir um bocadinho de vocês todos os dias e por me terem acolhido sempre tão bem. É bom saber que podemos contar sempre com a nossa família.

À Martinha, por tudo, pelo teu apoio, pela tua amizade incondicional, por estares sempre ao meu lado em todas as horas que um dia pode ter, mas sobretudo, obrigada por seres quem és. O teu lado doce e calmo dá-me força todos os dias para continuar a lutar. Obrigada por seres o meu porto de abrigo e por seres a minha pessoa. Esta tese é um projecto também teu, que só nós sabemos como nos deu tantas alegrias e tantos desespos. Sempre juntas, até ao limite dos limites.

À Daniela, porque sempre mas sempre estiveste ao meu lado, desde o primeiro dia de aulas que tu és uma luz para mim. Obrigada por seres como és, por teres a força e a garra que tens, mas sobretudo por passares cada bocadinho teu para mim. É bom ter uma amiga como tu, só mesmo contigo é que poderia ter chegado onde cheguei. Esta tese também é um bocadinho tua.

À Mariana, minha querida Mecas, tantos anos, tantos desafios, tantas conquistas e também algumas derrotas. A minha vida nunca seria a mesma se tu não tivesses aparecido. Foram tantos os momentos que vivemos, tantas alegrias e tristezas. Juntas crescemos e aprendemos muito, agora chegámos ao fim de mais uma etapa. Só quero agradecer-te por tudo, não há palavras que possam descrever a alegria e o orgulho que tenho em ti. Esta tese também é um bocadinho tua.

Ao Mário, o melhor amigo que alguém pode ter. Sempre que olho para trás e me lembro de como erámos “pequeninos”, sinto uma enorme saudade de tudo o que fizemos ao longo destes 6 anos. Mas é tão bom poder chegar ao fim desta etapa e perceber que com ela vêm os amigos que criamos para a vida. Obrigada por tudo, pela paciência e pela dedicação principalmente nestes últimos meses, foi muito bom ter-te sempre ao meu lado. Esta tese também é tua.

Ao meu querido amigo, Nuno “Bijeu” Sousa. Obrigada por seres quem és e como és, só mesmo a tua grande paciência e amizade poderiam aturar a minha pessoa. Obrigada por seres o porto de abrigo e o ombro amigo com que sempre pude contar, que tantas lágrimas secou, com fortes gargalhadas. Esta tese também é tua.

Aos meus Padrinhos académicos Filipa “Pipa” Pacheco e João Pedro Álvaro por todo o apoio que me deram, sem vocês e sem o vosso incentivo não teria chegado até aqui tão inteira como estou. Pipa, a calma que te caracteriza e que de certa forma se opõe ao João, sempre teve a capacidade de me “abrandar” e fazer perceber que não só não estava sozinha, como também tudo se iria resolver. João, palavras para quê, a nossa relação de padrinho afilhada sempre foi muito mais do que isso, sempre foi uma boa e cúmplice amizade. A nossa “loucura” resulta muito bem porque temos a nossa Pipa como um “elemento Zen”, penso que concordamos ao dizer que nada disto faria sentido sem ela. Muito obrigada por todas as explicações à “pressão” antes dos exames, por todo o apoio, força e confiança que sempre depositaste em mim. Um muito obrigada gigante aos dois, por tudo o que veio e por tudo o que há-de vir. Esta tese é um projecto nosso.

À Mariana Silva, pela paciência e amizade que demonstraste ao longo destes seis anos. Muito obrigada por tudo.

À Patricia “irmãzinha” Machado, por seres como és, por me fazeres lembrar que a criança que existe dentro de nós pode e deve sempre vir ao de cima. O teu apoio e amizade foram fundamentais.

Ao André “Dédé” Correia, por seres um amigo tão querido e tão brincalhão. Sem dúvida que o teu sentido de humor e a tua amizade me deram força para continuar em frente.

À Raquel “Kéké” Pássaro, pela amizade constante, preocupação e dedicação. És sem dúvida uma força da natureza. Obrigada por todo o apoio.

Ao Gonçalo Mendonça, pelas longas conversas sobre a psicologia e sobre tudo mais. Obrigada por me fazeres acreditar em mim e por me teres apoiado sempre ao longo desta etapa.

Ao Duarte e ao Ricardo, meus queridos ilhéus sem vocês não teria sido a mesma coisa. Obrigada pelo apoio, amizade e incentivo constantes que me deram, sem vocês não estaria onde estou agora. Esta tese também é um bocadinho vossa.

À Sofia, ao Ruben e à Juca da reprografia pela paciência que tiveram comigo, não só nesta última fase, mas também ao longo de todo o meu percurso acadêmico.

Ao Amílcar e à Delfina, por serem o meu sorriso de todos os dias. Obrigada pela amizade e disponibilidade que tiveram sempre comigo.

À Sandra, obrigada pelo carinho e compreensão. Sem a tua ajuda não tinha chegado onde cheguei. Muito obrigada por tudo.

Ao Toni e ao Sr. Reis pelo apoio e disponibilidade constantes. Nunca os pequenos-almoços e lanchinhos que me souberam tão bem. Obrigada por tudo.

Ao Sr. Paulo, pelos almoços, jantares, cafés, por tudo. Obrigada por me ter tratado sempre como uma princesinha, por me fazer sentir em casa, por toda a amizade e paciência.

Ao Sr. Victor, por ter sido o meu salvador de todas as horas. Obrigada por me ter ajudado em todas as alturas que mais precisei.

À Cristina “Tininha” Nascimento e à Marina “Flash” Nascimento, minhas manas obrigada por me terem ouvido sempre e por me terem acolhido sempre de braços abertos. A vossa amizade é muito importante para mim.

Ao Pedro “Freud” Carmona, por seres o padrinho mais louco que alguém pode ter e por me fazeres crescer um bocadinho a cada dia. Obrigada por tudo, mesmo que tu não percebas do que se trata.

À Maguy e ao Joãozinho, pela amizade incondicional. É muito bom ter amigos que não só nos apoiam, mas que vibram também com cada batalha que vencemos. Obrigada pela vossa amizade.

À Caia e ao Alípio, obrigada não só pela vossa amizade, mas também por me terem acolhido na vossa família de forma tão especial. Com vocês aprendi muita coisa, vivi muita coisa, mas acima de tudo conheci e criei uma família que conto ter para o resto da vida. Obrigada por serem sempre tão atenciosos, carinhosos e preocupados.

À Rita Vale Quaresma e ao José “Raí”, por me ouvirem sempre e por me fazerem sentir que o meu trabalho era importante. A vossa amizade foi fundamental para aguentar

os momentos mais difíceis. Obrigada por terem sempre uma palavra amiga e uma piada para dizer.

À Vera “Caroça/Mana” Demóstenes e ao André “Mata” Demóstenes, obrigada por tudo, por me ouvirem, por me acolherem e por me quererem tão bem. É bom ter amigos tão bons como vocês. Obrigada por tudo e por todo o apoio.

Ao Pedro Santos e à Sofia, pela preocupação e amizade que sempre demonstraram. Foram verdadeiros pilares nesta última fase. Obrigada pela vossa amizade.

À Ana e ao Kikas, por toda a vossa amizade e preocupação mesmo estando longe de casa. Os momentos passados ao vosso lado são a melhor forma de descomprimir. Obrigada pela vossa amizade e por todo o carinho.

À Sara e ao Micael “Mica”, ao Tio Vandame, à Ana e ao Luís Caçador, ao José Ascensão e à Nina, à Cristina e ao Bruno “Dartanhan”, à Ana e ao Luís “Bazuca” Pinto, à Rita Carvalho Nunes e ao Luís, ao Gonçalo Monteiro, ao Rúben, ao André “Zé Milho”, à Mafalda Ferreira, à Joana Brito, à Joana Chaves.

## ÍNDICE

|  |    |
|--|----|
| Introdução.....  | 12 |
| O Luto.....  | 15 |
| A Perda.....   | 17 |
| – Padrões patológicos do luto e reacção à perda.....           | 18 |
| O Luto Materno.....  | 19 |
| – Luto pela perda de um filho.....                             | 21 |
| – Luto pela perda de uma gravidez.....                         | 22 |
| O fenómeno da Gravidez.....                                    | 24 |
| Aborto Espontâneo.....   | 25 |
| – Morte perinatal.....   | 26 |
| – Morte fetal.....   | 27 |
| Metodologia.....   | 31 |
| – Delineamento.....  | 31 |
| – Procedimento.....  | 32 |
| – Instrumento.....   | 32 |
| – Descrição das Participantes.....                             | 33 |
| Análise Compreensiva.....                                      | 34 |
| 1. Aspectos psicológicos da gravidez ou “Tornar-se mãe”.....   | 34 |
| 2. Fases do desenvolvimento psicológico da gravidez.....       | 36 |
| 2.1 Fase de Integração – Primeiro trimestre da gravidez.....   | 37 |
| 2.2 Fase de Diferenciação – Segundo trimestre da gravidez..... | 40 |
| 2.3 Fase de Separação – Terceiro trimestre da gravidez.....    | 42 |
| 3. Parto.....  | 44 |
| 4. Luto Materno – Aborto espontâneo.....                       | 45 |
| 4.1 Reacção da mulher à perda de um filho.....                 | 47 |
| 4.2 Processo de luto na perda gestacional.....                 | 51 |

|   |    |
|---|----|
| Conclusão.....  | 54 |
| Referência Bibliográficas.....                            | 56 |
| Anexos.....   | 58 |
| – Anexo I – Guião de Entrevista (Gravidez Normal).....    | 59 |
| – Anexo II – Guião de Entrevista (Aborto Espontâneo)..... | 61 |
| – Anexo III – Carta de Consentimento Informado.....       | 63 |
| – Anexo IV – Entrevistas.....                             | 64 |

## INTRODUÇÃO TEÓRICA

Muitos casais ficam só pelo desejo imaginário de um bebé concebido normalmente, sentindo-se lesados na sua integridade física e psíquica, por não serem capazes de concretizar esse desejo, o que leva o casal a viver momentos de grande sofrimento e a uma crise tanto individual como conjugal. Isto é tanto mais difícil quanto o desejo de criança é vital para a existência do casal (Bayle, 2008, p. 69).

As fantasias ligadas ao desejo de ter um filho constituem os primeiros laços entre a criança e os pais. É aqui que começa a esboçar-se a vinculação que vai acompanhar a vida do indivíduo, realizando-se um projecto que se desenvolve num contexto triangular, onde pai e mãe se posicionam no lugar da criança. Segundo Bydlowski (1990;1998), desejar um bebé reenvia factores conscientes (perpetuar a espécie) e inconscientes variáveis e desconhecidos para o indivíduo. Permitindo ter sentimentos onnipotentes de poder, como aquele exercido pelos seus próprios pais, sendo a concretização de uma satisfação narcísica da capacidade de reprodução, da fertilidade corporal, que reenvia sempre sentimentos positivos e agradáveis. Ter um filho é a concretização de um sonho, uma dádiva, é manter a descendência e poder transmitir as regras, as crenças, as tradições familiares. Viver a maternidade/paternidade é um aspecto importante da identidade, um objectivo de vida, mas é também poder ocupar o mesmo lugar que a própria mãe/pai (Bayle, 2008, p. 69,70).

O projecto de criança nasce nos confins da infância quando, por identificação aos pais, a criança, por um processo de imitação, exerce de uma forma lúdica, o papel parental, utilizando as representações que vive no quotidiano da sua relação com os pais. As meninas projectam-se no papel parental mais cedo do que os rapazes “*Elas têm a consciência psicológica do sexo (...) por volta dos 18 meses, e já compreenderam que eram meninas, enquanto os rapazes só o integram por volta dos 22 meses*” (Rufo, 1999). Este desejo de criança comum à menina e ao rapaz começa antes do saber sobre a sexualidade e sobre a procriação (De Mijolla-Mellor, 1999 cit. por Bayle e Martinet, 2008, p. 69).

Segundo Sá, E. (1995), do ponto da Psicologia “*o bebé nasce nos pais antes de nascer num plano obstétrico (...) nasce-se quando se deseja um filho mas também quando não se deseja, logo que se pensa nele*”, ou como refere um provérbio índio: “*o coração vê o bebé primeiro que o olhar*”. Segundo Soulé (1982), “*o fantasma mais profundo não será exactamente o desejo de ter um filho, mas o desejo de possuir o poder de fazer um*” (Navarro, 2006, p.192).

“A nível consciente desejar um filho significa representar-se mãe e pai de acordo com as normas sociais e familiares em que o indivíduo se encontra inserido. Segundo Lebovici (1983), “*ser pai ou*

*mãe corresponde a um desejo e para alguns a uma pulsão universal, que aparece desde a mais tenra idade não só nas raparigas como nos rapazes”* (Canavarro, 2006, p.192).

Segundo Brazelton e Cramer (1986), enquanto que, para uma mulher, ter um filho permite-lhe confirmar a sua fertilidade e capacidade reprodutiva, para um homem confere-lhe a sua potência e o seu poder de engravidar uma mulher. Mas a nível social têm havido várias alterações relativamente ao desejo e valor de ter um filho. Delaisi de Paseval (1989), diz que nos nossos dias ter um filho tornou-se um dever. Símbolo da perpetuação da espécie, a chegada de uma criança representa a identidade sexual, integridade psíquica e a integração social do indivíduo e do casal (Canavarro, 2006, p.192).

Em todas as sociedades é esperado que a mulher se torne mãe, e a mulher sem filhos, é de certa forma marginalizada pelos elementos de algumas sociedades. Nas sociedades europeias este acontecimento é visto como algo banal, a mulher pode escolher livremente o momento da maternidade, no entanto nas sociedades africanas a pressão social é muito forte para que as raparigas garantam a descendência, do com sobretudo com um filho varão. As crianças nas sociedades africanas tradicionais, são consideradas como um símbolo de riqueza e de poder, conferindo uma certa influência, e permitindo o alargamento do clã. A procriação nesta sociedade é tão importante que, mesmo durante a cerimónia de casamento já há preparativos que se destinam a prever e a garantir, a procriação (Bayle e Martinet, 2008, p.70).

Historicamente, a maternidade é considerada o melhor caminho para alcançar a feminilidade. Muitas mulheres associam a fertilidade com a feminilidade, e quando não conseguem engravidar vão sentir-se lesadas na sua auto-estima e na sua imagem corporal de mulher. Levando como consequência a que se desvalorizem, isolem-se dos outros, particularmente das outras mulheres grávidas, levando a que possam ter dificuldades ao nível da identidade individual e sexual (Bayle, 2008, p.71).

Num plano psicológico, a gravidez “é muito menos uterina”, do que eventualmente se supunha, uma mulher engravidada emocionalmente a um ritmo diferente do de uma gravidez obstétrica. A mulher pode engravidar quando imagina vir a ser mãe o que a leva, talvez não só num plano emocional, “mais fértil”. Mas engravidada também, quando deseja um filho e o concebe como uma realidade exequível. “Engravidando ainda mais” quando a gravidez se revela e quando o “sonho” tem um coração que bate, com uma frequência que lhe é própria (Sá, 2004, p. 35).

Uma predisposição emocional para ter um filho pode representar uma forma de gravidez emocional que, por vezes aguarda muitos meses ou anos até, para se concretizar. Certo será que

uma gravidez assim, com alguns anos de espera, será potencialmente mais problemática, uma vez que a dor emocional precisa, às vezes, de muito tempo e de circunstâncias muito reparadoras, que não se adiem interminavelmente, para que possa vir a “cicatrizarse” (Sá, 2004, p. 36).

O amor materno não é apenas instintivo, é sim um sentimento sujeito a imperfeições, dependentes não só da história da mãe como também da história da humanidade. Segundo Winnicott, (1980), o vínculo materno não é algo mecânico, mas sim como uma entidade viva (Freitas, 2000, p. 44).

Kaplan (1994), diz-nos que a criança tem a necessidade de constatar que é objecto de orgulho e de prazer para a mãe, contudo, a mãe também precisa de sentir uma extensão da sua própria personalidade, no seu filho. O instinto e o amor maternos, são componentes diferenciadas do carácter maternal como um todo. O instinto tem origem químico-biológica, juntamente com o mundo psicológico. No entanto, o amor materno é a expressão afectiva directa da relação positiva com o filho, sendo a sua principal característica o amor e a ternura (Freitas, 2000, p. 46).

Quando o curso normal da vida da mulher, é interrompido pela morte de um filho, a dor da mãe é muito intensa. A morte de um filho é um dos acontecimentos mais difíceis de aceitar, perante esse acontecimento, a mãe questiona o que fará sem o filho, que foi tão esperado e acarinhado, para o qual havia sonhos e expectativas. Após a morte a mulher não sabe lidar com tudo isto, mas sobretudo não sabe lidar com o vazio e com a solidão (Freitas, 2000, p. 48).

O tema a abordar nesta tese é o Luto Materno, e como é que este se desenvolve em mulheres que perderam filhos. Pretendemos, perceber o processo de Tornar-se Mãe e deixar de o ser, uma vez que, acreditamos que a mulher antes de se tornar mãe biologicamente, já o é psicologicamente. Assim sendo, iremos analisar como se desenvolve o luto perante o confronto com a perda. Será que a mulher consegue ultrapassar a sua “incapacidade” de falhar como mulher, como criadora.

É precisamente a difícil temática do luto que pretendemos abordar neste trabalho, esperamos no final perceber um pouco mais sobre a forma como o luto é/ou não construído para estas mulheres, e como é encarado o dia-a-dia após uma perda tão pertinente como a de um filho. Será possível alguma vez compreendê-la, talvez não, talvez seja uma perda que leva com estas mulheres um bocado de si mesmas e que as ensina a sobreviver e não a viver, porque para elas a vida perdeu todo o sentido.

*“Ainda que saibamos que, logo após a perda, o estado do luto agudo se minimiza, também sabemos que seguiremos inconsoláveis e que jamais encontraremos um substituto. Não importa quando chegará o vazio, ou se chegará plena ou parcialmente; se permanecerá para sempre, ou se trará algo diferente, E, na realidade, é assim que deve ser. É a única maneira de perpetuar esse amor ao qual não queremos renunciar.”*

Sigmund Freud  
(Na carta endereçada a Binswanger, que perdeu um filho)

## O Luto

O conceito de luto implica um processo dinâmico complexo que envolve a personalidade total do indivíduo e abarca, de um modo consciente ou inconsciente, todas as funções do Eu, as suas atitudes, defesas e em particular, as relações com os outros (Grinberg,2000).

No artigo “Luto e Melancolia”, Freud fez a distinção entre luto normal, que se caracteriza pela reacção à perda de um ente querido, enquanto que em algumas pessoas as mesmas influências produzem melancolia em vez de luto, o que faz com que se suspeite que essas pessoas possuam uma disposição patológica (Freud, 1969, p. 249). No luto o evento decadente é a perda real de uma pessoa significativa; na melancolia, o objecto perdido é mais emocional do que real. Além disso o paciente melancólico sente uma profunda perda de auto-estima, acompanhada de auto-reprovação de culpa. Enquanto que, o enlutado pode manter um sentido de auto-estima razoavelmente estável (Freitas, 2000, p.26).

Para Freud, o luto envolve graves afastamentos daquilo que constitui a atitude normal para com a vida, mas jamais ocorre considerá-lo como sendo uma condição patológica e submete-lo a tratamento médico. No entanto confia que seja superado após certo lapso de tempo, e julga inútil ou mesmo prejudicial qualquer interferência em relação ao mesmo (Freud, 1969, p. 252).

Para o melancólico parece existir uma perda de um objecto inconsciente, fazendo com que se sinta empobrecido e desprezível. O melancólico tem falta de pudor e sente grande necessidade de comunicar os seus defeitos, mediante lamentos, autocensuras e queixas. Deduz-se então que se sofreu uma perda produziu um efeito no seu próprio Eu, uma parte do qual se situa face à outra e avalia criticamente como se a tomasse como objecto. Quando se produz uma desilusão com o objecto, seja de que tipo for, a carga de libido fica retraída no Eu e estabelece-se uma identificação de uma parte do eu com o objecto abandonado. Tal como disse Freud é «a sombra do objecto que cai sobre o Eu». Desta forma, o conflito entre o Eu e o objecto transforma-se agora no conflito entre uma parte do Eu e a instância autocrítica (Grinberg, 2000, p. 76).

Segundo Freud, no luto, o mundo torna-se pobre e vazio, enquanto que na melancolia é o próprio ego que se torna pobre e vazio. Os traços distintivos da melancolia são um desânimo profundamente penoso, a cessação de interesse pelo mundo externo, a perda da capacidade de amar, a inibição de toda e qualquer actividade, e uma diminuição dos sentimentos de auto-estima, ao ponto de encontrar expressão em auto-recriminação e auto-envilecimento, culminando numa expectativa delirante de punição. Todos estes traços são encontrados no luto, à excepção da perturbação da auto-estima. No luto profundo, a reacção à perda de alguém que se ama, encerra o mesmo estado de espírito penoso, a mesma perda de interesse pelo mundo externo (na medida em que este não evoca esse alguém), a mesma perda da capacidade de adoptar um novo objecto de amor (o que significaria substituí-lo) e o mesmo afastamento de toda e qualquer actividade que não esteja ligada a pensamentos sobre ele (Freud, 1969, p. 257).

Assim sendo, para Freud o trabalho de luto consiste em perceber que o objecto amado não existe mais, passando a exigir que toda a libido seja retirada das suas ligações com aquele objecto. Essa exigência provoca uma oposição compreensível, (é facto notório que as pessoas nunca abandonaram de bom grado uma posição libidinal), esta exigência pode ser tão intensa que dá lugar a um desvio da realidade e a um apego ao objecto por intermédio de uma psicose alucinatória carregada de desejo. Cada uma das lembranças e expectativas isoladas através das quais a libido está vinculada ao objecto é evocada e hípercatexizada, e o desligamento da libido realiza-se em relação a cada uma delas. Contudo, quando o trabalho de luto se conclui, o ego fica outra vez livre e desinibido (Freud, 1969, p. 257)

Na melancolia, num conjunto de casos é evidente que também pode constituir a reacção à perda do objecto amado. Onde as causas se podem mostrar diferentes, pode reconhecer-se que existe uma perda de natureza mais ideal. O objecto talvez não tenha realmente morrido, mas tenha sido perdido enquanto objecto de amor. Embora em alguns casos nos sintamos justificados em sustentar a crença de que a perda ocorreu mesmo; noutros não podemos ver claramente o que foi perdido, sendo de todo razoável supor que também o paciente não pode conscientemente receber o que perdeu. Talvez isso ocorra desta forma, mesmo que o paciente esteja conciso da perda que deu origem à sua melancolia, mas apenas no sentido de que sabe *quem* ele perdeu, mas não o *que* perdeu nesse alguém (Freita, 2000, p. 28).

Assim, poderíamos sugerir que de alguma forma a melancolia está de alguma forma relacionada a uma perda objectal retirada da consciência, em contraposição com o luto, no qual nada existe de inconsciente a respeito da perda (Freitas, 2000, p. 28).

## A Perda

Bowlby (1969/1982; 1980) cit. por Canavarro, 2006, a partir da observação sistemática de adultos que tinham perdido (por morte ou separação) figuras de vinculação, conseguiu sistematizar algumas respostas típicas do processo de separação e perda do objecto, que organizou em quatro fases, sendo elas:

1. *Fase de Protesto*: fase dominada pela preocupação permanente com a pessoa perdida, acompanhada de um forte desejo de a reencontrar.
2. *Fase de Desespero e de Desorganização*: etapa que resulta da constatação que a pessoa não vai voltar; caracteriza-se por perturbações do sono e do apetite, isolamento social, profunda solidão e extrema tristeza, apresentando semelhanças com a sintomatologia característica das perturbações depressivas.
3. *Fase de Torpor*: esta fase revela a dificuldade em aceitar a perda e acreditar na sua realidade.
4. *Fase de Reorganização*: fase em que é patente a capacidade em aceitar a perda, reorganizando as representações de si e dos outros (incluindo a pessoa desaparecida) e em reajustar-se à realidade, retomando as actividades rotineiras e reaproximando-se dos outros. Segundo Bowlby (1969/1982; 1980) cit. por Navarro, 2006, a reorganização alcança-se mais facilmente quando existiu uma boa ligação à pessoa perdida (Canavarro, 2006, p. 272).

O contributo de Bowlby (1969/1982; 1980) cit. por Navarro, 2006, para as fases de elaboração do processo de separação e perda do objecto luto, revelou-se fundamental para a descrição e sistematização do processo de luto, e para as formulações teóricas do luto posteriores. As fases de luto de separação e perda acima descritas por Bowlby e que se focam em comportamentos e indicadores observáveis, foram trabalhadas por Ramsey, 1975; Parkes, 1972/1986; Weiner, 1984, permitindo descrições mais sofisticadas e detalhadas do processo intrapsíquico do luto do que as anteriormente descritas por Bowlby. Assim sendo, as principais fases de luto descritas na literatura, propostas por Weiner, 1984, são:

1. *Fase de Choque e Negação*: surge imediatamente após a perda e tem a duração média de um a catorze dias; habitualmente, a pessoa não acredita no sucedido, sentindo-se perdida, só e apática; estão presentes sintomas fisiológicos como a diminuição do apetite, insónias, náuseas e sensação geral de desconforto.
2. *Fase de Desespero e Expressão da Dor*: é notória cerca de duas semanas após a perda; a descrença em relação ao sucedido desaparece, cedendo lugar à consciência da morte ocorrida. Os sintomas depressivos acentuam-se, havendo a ausência de interesse pelas

actividades vitais e a alteração dos padrões normais de comportamento. São frequentes os pensamentos e sonhos sobre a pessoa falecida, em que é investida de qualidades idealizadas e se imagina que ela continua viva; também podem ser registados, ainda que de pesagem, sentimentos como raiva e culpabilização por actos realizados ou não pelo sobrevivente, na altura da morte e/ou dirigidos aos profissionais de saúde envolvidos. Habitualmente, esta fase tem a duração de seis a oito meses.

3. *Fase da Resolução e Reorganização*: caracteriza-se pela progressiva recuperação do interesse pela vida, pelo trabalho e pelas relações pessoais; os padrões de alimentação e sono são restabelecidos. O futuro deixa de aparecer com matrizes tão pessimistas, pois a perda começa a ser aceite, o que atenua os sintomas depressivos anteriormente evocados. A pessoa chora com menos frequência, os sentimentos de vazio e de tristeza são dissipados, assim como as recordações recorrentes do falecido. Esta fase pode durar semanas ou meses (Canavarro, 2006, p. 272, 273).

É ainda de salientar, a considerável variação inter-individual, na duração e sequência das etapas do processo de luto, podendo, inclusive uma etapa sobrepor-se, repetir-se, antecipar-se ou retroceder a uma anterior, ao longo do processo de luto (Keating & Seabra, 1994 cit. por Navarro, 2006, p. 273). A duração deste processo não é fácil de prever, pois há muitos aspectos que poderão concorrer para uma adaptação mais rápida ou mais lenta. Ou seja, há factores de risco que podem prolongar o luto, enquanto que outros (factores de protecção) facilitarão a integração e aceitação da perda (Canavarro, 2006, p. 273).

#### Padrões patológicos de luto e reacção à perda

Ao descrevermos as reacções normais à perda, não podemos deixar a impressão de que todas as pessoas seguem este padrão de resposta, pois podem surgir dificuldades em lidar com a perda, e estabelecer-se formas não adaptativas ao luto, às quais se dá usualmente o nome de processo de luto patológico (Canavarro, 2006, p.276).

A Teoria da Vinculação e da Perda de Bowlby (1969/1982;1980) deu um importante contributo para a compreensão da fenomenologia do processo de luto e das reacções emocionais que acompanham a perda de uma figura de vinculação. Mas, esta teoria também se estendeu à análise das formas atípicas de luto (Canavarro, 2006, p. 276).

No que diz respeito às formas não adaptativas de luto, Bowlby (1980) referiu a existência de respostas que variam do “luto crónico” à “prolongada ausência de respostas de pensar

conscientes” (p. 138). O luto crónico foi caracterizado por uma constante preocupação com a pessoa desaparecida, aliado à incapacidade de retomar o funcionamento normal. Por outro lado, as respostas de evitamento do processo de luto (“da ausência de pesar”, na designação de Bowlby), foram reportadas a pessoas que, após a perda, não expressam tristeza, angústia ou raiva, prosseguindo com as actividades habituais e manifestam, a longo-prazo, dificuldades de adaptação, a nível físico e ou psicológico (Canavarro, 2006, p.277).

Segundo Bowlby (1980), nas respostas de evitamento ao luto, estão em causa dois processos psicológicos distintos, ambos demonstrativos da dificuldade em processar informações e emoções. Deste modo, a ausência da vivência cognitiva e emocional da experiência de perda poderá ser devida à cristalização de memórias e à sua integração nos esquemas cognitivos. Por outro lado, pode ocorrer a dissociação entre as representações da experiência da perda (sob a forma de pensamentos e emoções) e outros produtos mnésicos (como a representação da figura de vinculação ou de outros aspectos com ela relacionados). O contacto com algumas situações de rotina, associadas à figura de vinculação, pode levar à activação das emoções (que o indivíduo se esforça por evitar e, conseqüentemente processar), originando um mal-estar físico e psicológico (Canavarro, 2006, p. 277).

Worden (1991), subdividiu os padrões patológicos de luto descritos por Bowlby (1980), descrevendo quatro tipos mais específicos de respostas de luto não adaptativas: crónicas, atrasadas, exageradas e mascaradas. Segundo o autor, o *luto crónico* persiste durante muito tempo e torna difícil o despenho das tarefas de rotina que integram a vida normal; o *luto atrasado* ocorre quando as respostas são inibidas, suprimidas, adiadas ou não resolvidas; o *luto exagerado* é composto por respostas de intensidade excessiva, que invalidam muito a vida do indivíduo; no *luto mascarado* há presença de sintomas físicos e psicológicos que causam dificuldades ao indivíduo, mas que este não reconhece estarem ligados à perda sofrida (Canavarro, 2006, p. 277).

Os sintomas persistentes de luto são comuns em algumas pessoas que evidenciam determinadas características pessoais, como: traços evitantes ou vulnerabilidades depressivas. Pessoas viveram experiências anteriores de perda ou que têm relações conflituosas ou distantes com o cônjuge, ou com pessoas significativas encontram-se mais vulneráveis a este tipo de reacções (Canavarro, 2006, p. 277, 278).

### O Luto Materno

Ao longo da vida defrontamo-nos com as mais diversas perdas: materiais, financeiras, físicas, profissionais, de posição social e de identidade, entre outras. A perda de uma pessoa com

a qual se mantém vínculos afectivos é uma experiência dolorosa que fere, magoou-a e expõe o ser humano à própria impotência. Desde o momento da concepção até ao da morte, a dor é um amadurecimento pessoal. Na literatura sobre o assunto, os autores afirmam que, embora se possa reagir de modo semelhante a todas as perdas, o luto pela morte de um filho é, em geral o mais intenso. Trata-se da interrupção, de um corte numa sequência esperada. E por ser a morte uma perda sem retorno (Condon, 1998 cit. por Freitas, 2000).

A morte de um filho é um dos acontecimentos mais difíceis de se aceitar (Hofer *et al.*, 1996 cit. por Freitas, 2000).

Quando se perde alguém que se ama, fica uma sensação de apatia, de protesto. Perde-se parte de si mesmo, pode até surgir culpa. Talvez se pudesse ter ajudado a pessoa que morreu, mas não se sabe como. Sente-se solidão e um sofrimento intenso. Sofrimento este, indiscriminado quando se trata de um filho. A mãe questiona-se sobre o que fará sem o seu filho, que foi muito esperado e acalentado, para quem havia sonhos e expectativas. E após a morte como lidar com tudo isso e, principalmente com a solidão, com o vazio? É o que muitas vezes, ao longo da experiência clínica com mães enlutadas (Freitas, 1997 cit. por Freitas, 2000).

A morte de um filho abala o equilíbrio familiar, provocando diferentes reacções entre os membros da família. A mãe frequentemente, sente mais culpa por ter falhado nos cuidados maternos, que podem ter contribuído para a morte do filho. Levando a que as mães enlutadas por vezes enalteçam as qualidades do filho falecido, é como se mais ninguém na família possuísse as mesmas qualidades. Algumas mães jovens tentam ter outro filho a seguir à morte do outro, muitas vezes dando o mesmo nome do filho falecido. É como se o “novo” filho não tivesse identidade nem vontade própria; nasceu apenas para substituir uma pessoa que já morreu (Lazare, 1997 cit. por Freitas, 2000).

Mas, para uma mãe é impossível substituir um filho por outro, mesmo quando já superou a morte do primeiro, após o período de luto. Cada filho é apenas um: o filho. A integração ocorre pela via do sentimento materno (Hofer *et al.*, 1996 cit. por Freitas, 2000).

A ameaça da separação e a morte das figuras de ligação evoca numerosas reacções, dentre as quais são significativas a ansiedade e a hostilidade. Uma vez que a morte é a separação final, muitas vezes há uma busca para restaurar o contacto com a figura de ligação. A hostilidade manifesta-se quando isso é frustrado (Brandon, 1996 cit. por Freitas, 2000).

Existe também uma tendência por parte das mães para supervalorizar as qualidades do filho morto. Muitas vezes, há separações de casais porque a mulher se isola e se retrai. Perante esta situação o marido não suporta e encontra na separação o equivalente a fugir à mulher enlutada (Foley, 1996 cit. por Freitas, 2000).

As reacções de pesar e de luto são fenómenos muito frequentes nas mais diversas sociedades humanas, ainda que delimitados pelas respectivas origens culturais (Albuquerque, Pacheco e Soares, 1986 cit. por Bayle & Martinet, 2008, p. 139).

O luto é então um processo individual que varia de pessoa para pessoa, que em muito deve à relação que o indivíduo tinha com o falecido, a sua idade, sexo, crenças religiosas, experiências anteriores de luto, entre muitos outros factores (Santos, Bayle e Conboy, 2006 cit. por Bayle e Martinet, 2008, p.139). É uma reacção vital inerente à condição humana e representa a resposta à perda do objecto (Saraiva e Ribeiro, 1983 cit. por Bayle e Martinet, 2008, p. 139), durante o qual existem algumas manifestações, como dor e sofrimento, que são comuns à grande maioria dos indivíduos. Estas manifestações passam a não ser comuns quando são intensificadas e prolongadas no tempo, de tal forma que o indivíduo sente a grande sobrecarga e é levado a ter atitudes desadaptadas (Santos e col., 2006 cit por Bayle e Martinet, 2008, p. 139).”

Até aos finais do século XIX, início do século XX, a perda de um filho era vista como um acontecimento comum, uma vez que os casais tinham muitos filhos e a morte de um deles era aceite com mais prontidão do que actualmente. Hoje em dia, as famílias têm menos filhos, algo que permite uma maior intensificação do vínculo entre pais e filhos, a taxa de mortalidade de bebés e crianças, também é menor, fazendo com que os pais estejam menos preparados para a morte dos mesmos. *Na sociedade ocidental, os casais têm tendência a construir pequenas unidades familiares com os seus filhos e a apresentar um menor grau de envolvimento com a família alargada do passado* (Parkes, 1998 cit. por Bayle e Martinet, 2008, p.140).

#### Luto pela perda de um filho

A única frase que demonstra a especificidade e a complexidade do processo de luto de um filho, é: *“When your parente dies, you have lost your past. When your child dies, you have lost your future”* (*“Quando os teus pais morrem, perdeste o teu passado. Quando o teu filho morre, perdeste o teu futuro”*); (Luby, 1977, cit. por Kay et al., 1997, p. 6; cit. por Cabral, 2005 in Leal, 2005, p.68).

De todos os tipos de perdas possíveis, a perda de um filho é aquela que maior sofrimento acarreta, uma vez que vai contra a ordem natural da vida, nenhuns pais esperam que os seus

filhos morram primeiro que eles, a ordem natural seria os pais partirem primeiro que os filhos e não o contrário. No entanto, no luto materno podemos encontrar aspectos comuns, entre todos os outros que caracterizam cada indivíduo na sua vivência pessoal (Cabral, 2005 in Leal, 2005, p. 68).

A perda do filho não é a única perda com que os pais têm de lidar. Os pais enlutados têm de lidar não só com a perda do filho real e amado, como também com: a perda de auto-estima, provocada pelo sentimento de fracasso na protecção dos seus filhos; a perda de estatuto enquanto pais; a perda existencial, enquanto dimensão de continuidade associada aos filhos; e a perda de futuro que ambicionaram e imaginaram para o mesmo (Cabral, 2005 in Leal, 2005, p. 68).

Assim sendo, a morte de um filho provoca nos pais, um estado inicial de choque e negação, que com o passar do tempo se vai transformando num sentimento incapacidade, da sua capacidade básica como pais, uma vez que falharam na sua função de protectores dos filhos. São invadidos por um sentimento de culpa, o que os torna mais vulneráveis a pensamentos obsessivos sobre as circunstâncias da morte, tentando sempre encontrar uma razão ou uma explicação para o sucedido (Shapiro, 1984, cit. por Silva, 1998; cit. por Cabral, 2005 in Leal, 2005, p. 68).

Quando o processo de luto é referente a um filho adulto, é na maioria das vezes, retrospectivo, uma vez que incide sobre as lembranças dessa pessoa no passado. Quando é referente a uma criança, o luto torna-se prospectivo, dado que, juntamente com o filho ocorrem também desejos, esperanças e fantasias de um futuro para o mesmo. Sendo cada aniversário da morte vivido pelos pais com a constante lembrança da idade que o filho teria, caso não tivesse morrido. Prolongando-se assim o processo de luto por tempo indeterminado (Leon, 1990 cit. por Cabral, 2005 in Leal, 2005, p. 68).

### O Luto pela Perda de uma Gravidez

A gravidez é uma transformação biológica, social e pessoal pela qual o indivíduo passa e que o aproxima dos sentimentos, comportamentos e significações que residem no íntimo da natureza humana, algo que torna a gravidez tanto numa experiência gratificante como confusa ao mesmo tempo. A forma como a mulher vivência a gravidez está relacionada com a sua personalidade, o apoio do companheiro, familiares e amigos, os projectos de maternidade e os desejos de gravidez (Correia, 2005 cit. por Bayle e Martinet, 2008, p. 141).

Segundo Sá (2004), existem duas situações em que “*a gravidez na cabeça antecede a gravidez uterina*” (p. 23), é o desejo da mulher em engravidar ou situações de insucesso gravídicos repetidos pela fecundação medicamente assistida (*in vitro*). O autor refere ainda que por vezes é “*a gravidez uterina que antecede a gravidez na cabeça*”, tratando-se então de uma gravidez não desejada. Quando a mulher está apenas “*grávida no útero*”, poderá ver o seu bebé como se ele não existisse, ou aceita-lo apenas com a ideia de poder expressar queixas físicas ou psicológicas, perante si mesma, os outros e a própria vida (sendo visto como um ganho secundário); ou como um bebé intruso, que pode por até certo ponto por em risco a vida da mãe: Para a mulher esta ausência de desejo pela maternidade pode provocar um estado de apatia e de vazio (Bayle, 2004 cit. por Bayle e Martinet, 2008, p. 142).

O processo psicológico de uma gravidez é para o ser humano um processo que ultrapassa em muito as questões biológicas da mesma. Assim sendo, mais do que falar nas implicações da perda de uma gravidez, é necessário falarmos nos são reequacionados quando existe a confirmação de uma gravidez e nos meses posteriores (Cabral, 2005 *in* Leal, 2005, p. 69).

O processo de aproximação da parentalidade de Kay e os seus colegas (2007), pressupõe:

- Sentimentos de procriatividade.
- Sentimentos de continuidade geracional.
- Respostas às aceleradas alterações corporais na mulher.
- Receios e expectativas acerca do esperado bebé.
- O impacto de todo este processo na relação do casal “grávido”.
- As mudanças que o bebé trará e para as suas vidas em geral.
- Ligação aos aspectos reais e idealizados do bebé.
- Construção de uma auto-estima parental: a gravidez pode criar um forte sentimento de valor e contributo pessoal que transcende a própria vida dos pais, um sentido de onipotência e um acréscimo de sentimentos de importância na família e no seu meio social. (Cabral, 2005 *in* Leal, 2005, p. 69)

Tendo em conta todos estes aspectos, é notória a importância da ligação afectiva ao objecto perdido, no que respeita a uma perda gestacional, sendo dado destaque aos aspectos cruciais da ligação e do investimento afectivo na gravidez. Sendo este investimento o principal factor para a compreensão da vivência individual dessa perda (Cabral, 2005 *in* Leal, 2005, p. 69 e 70).

## O fenómeno da Gravidez

A Gravidez foi sempre indispensável à vida humana, facto que não é de admirar uma vez que uma vez que era o tema dos artefactos humanos mais antigos. Os arqueólogos encontraram estátuas de mulheres fecundadas com grandes seios e grandes barrigas, espalhados pelo mundo, presumivelmente porque a gravidez era não só um objecto de adoração mas também porque a deusa fértil era considerada uma divindade poderosa (Colman & Colman , 1994, p. 17).

“Embora muitas mulheres experienciem a gravidez como o auge das suas vidas, a nossa sociedade não venera uma mulher grávida como o máximo, em termos de poder feminino.” Ter um bebé nunca foi considerado como fácil, mas sempre foi referenciado como importante, quando uma mulher escolhe ser fértil e procriar entra num domínio que vai além da sua experiência pessoal e que a liga ao colectivo (Colman & Colman , 1994, pp.17,18).

A mulher descobre que a sua gravidez não é apenas algo que lhe está a acontecer pessoalmente, mas que tem um significado também para os outros, que nem sempre é compatível com a experiência interior da mulher. A gravidez dimensiona os papéis e as relações da mulher num novo contexto, torna-a mais dependente da ajuda de um sistema social e cria-lhe necessidades intensas de apoio amoroso, atenção e aceitação por parte dos outros. A forma como a sociedade a olha pode afectar profundamente a sua experiência. Por vezes as mulheres grávidas são tidas como poderosas e férteis, outras vezes como vulneráveis ou até mesmo doentes. O significado de uma gravidez muda com o tempo no interior de uma cultura, para além de que as subculturas sustentam significados alternativos dentro de uma cultura mais ampla (Colman & Colman , 1994, pp. 18,19)

Cada gravidez é única e cada mulher reage à sua maneira à sequência perfeita dos acontecimentos fisiológicos da sua gravidez. A mesma mulher pode reagir de forma diferente a cada gravidez que tenha, no entanto há uma certa qualidade da experiência interior que parece ser característica do estado de gravidez. Esta qualidade com que todas as grávidas se deparam faz que a até certo ponto a gravidez se torne um momento diferente de qualquer outro na vida. São estes os aspectos arquetípicos da gravidez e a combinação misteriosa de factores biológicos e sociais que parecem ser libertados sequencialmente à medida que nos embrenhamos no ciclo da vida e que subtilmente influenciam o nosso desenvolvimento de um estágio para o outro (Colman & Colman , 1994, p. 31).

*“Universalmente, as mulheres vivem a gravidez como um acontecimento tanto psicológico como físico. Nem poderia ser de outro modo. Mudanças na imagem do corpo, secreções de hormonas, e a confusão de apoios*

*circundantes em mudança e expectativas culturais são inevitavelmente espalhadas na psique, na vida mental da mulher grávida. Mudanças na identidade vão de mãos dadas com mudanças no corpo e nos papéis sociais. O processo pode ser suave ou violento, fonte de confiança ou assustador, feliz ou triste, mas é seguramente mudança”* (Colman & Colman , 1994, p. 31).

A realidade psicológica da gravidez não é sobreponível aos acontecimentos fisiológicos, por vezes pode haver quem se sinta psicológica e emocionalmente grávida antes da concepção ter ocorrido, ou com menos frequência haver quem possa estar psicológica e emocionalmente alheio da gravidez até o bebê nascer. Acreditamos que em circunstâncias normais, corpo e espírito estarão em sintonia. No entanto, são poucas as vidas normais, uma vez que no fim da gravidez, as exigências do corpo são tão intensas, que certamente o espírito vai ser influenciado. No princípio da gravidez há mais espaço para a variação individual (Colman & Colman , 1994, p. 57).

#### Aborto Espontâneo

A maior parte dos abortos espontâneos ocorre durante o primeiro trimestre. Para os leigos, um aborto espontâneo pode parecer comum e previsível, mas apenas um em cada três óvulos fertilizados se desenvolve em pleno até ao nascimento. Muitos não conseguem implantar-se e por isso nunca chegam a gerar uma gravidez, no entanto muitos mais não conseguem sobreviver aos primeiros três meses de gravidez. Contudo, para uma mulher que passa por um aborto espontâneo, esse acontecimento pode ser difícil e até mesmo trágico, especialmente para mulheres que já tenham conceptualizado o produto do seu útero como uma pessoa real, como a sua criança amada, o aborto é equivalente à perda de um bebê (Colman & Colman , 1994, p. 64).

O aborto espontâneo é muitas vezes acompanhado de desgosto e, se for aceite, de depressão e de desespero. Juntamente com a perda existe um sentimento de inadequação, de que qualquer coisa de errado se passa com os órgãos reprodutivos, transformando-se num medo e ansiedade que acompanhará as gravidezes subsequentes. Para uma mulher que já sofreu um aborto espontâneo, o primeiro trimestre (e particularmente o período em que a primeira perda ocorreu) da gravidez seguinte pode ser extremamente tenso. Uma mulher que já teve um ou mais abortos pode de forma consciente ou inconscientemente, sentir que apenas consegue criar morte ou coisas más ou estragadas. “Esta convicção pode invadir o sentido de si própria, em todas as áreas e pode projectar-se sobre qualquer bebê que ela, por fim, leve avante. Uma mulher com tais antecedentes pode alarmar a família ao ficar deprimida, rígida, repulsiva com um sentimento de culpa e com medo de se ligar a um bebê que ela procura ter, tão desesperadamente, há tantos

anos. Ela precisa de ajuda para julgar convenientemente os seus medos inconscientes” (Colman & Colman , 1994, pp. 64,65).

### Morte perinatal

Entende-se por morte perinatal, o período de tempo que decorre entre as 20 semanas de gravidez e os primeiros 7 dias após o nascimento, ainda que se possa abranger também um período mais lato – da fecundação até aos primeiros 28 dias de vida (Biscaia, 1996 cit. por Navarro, 2006 p. 260). Sendo nesta altura que findam grande parte das adaptações do recém-nascido à vida extra-uterina (Navarro, 2006 p. 260).

Distinguem-se alguns tipos de perdas, por morte infantil, ocorridas no período perinatal: morte fetal, morte à nascença e morte neonatal. Cada uma destas situações está ligada a vivências diferentes, mas todas elas implicam reacções que dependem de interacção entre diversas dimensões que pertencem a três personagens principais: os pais, o bebé e os outros. Estes aspectos são sintetizados na Figura 1 (Navarro, 2006 p. 261).

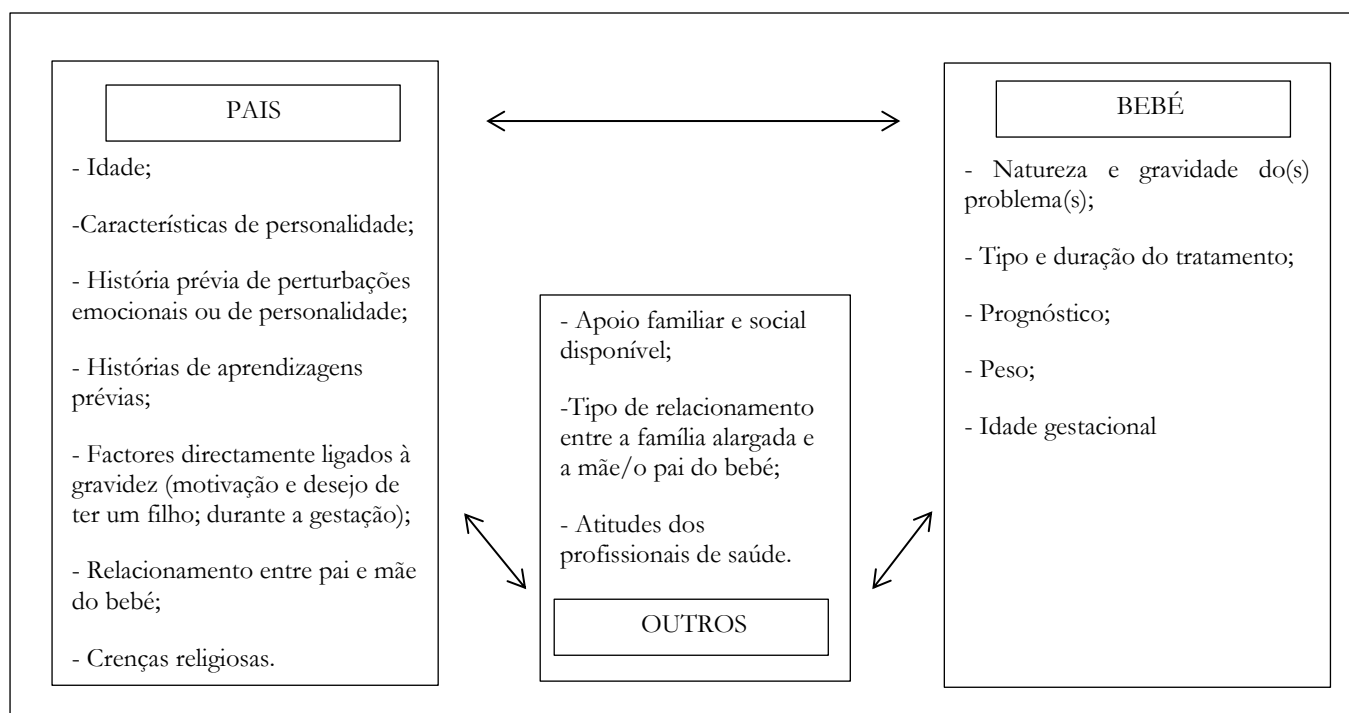


Figura 1. Factores que influenciam a reacção emocional à perda perinatal (Navarro, 2006 p. 261).

Os significados atribuídos à perda e às reacções da mesma, apresentam considerável heterogeneidade individual. No pólo dos pais, dependem outros aspectos para além daqueles referidos na Figura 1, sendo eles: as atitudes e expectativas face à gravidez e à

maternidade/paternidade, as suas experiências prévias de vida, a existência de apoio familiar e social e da etapa do ciclo de vida em que ocorrem (Brien & Frairbain, 1996; Brockington, 1996 cit. por Canavarro, 2006 p. 262).

Devido à atribuição de diferentes significados à gravidez e à maternidade/ paternidade, as perdas são consideradas acontecimentos complexos e multidimensionais (Speckhard, 1997 cit. por Navarro, 2006 p. 262). Estes acontecimentos são complexos porque incluem processos ligados à percepção da perda ou da sua ameaça, quer se trate de uma perda física, quando gravidez é interrompida ou há morte do bebé, e/ou de uma perda psicológica, nas situações em que há diagnóstico pré-natal de malformação. E multidimensionais porque transcendem o sentimento de perda por morte ou malformação de um bebé, qualquer que seja a sua fase de desenvolvimento e tenha ou não nascido, colocando igualmente em causa aspectos como a relação afectiva entre os pais do bebé, tais como: o receio da perda de controlo, a (im)possibilidade de uma nova gravidez, alteração do auto-conceito físico e psicológico, a perda do sentimento de invulnerabilidade pessoal e o fim da crença num mundo ordeiro e justo (Canavarro, 2006 p. 262).

Uma perda para além de envolver grande sobrecarga psicológica, que por si só merece atenção do ponto de vista clínico, poderá ainda precipitar em pessoas vulneráveis, perturbações emocionais (Bluglass, 1984; Sepckhard, 1997; Schut & Stroebe, 1998 cit. por Canavarro, 2006 p. 262).

#### Morte Fetal

O conceito de morte fetal, refere-se tradicionalmente à morte do bebé durante o último trimestre da gravidez (*in utero*). No entanto, segundo Corr, Nabe e Corr (1994), a designação deverá estender-se até ao momento do parto, englobando a morte do bebé que ocorre durante o trabalho de parto (Canavarro, 2006 p. 263).

Apesar de não existir uma relação linear entre o tempo de gestação e o impacto da perda, estando o resultado emocional dependente de variáveis, como: a ligação ao bebé e o investimento na gravidez, as perdas ocorridas durante o último trimestre de gravidez têm, habitualmente mais impacto do que as que sucedem anteriormente. Para este facto concorrem aspectos ligados às variáveis mediadoras mencionadas, como: estreitamento da comunicação mãe/bebé, através da sequência de movimentos fetais; maior percepção física do bebé (volume da barriga) e aumento das expectativas sobre a prestação de cuidados. Inicialmente, considerava-se que estas experiências tinham um impacto psicológico mínimo nos pais, em virtude do escasso tempo

ocorrido para o estabelecimento de laços afectivos com o bebé. Tal como foi referido, a ligação materna ao bebé surge muito precocemente podendo a sua perda ter grande impacto emocional. É ainda de salientar que, mesmo quando o bebé não sobrevive, é esta ligação afectiva que a ajuda a que a mãe se adapte à perda, através do desenvolvimento adequado do processo de luto (Canavarro, 2006 p. 263).

As perdas experienciadas pela mãe e pai, durante a gravidez e puerpério geram respostas emocionais específicas, cuja natureza abarca várias manifestações:

- As perdas afectivas: sentimentos e emoções como: a tristeza a solidão, a culpa, a raiva, a ansiedade, a apatia, o choque, o desespero e o desamparo.
- As perdas comportamentais: aspectos observáveis do comportamento, como: a agitação, a fadiga, o choro, o isolamento, o evitamento ou propositadamente procurar locais ou guardar objectos que lembrem a criança.
- As perdas cognitivas: pensamentos que traduzem preocupações com a criança, sensação da presença da criança, associada a alucinações visuais (ver o bebé) ou auditivas (ouvir o choro do bebé), baixa auto-estima, falta de memória, dificuldades de concentração.
- As perdas fisiológica: perda de apetite, insónia, queixas somáticas (por exemplo: dores abdominais, sensação de aperto no peito).

Para além destas, podem surgir outras dificuldades, nomeadamente, ao nível das relações interpessoais (com familiares, amigos, colegas) ou em termos espirituais e religiosos (Canavarro, 2006 p. 271).

As respostas emocionais, anteriormente mencionadas, estão associadas ao trabalho de elaboração psicológica da perda, conhecido por processo de luto. O processo de luto é um trabalho pessoal de adaptação à perda, é uma experiência profunda e dolorosa, que implica sofrimento, mas também a capacidade de encontrar alguma esperança, conforto e alternativas de vida significativas (Corr, Nabe & Corr, 1994 cit. por Canavarro, 2006). É através do luto que aprendemos a lidar com a morte, com as perdas em geral e com o sofrimento gerado por elas. É ainda de salientar, que o período de dor e sofrimento, corresponde ao luto por uma perda, é normal e deve ser encarado como saudável e necessário. É a sua ausência que merece atenção, pois, como iremos ver, pode indiciar a presença de uma perturbação psicológica. (Canavarro, 2006, p. 271).

A reacção inicial à morte de um bebé, durante a gravidez, o parto ou as primeiras semanas de vida, é diferente da reacção à morte de um filho mais velho. Ainda assim, este aspecto não é linear, uma vez que, à duração da relação sobrepõem-se o peso da natureza e qualidade dos laços que unem os pais aos seus filhos. Geralmente, a morte perinatal e a tomada de conhecimento de uma anomalia são repentinas e inesperadas, os elementos de choque e negação estão, habitualmente presentes, embora se possam manifestar com maior ou menor intensidade. A altura em que é comunicada aos pais a morte do bebé ou o conhecimento da existência de uma anomalia, é descrita pela mãe como uma sensação de torpor e de irreabilidade (*isto não pode ser verdade!; isto não pode estar a acontecer!*), o que a leva, muitas vezes, a sentir-se incapaz de prosseguir com a vida e com as actividades diárias mais básicas. Este estado de incredulidade pode permanecer durante dias ou semanas (Canavarro, 2006, p. 273,274).

A auto-culpabilização e recriminação, podem surgir em mulheres que acreditam ter sido punidas por actos, tais como: fumar, beber, trabalhar em demasia, não seguir as instruções médicas; pensamentos ou sentimentos (ex. não desejar o filho). O mesmo acontece com mulheres que relatam alguma ambivalência entre a rejeição da gravidez e o desejo da maternidade, pela coexistência entre o ressentimento pelas perdas impostas pela gravidez e os sentimentos de afecto e afiliação feto/bebé. No entanto, mesmo nas situações em que há uma grande ambiguidade na afiliação ao bebé, dentro da unidade familiar, a ruptura da relação precoce pode ser muito dolorosa e difícil de suportar (Canavarro, 2006, p. 274).

A progressiva constatação de que é impossível voltar atrás e evitar a perda conduz muitos pais a questionar a sua própria identidade: “Se o meu filho morreu, o que sou eu?”... “Serei mãe/pai?” – que nome dar a estes pais que não o chegaram a ser ou o foram por tão pouco tempo? (Canavarro, 2006, p. 274).

Ao mesmo tempo, estas pessoas colocam em causa a sua capacidade para lidar com os problemas, para consolar o companheiro, para criar os outros filhos, é como se a perda sofrida tivesse anulado as suas aptidões, as suas qualidades e as suas forças, obrigando-os a reconhecer as suas fragilidades e impotência, uma vez que não conseguiram evitar a morte do filho. Os pais sentem-se confusos, desorientados e derrotados, o que os leva a descompensar emocionalmente ao mínimo esforço ou sobressalto. Estes sentimentos são semelhantes aos de quem vagueia por uma região agreste, desconhecida e caótica, sendo incapaz de se orientar e encontrar um caminho, um rumo (Coor, Nabe & Corr, 1994 cit. por Canavarro, 2006, p. 274).

Para a maioria dos pais, podem surgir muitas vezes sentimentos de raiva, dirigidos por vezes a ninguém em particular, ou outras a alguém em concreto, ou até mesmo ao bebé. Este é também um período propenso a crises depressivas e de ansiedade, que são por vezes despoletadas por acontecimentos/incidentes sem importância, tais como entornar o leite, encontrar um objecto do bebé, ouvir uma música especial ou na altura do regresso a casa, o confronto com estímulos associados ao bebé (*e.g.*, roupas, brinquedos, berço). Nem sempre estas reacções depressivas conduzem a situações com relevância clínica, como perturbações depressivas, apesar dos seus pontos em comum, uma vez que, como parte da resposta adaptativa de luto, algumas pessoas apresentam sintomas característicos de um episódio depressivo. Efectivamente, é possível estabelecer uma relação entre as manifestações afectivas da reacção de luto e os sintomas clínicos da depressão, isto porque, ambos são reacções (esperadas) a uma perda, qualquer que seja a sua natureza e envolvem sintomas, como: falta de energia e desinteresse pelos estímulos exteriores (Canavarro, 2006, p. 274, 275).

Muitas mulheres recusam a procura de apoio, deixando que os sintomas se agravem, e que eventualmente podem levar à constituição de quadros clínicos de depressão e/ou a comportamentos aditivos como o consumo de bebidas alcoólicas ou de medicação não prescrita, entre outros comportamentos de risco. Normalmente, é um familiar que se apercebe da gravidade dos sintomas e que leva a mulher a procurar ajuda especializada. Raramente é o cônjuge que pede a intervenção, até porque é a ele que são muitas vezes dirigidas acusações, donde surgem discussões sobre o que poderia ter sido feito, o que leva a uma inevitável deterioração do relacionamento (Bluglass, 1984 cit. por Canavarro, 2006 p. 275).

Embora, actualmente, a vivência masculina das emoções seja cada vez mais socialmente aceite, ainda permanece a crença cultural dos familiares, amigos e por vezes, dos próprios profissionais de saúde, de que só as mães sofrem, uma vez que era a elas que o bebé estava biológica e emocionalmente ligado, e mesmo que o pai esteja a sofrer, não o deve demonstrar (“Um homem não chora”). Stinson e colaboradores (1992), mostraram que, nas situações de perda por abortamento espontâneo, gravidez ectópica, morte à nascença e morte neonatal, os homens sofrem intensamente mesmo que não o expressem intensamente, mesmo que não o expressem abertamente, pois é comum que ocultem a dor e não expressem os seus sentimentos. À cerca deste tema, Bluglass (1984), refere que os pais que sofrem a perda de um filho são propensos ao abuso de bebidas alcoólicas, comportamento que reflecte um modo de lidar passivo e de evitamento do problema (Canavarro, 2006, p. 276).

O percurso psicológico que culmina na aceitação da perda e restituição do equilíbrio emocional, é muito extenso, complexo e requer muito tempo, mas também requer muita coragem e resistência. A recuperação de uma perda exige a activação de recursos pessoais e relacionais, que nem sempre estão disponíveis, ou são os mais adequados ao trabalho de luto. Lasker e Toedter (1991), demonstraram que após uma morte perinatal, a existência de estratégias de *coping* adequadas, constitui um bom factor de protecção contra a depressão crónica (Canavarro, 2006, p. 276).

A perda de uma figura de grande investimento afectivo é um acontecimento muito perturbador, podendo em alguns casos tornar-se uma experiência traumática. No entanto, nem todas as perdas precoces são traumáticas, podendo no entanto ser potencialmente traumatizantes, que dependem de certos factores, como, o grau de ligação materno-fetal, o carácter repentino e inesperado do acontecimento, e acima de tudo o significado atribuído à experiência. O que significa que, a experiência traumática nunca está pré-programada (Canavarro, 2006, p. 278).

## METODOLOGIA

### *Delineamento*

Este trabalho é um qualitativo comparativo, sendo composto por quatro mulheres (N=4), divididas em dois grupos: grupo 1 – mães que não perderam o bebé ( $n = 2$ ); grupo 2 – mãe que perderam um bebé ( $n = 2$ ).

Um estudo qualitativo comparativo tem um objectivo claro e definido, fazendo a concordância entre aquilo que se pretende estudar, e o método ou o objectivo proposto. Criando desta forma informações válidas e relevantes, é também um estudo realista, concebido tendo em conta, tanto as limitações práticas de tempo e dinheiro, como a realidade do contexto de pesquisa e definição.

Maxwell (1996), identifica os componentes-chave que devem influenciar um projecto de pesquisa, salientando que as relações entre eles são elásticas e não-lineares, tendo o delineamento global de ser modificado em relação com a pertinência da pesquisa. A investigação social será sempre feita por um elemento desconhecido, caso contrário será simplesmente repetir o que já estava estabelecido (Pole e Lampard, 2002), sendo objectivo fundamental da pesquisa qualitativa, poder explorar problemas inesperados, à medida que vão surgindo. A pesquisa qualitativa, não é então, uma etapa fácil de concluir no princípio de um estudo: é um processo contínuo que requer

constante revisão das decisões e abordagens, não podendo nunca ser substituído por projecto rigoroso.

### *Procedimento*

Para a realização desta tese de mestrado, foram contactadas mulheres que tivessem tido uma gravidez normal, com o objectivo de perceber quais os processos psicológicos e biológicos inerentes à gravidez, tal como, para perceber que tipo de sentimentos e mudanças estão associados ao fenómeno de se tornarem mães. E, mulheres que tinham tido abortos espontâneos, com o intuito de perceber como é que as mulheres reagem à perda de um feto, como fazem o processo de luto, como lidam com a maternidade interrompida e como lidam com as possíveis futuras gravidezes e com o desejo de serem mães.

Por forma a encontrar mulheres que sofreram abortos espontâneos, foi contactado o Projecto Artemis, uma instituição que apoia mulheres que sofreram perdas gestacionais. O fórum, do Projecto Artemis é um local onde mulheres que sofreram estas perdas, se podem “encontrar” virtualmente, trocando as suas experiências das perdas e de sucesso na gravidez após as perdas, ganhando esperança e força para alcançarem o sonho de se tornarem mais.

A amostra não fácil de conseguir, pois quando foi feito o apelo no fórum para a colaboração neste projecto, muitas foram as respostas positivas e de interesse mas, no entanto, quando chegava a altura de agendar as entrevistas, muitas mulheres acabam por desistir ou por deixar de responder aos *emails*.

Cada uma das mulheres, leu e assinou uma Carta de Consentimento Informado (Anexo III), onde estava descrito o objectivo da tese, uma vez que as entrevistas foram feitas com recurso a gravação áudio, estava também descrito que todos os dados seriam anónimos, confidenciais e seriam utilizados apenas durante a realização deste trabalho.

### *Instrumento*

Foram criados dois guiões de entrevistas (Anexo I e II), um para a gravidez normal e outro para a perda gestacional. As entrevistas, estavam divididas em 3 partes distintas: Parte I – Antes da Gravidez, Parte II – Durante a Gravidez e Parte III – Após a Gravidez; Parte III – A Perda.

O tipo de entrevista utilizada foi, a Entrevista como Narrativa. Este tipo de entrevista, inscreve-se na assunção prévia, de chegar a uma qualquer descrição ou informação, verdadeira ou

factual, através do questionamento de indivíduos, recorrendo a técnicas narrativas em que é pedida a reconstrução de um acontecimento ou de um momento relevante (Geiselman e Callot, 1990; Memon, Wark, Bull e Koehnken, 1997; Milne, 1997, cit. por Leal, 2008, p. 28).

Nestas entrevistas os indivíduos são questionados, para que prestem informação ou cheguem a um qualquer conteúdo, que se supõem que possuam. Este objectivo, vai de encontro à questão da impossibilidade do apagamento do entrevistador, enquanto estímulo directo à qualidade e direcionalidade dos conteúdos. Pode ainda dizer-se que estas narrativas, nunca podem ser consideradas neutras, objectivas ou factuais, uma vez que decorrem num tempo, espaço e clima emocional com uma enorme capacidade de influência (Leal, 2008, p. 28).

#### *Descrição das participantes*

Foram entrevistas duas mulheres que tiveram gravidezes normais, e duas mulheres que sofreram perdas gestacionais. Uma vez que as entrevistas são confidenciais, decidimos distinguir estas mulheres como: Sujeito A, B, C e D (Anexo IV).

- GRAVIDEZ NORMAL

#### **Sujeito A**

Idade: 37 anos

Estado Civil: Casada

Profissão: Farmacêutica

Tem uma filha (2 meses).

#### **Sujeito B**

Idade: 36 anos

Estado Civil: Casada

Profissão: Bailarina/ Ensaidora

Tem dois filhos (5 anos/2 anos)

- ABORTO ESPONTÂNEO

#### **Sujeito C**

Idade: 31 anos

Estado Civil: União de facto

Profissão: Administrativa

Sofreu duas perdas no primeiro trimestre da gravidez e uma perda no segundo trimestre. Actualmente tem uma filha (4 meses).

### **Sujeito D**

Idade: 27 anos

Estado civil: União de facto

Profissão: Educadora/Instrutora de Natação

Sofreu uma perda no primeiro trimestre da gravidez. Ainda não conseguiu engravidar novamente desde então.

### **ANÁLISE COMPREENSIVA**

Este estudo foi feito, a partir da análise do que estava descrito na literatura sobre o processo de se tornar mãe, numa primeira fase, e de como é feito o processo de luto em mulheres que perderam filhos, numa segunda fase. Assim sendo, foi feito um paralelismo entre o que estava descrito na literatura, e o que as mulheres entrevistadas descreveram, quer do processo de se tornarem mães, quer da reacção e aceitação da perda de um filho.

Deste modo, passamos à análise das duas fases, em que vai ser possível perceber por que tipos de processos passam as mulheres que tiveram e que não tiveram um bebé.

#### **1. Aspectos Psicológicos da Gravidez – ou “Tornar-se Mãe”**

Muitas vezes a gravidez e a maternidade, são pensados como acontecimentos de vida, no entanto a gravidez transcende o momento da concepção e a maternidade transcende o momento do parto. O que faz com que a gravidez e a maternidade sejam processos dinâmicos de construção e desenvolvimento, em vez de acontecimentos com durações temporais diferentes (Canavarro, 2006, p. 19).

A Gravidez é um processo que corresponde a um período que decorre entre a concepção e o parto, bem definido temporalmente, pois tem a duração de cerca de 40 semanas. A maternidade por sua vez é um processo que ultrapassa a gravidez, sendo por isso um processo a longo prazo, para toda a vida (Canavarro, 2006, p.19).

Tornar-se pai e mãe é um processo de continuação de ciclo. Durante a gravidez, a mulher é mãe e criança numa só entidade física. A mãe está sob a custódia da sua própria consciência e o feto está em desenvolvimento constante no sentido da separação e da formação da crescente individualização (Colman & Colman, 1994, p.29).

Para a mulher cada gravidez é única, o que a faz reagir de forma única aos acontecimentos fisiológicos da mesma, podendo este processo ser diferente, de cada vez que a mulher engravida. No entanto, a parece existir uma qualidade, característica do estado gravídico. Qualidade esta, com que todas as grávidas se deparam e que faz da gravidez um acontecimento diferente de qualquer outro (Colman & Colman , 1994, p. 31).

A gravidez é vivida universalmente pelas mulheres, como um acontecimento tanto psicológico, como físico. As mudanças ao nível da imagem corporal, das alterações hormonais e na confusão de apoios envolvidos em mudanças constantes e expectativas culturais, são inevitavelmente reflectidas na psique, da vida mental da mulher grávida. Mudanças na identidade, acontecem ao mesmo tempo que as mudanças no corpo e nos papéis sociais (Colman & Colman, 1994, p. 31).

***“Senti-me super preenchida, saber que somos capazes, que esse milagre se vai dar, e que esse sere se vai gerar dentro de nós, é fantástico. Vai para além de todas as palavras, porque é uma enorme alegria, é a pessoa sentir-se mais completa, sentir o milagre a acontecer ali à nossa frente, sentir a família a crescer são muitas emoções ao mesmo tempo” – Sujeito A***

Aos olhos de outra pessoa, uma mulher grávida pode não parecer muito diferente, e até ela mesma pode não admitir sentir-se muito diferente. No entanto, a mulher grávida embarcou numa jornada de enorme mudança interna e externa, que a levará a uma transformação social e pessoal (Colman & Colman, 1994, p. 32).

***“Durante a gravidez é uma ligação muito forte, mas uma pessoa nunca sabe bem o que é amar um filho, sabe o que é cuidar dele, sentimo-nos acompanhadas a toda a hora, principalmente quando eles começam a mexer. Mas o que pensamos é muito, que bom que vou ter um filho, mas será que vou ser capaz de cuidar dele, de estar à altura de todas as necessidades dele?” – Sujeito B***

Uma mulher grávida, pode reconhecer desvios nas suas reacções emocionais ou no seu mundo perceptivo apenas quando, esses acontecimentos começam a afectar os outros à sua volta. O facto de chorar com mais facilidade ao ver filmes, de reagir mais efusivamente a um acontecimento banal na sua vida doméstica, de ter rápidos acessos de ansiedade sem aparente fundamento e de mudança repentina de humor, são acontecimentos conhecidos como “labilidade emocional” (Colman & Colman, 1994, p. 32).

*“A labilidade emocional é uma condição psicológica caracterizada por uma vasta série de estados desespírito que variam rapidamente em resposta a situações que geralmente não despoletariam tais reacções. Os altos e*

*baixos emocionais de uma mulher grávida são frequentemente de maior dimensão do que o habitual. Podem subir ou descer rapidamente e passar de um extremo ao outro a um ritmo que pode ser confuso e angustiante para ela própria e para os que lhe são próximos”* (Colman & Colman, 1994, p. 32).

Em algumas mulheres esta labilidade emocional poderá ser mais acentuada, do que noutras, dependendo muito da estrutura da sua personalidade, do tipo de *stress* a que estão expostas, e da qualidade de apoio efectivo que recebem. As mudanças hormonais podem também desempenhar um papel importante nesta labilidade emocional, podendo ser muito diferentes de gravidez para gravidez. Todas as mulheres grávidas, sofrem deste estado emocional alterado, embora muitas delas pareçam não estar conscientes disso (Colman & Colman, 1994, p. 33).

***“Sentia muito medo, eu ia para a ecografias e passava uma etapa, pronto está tudo bem. Mas aquela passava e eu ficava aliviada durante dias, e depois voltava tudo ao mesmo. Ficava preocupada e ansiosa com a ecografia seguinte, e pensava, será que na próxima vai aparecer alguma coisa?”*** – Sujeito B

A realidade psicológica da gravidez não pode ser sobreposta aos acontecimentos fisiológicos. Muitas mulheres podem sentir-se psicológica e emocionalmente grávidas antes da concepção ter acontecido, ou, mais raramente haver mulheres que possam estar psicologicamente e emocionalmente alheias da gravidez até o bebé nascer. No entanto, em circunstâncias normais corpo e espírito estarão em sintonia, mas poucas são as vidas óptimas. No final da gravidez, as exigências do corpo são tão intensas, que o espírito acaba por ser influenciado, o que faz com que no início da gravidez haja mais espaço para a variação individual (Colman & Colman, 1994, p. 56).

O calendário psicológico da gravidez nunca será tão preciso como a sua contrapartida física, não é possível saber quando ou se cada mulher está a pensar na sua relação com a mãe, preocupada com o parto, obcecada com o seu peso, como se sabe exactamente quando o coração do feto começa a bater ou quando o colo do útero está maduro. Não é possível medir a ligação de confiança da mulher em relação ao marido, ou a sua rejeição em relação ao bebé, da mesma forma como se mede a pressão arterial ou se detecta um edema (Colman & Colman, 1994, p. 56).

Bibring, Dewer, Hunting e Valenstein (1961), introduziram a noção de que durante a gravidez ocorreria uma sequência de fases de desenvolvimento psicológico. Colman & Colman (1973), denominaram esta sequência de fases, por: Integração, Diferenciação e Separação, fazendo a sua correspondência aos três trimestres de gravidez.

## 2. Fases do desenvolvimento psicológico da gravidez

*“Uma mulher descobre que está grávida. Tendo-se estabelecido no espaço uterino, o minúsculo óvulo fertilizado terá uma influência de longo alcance ao conduzir a mulher às profundezas do seu espaço psíquico, arreigando poderosas imagens inconscientes da sua história interior que começam a aparecer nos sonhos, fantasias e vida emocional”*

Joan Raphael-Leff

## 2.1 Fase de Integração – Primeiro trimestre da Gravidez

Na fase de Integração, que diz respeito ao primeiro trimestre da gravidez, a mulher deverá aceitar que está grávida, ou seja, integrar a gravidez em si mesma.

Quando a gravidez está confirmada e aceite, mantê-la pode ser a preocupação seguinte. Para a mulher grávida e para o seu companheiro, a tarefa mais importante do primeiro trimestre é aceitar a realidade da concepção, e para a mulher será lutar com o corpo e com tudo o que isso implica. Neste estágio precoce de desenvolvimento, o feto não consegue viver fora do útero, pois têm apenas algumas semanas de fertilização (Colman & Colman, 1994, p.60).

***“Do primeiro filho senti uma grande emoção por estar grávida, mas uma pessoa nunca está preparada para o que aí vem. Do segundo filho, as coisas já são bem diferentes, é pensar que vem aí outro ser, que é um amor incondicional, e só se percebe isso depois de se saber o que é ser mãe”.*** – Sujeito B

Segundo o geneticista Clifford Grobstein, nas duas primeiras semanas depois da fertilização, antes da implementação *“não há embrião, e o futuro das células que virão a ser embrião não está ainda estabilizado. Qualquer uma delas, se separada das outras, podia conceivelmente produzir um indivíduo completo. É por isso que eu penso ser importante e correcto chamar este estágio inicial de pré-embrião”* (Colman & Colman, 1994, p.60).

Grobstein diz ainda que a gravidez não começa senão após a implementação, que dará início às alterações hormonais na mulher. Esta distinção tão precisa nas primeiras semanas é fundamental para os casais que esperam ansiosamente para saber se iniciaram, ou não, o processo de fazer um bebé (Colman & Colman, 1994, p.60).

A primeira preocupação deverá ser a própria gravidez, que precisa de ser assegurada e confirmada, as vezes que forem necessárias. A falta de menstruação, enjoos matinais, labilidade emocional e cansaço podem dar garantia de que a gravidez é real (Colman & Colman, 1994, p.61).

Por vezes a mulher pode não acreditar ou nega a gravidez, o que não significa necessariamente um problema no início da gravidez. A negação da gravidez é muitas vezes

baseada no medo, o que faz com que uma mulher que nega ter medo, possa estar a exprimir um conflito interno e esteja a criar mais ansiedade do que a dar passos para a reduzir. Mulheres que desejam muito ter um bebé, mas que têm medo de ter um aborto, estão compreensivelmente receosas em investir emoção na gravidez e têm medo de acreditar que vão mesmo ter um bebé, até ao segundo trimestre (Colman & Colman, 1994, p.61).

***“Vivi os dias mais felizes da minha vida, andava super feliz, mas a partir da décima semana, comecei a andar muito nervosa com medo que algo não estivesse bem. O apoio do meu marido foi total, apesar de ele na altura estar muito receoso e incrédulo, parecia que ainda não tinha acreditado que tínhamos conseguido, estava a defender-se caso desse mau resultado” – Sujeito D***

O primeiro trimestre, em circunstâncias normais, é um período de alegria, é altura em que o segredo do útero está bem escondido dentro da mulher, em que pode partilhar a gravidez selectivamente com aqueles a quem escolheu contar. É uma mudança interior do corpo, em que a mulher pode passear na rua e ver grávidas “verdadeiras”, e saber o que elas não sabem, que ela também é uma delas. Se têm enjoos, ou se se sente mais cansada, isso é um motivo de felicidade pois constitui uma lembrança feliz do processo e da transformação que se está a passar dentro dela. A primeira gravidez é para a mulher algo frustrante, pois não há nenhuma alteração súbita, miraculosa, nenhuma necessidade de comprar roupas de grávida ou para o bebé, não existe quase necessidade de ao médico. Algumas mulheres tentam alterar a dieta e dormir mais, como uma procura de fazer alguma coisa (Colman & Colman, 1994, p.61).

***“Sentia-me especial e as pessoas à minha volta também sentiam que eu transparecia e emanava felicidade”. - Sujeito A***

A ambivalência é um sentimento normal no primeiro trimestre da gravidez, pois quando a mulher se apercebe que algo pode correr mal, de que pode perder o bebé, a mulher pode ter uma certa atracção por esta ideia, embora ela saiba que isso significaria algum desconforto físico e emocional (Colman & Colman, 1994, p. 65).

***“Os primeiros três meses tiveram alguma angústia e expectativa, pois como tinha perdas de sangue, tinha receio que as coisas pudessem correr mal, estava preocupada, mas tentei ter sempre um pensamento positivo”. – Sujeito A***

O primeiro trimestre é também um período em que podem ocorrer fantasias estranhas e sonhos sobre o organismo desconhecido, invisível, e ainda não sentido, que cresce no interior do corpo da mulher. Embora a figura da mulher tenha mudado muito pouco, a mulher pode ver estas alterações como desmedidas, pode sentir-se gorda e feia, ou pode ficar orgulhosa dos seus

seios recentemente aumentados. Mas nesta altura, a grávida está ainda a pensar no que lhe está a acontecer, uma vez que o bebé ainda não exigiu muita atenção, como ser separado (Colman & Colman, 1994, p.68).

***“Nunca tive nenhuma dificuldade de adaptação ao meu corpo muito pelo contrário, sempre fui muito orgulhosa das minhas gordurinhas, das minhas barrigas, das minhas maminhas grandes e tudo grande” – Sujeito B***

Durante o primeiro trimestre, os apetites sexuais variam imenso. Muitos casais têm medo de que a actividade sexual vá fazer mal ao feto, tendo problemas em expressar este medo, e esse medo inibe o contacto espontâneo entre o casal. Caso a gravidez seja um período de grande retraimento ou insegurança, as preocupações sexuais são abafadas por preocupações pessoais. Para algumas mulheres, o seu novo papel altera o significado do prazer sexual e provoca culpa e remorso, no entanto, outras mulheres podem sentir um desejo sexual acrescido (Colman & Colman, 1994, p.69).

***“Sentia-me mais afastada fisicamente em relação ao meu marido, mas isto difere muito de mulher para mulher, no meu caso foi assim. Nos primeiros três meses não houve afastamento físico porque a malta anda toda maluca com a novidade e com o que aí vem.” – Sujeito B***

É ainda no primeiro trimestre, que ocorrem a maior parte dos abortos espontâneos. Para algumas pessoas o aborto espontâneo poderá ser comum e previsível, no entanto, apenas um em cada três óvulos fertilizados se desenvolve em pleno até ao nascimento. Mas para uma mulher que passa por um aborto espontâneo, pode ser um acontecimento muito difícil ou mesmo trágico, especialmente para aquelas mulheres que já tinham conceptualizado o produto do seu útero como uma pessoa real, como uma criança amada, um aborto é equivalente à perda de um bebé (Colman & Colman, 1994, p.64).

***“Nunca chorei em frente a ninguém, quando estava no hospital para fazer a expulsão tentei fazer de conta que não era comigo, ria-me e tentava ser animada, nunca consegui chorar, até me sentia mal por estar assim, achei muito anormal a minha atitude. Antes da interrupção adormecia e acordava a chorar, mas sempre que tinha de encarar o mundo mantinha-me firme e tranquila. Depois da interrupção, já em casa é que me permiti chorar. Não há um dia que não me passe tudo pela cabeça muito rápido e que não chore. Às vezes penso que o meu marido podia ter sido mais “crente” e que tivesse mimado mais o bebé enquanto ele cá esteve (ele era muito receoso em acariciar-me a barriga, e provavelmente tinha medo dos vínculos antes de ter a certeza que estava tudo bem. Penso que eu poderia ter sido mais consciente e podia ter evitado de alguma forma o rumo dos acontecimentos. Mesmo que conscientemente saiba que não podia ter feito***

***nada e que estas coisas acontecem, uma num milhão, mesmo assim o meu inconsciente continua em busca de uma resposta que nunca vai existir.” – Sujeito D***

O aborto espontâneo vem muitas vezes acompanhado de desgosto e quando aceite de desespero e depressão. Juntamente com a perda, vem um sentimento de inadequação, de qualquer coisa de errado se passar com os órgãos reprodutivos, o que transforma as futuras gravidezes em medo e ansiedade. Para uma mulher que teve um aborto, o primeiro trimestre da gravidez seguinte pode ser um período extremamente tenso (Colman & Colman, 1994, p. 64, 65).

***“Depois da perda tinha ataques de pânico quando saía à rua sozinha. Parecia que ia desmaiar, tremia imenso e sentia que toda a gente me achava estranha.” – Sujeito D***

## 2.2 Fase de Diferenciação – Segundo trimestre da Gravidez

Segundo Colman & Colman (1973), a fase de diferenciação diz respeito ao segundo trimestre da gravidez em que a mulher sente que tem dentro de si um feto que é diferente dela, apesar de existir dentro do seu corpo.

O segundo trimestre (do quarto ao sexto mês de gravidez), são chamados os meses calmos, pois, numa altura em que a ameaça de aborto espontâneo está se certa forma ultrapassada, os enjoos matinais (se os havia) também já passaram. A alegria inicial de descoberta da gravidez, pode ter dado lugar sobre as consequências e problemas de se tornar realmente mãe (Colman & Colman, 1994, p.71).

***“Como os três primeiros meses foram de risco, havia alguma ansiedade e expectativa, mas quando passaram os primeiros três meses e houve “alta”. As três primeiras semanas foram de consciencialização de que estava tudo bem, que finalmente podíamos respirar fundo, e a partir daí foi uma alegria enorme o tempo todo”. – Sujeito A***

A mulher precisa de ter alguma fé para ligar os sintomas físicos da gravidez com o bebé que só chegará dali a seis meses. São vários os acontecimentos específicos que transformam a capacidade da mulher para acreditar no feto, incluindo o facto de muitas delas ouvirem o bater do coração do feto nas consultas, de verem o feto no ecrã da ecografia, de receber resultados positivos em relação aos testes que fizeram, mas sobretudo ao pontapear, a experiência do feto no útero a mexer-se (Colman & Colman, 1994, p.72).

***“Fisicamente é um desejo enorme de que a barriga cresça. Lembro-me de pensar: isto nunca mais, eu queria já ter uma barriga enorme” – Sujeito B***

Sentir o bebê a mexer é a experiência mais arrebatadora do segundo trimestre, mesmo se a mulher já tivesse aceitado em pleno a sua gravidez no primeiro trimestre, a prova concreta da gravidez chega no segundo trimestre. A mulher pode tornar-se silenciosa e introspectiva, prestando atenção a cada borbulhar, interpretando-o como movimento e quase com medo de esperar que o sentimento de agitação seja realmente uma vida separada dentro dela. O sorriso misterioso da mulher grávida pode surgir à medida que um movimento escorregadiço, comparável ao de um peixe na água, ocorre, imperceptível ao resto do mundo, no seu ventre. A palavra *pontapé* significa vivo, uma palavra arcaica e encantadora que implica a separação daquilo que vive com aquilo que não vive, em ambos os termos do ciclo de vida (Colman & Colman, 1994, p.72).

O movimento do bebê é geralmente sentido entre a décima oitava e a vigésima primeira semanas da gravidez. À medida que o bebê dá provas pungentes de estar presente, a grávida começa a conceber-lo como um indivíduo separado dela própria. As alterações já não são somente nela, como também existem alterações no feto (Colman & Colman, 1994, p.73).

***“Cada vez que ia às ecografias era uma alegria enorme, era como se houvesse uma “janelinha” para espreitar lá para dentro, para vê-la e para me consciencializar de que ela era mesmo real. Nós sentimos uma barriga que ainda é grande e conseguimos senti-la, mas não parece real e naquele momento em que vemos as imagens, podemos perceber a evolução ao longo de cada trimestre, podemos vê-la mexer-se e a interagir connosco, e era assim um momento de felicidade extrema. Saía das consultas a pairar de contente porque ela estava bem e porque a sentia mais real a cada ecografia que fazia.” – Sujeito A***

À medida que o bebê começa a dar pontapés e mostra a sua individualidade pela primeira vez, podem ocorrer fenómenos interessantes, a mulher pode esforçar-se por engordar muito, na tentativa de aumentar o seu volume por forma, a que não haja dúvidas em relação ao seu estado gravídico (Colman & Colman, 1994, p.74).

Durante o segundo trimestre as necessidades sexuais da mulher, são menores devido ao seu novo envolvimento emocional com o marido. Pode haver algum ciúme em ter que partilhar a gravidez com o marido, numa altura em que a barriga é claramente visível e depois dos movimentos poderem ser sentidos pelo casal. Nesta altura, algumas mulheres tornam-se hipercríticas em relação às atitudes, maneiras e masculinidades dos maridos (Colman & Colman, 1994, p.77).

***“Depois dos primeiros meses, senti-me mais afastada fisicamente, começamos a fazer o ninho e a partir daí não queremos que entrem no nosso espaço. Mas em termos emocionais sentia –me***

*bem mais ligada ao meu marido, íamos às ecografias juntos e ele vivenciar aquilo com emoção, é inexplicável” – Sujeito B*

A gravidez é descrita por alguns psicanalistas como uma satisfação inveja que as mulheres têm do pênis, uma vez que, depois de passarem a vida sem um órgão sexual externo visível, a mulher tem agora uma barriga cheia, fértil, proeminente para provarem ao mundo o seu valor. Agora a mulher tem algo tão importante, que deveria fazer com que os homens a invejassem, uma vez que ela está a fazer uma coisa que eles não podem fazer (Colman & Colman, 1994, p.77).

*“Adorava andar na rua, passar em frente às montras e ver-me a mim e à minha barriga reflectidas. As pessoas olham para nós, sentimo-nos extremamente importantes, é uma sensação inexplicável, é quase que, uma transferência inconsciente de emoções, porque nós sentimo-nos importantes para o bebé e estamos a gerar vida”. – Sujeito B*

### 2.3 Fase de Separação – Terceiro trimestre da Gravidez

Colman & Colman (1994), denominam o terceiro trimestre como a fase de Separação, pois é nesta altura, que a grávida começa a antecipar o processo que a levará a desligar-se da gravidez.

O terceiro trimestre é uma mistura de sentimentos de orgulho e realização pessoal com a antecipação ansiosa do acontecimento iminente, desconhecido e fisicamente desconfortável do nascimento. Agora que a realidade da gravidez é incontornável, a maioria das mulheres resolveu as suas atitudes de ambivalência e os sentimentos negativos podem facilmente ser disfarçados com o desconforto físico e possíveis expectativas desagradáveis, da experiência do parto. A mulher pode tornar-se consciente dos privilégios da gravidez e apreciá-los verdadeiramente pela primeira vez (Colman & Colman, 1994, p.78).

Existe uma experiência de superioridade fundada em dados biológicos, de identidade, que transcende a própria individualização, de aceitação ou respeito da parte de grupos de pessoas, anteriormente indiferentes, que pode ser uma experiência verdadeiramente estonteante para algumas mulheres. Muitas mulheres sentem uma identificação quase mística com o princípio feminino primitivo dentro delas, ao mesmo tempo que uma proximidade com elementos reprodutivos, geradores da espécie e de todos os organismos vivos. Esta experiência é frequentemente religiosa e transcendente (Colman & Colman, 1994, p.79).

Durante estes últimos três meses, as mulheres falam continuamente sobre o bebê, como é que ele será, como trataram dele, como se o bebê fosse agora uma coisa real com a sua própria identidade (Colman & Colman, 1994, p.80).

Às vinte e três semanas, o feto pode sobreviver a um nascimento prematuro, estando no entanto, o bebê em risco exigindo cuidado intensivo, mas pode sobreviver. A partir desta altura, a mulher poderá sentir-se uma incubadora criada por Deus, sentindo-se especialmente maravilhosa por isso. Caso tenham havido sinais de parto prematuro, a mulher pode entender que o seu corpo constitui o ambiente mais delicado para o seu bebê (Colman & Colman, 1994, p.80).

É também nesta altura que a escolha dos nomes se pode tornar fascinante para o casal, que luta para individualizar o seu futuro bebê ainda desconhecido. Embora a escolha do nome possa ser uma actividade de qualquer trimestre, é sobretudo no terceiro trimestre que serve a função particularmente válida de ajudar a família a preparar-se para a criança que vai chegar brevemente (Colman & Colman, 1994, p.81).

Os sonhos no terceiro trimestre são normalmente acerca de bebês, crianças e parto. Sonhos de ansiedade sobre a perda ou o rapto do bebê ocorrem com alguma frequência. Os sonhos reflectem a realidade, pois nos últimos meses há muitas coisas para preparar, a futura mãe tem de estar preparada para o trabalho de parto, para o nascimento e para cuidar do bebê (Colman & Colman, 1994, p.81).

***“Tive um sonho, na minha primeira gravidez de que o meu filho ia nascer com cabelo até aos olhos. Como eu tinha muita azia durante a gravidez, as pessoas diziam que quando as grávidas têm muita azia na gravidez, significava que os bebês iam nascer com muito cabelo. Mentira porque os meus dois filhos nasceram carecas, mas isto faz tudo parte das preocupações e ansiedades das mulheres grávidas” – Sujeito B***

A preocupação e preparação para o trabalho de parto e nascimento vão estar em rivalidade, com as preocupações para com o bebê, durante o último trimestre da gravidez. Ao longo dos nove meses a mulher aprendeu que a gravidez iria culminar no nascimento, mas agora, à medida que o útero se vai contraindo cada vez com mais frequência, e o feto, quase pronto para nascer dá pontapés cada vez com mais vigor, a mulher está constantemente a ser lembrada que a gravidez tem que ter um fim. O parto poderá ser então visto como uma viagem ao desconhecido, cujo fim é simultaneamente incerto e imprescritível, mas ao mesmo tempo mágico (Colman & Colman, 1994, p.81).

A imagem corporal da mulher no terceiro trimestre, é quase descontínua com o seu estado físico habitual. Os maridos muitas vezes têm fortes sentimentos em relação aos novos corpos das suas esposas. Alguns ficam orgulhosos ao verem as esposas na “sua nova maneira, esquisita”, carregadas com a prova da sua masculinidade, enquanto que outros sentem repulsa pelas proporções descumunais das barrigas e peitos dilatados (Colman & Colman, 1994, p.82).

Nas últimas semanas de gravidez a mulher, precisa de ainda mais tranquilidade, pois é uma fase em que a mulher se poderá interrogar se o marido ainda a poderá amar, agora que sofreu tantas transformações, que está tão diferente da mulher com quem casou. A mulher pode sentir-se feia, desleixada e totalmente afasta do protótipo das mulheres atraentes, e mesmo que o marido lhe reafirme o seu amor por ela, pode ser incapaz de demonstrar o seu sentimento sexualmente (Colman & Colman, 1994, p.83).

A sexualidade intensificada continua pelo terceiro trimestre, mas agora, tal como no primeiro trimestre os factores psicológicos e físicos podem ser superiores, interferindo com a expressão sexual. A tensão sexual e a frustração podem acrescentar um elemento desagradável à fase da gravidez, que por si só já é causadora de ansiedade (Colman & Colman, 1994, p.83).

Nesta última fase é também a altura da mulher tratar dos preparativos finais. Tratar do enxoval é para muitas mulheres uma oportunidade de se aperceberem do tamanho efectivo do recém-nascido e das suas necessidades. Cada coisa reflecte um aspecto deste fenómeno que envolverá a família brevemente (Colman & Colman, 1994, p.84).

É também nesta altura que as mulheres apresentam maior desconforto físico, as insónias é uma das queixas mais comuns no terceiro trimestre. O desconforto físico típico das últimas semanas de gravidez, leva a que a mulher sinta o bebé como separado e intruso. No ultimo trimestre as mulheres podem ter uma necessidade intensa de agarrar algo ou alguém. O marido pode satisfazer com alegria esta necessidade da mulher, no entanto, bonecos, almofadas, peluches também servem, especialmente durante o dia. A perspectiva de uma criança pequenina pode fazer uma mulher desejar abraçar algo daquele tamanho (Colman & Colman, 1994, p.84,85).

### 3. O Parto

*“Cada nascimento é único e cada mulher que deu à luz dá consigo a refazer mentalmente os acontecimentos, muitos anos depois. Ela pode descobrir que o significado da experiência muda com o tempo. É um acontecimento importante, daqueles que a acompanham numa nova fase da sua vida”.*

Libby Lee Colman & Arthur D. Colman

O parto, com todo o seu drama pessoal, risco de morte, importância para a família, tribo, raça e da espécie, é quase universalmente assinalado por rituais e cerimónias, dos quais apenas alguns estão directamente ligados com a tarefa real de ajudar a mãe a parir a criança. As atitudes e práticas ligadas ao parto, variam muito de cultura para cultura, no entanto, quase todas as sociedades fazem do parto algo especial (Colman & Colman, 1994, p.89).

O acontecimento físico de dar à luz é tremendo e inesquecível, e muitas vezes muito mais intenso do que uma mulher, mãe pela primeira vez, pode esperar. O parto força a mulher a participar num fenómeno extraordinário, que é único na vida de qualquer mulher e muito mais perigoso que a maior parte dos acontecimentos “normais” da vida (Colman & Colman, 1994, p.95).

O fenómeno biológico primário do trabalho de parto e da expulsão é determinado pela fisiologia complicada e pouco compreendida do útero. A experiência do trabalho de parto e da expulsão é no entanto, muito mais do que a simples percepção da força e da duração de cada contracção, quer a mulher tenha lido ou não mais livros ou feito cursos, todas as primíparas estão a enfrentar o desconhecido. Nem as múltíparas podem prever o desenrolar de nenhum parto, num momento em que tanto do seu mundo, a sua imagem corporal e mesmo o seu estilo de vida parece fora de controlo, a mulher pode concentrar-se no parto como a preocupação central da sua vida. O corpo está prestes a fazer algo por si próprio à sua própria maneira (Colman & Colman, 1994, p.97).

Algumas mulheres querem ter uma boa experiência do nascimento, enquanto que outras nem se preocupam como é que o seu corpo vai realizar o trabalho de parto ou a expulsão. Os valores pessoais e culturais da mulher afectam profundamente a percepção sobre o acontecimento (Colman & Colman, 1994, p.97).

***“Pensava muito no parto, e como queria que o parto corresse bem para mim, mas que essencialmente fosse um parto bom para ela e por tudo o que ela iria passar. Felizmente correu tudo bem e isso fez com que eu me sentisse muito bem”. – Sujeito A***

O nascimento é então uma oportunidade de exercitar ou aprender um estilo lutador, que vai influenciar outras situações da vida, sendo por isso que é importante que a mulher dê à luz num sistema social que corresponda aos seus valores, expectativas e esperanças (Colman & Colman, 1994, p.97).

#### 4. Luto Materno – Aborto Espontâneo

*A perda de uma figura de grande investimento afectivo é um acontecimento de vida muito perturbador e, nalguns casos pode tornar-se uma experiência traumática”.*

Ana Cristina Canavarro

Para que se possa compreender melhor o processo de luto materno é importante focar os aspectos da história do fenómeno da maternidade, por forma a entendê-lo melhor nas suas características e variações (Freitas, 2000, p.43, 44).

A exaltação da imagem materna liga-se a Maria (Mãe de Jesus), que *“concebeu sem pecado, ou seja, sem sexo; assim a noção de pureza, caridade, humildade e obediência liga-se à imagem da maternidade santificada, dissociada do exercício da sexualidade, condição sine qua non da possibilidade da redenção”* (Maldonado, 1991, p. 13 cit. por Freitas, 2000, p. 44).

O amor materno não é apenas instintivo, é um sentimento sujeito a imperfeições, que depende não só da história da mãe como da história da humanidade (Badinter, 1980). À mãe é atribuído o papel de personagem central da família, um papel de grande responsabilidade. A relação entre mãe e filho deve ser vista como um sistema circular, em constante fluxo dinâmico. As manifestações de crescimento saudável do filho ao longo do seu desenvolvimento, provocam um aumento na autoconfiança da mãe, que por sua vez, leva a que a mulher alcance o objectivo da sua existência. Ao ajudar o filho a desenvolver-se, a mulher estará a reviver o seu próprio desenvolvimento, uma vez que é possível reconstruir e atingir novos níveis de integração (Maldonado, cit. por Freitas, 2000, p. 45).

***“Mudei a minha forma de ver a vida, por muito que a minha mãe me dissesse que, um dia quando eu fosse mãe ia perceber, nós não percebemos, não fazemos a mínima ideia do que é. Só quando o somos mesmo. O amor que um filho tem por uma mãe é diferente, apesar de eu amar incondicionalmente a minha mãe, de amar incondicionalmente o meu marido e de não me imaginar sem ele. Numa outra perspectiva se eu tivesse de me imaginar, sem o meu marido em detrimento do meu filho, prefiro imaginar-me sem o meu marido. É horrível pensar desta forma, mas é só para tentar explicar o que é o amor de uma mãe por um filho, e como é diferente de todos os outros amores que a mulher tem”. – Sujeito B***

A maternidade é então definida como a maior capacidade criativa do ser humano. Devendo ser compreendida desde a fecundação, até quando termina o desenvolvimento infantil. Após a infância, a maternidade continua e representa a sublimidade por intermédio dos filhos, num sentido individual; e pela nova geração, no sentido social (Kaplan, 1994 cit. por Freitas, 2000, p.45).

A maternidade é analisada também como a relação da mãe e do filho, tendo em conta os aspectos sociológicos, fisiológicos e afectivos. A relação mãe e filho, começa com a concepção e estende-se ao longo de todo o desenvolvimento do filho, mas as funções que a maternidade compreende são acompanhadas de relações afectivas, típicas da espécie, variando maioritariamente na sua individualização, uma vez que estão ligadas com a personalidade de cada mulher (Kaplan, 1994 cit. por Freitas, 2000, p. 45).

***“Sinto-me uma mulher diferente agora, sinto-me capaz, sinto que levo o mundo à frente se for preciso, para proteger os meus filhos”.*** – Sujeito B

Só a mãe pode sustentar e compreender o sistema de expressão do seu filho, uma vez que para a ela significa a conexão com a vida e ao aumento dos vínculos e da capacidade afectiva sobre o mundo real externo. O vínculo da mãe com o filho é determinado por factores que pressupõem a intensificação das relações primitivas da mulher com a sua progenitora. (Freitas, 2000, p. 45). O vínculo materno com o filho, não é algo mecânico mas sim, quase que uma entidade viva (Winnicott, 1980 cit. por Freitas, 2000, p. 46).

***“Senti que era um misto de alegria com responsabilidade e com o querer cuidar, principalmente com o quer cuidar dela. Queria que me garantissem que ela estava bem e queria dar-lhe carinho e mimo”.*** – Sujeito A

***“Lembro-me de quando cheguei a casa, na primeira noite em casa, de como chorei, só chorava com o meu filho nos braços, olhava para ele e as lágrimas corriam-me pelo rosto, e eu só pensava: meu filho, que tu és meu, e pensava e se eu te falto. Não existe amor maior que o de uma mãe por um filho, venham trinta homens, trinta maridos, que nada se poderá comparar a este amor”.*** – Sujeito B

O instinto e amor maternos, são componentes diferenciadas do carácter maternal como um todo. O instinto materno tem uma origem químico-biológica juntamente com o âmbito psicológico. O amor materno é a expressão afectiva directa da relação positiva com o filho, e a sua principal característica é o carinho. Toda a agressão e sensualidade na personalidade da mulher são derivadas e suprimidas, pela expressão afectiva dos cuidados maternos (Kaplan, 1994 cit. por Freitas, 2000, p. 46).

#### 4.1. Reacção da mulher à perda de um filho

A morte de uma pessoa querida incita o luto, que por sua vez, causa dor física e emocional, no entanto essa dor tem as suas implicações e particularidades. De todas as perdas, o

luto pela morte de um filho é geralmente a mais intensa, pois trata-se de uma interrupção, de um corte na sequência esperada da vida (Condon, 1998 cit. por Freitas, 2000, p. 48).

Hofner *et al.* (1996), afirmam que a morte de um filho é um dos acontecimentos mais difíceis de superar.

A morte de um filho abala a estrutura familiar, provocando diferentes reacções entre os membros da família. A mãe frequentemente sente mais culpa, pois sente que falhou nos cuidados maternos e isso leva a que pense que contribuiu nesse aspecto para a morte do filho (Lazare, 1997 cit. por Freitas, p. 48).

O aspecto mais frequente na mãe que perde um filho é a ambivalência. Este aspecto nas relações entre mãe e filho inibe o processo de luto causando culpa e raiva na mãe enlutada (Worden, 1996 cit. por Freitas, 2000, p. 41). Para que o luto seja resolvido de forma adequada, a pessoa enlutada precisa de confiar nos seus bons objectos internalizados, uma vez que o sofrimento da perda pode causar sublimações, que contribuem para a elaboração do luto (Freitas, 2000, p. 41).

***“O meu mundo desabou totalmente no momento em que o médico ligou o ecógrafo e me deu a notícia. Sentí que o meu psicológico projectou a minha consciência para longe de pára-quedas, e andei assim em até ao final do processo”. – Sujeito D***

Outras das complicações no processo do luto, é o narcisismo, uma vez que, a pessoa morta representa uma extensão do próprio ego. Admitir que a perda de um filho, é admitir a perda de uma parte de si mesma, e isto, é muito difícil para uma mãe enlutada (Lazare, 1997 cit. por Freitas, 2000, p. 41, 42).

***“Arrependo-me de não ter tirado uma fotografia ao bebé, após a expulsão, sinto que à medida que o tempo vai passando vou esquecendo as feições dele e tenho pena disso, não me quero esquecer de como era o meu filho.” – Sujeito C***

***“Guardei todas as coisinhas do meu filho numa pasta. Desde os sete testes de gravidez que fiz, aos exames, ecografias, relatórios, um brinco meu, para estar sempre com ele (não sei racionalizar muito este gesto), e vou imprimir fotos da barriga e guardar tudo. Aos poucos vou decorar a pasta e mantê-la sempre comigo. Escrevi muito e quero escrever ainda mais, Tive necessidade de ter um objecto sempre comigo que o representasse, ando sempre com um fio que o representa mas não é suficiente. Quero fazer uma tatuagem no lado onde ele estava, com um elfo bebé e uma frase em gaélico que diz: A mãe ama-te sempre. No fundo considero que o luto há-de ser eterno, porque a minha contagem como grávida continua (33 semanas e 3 dias), e***

*apesar de estar a tentar engravidar novamente, nada vai substituir o meu bebé que partiu cedo demais.*” – Sujeito D

A dependência da relação entre mãe – filho, também dificulta o processo de luto (Horowitz, 1996). Os antecedentes históricos da mãe enlutada representam um papel importante na evolução do luto, no momento em que esta perde o filho, dependendo das crises anteriores porque passaram, terão maiores ou menores dificuldades em fazer o luto (Parkes, Holmes e Rahe, 1967 cit. por Freitas, 2000, p. 42).

*“Foi o pior momento da minha vida, não tem nada a ver com as primeiras perdas. A primeira perda foi como se tivesse perdido uma certa inocência, de não ser tudo uma beleza. Não é, estou grávida e vou ter um bebé, perdi isso. Na segunda gravidez, já tinha aquele sentimento de, vamos ver o que é que acontece, mas custou na mesma. Com tempo pensava, já perdi tantas vezes, não vou voltar a perder e esta terceira perda foi um autêntico choque, pois tinha o bebé como garantido.”* – Sujeito C

Nem todas as perdas precoces são traumáticas, no entanto dependendo do grau de investimento afectivo, pode tornar-se uma experiência traumatizante. Este trauma depende muito da ligação materno-fetal, do carácter repentino e inesperado da perda, mas o factor principal é mesmo, o investimento e o significado atribuído ao acontecimento (Canavarro, 2006, p. 278).

O processo psicológico da parentalidade, ultrapassa em muito as questões biológicas da gravidez. Segundo Kay e os seus colegas (1997), o processo de parentalidade pressupõe, sentimentos de procriatividade, de continuação geracional, de receios e expectativas, de ligação aos aspectos reais e idealizados do bebé, e à construção da auto-estima parental. Assim sendo dependendo do grau de investimento afectivo da gravidez, maiores serão os sentimentos que surgem a quando da perda do bebé real e fantasiado (Leal, 2005, p. 70).

*“Já sabíamos desde as 16 semanas, que era um rapaz, já tinha ultrapassado o primeiro trimestre, onde tinha perdido as outras gravidezes, e não tinha mesmo ideia que poderia vir a passar pelo mesmo, e quando entrei no consultório e a médica nos disse: não tenho boas notícias, foi um choque, parecia que estávamos a viver um pesadelo, parecia que aquilo não se estava a passar connosco, é tão mau, que parece que não está a acontecer, que não é possível.”* – Sujeito C

*“O meu marido é muito fechado, mas falamos muito sobre a perda. Mas senti que tinha pensamentos e sentimentos tão fortes e sofridos que preferi guardá-los para mim e apenas partilhá-los com outras mães na mesma situação que eu, com a minha psicóloga e escrevendo. Imagino que para o meu marido não tenha sido nada fácil, ver-me nesta situação, embora fale de quase tudo com ele, nunca fui capaz de ir além do “Estou muito triste”, mas nunca consegui*

*verbalizar a verdadeira desolação que senti, a não ser através da escrita e na psicóloga.” – Sujeito D*

As especificidades das vivências físicas e psicológicas associadas a cada trimestre da gravidez, é uma variável importantíssima. Existem diferenças significativas entre a perda gestacional precoce e a perda tardia (Leal, 2005, p. 72).

Na perda gestacional precoce, o processo de luto é particularmente complicado, por ser praticamente ao nível do imaginário, devido à ausência de evidências físicas de existência do bebê. Os pais enlutados vivem este processo de luto como a não satisfação de um desejo na fantasia, a perda de uma parte de si, uma vez que o feto ainda não se havia feito sentir como algo diferente do corpo materno (Leal, 2005, p. 72).

Nesta altura, o isolamento social do casal é particularmente forte, pois no círculo social não há reconhecimento da existência do bebê. Aqueles que tinham conhecimento da gravidez não lhe conferem a devida importância e não existem rituais fúnebres que acompanhem estas perdas (Leal, 2005, p. 72).

*“Fiquei sozinha em casa, ninguém me ia visitar, as pessoas não estão para nos ouvir, ou porque não têm paciência, porque não sabem como reagir e também porque chegou a uma altura em que preferia estar sozinha. Os meus pais e a minha irmã, não me deixavam falar sobre o meu filho, cortavam logo a conversa. Perante a minha família, nunca podemos dar um nome ao nosso filho, nos tínhamos decidido que ele se chamaria Y, mas não podia trata-lo pelo nome à frente das pessoas porque sem me sentir ridícula, como se estivesse a dar nome a uma coisa que não existia.” – Sujeito C*

*“Ficámos desolados. O meu marido sempre me disse que eu estava a ser extremamente forte, e eu quis manter essa imagem porque assim levantámo-nos mais facilmente, e apesar de caminharmos a passos lentos, estamos cá, vamos viver a nossa vida e dar um mano ao nosso filho que é o que mais queremos. O meu marido foi fazer uma tatuagem, para perpetuar o momento, senti que talvez ele tenha tido necessidade de “dor física” para me acompanhar, não sei mas foi o que senti. Sempre fomos muito unidos, mas depois de tudo isto, sinto que ficámos ainda mais próximos. Levantamo-nos um ao outro e apoiámo-nos ainda mais um no outro.” – Sujeito D*

Na perda gestacional tardia, o processo de luto pode ser facilitado pela presença de um corpo e/ou fotografias do feto ou do nado-morto, no entanto, haverá maior ligação ao bebê, tal como, uma maior vivência da gravidez e do papel parental construído ao longo do tempo de gestação (Leal, 2005, p. 72).

Nas situações de nascimento de um nado-morto, existe um senso duplo de perda para a mãe enlutada, uma vez que a mulher lida com um vazio tanto interno, como externo. A mulher passa a ter um vazio em si, onde antes de forma evidente existia algo vivo (Leal, 2005, p.72).

Mesmo com o nascimento de uma criança viva, a mãe tem uma sensação de perda, mas o consolo de um bebé sobrevivente “fora de si”, ajuda-a na superação da confusão e perplexidade por perder o seu “bebé de dentro” (Lewis, 1979, cit. por Leal, 2005, p. 72, 73).

***“Quando nasce um bebé, sentimos automaticamente que “perdemos” alguma coisa. Ganhámos um filho, mas perdemos uma companhia 24 horas por dia. Sentimo-nos vazias, eu continuo a ser especial, mas agora só especial dentro destas quatro paredes. Já não sou especial desta porta para fora, porque agora já sou uma pessoa igual às outras, já não me sorriem, já não me deixam passar à frente na fila do supermercado, portanto deixamos de ser especiais. E é muitas vezes isto que faz com que existam as depressões pós-parto, porque de um momento para o outro passamos de um estado de ter muita atenção, a não ter atenção nenhuma e a termos de direccionar toda a nossa atenção para o bebé.” – Sujeito B***

#### 4.2. Processo de Luto na Perda Gestacional

Diversos estudos constaram que embora exista uma estrutura sequencial semelhante ao do processo de luto normal, o luto de perdas gestacionais e mortes neonatais apresentam particularidades que o tornam único (Kay *et al.*, 1997 cit. por Leal, 2005, p. 74):

- I. Embotamento emocional e negação (choque) – o choque pode ser maior quando a morte ocorre durante o parto, ou pouco antes da altura prevista para o final da gravidez.
- II. Culpa e Raiva – os sentimentos de culpa centram-se nas fantasias das causas ou contribuições para a perda da gravidez. Caso tenha havido uma interrupção electiva ou involuntária da gravidez no passado, esse acontecimento acaba por ser sempre associado à perda actual.

***“ Nunca me culpei, sinto que não me posso culpar, não havia nada que me pudesse avisar da perda que iria sofrer, não havia nada que podia ter feito. Fiz tudo o que estava ao meu alcance.” – Sujeito C***

***“Sei que não podia ter feito nada, mas sinto que devia. Podia ter saído mais cedo do sitio onde estava a com as crianças e podia ter deixado a natação. Mas era a minha forma de ganhar dinheiro e racionalmente sei que não podia ter prescindido naquela altura.” – Sujeito D***

- III. Inveja e ciúmes – dirigido às mulheres grávidas e mães recentes. Por vezes, é comum haver evitamento de contacto social ou pessoal com mulheres grávidas ou mães recentes.

IV. O retorno menstrual – este acontecimento é normalmente considerado como positivo para o decorrer do processo de luto, e é a esperança de uma nova gravidez. A primeira menstruação é vista como um reforço na confiança que havia sido abalada. No entanto, as menstruações seguintes podem ser sentidas como a confirmação do insucesso e da incapacidade de engravidar, o que leva a um aumento da dor da perda da gravidez anterior.

*“Três semanas após a perda, tive luz verde do meu médico para tentar voltar a engravidar novamente, porque fisicamente tinha recuperado muito rápido. E cá estamos nós a tentar no 5º ciclo depois da perda. A vida continua e como mãe (independentemente de o meu bebé cá estar ou não), tenho de ser forte e ser um exemplo de como caímos mas também nos levantamos.”* – Sujeito D

V. O nascimento de um bebé saudável – por vezes apenas depois da mulher ter dado à luz um bebé saudável é que a mulher consegue ultrapassar a perda da gravidez anterior.

*“Por um lado sinto que não fingi que não tivesse acontecido nada, mas por outro lado quando penso, parece uma coisa impossível de ter acontecido. Tenho a impressão que ainda não está totalmente resolvida, sinto é que o sentimento não está tão “assanhado”.*” – Sujeito C

O desejo de uma gravidez subsequente a uma morte peri ou neonatal, pode representar uma vontade da mãe em negar a perda, que por sua vez corresponde a uma *“tentativa de recuperar o seu bebé, o mesmo, o duplo ou o seu prolongamento, para poder de novo sentir-se mãe desse bebé”* (Bur, 1991, cit. por Lopes, 1997, p. 75). A forma pela qual, *“através de uma nova gravidez e de uma nova maternidade, que a mãe tenta reencontrar o amor perdido, reparar a sua imagem de boa mãe, e lutar contra a perseguição dos seus sentimentos de culpabilidade”* (Hébert, 1991, cit. por Lopes, 1997, p. 75, cit. por Leal, 2000, p. 76).

Estes autores definem o processo de luto e o processo gravídico como exclusivos, consideram ainda incompatibilidades na coexistência do projecto de ter uma nova criança e de algumas características de um estado de luto, como por exemplo, o desinteresse pelo mundo exterior ou pela perda de capacidade de investir em novos objectos de amor. Referem ainda que o processo de luto é normalmente interrompido, podendo criar dificuldades na relação com o bebé que vai nascer, com a função de substituição do anterior (Leal, 2000, p. 76).

O processo de luto, no caso de uma perda gestacional precoce tem habitualmente a duração de um ano. Buglass, (1984) refere que caso a mulher se encontre em trabalho de luto, na altura em que engravida novamente, estará numa fase fisiologicamente mais vulnerável e em maior risco

de sofrer uma nova perda. Se a nova gravidez envolve riscos psicológicos acrescidos, estes sentimentos aumentam maioritariamente caso ocorra uma nova perda (Canavarro, 2006, p. 280).

*“A gravidez da X foi muito difícil, foi uma gravidez de risco porque tive de fazer uma cerclage (suturar o colo do útero), para não acontecer o que tinha acontecido na gravidez anterior e tive de ficar em repouso absoluto. Foi uma altura muito complicada, pois como não tinha nada para fazer pensava muito e comecei a ter muito medo de a perder, a partir das 21 semanas, porque foi na altura em que perdi o irmão dela. Quando começaram a surgir os medos e as ideias relacionadas com a perda, ia todas as semanas ao hospital ver se estava tudo bem com ela. Houve alturas em que o meu namorado estava a perder a paciência comigo porque estávamos sempre a ir para as urgências e eu estava sempre a chorar.” – Sujeito C*

As perdas anteriores dificultam a adaptação a uma nova perda, intensificando as emoções a elas associadas. Assim sendo, podemos concluir que existência de uma perda anterior com um processo de luto não resolvido pode ser um factor de risco para o desenvolvimento adaptativo a uma futura gravidez, e de um futuro relacionamento mãe-bebé (Canavarro, 2006, p. 280).

*“Penso muitas vezes no Y, nunca ultrapassei. Tive a sensação de que quando a X nasceu, tinha ficado arrumado, mas não, nunca ficou. E uma coisa que me aconteceu quando eu o perdi, foi que eu achei, que avançar na vida era deixar o meu filho para trás, mas também não há muito que eu possa fazer. Ele só existe nas nossas cabeças, não vive na cabeça, nem no coração de mais ninguém, porque ninguém mais sente que perdeu aquele bebé a não sermos nós os dois. Mas sinto que nunca vai passar e que vai ser sempre uma dor que eu vou ter. Sempre.” – Sujeito C*

## CONCLUSÃO

Com este trabalho percebemos o que uma mulher sente com a perda de um filho é independente da altura em que o perde, pois a forma como o deseja e de como se liga a ele é natural, acontecendo de forma espontânea à medida que a mulher interioriza a gravidez. Durante a gravidez a mulher pode não saber o que é realmente ser mãe, o verdadeiro sentimento que uma mãe tem por um filho, mas já se sente mãe, já tem os instintos inatos que as mães têm em relação aos seus filhos.

Percebemos ainda que independentemente do número de filhos vivos que tenha, a mulher contabiliza cada perda, ou seja, inúmeras todas as gravidezes quer tenham acabado em nascimento ou não. Guarda memórias e recordações do filho que perdeu, lembrando-o sempre com carinho e saudade, e nunca esquecendo totalmente aquele bebê, mesmo depois de ter concretizado o desejo de ser mãe.

A gravidez após uma perda, nunca mais é igual aquilo que foi antes, continuando no entanto, a ser um momento de grande felicidade e de realização pessoal. Passando agora a ser também um momento de grande ansiedade, medo da perda e insegurança constante em relação ao bebê que aí vem. A mulher acaba por ter sentimentos de impotência, uma vez que, por mais cuidados que tenha nunca sabe se o seu corpo vai ou não rejeitar aquele bebê, como aconteceu anteriormente. O que a poderá fazer sentir que só é capaz de gerar coisas mortas.

O luto nestas situações é bastante doloroso, tal como em todos os tipos de luto. Acarreta a perda de uma pessoa querida e amada, mesmo que neste tipo de perda não exista uma pessoa física que se possa ver, e existe apenas aquilo que a mulher sentia (a transformação física e biológica do seu corpo). Assim sendo, não existe um corpo para enterrar, não sendo uma perda que possa ter o ritual normal de enterro, fazendo com que a sociedade não reconheça a perda daquele bebê da mesma forma que os pais gostariam que a sentissem. Levando muitas vezes a que o casal se isole na sua dor, uma vez que ninguém à sua volta parece sentir ou perceber que eles perderam um filho muito amado e desejado.

Nunca é fácil sofrer uma perda como estas, muito menos imaginar o que é a dor de perder um filho, o que é certo, é que será incontestavelmente a maior dor que o ser humano pode sentir. Um filho é sempre um bocado dos pais, e com a perda de um filho vai um bocado dos pais.

Pensamos que este trabalho foi pertinente quanto à sua análise, uma vez que fez o paralelismo entre o que é dito na literatura, e o que é realmente sentido por uma mulher que perdeu um filho.

O processo pelo qual as mulheres passam ao longo e depois da perda é muito maior do que tudo o que possamos dizer, mas sobretudo cada perda é vivida de forma única e particular por cada mulher, nunca havendo uma altura específica para fazer o luto. O luto materno é como um livro aberto com páginas em branco, que ficaram por escrever aquando da perda.

Numa futura investigação sobre a temática do Luto Materno, poderíamos utilizar mais mulheres que sofreram perdas de um filho, alargando a nossa investigação a mais tipos de perdas, com o intuito de perceber não só como é feito o luto nos diferentes tipos de perda, mas também porque acreditamos que a altura em que se perde um filho, é um factor pertinente no processo de luto. Sabemos que a forma como a mulher se liga ao filho é inata, mas a convivência que tem com o mesmo é um factor muito importante, acima de tudo sabemos que uma mãe será sempre uma mãe, independentemente da altura em que perdeu o filho.

A mulher que perdeu um filho sente-se inadequada, sentindo que falhou como criadora.

## REFRÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Freitas, N. K. (2000). *Luto Materno e Psicoterapia Breve*. São Paulo: Summus.
- Freud, S. (1969). *Totem e Tabu e outros trabalhos 1913-1914* (Vol. 13). Rio de Janeiro: Imago.
- Grinberg, L. (2000). *Culpa e Depressão*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Raphael-Leff, J. (2000). "Spilt Milk" - Perinatal Loss and Breakdown. London: Institute of Psycho-Analysis
- Bayle, F., & Martinet, S. (2008 ). *Perturbações da Parentalidade*. Lisboa : Climepsi .
- Bowlby, J. (1985). *Perda - Tristeza e Depressão* (Vol. 3). São Paulo, Martins Fontes: Apego e Perda.
- Canavarro, M. C. (2006). *Psicologia da Gravidez e da Maternidade*. Coimbra : Quarteto .
- Colman, L. L., & Colman , A. D. (1994). *Gravidez - A experiência psicológica*. London: Edições Colibri.
- Leal, I. (2005). *Psicologia da Gravidez e da Parentalidade* . Lisboa: Fim de Século .
- Leal, I. (2008). *A entrevista psicológica*. Lisboa : Fim de século - Edições.
- Lewis. (s.d.). *Qualitative Research Practice*.
- Lourenço, L., & Rodrigues, H. (2009). *Ser bebé tornar-se pessoa - Afectos comemorativos*. Coimbra: Almedina.
- Rogoff, M. (2006). *Estar grávida é estar de esperanças*. Lisboa : Gradiva.
- Sá, E. (2003). *Psicologia do Feto e do Bebê*. Fim de Século.
- Freitas, N. K. (2000). *Luto Materno e Psicoterapia Breve*. São Paulo: Summus.
- Freud, S. (1969). *Totem e Tabu e outros trabalhos 1913-1914* (Vol. 13). Rio de Janeiro: Imago.
- Grinberg, L. (2000). *Culpa e Depressão*. Lisboa: Climepsi Editores.

Raphael-Leff, J. (2000). "Spilt Milk" - Perinatal Loss and Breakdown. London: Institute of Psycho-Analysis

## ANEXOS

*Anexo I – Guião de Entrevista (Gravidez Normal)*

*Anexo II – Guião de Entrevista (Aborto Espontâneo)*

*Anexo III – Carta de Consentimento Informado*

*Anexo IV – Entrevistas*

## ANEXO I – GUIÃO DE ENTREVISTA (GRAVIDEZ NORMAL)

### Guião de Entrevista – Gravidez Normal

#### (Anamnese Aberta)

Idade:

Formação Académica:

Estado civil:

Profissão:

#### I - Antes da Gravidez

- Lembra-se da primeira vez que desejou ser mãe? (Desejo, medo, projecto)
- Foi planeado, não foi planeado
- Teve dificuldade em engravidar?
- Foi uma gravidez de risco ou normal?
- O que pensou, o que sentiu? (expectativas)
- Qual foi a rede de apoio (cônjuge, pais, irmãos, amigos), quais as expectativas?

#### II - Durante a gravidez

- Como foi a Gravidez?
- Foi uma gravidez calma, teve alguma preocupação, sentiu alguma pressão por estar grávida?
- Como é que se sentiu?
- Quais é que foram os sentimentos e emoções que sentiu ao longo da gravidez?
- Sentia que as pessoas a acarinhavam mais ou sentia-se mais amada por estar grávida, as pessoas tinham um cuidado especial consigo, eram mais preocupadas?
- Como era a relação com a rede de apoio (cônjuge, pais, irmãos, amigos)?
- Como era passado cada trimestre da gravidez (cada ecografia, cada consulta)?
- Imaginava como seria o seu filho, com quem seria parecido, como seria a rotina diária do casal e da família quando ele nascesse?
- Durante a gravidez já se sentia e imaginava mãe, ou não conseguia ainda imaginar-se como tal?

### III - Depois do nascimento

- Qual foi a primeira coisa que sentiu quando viu o seu filho pela primeira vez?
- Teve algum instinto/preocupação, consciente ou inconsciente quando ele nasceu?
- Sentiu alguma responsabilidade acrescida quando o seu filho nasceu, sentiu-se mais mulher?
- Como é que foi vivida a experiência a dois (enquanto casal)?
- Qual é que foi a reação da rede de apoio (cônjuge, amigos, familiares), como foi acolhido este novo bebê?
- Qual é e, como é a experiência de ser mãe, existe alguma transformação mais profunda, sente que é uma pessoa diferente do que era antes?
- Se sim, o que é que mudou?
- Como é ver o seu filho crescer, pensa muitas vezes nos momentos em que estava grávida, no que ambicionava que ele fosse quando estava na barriga e no que ele é agora?

## ANEXO II – GUIÃO DE ENTREVISTA (ABORTO ESPONTÂNEO)

### **Guião de Entrevista – Aborto Espontâneo**

#### **(Anamnese Aberta)**

Idade:

Formação Académica:

Estado civil:

Profissão:

Perda:

#### **I - Antes da Gravidez**

- Lembra-se da primeira vez que desejou ser mãe? (Desejo, medo, projecto)
- Foi planeado, não foi planeado
- Teve dificuldade em engravidar?
- Foi uma gravidez de risco ou normal?
- O que pensou, o que sentiu? (expectativas)
- Qual foi a rede de apoio (cônjuge, pais, irmãos, amigos), quais as expectativas?

#### **II - Durante a gravidez**

- Como foi a Gravidez?
- Foi uma gravidez calma, teve alguma preocupação, sentiu alguma pressão por estar grávida?

#### **III - Depois da perda**

- Como e em que circunstância ocorreu a perda?
- O que sentiu?
- Sente que de alguma forma a perda influenciou a sua rotina diária?
- Como foi feito o luto?
- Alguma vez teve sentimentos de culpa em relação a si, a outros, ou a algum acontecimento?

- Sente que podia ter feito alguma coisa de diferente?
- Qual foi a rede de apoio (cônjuge, pais, irmãos, amigos), sentiu?
- Como foi experiência a vivência a dois, do casal?
- Sentiu algum afastamento ou por outro lado uma aproximação?
- Tentou engravidar novamente?
- Se não porquê?

**CONSENTIMENTO INFORMADO**

Eu ....., portadora do B.I/CC nº ....., dou autorização para que os dados recolhidos na entrevista sejam gravados (gravação áudio), para análise no âmbito da realização de uma tese de Mestrado sobre o Luto Materno . É de referir que todos os dados recolhidos serão tratados, e estarão abrangidos pelo sigilo profissional, sendo utilizados apenas para análise da Tese de Mestrado e de seguida eliminados. Eu entendo que a minha participação é voluntária, a minha assinatura em baixo indica que li, percebi e concordei com a informação contida na carta de consentimento informado. Quaisquer questões que tive, foram respondidas para minha satisfação e esclarecimento com a Mestranda Sofia Ferreira, finalista do Mestrado Integrado em Psicologia Clínica no ISPA – Instituto Universitário, sob orientação do Professor Doutor Nuno Torres.

.....

Entrevistada

.....

Mestranda Sofia Ferreira (Finalista do Mestrado Integrado Psicologia Clínica)

.....

Professor Doutor Nuno Torres

## ANEXO IV – ENTREVISTAS

SUJEITO A

### **Guião de Entrevista – Gravidez Normal (Anamnese Aberta)**

Idade: 37

Formação Académica: Licenciada

Estado civil: Casada

Profissão: Farmacêutica

#### **I - Antes da Gravidez**

- Lembra-se da primeira vez que desejou ser mãe? (Desejo, medo, projecto)

Não, sinceramente não acho que é daquelas coisas que existe connosco desde que somos pequeninas, faz parte de mim desde que eu me conheço, esse desejo, essa vontade, acho que tinha mesmo de acontecer.

- Foi planeado, não foi planeado

Foi planeado.

- Teve dificuldade em engravidar?

Não, consegui engravidar logo à primeira tentativa, começamos a tentar engravidar e foi logo. Tinha falado com a minha médica e ela tinha-me dito que assim que aparece-se a primeira menstruação para começar a tentar e como engravidamos tão rapidamente e sem problema, a médica até nos deu os parabéns por ter sido tão fácil e tão rápido.

- Foi uma gravidez de risco ou normal?

Foi uma gravidez de risco nos primeiros três meses, tinha perdas de sangue e tinha de fazer uma medicação específica e ficar de repouso, mas a partir dos três meses foi uma gravidez normalíssima.

- O que pensou, o que sentiu? (expectativas)

Os primeiros três meses tiveram alguma angústia e alguma expectativa, pois como tinha perdas de sangue, tinha algum receio de que as coisas pudessem correr mal, estava preocupada se as coisas iam correr bem se não, mas tinha sempre um pensamento positivo, esperava que tudo

corresse bem, fazia tudo o que o médico mandava e a partir do momento em que tive “alta” desses três meses acho que foi assim uma alegria extrema, sentia-me super feliz.

- Qual foi a rede de apoio (cônjuge, pais, irmãos, amigos), quais as expectativas?

Foi muito boa, porque era uma coisa que toda a gente sabia que eu já queria algum tempo, então foi uma felicidade partilhada por todos e com todos, o meu marido já tinha um filho mas ele também queria ter mais filhos, portanto foi uma felicidade muito grande que partilhamos os dois e com o apoio das nossas famílias e amigos.

## **II - Durante a gravidez**

- Como foi a Gravidez?

Como os primeiros três meses foram de algum risco, havia alguma ansiedade e expectativa, mas a partir do terceiro mês quando houve a “alta”, as três primeiras semanas houve um período de consciencialização de que estava tudo bem, pudemos respirar fundo e a partir daí foi uma alegria enorme o tempo todo, que era vivida diariamente, foi motivo de festa.

- Foi uma gravidez calma, teve alguma preocupação, sentiu alguma pressão por estar grávida?

Foi uma gravidez muito feliz, calma nem por isso porque eu fazia tudo, não tive mais cuidado por estar grávida, não deixava de fazer nada, continuei a fazer a minha vida da mesma forma, sem me privar de algumas coisas que se calhar outras mulheres quando estão grávidas fazem. Não mudei a minha rotina em nada.

- Como é que se sentiu? -Quais é que foram os sentimentos e emoções que sentiu ao longo da gravidez?

Senti-me super preenchida, saber que somos capazes e que esse milagre se vai dar e que esse ser se vai gerar dentro de nós, é fantástico, vai para além de todas as palavras porque é uma enorme alegria, é a pessoa sentir-se mais completa, é sentir um milagre a acontecer ali à nossa frente, é sentir o sentido de família, sentir a família a crescer, são muitas emoções ao mesmo tempo.

- Sentia que as pessoas a acarinhavam mais ou sentia-se mais amada por estar grávida, as pessoas tinham um cuidado especial consigo, eram mais preocupadas?

Eu própria sentia-me muito especial e as pessoas à minha volta também sentiam que eu transparecia e emanava felicidade, por um lado sentia isso por outro em termos de sociedade não

sinto nada que a nossa sociedade trate bem as grávidas de todo mas em relação às pessoas mais próximas sim sentia-me super especial, muito acarinhada. Em relação à sociedade não estava nada à espera pensava que a sociedade teria uma “atenção” ou cuidado em relação às grávidas que eu não senti, pensava que as pessoas acarinhassem mais as mulheres grávidas mas não, só as pessoas que tinham uma relação mais próxima comigo é que me mimavam muito e que me tratavam de uma forma muito mais especial. De resto em termos sociais não senti nenhum cuidado especial, infelizmente, não sei se é por ser uma cidade grande, que existia esta falta de “cuidado” com as grávidas, as pessoas não tinham um especial cuidado comigo por causa disso.

- Como era a relação com a rede de apoio (cônjuge, pais, irmãos, amigos)?

Sentia-me muito feliz muito apoiada por toda a gente, havia um cuidado especial com o conforto, com os cuidados especiais que a grávida tinha de ter, senti-me ,muito acarinhada pelo meu marido, pelos meus pais, pelos amigos mais próximos e pelos menos próximos, era uma onda de carinho e de atenção muito grande que toda a gente me dava, estavam sempre preocupados comigo e com o bebé para que nunca me faltasse nada.

- Como era passado cada trimestre da gravidez (cada ecografia, cada consulta)?

Era assim uma explosão de alegria naquele dia, porque era quase como se houvesse uma “janelinha” para espreitar lá para dentro, para vê-la, para me consciencializar, porque nós sentimos uma barriga que ainda é grande e sentimo-la, mas parece que não real e naquele momento em que vemos as imagens, vemos a cada trimestre a evolução e de cada vez há coisas novas para ver e vê-la mexer-se e a interagir, era assim um momento de felicidade extrema. Saía das ecografias completamente a pairar de contente porque ela estava bem, porque a sentia cada vez mais real a cada ecografia que fazia.

- Imaginava como seria o seu filho, com quem seria parecido, como seria a rotina diária do casal e da família quando ele nascesse?

Não por acaso essas coisas nunca tive, nunca fiz muitas projecções de como ela seria ou não. Acho que sempre senti ao longo da gravidez que ela estivesse bem, queria sobretudo que não só a gravidez fosse boa para mim como para ela, em termos de evolução e de experiências. Aquela questão de que ela pudesse tirar proveito de tudo o que eu fazia, achava que era importante ela ouvir musicas ter contacto com pessoas, comer comidas diferentes para ela também sentir estímulos diferentes dentro do possível, das minhas vivências e dos estímulos que eu lhe podia transmitir isso também era importante e acho que sempre me preocupei, ou cuidei

mais do presente dela do que propriamente do que viria a seguir, de como seria o futuro. Acho que essa parte foi uma surpresa muito boa quando a vi pela primeira vez. Tentei só mesmo que ela fosse muito feliz durante a gravidez e que tudo corresse bem e que ela e eu desfrutássemos ao máximo de tudo. Pensava muito nela de como seria depois de nascer, mas desejava que ela viesse saudável, acho que é o desejo de todas as mães, que tudo corresse bem com ela. Pensava muito no parto e como queria que o parto corresse bem para mim que essencialmente fosse um parto bom para ela, por tudo o que ela iria passar, e felizmente correu tudo bem e isso fez com que me sentisse bem.

- Durante a gravidez já se sentia e imaginava mãe, ou não conseguia ainda imaginar-se como tal?

Já me sentia muito Mãe mesmo antes de ela nascer, já tinha o instinto, já era Mãe.

### **III - Depois do nascimento**

- Qual foi a primeira coisa que sentiu quando viu o seu filho pela primeira vez?

Foi giríssimo, porque o parto foi muito rápido, eu entrei na sala às 8:45 e ela às 10:30 tinha nascido, foi muito rápido e fui curioso porque quando me a colocaram em cima do peito não sei porquê, colocaram-na ao contrário portanto eu só via pernas e rabo, foi ao contrário de tudo o que se poderia pensar, eu só via umas pernocas e rabinho rechonchudo e na aquela altura só pensava que não a estava a ver mas ao mesmo tempo pensava, ela é tão grande, foi uma tontice, mas não sei se era por uma questão de perspectiva só pensava ela é tão grande, mas ela estava dentro de mim, como é que cabia. Mas às tantas quando caie em mim pela questão de não a estar a ver, pedi para a virarem, eu disse que não estava a conseguir vê-la, e quando a viraram a minha reacção foi só dizer minha filha parabéns, tu foste tão corajosa, parabéns, parabéns. Foi uma sensação de enorme alegria.

- Teve algum instinto/preocupação, consciente ou inconsciente quando ele nasceu?

Não, eu acho que não, é muito estranho mas eu acho que sentia que ela estava bem portanto não tive nenhuma preocupação. Eu depois mais tarde vim a saber que ela afinal não estava assim tão bem porque ela nasceu com o cordão umbilical à volta do pescoço, mas eu na altura não me apercebi de nada, por ter sido tudo tão rápido também acabou por não ser complicado, e eu só vim a saber uma semana depois que ela tinha nascido com o cordão umbilical à volta do pescoço. Na altura nem me apercebi.

- Sentiu alguma responsabilidade acrescida quando o seu filho nasceu, sentiu-se mais mulher?

Senti, senti mesmo que era uma enorme responsabilidade, senti que era um misto de alegria com responsabilidade, com o quer cuidar, essencialmente com o querer cuidar dela, saber que ela estava bem, queria que me garantissem que estava tudo bem e queria dar-lhe carinho, dar-lhe mimo. Senti-me um pouco ansiosa quando estava a ser cosida, custou-me um pouco eu ter de esperar mas sobretudo ela ter de esperar por mim, porque a enfermeira tinha de fazer um procedimento necessário e ela estava a chorar porque queria mamar. A minha primeira reacção foi dizer não precisam de cuidar de mim, eu quero é cuidar dela, mas a enfermeira disse-me logo que não que as coisas têm de seguir os seus tramites e primeiro tinham de cuidar de mim para depois então eu puder estar bem para cuidar dela.

- Como é que foi vivida a experiência a dois (enquanto casal)?

Ficamos muito mais unidos, o nascimento dela fez com que ficássemos muito mais próximos. Em termos de rotina diária do casal é totalmente diferente, mas sinto sobretudo que nós nos vamos adaptando às situações e como temos uma forma de estar na vida semelhante, as coisas acabam por correr muito bem, conseguimos-nos organizar. Acho que quando nasce uma criança é bom as pessoas estarem no mesmo passo e dividirem tudo, é conseguir sobretudo organizar-se, é saber, quem faz o quê, quando, mesmo nas pequenas coisas do dia-a-dia, é importante que haja uma sintonia, para que as coisas não desgastem o casal.

- Qual é que foi a reacção da rede de apoio (cônjuge, amigos, familiares), como foi acolhido este novo bebé?

O pai ficou super babado, ele esteve presente quando ela nasceu, assistiu a tudo, cortou o cordão umbilical, foi ele que ficou com ela, a acarinhá-la enquanto estavam a tratar de mim portanto foi um momento muito feliz.

- Qual é e, como é a experiência de ser mãe, existe alguma transformação mais profunda, sente que é uma pessoa diferente do que era antes? Se sim, o que é que mudou?

É muito boa, é sentir-me completa, sentir o verdadeiro significado de família. Lembro-me de uma coisa que eu tinha muito receio, em relação à amamentação, mas foi um momento mágico, queria muito dar de mamar mas não sabia muito bem como é que iria correr, tinha lido nos livros e nas formações como é que se fazia, mas a enfermeira explicou-me e realmente hoje penso, é tão simples, às vezes nós é que complicamos as coisas, temos de ter calma, dar tempo ao tempo, e com calma tudo acontece. Temos de pensar que não está tudo nas nossas mãos a adaptação é tanto da mãe como do bebé, portanto à que saber as duas partes adaptarem-se e encontrarem juntas uma sintonia.

- Como é ver o seu filho crescer, pensa muitas vezes nos momentos em que estava grávida, no que ambicionava que ele fosse quando estava na barriga e no que ele é agora?

Eu aí lembro de uma coisa muito gira, que eu lembrava-me de dizer que ia ter saudades de estar grávida, eu adorava tanto estar grávida, que achava um máximo estar grávida, eu lembro-me de ver senhoras pançudas, enormes, a dizer, *“estou farta disto eu quero é que ela nasça”*, e aquilo fazia-me imensa confusão, porque eu pensava para mim, ela podia ficar mais um mês ou dois ou tempo que ela quisesse. Eu gostava tanto mas tanto de estar grávida, que dizia, é uma sensação tão boa, tão agradável estar grávida que vou ter saudades, e só não vou ter tantas porque achava que deveria ser uma sensação maravilhosa tê-la nos braços, aqui comigo. É tão bom, tê-la cá fora e vê-la crescer, lembro-me perfeitamente de olhar para as mãozinhas dela e achar os dedos tão fininhos e agora que ainda passou pouco tempo já sinto os dedinhos cheiinhos, passa tudo tão rápido. Eu adorei estar grávida, mas agora é tão bom tê-la ao colinho e poder vê-la crescer que isso supera qualquer saudade do tempo em que estava grávida. Para além de que posso voltar a engravidar e voltar a ter sensação do que é estar grávida, enquanto que estes momentos enquanto ela é pequenina e em que vejo diariamente o crescimento dela, a interacção e os estímulos que vai tendo, não voltam atrás, e é uma sensação tão boa. Ir aprendendo com ela, ela muda tanto em tão pouco tempo, é tão bom crescer com ela que supera tudo e mais alguma coisa. O observar já nos preenche tanto, é tao fantástico. Mesmo quando ela chora, chora, chora porque tem cólicas e depois verte uma lagrimazinha, eu fico com o coração tão apertado, é tudo tão bom, e faz tudo parte do crescimento dela.

SUJEITO B

## Guião de Entrevista – Gravidez Normal

### (Anamnese Aberta)

Idade: 36

Formação Académica: Licenciada

Estado civil: Casada

Profissão: Bailarina/ Ensaiadora

### I - Antes da Gravidez

- Lembra-se da primeira vez que desejou ser mãe? (Desejo, medo, projecto)

Eu acho que foi pouco antes de casar, acho que foi essencialmente quando comecei a ver as pessoas à minha volta, principalmente as mais chegadas a terem filhos, sempre gostei muito de crianças. Mas sempre quis ser mãe mas nunca pensei nisso antes do tempo de ser mãe. Sempre tive esse sonho.

- Foi planeado, não foi planeado

Das duas vezes que engravidei, não foram planeadas porque não fui ao médico fazer exames, nunca fiz análises, nem ver se estava tudo bem, simplesmente deixei de tomar a pilula.

- Teve dificuldade em engravidar?

Engravidei logo à primeira vez que tentei na minha primeira gravidez, enquanto que da segunda gravidez demorei 6 meses até conseguir engravidar.

- Foi uma gravidez de risco ou normal?

Tudo normal.

- O que pensou, o que sentiu? (expectativas)

Do primeiro senti uma grande emoção por estar grávida, uma pessoa nunca está preparada para o que aí vem, não haja ilusões, é muito bom pensar vou ser mãe vai ser a coisa mais linda do mundo, mas uma pessoa nunca está verdadeiramente preparada para o que aí vêm. E depois é saber se está tudo, a constante é sempre será que está tudo bem, depois é o cuidar dele cá dentro, do primeiro foi assim. Do segundo as coisas já são diferentes é pensar vem aí outro ser que é um amor incondicional e só se percebe isso depois de saber o que é ser mãe. Durante a gravidez é uma ligação muito forte, mas uma pessoa nunca sabe muito bem o que é amar um

filho, sabe o que é cuidar dele, sentimo-nos acompanhadas a toda a hora, principalmente quando eles se começam a mexer. Mas o que pensamos é muito *“que bom que vou ter um filho será que vou ser capaz de cuidar dele, de estar à altura de todas as necessidades dele? Que giro vou ter um bebé e vou ter um filho nos braços finalmente mas uma pessoa não está nada preparada para o que aí vem.”*

- Qual foi a rede de apoio (cônjuge, pais, irmãos, amigos), quais as expectativas?

Foi ótima, aliás eu quando estou grávida sinto-me uma verdadeira princesa.

## **II - Durante a gravidez**

- Como foi a Gravidez?

Fisicamente é um desejo enorme que a barriga cresça, depois é ela efectivamente começar a crescer, eu nunca tive nenhum tipo de dificuldade de adaptação ao meu corpo, muito pelo contrário sempre fui muito orgulhosa das minhas gordurinhas e das minhas barrigas e das maminhas grandes e tudo grande, porque eu sou muito pequenina portanto tudo grande para mim era motivo de enorme orgulho, quanto maior melhor. Lembro-me de pensar, *“isto nunca mais cresce e eu queria ter já uma barriga enorme”*. Depois à medida que a barriga cresce é claro que a ligação vai aumentando, principalmente no momento em que começam os pontapés, até porque no início da gravidez sentimos pontapés onde não existem, e acabamos por pensar afinal aquilo tudo para trás era tudo mentira e isto agora é que é mesmo a sério. E é uma sensação inexplicável, é o verdadeiro cliché que existe em que se diz que é um estado de graça e é efectivamente um estado de graça. Eu amei estar grávida e continuarei a amar, infelizmente não posso estar sempre grávida, mas é uma sensação única. Foi uma emoção muito grande e um pânico ao mesmo tempo, é uma sensação de medo da perda, não faço a mínima ideia o que é perder um filho, mas uma pessoa tem sempre medo e se lhe acontece alguma coisa.

- Foi uma gravidez calma, teve alguma preocupação, sentiu alguma pressão por estar grávida?

Sim foram gravidezes muito calmas, eu guardo as melhores recordações das minhas gravidezes. Da segunda gravidez tive um pequeno percalço, porque estive um período doente mas nada de especial, foram tranquilíssimas. Da primeira gravidez tinha medo de não estar preparada para ser mãe, mas da segunda já não já sabemos como é que vai ser e o que é ser mãe, portanto essa preocupação já não existe. Mas ao mesmo tempo é um medo muito estranho porque a partir do momento em que temos a criança nos braços, altera tudo o que nós tínhamos pensado para trás e então é que pensamos, é muito estranho, mas e se eu lhe falto, é questão é e se eu lhe falto e se ele me falta, acabamos por sentir ele precisa de mamar aquela hora, então e se

eu morro amanhã, como é que é, é obvio que existem sempre formas de alimentar uma criança, mas é muito a preocupação de que nunca lhe falte nada.

- Como é que se sentiu? Quais é que foram os sentimentos e emoções que sentiu ao longo da gravidez?

É um misto de uma preocupação com uma felicidade incrível, não sei, é muito difícil de explicar, é um sentimento que se sente que é quase inexplicável. Como é que se explica a emoção. Uma mulher acaba por se tornar um bocadinho bicho do mato, com o marido com todas as pessoas à volta, só nos é que sabemos, é *“deixem-me estar com o meu menino, aquilo é o ninho, é fazer o ninho”*. Isto aconteceu-me durante a gravidez e durante os primeiros meses de vida do bebé, eu queria lá saber se o meu marido tinha necessidades físicas, a mim era-me completamente indiferente, não queria saber, só queria que me deixassem no meu ninho, não me apetecia fazer amor, não me apetecia nada, só queria cuidar do meu filho.

- Sentia que as pessoas a acarinhavam mais ou sentia-se mais amada por estar grávida, as pessoas tinham um cuidado especial consigo, eram mais preocupadas?

É tão bom, sentimo-nos a mulher mais bonita do mundo, sentimo-nos importantes, e não era só as outras pessoas darem-nos importância, no nosso íntimo nos sentimo-nos importantes. Eu adorava andar na rua e passar nas montras e ver-me a mim e à minha barriga reflectidas, depois as pessoas olham para nós, sentimo-nos extremamente importantes é uma sensação inexplicável. É quase que uma transferência inconsciente porque nos sentimos que somos importantes para o bebé, e estamos a gerar vida. Sentimo-nos muito mas muito especiais.

- Como era a relação com a rede de apoio (cônjuge, pais, irmãos, amigos)?

Em relação ao meu marido sentia-me mais afastada fisicamente mas isto difere muito de mulher para mulher, eu no meu caso foi assim, nos primeiros meses não me estávamos afastados fisicamente porque *“a malta fica toda maluca, com a novidade e com o que aí vem”*, mas depois houve um afastamento físico, começamos a fazer o nosso ninho e a partir daí não queremos que entrem no nosso espaço. Em termos emocionais sentia-me bem mais ligada, ir às ecografias com o meu marido e ele presenciar e viver aquilo com emoção é inexplicável.

- Como era passado cada trimestre da gravidez (cada ecografia, cada consulta)?

Sentia muito medo, é assim, eu ia para a ecografia e passava uma etapa pronto está tudo bem, mas aquela passava eu ficava aliviada durante dois dias, e depois já ficava preocupada e

ansiosa com a ecografia seguinte, e pensava será que da próxima vai aparecer alguma coisa? No meu caso eu fui assim, eu sei que há pessoas que não que confiam mas tinha sempre uma preocupação.

- Imaginava como seria o seu filho, com quem seria parecido, como seria a rotina diária do casal e da família quando ele nascesse?

Não imaginava, mas tive um sonho na minha primeira gravidez de que o meu filho nascia com cabelo até às sobrancelhas, porque eu tinha muita azia durante a gravidez e as pessoas diziam-me que quando as grávidas têm muita azia significava que os bebés iam nascer com muito cabelo. Mentira porque os meus dois filhos nasceram carecas, mas isto são tudo preocupações e ansiedades de mulheres grávidas. Mas de resto nunca imaginei nada de como ele seria, a única coisa que queremos mesmo é que eles venham perfeitos. Da segunda gravidez lembro-me de pensar se ele ia ser parecido com o irmão quando nascesse e lembro-me de achar que ele também ia nascer com muito cabelo, mas nasceu carequinha como o irmão, iguaizinhos, pareciam gémeos em tempos diferentes.

- Durante a gravidez já se sentia e imaginava mãe, ou não conseguia ainda imaginar-se como tal?

Eu achava que sim, mas depois deles nascerem é que temos realmente a noção do que é ser mãe, isto na primeira gravidez, porque na segunda já me sentia mais mãe. Sentia quando estava grávida, o meu filho o meu filho, mas quando eles nascem é totalmente diferente e pensamos, espera lá que isto é que é o meu filho, o que estava para trás não era nada assim. Mas claro que sim que nos sentimos mães mas não é a verdadeira mãe, é a mãe que não sabemos muito bem como é que vai ser porque não vale a pena ver nos outros, só nos é que conseguimos sentir, mas ninguém o consegue.

### **III - Depois do nascimento**

- Qual foi a primeira coisa que sentiu quando viu o seu filho pela primeira vez?

Eu achei-o muito bonito, aliás assustadoramente bonito porque achava que os bebés nasciam feios, o meu segundo filho nasceu mais feio mas o primeiro achei-o muito bonito. Nasceu cor-de-rosa, tinha rosetazinhas e eu não sei explicar é tanta emoção ao mesmo tempo, lembro-me de pensar *“uau, tão redondinho e tão cor de rosinha”*, mas depois aquilo desaparece, são fracções de segundo, não lhe fui contar dedos das mãos, nem dos pés, do meu segundo filho lembro-me de ter olhado só e depois ele foi levado pelas enfermeiras, é tudo tão rápido mas depois fiquei *“uau, isto é meu, fogo, isto é meu, foi muito bonito”*.

- Teve algum instinto/preocupação, consciente ou inconsciente quando ele nasceu?

Assim que o vi não, nada, só pensei *“que lindo que ele é, é meu”*.

- Sentiu alguma responsabilidade acrescida quando o seu filho nasceu, sentiu-se mais mulher?

*“Ai isso é que dói, quer dizer dói que não dói fisicamente”*, quando cheguei a casa, não foi na hora em que ele nasceu, foi na primeira noite em casa, chorei, chorei, só chorava com ele ao colo, pus uma música brasileira a tocar que dizia *“Quando Deus te desenhou, ele tava namorando, na beira do mar do Amor”*, e só olhava para ele e as lágrimas corriam-me pelo rosto e pensava *“meu filho que tu és, e és meu, e pensava e se eu te falto, não existe amor maior, venham 30 homens, 30 maridos”*. O amor de um filho para uma mãe é diferente, apesar de eu amar incondicionalmente a minha mãe e a minha avó, de amar incondicionalmente o meu marido de outra perspectiva que eu não me imagino sem ele, mas se tiver de me imaginar sem ele em detrimento do meu filho, prefiro imaginar-me sem o meu marido, *“que horror pensar assim mas é só para tentar explicar o que é o amor de uma mãe por um filho e como é diferente de todos os outros amores que uma mulher tem”*. Eu só dizia assim, não existe amor maior, eu posso dar-lhe palmadas, posso nem sempre ter muita paciência, se bem que acho que com o passar do tempo vou tendo mais, de não aguentar mais por não conseguir dormir e pensar *“Meu Deus, mas o que é isto? Eu não aguento, que horror”*, mas é uma experiência única, não existe amor maior. Sinto-me uma mulher diferente agora, sinto-me mais capaz, sinto que levo o mundo à frente se for preciso para proteger os meus filhos.

- Como é que foi vivida a experiência a dois (enquanto casal)?

Foi muito bom, foi maravilhoso. Coitado o meu marido sofreu um bocado porque dei-lhe seca durante muito tempo, mas pronto isso é uma das partes no casal, mas também é importante, tanto que o meu obstetra deu-me nas orelhas, porque eu quando lá fui à consulta dos 4 meses e ele me perguntou como é que ia a nossa vida sexual (até porque depois do parto, com a recuperação das coseduras a mulher pode ter algum receio de ter dor ou de se magoar) e eu respondi que não ia, ele disse-me que me ia mandar para um psiquiatra, mas eu já nem tinha medo nem nada, simplesmente não me apetecia. Não sei porquê, depende muito de mulher para mulher, mas acho que no meu caso rejeitei mesmo o sexo masculino, não tinha interesse. É uma coisa interior, era uma minha, porque eu sei que muitas mulheres, tenho amigas que ao fim de 3/4 semanas já têm uma vida sexual activa. Para mim ao final de 3 semanas seria impossível porque tive uma recuperação do parto de 1 ½ mês, mas mesmo depois disso continuava sem ter vontade. Numa primeira instância não tem a ver com o parto, mas sim com o pós parto, porque o parto não me marcou de todo, o pós parto é doloroso, dói muito e nós nunca estamos bem.

Depois, pensamos *“Meu Deus, entrar aqui alguma coisa é impossível”*, depois a outra parte é já estou bem mas não me apetece. E sei que foi um momento um pouco chato para o meu marido, mas ele percebeu que eu precisava do meu tempo e não me procurava antes de eu estar preparada ou antes que surgisse a vontade, as coisas foram retomando o seu ritmo natural, quando eu me senti preparada para tal, mas sei que foi um período chato para o meu marido e que ele sofreu um bocado e sofreu em silêncio. Mas a experiência da maternidade enquanto casal foi muito boa, viver cada gracinha da criança, da primeira vez até ao 5º mês do nosso filho, sentia que continuava a ser especial para ele, a partir daí as coisas voltaram ao normal. O Homem fica muito mais disponível naqueles primeiros meses mas depois passa-lhe mas o mesmo se passa com as Mulheres, tudo é novidade, das duas gravidezes foi assim. Se bem que o meu marido é um homem especial ele sempre fez uma festa e brincou com os filhos quando chegou a casa, por mais cansado e estourado que viesse. Eu já não sou tanto assim, tenho muitos dias que chego a casa e não me apetece falar com ninguém, em que estou mesmo cansada, mas cada pessoa é diferente.

- Qual é que foi a reacção da rede de apoio (cônjuge, amigos, familiares), como foi acolhido este novo bebé?

Foi a loucura para a minha Mãe foi o primeiro neto, para a minha avó o primeiro bisneto, e ainda por cima era rapaz, era tudo para o menino. Quando nasce um bebé sentimos automaticamente que “perdemos” alguma coisa, ganhamos um filho mas perdemos uma companhia 24 horas por dia, sentimo-nos vazias, continuo a ser especial, mas só sou especial dentro destas quatro paredes, já não sou especial desta porta para fora, porque agora já sou uma pessoa igual às outras, já não me sorriem, já não me deixam passar à frente na fila do supermercado umas vezes com um sorriso, outras vezes não, portanto, deixamos de ser especiais, e é isto que muitas vezes que degenera nas depressões pós-parto *“as pessoas às vezes dizem que é por o bebé estar sempre a chorar, é muita pressão”* mas não é só isso, passamos de estado de ter muito atenção a não ter atenção nenhuma. A termos de dar toda a nossa atenção ao bebé, como toda a gente à nossa volta só dá atenção ao bebé e ainda nos tornamos quase que um “alvo” porque toda à gente passa a “exigir” e a “controlar” a aquilo que fazemos, se não nos “descuidamos” ou “desleixamos”, é uma constante de *“vê-la se o menino está bem, vê-la se não tem fome, deste-lhe a chucha, vê-la se ele não tem sono”* e por um lado é bom, da minha mãe senti, da minha sogra também um carinho enorme, é uma emoção grande termos uma filha que tem um filho, é esse mãe duas vezes, e em relação à minha avó, uma neta que têm um filho, *“ai minha filha, que bom”*, é uma alegria enorme.

Mas isto acaba por ser um comportamento normal, eu quando vou à maternidade ver alguém, é óbvio que dou atenção à minha amiga mas a seguir delicio-me é com o bebé, é a vida é mesmo assim. Senti isto, mas não foi nada que me pusesse a chorar e a pensar que eu agora não era ninguém, nada disso, o processo é mesmo assim e a continuação da gravidez e da maternidade é mesmo esta.

- Qual é e, como é a experiência de, ser mãe, existe alguma transformação mais profunda, sente que é uma pessoa diferente do que era antes? Se sim, o que é que mudou?

Mudou a forma de ver a vida, por muito que a minha mãe me dissesse que um dia quando eu fosse mãe, ia perceber, não percebemos, não fazemos a mínima ideia do que é, só quando o somos mesmo. Às vezes eu via as pessoas com os filhos e achava *“epá, que pânico, deixem a criança cair”*, qual quê eu detesto ver os meus filhos caírem, quem é que gosta de ver o seu maior amor magoar-se?, ninguém, ou mesmo doente, ninguém gosta. Eu só quero poder estar à altura deles, dentro dos parâmetros de uma boa mãe e eles puderem contar comigo em qualquer circunstância, embora eu vá percebendo e aprendendo que vai haver uma altura em que eles não contam connosco porque não querem mas é essencial não falhar e não que não nos lhes falte saúde. Penso muitas vezes, que gostava de os ver crescer, de os ver entrar na faculdade, de os ver acabar o curso, casarem, seguir o curso natural da vida. Imagino muitas vezes a adolescência deles mas já quase a chegar a adultos em que eles já são novamente carinhosos com os pais e de receber aquele abraço, aquele beijo e poder dar-lhes sempre o que eles precisam e sobretudo ter paciência, porque muitas vezes sinto que não tenho muita paciência, embora já vá tendo mais. O que é bom, porque talvez quando tiver netos, se tiver netos, já vou ser uma avó melhor do que fui mãe. Nós estamos cá sempre para evoluir tenho as minhas falhas, mas eu tento sempre que eles sejam felizes.

- Como é ver o seu filho crescer, pensa muitas vezes nos momentos em que estava grávida, no que ambicionava que ele fosse quando estava na barriga e no que ele é agora?

É bom e é mau, é bom porque sentimos que eles têm saúde, que crescem e se desenvolvem, que são inteligentes ou menos espertos, mas que crescem felizes e com todas as preocupações inerentes a isso. E é mau, isto parece um cliché, mas nos sentimos que estamos a envelhecer porque eles estão a crescer, que o tempo passa a correr e que eles vão saindo de baixo da nossa asa. Pensava muito, um dia quando eu for mãe não vou fazer as coisas assim, um dia quando eu for mãe filho meu não vai fazer birras, é tudo uma grande mentira. Mais vale não criarmos muita expectativa e esperar que as coisas corram pelo melhor, vivendo dia-a-dia, porque

eles vão-nos surpreendendo e nos também não sedemos quando achamos que íamos ceder naquela altura, também sedemos quando achámos que nunca iríamos ceder, sai sempre tudo um bocadinho ao contrário. Claro que nós temos um ideal e desse não fugimos, queremos que os nossos filhos sejam educados, que sejam simpáticos, que se comportem como deve ser à mesa, uma serie de princípios que transmitimos, queremos que sejam pessoas honestas, que não roubem, que sejam válidos na sociedade, que ajudem o próximo, os 10 mandamentos no fundo, e que faz sentido. Mas de resto como lá chegamos, cada um tem a sua história, cada um tem o seu percurso e não vale a pena teorizar muito acerca disso.

SUEJITO C

## **Guião de Entrevista – Aborto Espontâneo**

### **(Anamnese Aberta)**

Idade: 27

Formação Académica: 12º

Estado civil: União de facto

Profissão: Instrutora de natação / educadora

Perda: 14 S + 1d 23/03/2012

### **I - Antes da Gravidez**

- Lembra-se da primeira vez que desejou ser mãe? (Desejo, medo, projecto)

Desde muito cedo. Juntámo-nos muito cedo e aos 20 anos já tínhamos essa vontade. Aguardámos contudo que os meus pais se reformassem, para termos + algum apoio. Em 2011 no mês de Junho falámos a sério sobre o tema e iniciei a toma do ácido fólico e marquei consultas.

- Foi planeado, não foi planeado

Foi planeado até ao + ínfimo pormenor. Consulta de medicina geral, muitos exames, consulta de Ginecologia com + exames e só depois de ter “carta verde” avançámos para os “treinos”.

- Teve dificuldade em engravidar?

Não foi no 1º ciclo, porque estava muito ansiosa, queria engravidar para “ontem” e pela primeira vez na vida tive atrasos menstruais. Mas foi no 4º ciclo de tentativas.

- Foi uma gravidez de risco ou normal?

Uma gravidez super normal, sem risco (exame de rastreio 66.000/1), todas as ecografias normais, um bom desenvolvimento...

- O que pensou, o que sentiu? (expectativas)

Vivi os dias mais felizes da minha vida, andava super feliz, mas a partir da 10ª semana comecei a andar muito ansiosa e com medo que algo não estivesse bem.

- Qual foi a rede de apoio (cônjuge, pais, irmãos, amigos), quais as expectativas?

O apoio foi total do marido (apesar dele estar na altura muito receoso e incrédulo, parecia que ainda não tinha acreditado que tínhamos conseguido, estava-se a defender caso desse mau resultado...), os meus pais que souberam às 6 semanas e o meu irmão e a noiva. Eram as únicas pessoas a saber.

## **II - Durante a gravidez**

- Como foi a Gravidez?

Feliz, calma, muito apapricada (pelo marido, pais, irmão e noiva) apesar dos enjoos sentia-me a pessoa mais feliz do mundo.

- Foi uma gravidez calma, teve alguma preocupação, sentiu alguma pressão por estar grávida?

A preocupação que tive assumo que seja normal, o receio que alguma coisa esteja errada, o desejar tanto a criança que o medo da perder era enorme. Paralelamente estava a gerir um espaço de crianças que não estava a correr muito bem e não folgava dia nenhum. Trabalhava de Domingo a Domingo com crianças e nos Sábado ainda dava aulas de natação, saia e ia para o espaço de crianças. Tinha muito medo que pudesse apanhar alguma coisa das crianças ou da piscina e andei muito ansiosa por isso. Não queria dizer a ninguém, acabei por contar ao manager do ginásio onde estava para poder sair das aulas de natação e tentar arranjar alguém para eu poder descansar no espaço de crianças, pelo menos 1 vez por semana.

## **III - Depois da perda**

- Como e em que circunstância ocorreu a perda?

No rastreio de 1º trimestre às 12S+1d assim que se ligou o ecografo o médico fez um ar triste e eu apercebi-me de imediato que alguma coisa não estava nada bem. .. Ele foi muito humano a dar-nos a noticia, disse que ia na mesma ver o máximo de informações possíveis, sempre a dar-me festas e apertar a mão, nitidamente comovido. Quando terminou conversámos, ele foi muito franco e disse-me que nestas circunstâncias nenhuma criança sobreviveria. Tinha uma higroma quístico muito exuberante, provavelmente provocado por um vírus presente nas crianças + pequenas, ou talvez causa genética.

Aí iniciaram-se os exames, biopsias, idas ao hospital, posteriormente (às 13semanas + 5d no dia 21/03/2012) fui encaminhada para a urgência para a interrupção. Felizmente antes disso a médica quis-me ver para dar os resultados cromossómicos que não apontavam nenhuma anomalia cromossómica e dava-me o sexo do meu filho...masculino ao mesmo tempo que soube que o coração parava debater...

A partir daí na urgência foi uma Interrupção por comprimidos e medicação intra venosa. Fiquei internada 4 dias, tendo a expulsão acontecido ao 3º dia de internamento...

- O que sentiu?

O meu mundo desabou totalmente no momento em que o médico ligou o ecografo e me deu a noticia. Senti que o meu psicológico projectou a minha consciência para longe, de pára-quadras e andei até ao final do processo e talvez umas semanas depois, em piloto-automático. Nunca chorei em frente a ninguém, sempre fui muito lúcida e consciente durante o internamento, falei imenso com os médicos apra perceber o melhor possível a situação, acharam-me capaz o suficiente para me envolver nos métodos utilizados e me passarem toda a informação possível. Tentei fazer de conta que não era comigo, ri-me e tentava ser animada com o pessoal do hospital e durante o internamento nunca consegui chorar. Até me sentia mal comigo por estar assim, achei muito anormal. Antes da interrupção adormecia a chorar e acordava a chorar. Mas sempre que tinha de encarar o mundo, mantinha-me firma e tranquila. Depois da interrupção, já em casa é que me permiti chorar. Não há um dia em que não me passe tudo pela cabeça muito rápido e não chore.

- Sente que de alguma forma a perda influenciou a sua rotina diária?

Não permiti que isso acontecesse de certo modo, mas acabei por abandonar o espaço de crianças por não estar a ser rentável e estou neste momento a trabalhar a partir de casa em coisas que me são mais confortáveis. Faço a vida normalmente, no início tinhas crises de pânico quando saía à rua sozinha, aprecia que ia desmaiar na rua, tremia imenso. Parecia que sentia que toda gente me achava estranha. Mas contrariei tudo isso para ter uma vida normal, que acho que tenho.

- Como foi feito o luto?

O luto foi feito com muitas lágrimas, muita conversa com o marido, muitos desabafos no projecto artemis, e a procura de uma psicóloga que me acompanha ainda hoje. Guardei todas as coisinhas do meu filho numa pasta, desde os 7 testes de gravidez que fiz, aos exames, ecografias, relatórios, um brinco meu (para estar sempre com ele não sei racionalizar o gesto) e vou imprimir fotos da barriga e guardar tudo. Aos poucos vou decorar a pasta e mantê-la sempre comigo. Escrevi muito e quero escrever mais ainda. Tive necessidade de ter um objecto que o representasse, e ando sempre com um fio que o representa mas não é o suficiente e quero fazer uma tatuagem no lado onde ele estava com um elfo bebé e uma frase em gaélico que diz “A mãe

ama-te sempre”. No fundo considero que o luto há de ser eterno, porque a minha contagem como grávida continua (33s+3dias) e apesar de estar novamente em treinos para um 2º filho, nada vai substituir o meu bebé que partiu cedo demais.

- Alguma vez teve sentimentos de culpa em relação a si, a outros, ou a algum acontecimento?

Penso muito nisso. Ora que podia ter-me marimbado para as aulas e o espaço de crianças e não metido lá os pés, ora que se calhar fui descuidada com a barriga e posso ter dado alguma pancada que tenha prejudicado. Que o meu marido poderia ter sido mais “crente” e mimado mais o bebé enquanto ele esteve cá (ele era muito receoso de me acariciar a barriga, provavelmente tinha medo dos vínculos antes de ter a certeza que estava tudo bem). Penso que podia ter sido + consciente e ter evitado de alguma formão rumo dos acontecimentos. Apesar de conscientemente saber que não podia ter feito nada e que estas coisas acontecem 1 num milhão e aparentemente eu fui a “uma”. Mas o meu inconsciente continua em busca de uma resposta que nunca vai existir.

- Sente que podia ter feito alguma coisa de diferente?

Sei que não podia, mas sinto que devia. Como referi atrás podia ter saído + cedo do espaço de crianças e ter deixado a natação. Mas era a minha forma de ganhar dinheiro e racionalmente sei que não podai ter prescindido naquela altura...

- Qual foi a rede de apoio (cônjuge, pais, irmãos, amigos), senti?

Sinto que as pessoas não estão preparadas para lidar com uma perda. Todos estão receptivos a uma gravidez perfeita. Os pais fizeram tudo para ajudar, acompanharam-me a consultas quando o marido estava a trabalhar, fiquei em casa deles para não estar sozinha quando o meu marido ia trabalhar, ajudaram-me em tudo “lojisticamente” falando. Mas nunc conseguiram falar sobre o assunto, e tinham muita dificuldade em lidar com a minha desolação. Imagino que como pais tenha sido horrível.

O marido é muito fechado mas falámos muito sobre isso, mas eu senti que tinha pensamentos e sentimentos tão fortes e sofridos que preferi guardá-los para mim e falar sobre eles com outras mães na mesma situação que eu, e com a psicóloga e muitas vezes a escrever. Para ele imagino que tenha sido igualmente difícil, viu-me a mim q eu estou sempre “na parvoíce” e a rir, num estado muito triste e desolado, não foi fácil para ele e não quis dificultar o processo dele, apesar de falarmos muito sobre quase tudo. Digo quase porque nunca disse mais do que “estou muito

triste”, nunca consegui verbalizar a verdadeira desolação que senti, só mesmo pela escrita ena psicóloga.

- Como foi experiência a vivência a dois, do casal?

Foi desoladora, ele sempre disse que eu estava a ser extremamente forte e eu quis manter essa imagem porque assim levantámo-nos os 2 mais facilmente e apesar de caminharmos a passos lentos, estamos cá e vamos viver a nossa vida e dar um mano ao nosso filho que é o que mais queremos. Ele foi fazer uma tatuagem para perpetuar o momento e senti que talvez tenha tido alguma necessidade de “dor física” para me “acompanhar” não sei, mas foi o que senti. À frente das pessoas fui sempre eu que falei, ele sempre se absteve de o fazer, mas juntos, como referi, acredito que tive sorte porque falámos muito e ainda hoje falamos quando é necessário sobre isso. Não é de todo um tema tabu entre nós.

- Sentiu algum afastamento ou por outro lado uma aproximação?

Sempre fomos muito unidos, mas depois de tudo isto sinto que ficámos ainda mais próximos. Levantamo-nos um ao outro e apoiamo-nos ainda mais um no outro.

- Tentou engravidar novamente?

Passadas 3 semanas fui vista pelo meu médico que deu luz verde para nova gravidez porque fisicamente tinha recuperado muito rápido. É de salientar que no meio de tudo sito tenho um médico que parece um anjo caído do céu. Sempre preocupado e disponível, contactou-me várias vezes para saber como eu me sentia! O que num médico não é comum. Acompanhou-me desde que recebi a pior noticia da minha vida, até agora. Foi um ENORME pilar para mim e para o meu marido e sempre nos garantiu que nos ia ajudar ao máximo para que tudo desse certo para uma próxima gravidez. E cá estamos nós a tentar no 5º ciclo depois da perda. A vida continua, e como mãe (independentemente dele estar cá ou não) tenho de ser forte e ser um exemplo de como caímos, mas também nos levantamos.

SUJEITO D

## **Guião de Entrevista – Aborto Espontâneo**

### **(Anamnese Aberta)**

Idade: 31

Formação Académica: 12º Ano

Estado civil: União de Facto

Profissão: Administrativa

Perda: 2 no 1º trimestre e 1 no 2º trimestre

### **I - Antes da Gravidez**

- Lembra-se da primeira vez que desejou ser mãe? (Desejo, medo, projecto)

Concretamente não, começamos a falar sobre o assunto, mas não me lembro quando foi exactamente, desde que a minha sobrinha nasceu, que surgiu a vontade, tive uma paixão pela minha sobrinha e foi isso que despoletou a vontade.

- Foi planeado, não foi planeado

Foram todas planeadas.

- Teve dificuldade em engravidar?

Não tive dificuldade, a primeira vez depois de um mês ou dois engravidei, mas depois quando perdi o primeiro bebé tive de fazer um intervalo de três meses e fiquei logo grávida a seguir, e depois do terceiro também três meses de repouso e fiquei logo grávida, só agora para ele é que tive de fazer 6 meses de repouso.

- Foi uma gravidez de risco ou normal?

Não nunca sempre normais.

- O que pensou, o que sentiu? (expectativas)

A primeira vez fiquei muito feliz e achava que ia correr tudo bem e que dali a uns meses ia ter um filho, nunca me passou pela cabeça que alguma coisa fosse correr mal, aliás lia aqueles livros da gravidez e nem sequer lia aquela parte dos problemas e das perdas, porque nem sequer queria ler aquilo, para já porque me assustava não é, e também porque pensava sou saudável, não me vai acontecer nada de mal, nem tenho comportamentos de risco, nada vai acontecer.

- Qual foi a rede de apoio (cônjuge, pais, irmãos, amigos), quais as expectativas?

Foi boa, ficou toda a gente contente, toda a gente me apoiou.

## **II - Durante a gravidez**

- Como foi a Gravidez?

Foi boa, cada vez que ia à casa de banho via se tinha sague, mas de resto tudo normal.

- Foi uma gravidez calma, teve alguma preocupação, sentiu alguma pressão por estar grávida?

Foi calmíssima, mas foi curtinha a primeira, perdi às 9 semanas, a perda do primeiro eu fui ao Ikea, com o meu namorado e a minha irmã, o meu cunhado e a minha sobrinha (na altura só tinha uma), tínhamos acabado de chegar de férias no dia anterior, e quando cheguei a casa, tinha sangue, entrei em pânico comecei logo a chorar muito, liguei à minha irmã, que disse para eu ter calma que podia não ser nada, mas eu tive logo aquela que não era bom sinal, fui depois ao hospital, na altura seriam 9 semanas mas o bebé tinha tamanho de 6 semanas, deixou de se desenvolver às 6 semanas, pediram-me para eu ir dali a uma semana porque podia haver diferenças no tempo de gestação. Voltei dali a uma semana e não havia evolução nenhuma estava tudo na mesma e dali a pouco tempo fiz a expulsão naturalmente. A segunda perda foi praticamente igual, deixou de se desenvolver às 8 semanas e 1 dia ou 2, e perdi às 11, fiz a expulsão às 11 semanas e foi sempre 3 semanas depois de eles se terem deixado de desenvolver é que eu soube. Assim que fiz o teste fiquei cheia de medo, contei logo ao meu namorado, porque eu achava que estava grávida e fiz o teste de madrugada, 4 da manhã, fui-me deitar logo ao pé dele e contei-lhe logo, não dormi mais, contei logo aos meus pais e à minha irmã, tinha a ideia de não contar mas contei logo. A terceira gravidez foi ao fim de três meses da última perda, antes desta terceira gravidez eu falei com o meu médico, e como ao fim de três perdas consecutivas é que se faz este tipo de exames, disse ao médico que não ia andar nesta roleta russa a ver se à terceira era de vez, fizemos análises e verificou-se que tinha um valor abaixo do normal, a proteína S funcional, tem a ver com a coagulação do sangue, que estava alterada, então ele disse-me que assim que eu ficasse grávida começava a fazer aspirina e assim foi, assim que soube que estava grávida liguei para ele e comecei a tomar aspirina que era para começar a diluir. Fiquei com a ideia que desta vez ia correr bem, porque desta vez havia um problema que há partida estava resolvido. Em principio seria aquilo que estava a fazer as outras perdas e fiquei convencida que ia correr tudo bem, a terceira vez ia ser de vez, e realmente consegui passar o terceiro trimestre, comecei a espalhar a notícia e a convencer-me de que ia ter aquele filho.

### III - Depois da perda

- Como e em que circunstância ocorreu a perda?

Perdi com 21 semanas, tinha uma incompetência do colo do útero, o útero abriu com o peso dele e entrei em trabalho de parto sem dor, e comecei a perder líquido, fui ao hospital e eles viram por observação que a bolsa já estava na zona da vagina, já não havia muito a fazer, mas fiquei internada, o meu médico disse-me que se fosse a mulher dele, que ele tinha-lhe logo dito que quanto mais depressa o bebé estiver cá fora melhor, mas que os médicos têm de fazer aquele procedimento de repouso para ver se a bolsa voltava a entrar e se podiam fazer cerclage, mas não deu pois a bolsa já estava muito saída, já estava a começar a desenvolver infecção não estava a dar resultado, durante o internamento deram-me esperanças houve uma médica que fez ecografia e que disse que a bolsa tinha entrado ligeiramente, mas foi má observação dela porque não tinha entrado.

- O que sentiu?

Foi o pior momento da minha vida, não tem nada a ver com as primeiras perdas, a primeira perda foi assim um como se tivesse perdido uma certa inocência, não ser tudo uma beleza, estou grávida e vou ter um bebé, não perdi isso, a segunda gravidez já tinha aquela, vamos ver o quê que dá mas custou na mesma, com tempo pensava já perdi tanta vez, não vou perder outra vez. Esta terceira perda foi mesmo um autêntico choque, tinha o bebé já como garantido, já sabíamos desde as 16 semanas que era um rapaz, já tinha ultrapassado o 1º trimestre onde perdi as outras duas gravidezes e não tinha mesmo ideia que poderia voltar a passar por uma situação dessas e quando entrei dentro do consultório e a médica disse que não tinha boas notícias, foi um choque, parece que estamos a viver um pesadelo e parece que aquilo não se está a passar connosco, é tão mau que parece que não nos está a acontecer.

- Sente que de alguma forma a perda influenciou a sua rotina diária?

- Como foi feito o luto?

- Alguma vez teve sentimentos de culpa em relação a si, a outros, ou a algum acontecimento?

- Sente que podia ter feito alguma coisa de diferente?

- Qual foi a rede de apoio (cônjuge, pais, irmãos, amigos), senti?

Da parte da família da primeira vez disseram me não vale a pena chorar essas tretas, do terceiro como estava internada, não podia chorar porque prejudicava, eu entendo que as pessoas não sabem como reagir, mas senti-me muito sozinha, nunca me senti tão sozinha na minha vida, na altura o meu namorado estava a estudar à noite e nessa altura quando eu estava grávida ele estava a acabar o 12º ano à noite e a semana de internamento como eu estava sozinha à noite ele podia lá ficar comigo portanto essa semana não foi às aulas, na semana a seguir à perda dele, ele também ficou comigo em casa, mas depois na semana seguinte voltou à escola para não perder o que tinha feito. Como ele tinha começado as aulas em Setembro e lhe tinham dito que demorava 2 meses e a perda tinha ocorrido em Novembro, ele não quis perder o que já tinha feito até então. Fiquei sozinha em casa, ninguém me ia visitar, e as pessoas não estão para estar a falar disso, ou porque não têm paciência para nos estar a ouvir ou porque não sabem como reagir, e também porque chego a uma altura em que eu preferia estar sozinha, quando falava cortavam logo a conversa, ou então é as conversas da treta de já passou, não podes tar assim, a minha mãe era sempre não podes estar assim, sei lá não me deixavam falar do meu filho. E principalmente perante eles nunca lhe pude dar um nome, nós decidimos que ele se chamaria Lourenço, mas não podíamos dar um nome à frente das pessoas, sentia-me ridícula, como se estivesse a dar nome a uma coisa que não tem nome, como se eu filho não fosse uma pessoa, como se não existisse. E principalmente o que magoou muito foi não sentir que os meus pais ou a minha irmã tivessem perdido um neto/um sobrinho, é como se nada tivesse existido, foram planos falhados, como se eu tivesse feito uma candidatura a um emprego e me tivessem chamado mas que não quisessem ficar comigo, uma coisa desse género.

- Como foi experiência a vivência a dois, do casal?

- Sentiu algum afastamento ou por outro lado uma aproximação?

- Tentou engravidar novamente?

- Se não porquê?

Eu mudei como pessoa, a relação com eles não sei muito bem porque eu hoje em dia, já não falo dele e das outras perdas como tinha necessidade de falar, porque sei que não vale a pena,

por exemplo quando soubemos que desta gravidez era uma menina disseram à outra menina (porque eu tenho duas sobrinhas), da gravidez dela quando soube às 21 semanas, liguei ao Pai e contei-lhe e ele disse à outra menina e eu disse desta vez é uma menina porque eu tive um menino da outra vez, ah sim mas eu estou a falar dos que nós temos, porque o outro não interessa é para apagar. Magoa muito, porque o que sempre me custou durante este tempo não foi o facto de não compreender a minha dor, foi acharem que não valia a pena falar, porque só porque morreu não merece a pena ser falado, não merece a pena ser lembrado e isso foi o que mais me doeu, o que custa, custa como se fosse uma coisa descartável e não é. O que está cá dentro é o início do futuro, por estar cá dentro já me considero mãe por estar grávida, não fiquei a ser mãe da Mariana a partir do dia 15 de Março de 2012, eu já era mãe desde que soube que ela estava na minha barriga.

Penso muitas vezes no Lourenço, nunca ultrapassei, tive a sensação de que quando a Mariana nasceu tinha ficado arrumado mas nunca ficou e uma coisa que aconteceu quando eu o perdi, eu achei (eu fiz psicoterapia) que avançar na vida, tentar avançar na vida era deixá-lo para trás, era deixar o meu filho para trás mas também não há outro remédio porque ele não segue a vida connosco, ele acabou, ele só vive na nossa cabeça, não vive na de mais ninguém nem no coração de ninguém porque ninguém sente que perdeu aquele bebé senão nós os dois, mas sinto que nunca vai passar que vai ser sempre uma dor que eu vou ter, sempre.

A gravidez da Mariana foi muito difícil, uma gravidez de risco, porque tive de fazer uma cerclage, suturar o colo do útero para não acontecer o mesmo da última vez, tive de ficar de repouso partir das 16 semanas e só me podia levantar para ir à casa de banho e ir a consultas, fazia tudo na cama, comia na cama, foi complicado não tinha nada para fazer senão ver televisão que foi uma coisa que eu nunca gostei de fazer, lia mas não dava muito jeito, depois era sempre a ideia que podia perde-la também e partir das 21 semanas, (que foi quando perdi o irmão dela) foi quando começaram mais os medos e aquelas ideias, todas as semanas ia às urgências ver se estava tudo bem, ver se não perdia liquido, não podia tomar banho todos os dias, porque era de evitar estar em pé e nos dias que tomava banho tinha medo de perder liquido e não dar conta como foi o sintoma que aconteceu com ele. Era uma forma de saber que ela estava viva e era uma forma de ver se o útero estava bem. Houve alturas que o meu namorado estava a perder a paciência porque estávamos sempre a ir para as urgências e eu estava sempre a chorar com medo de perder. Havia alturas que ele achava que eu estava a exagerar mas ele também não compreendia que eu estava ali em casa o dia todo sozinha que tinha muito tempo para pensar em todo o tipo de porcaria, os meus pais iam-me visitar dia sim dia não mas a minha mãe saía às 19h portanto só iam depois dessa hora, a minha irmã ficou desempregada em Novembro e eu fiz a cerclage em

Novembro também mas a minha irmã não me ia visitar, porque não devia de achar que era necessário sei lá, eu fiquei com a sensação de que não se podia contar com eles, como eu acho que se deve poder contar com uma família. Na primeira houve um domingo depois da perda que eu não quis sair de casa e que os meus me disserem que me levavam lá o almoço, eu telefonei à minha mãe a dizer que não estava bem que não queria estar com ninguém mas depois telefonei, era uma confusão na minha cabeça a dizer que afinal podiam ir, e o meu pai disse que eu estava a gozar com eles não compreendeu que eu tinha acabado de perder um filho e que tava uma confusão na minha cabeça, então deixou de me falar. Houve um dia que ele teve de ir fazer um recado ao pé da minha casa, deixou a minha Mãe ao pé do portão e ele não entrou não falava comigo. O meu pai achava que eu tinha de ter cabeça para tratar de tudo, houve a desvalorização do meu sentimento, esqueceram-se de mim e só pensaram neles, na dor deles.

Por um lado sinto e não fingi que não tinha acontecido nada, mas por outro lado quando penso que parece uma coisa impossível de ter acontecido. Dá-me a impressão que ainda não está totalmente resolvida, sinto que o sentimento não está tão assanhado.

Nunca me culpei, a mim não me podia culpar porque não havia nada que me pudesse avisar de tal, não havia nada que podia ter feito, fiz tudo o que estava ao meu alcance. Se eu falar do meu filho é como se estivesse a falar sozinha