

# O Luto por Morte Perinatal e/ou Malformação do Bebê

LÍLIA MARIA FERREIRA (\*)  
GRAÇA MADEIRA GÓIS (\*)  
MARIA DA CONCEIÇÃO FARIA (\*)  
MARIA DE JESUS CORREIA (\*)

## I. INTRODUÇÃO

Na Instituição em que trabalhamos, umas das situações com que frequentemente nos deparamos é a da *Morte Perinatal*. Como parêntesis podemos dizer que em 1987 a taxa de Mortalidade Perinatal atingiu os 20.5%, o que é importante considerar.

Uma outra situação que também nos surge com alguma frequência tem a ver com as *Malformações do Bebê*.

Qualquer destas situações é um desafio complexo para nós, psicólogos, e para a família da criança afectada.

Não importa se a criança viveu uma hora ou algumas semanas; se foi um feto inviável com baixo peso ou se tinha o peso adequado; se foi ou não uma gravidez planeada. O que acontece de certeza é uma *reação de sofrimento emocional*, que acarreta ajustamentos psicológicos, familiares e individuais, difíceis de serem vividos e aceites, que são sem dúvida merecedores da nossa atenção.

Por o que acabámos de referir, torna-se compreensível a intervenção profissional que realizamos nas situações que envolvem a perda

do bebé-real ou imaginário — e da qual surge esta reflexão.

## II. O VIVENCIAR DA SITUAÇÃO

Numa perspectiva dinâmica, as grandes alterações psicológicas que ocorrem no período de gravidez com a mulher, têm a ver com o reactivar de conflitos vivenciados na sua infância, com a sua própria mãe.

A gravidez surge, assim, como um grande período de resolução de conflitos ou, pelo contrário, da sua reactivação.

Tendo em conta o reactivar dos conflitos passados, não nos parecerá estranho que se reavivem conflitos relativos à própria identidade sexual: é a mulher que deixa de ser filha para se tornar mãe.

Tudo isto tem a ver com dificuldades ou não da sua finalidade, dificuldades estas que se poderão expressar numa incapacidade de ser mãe e manifestar-se de diferentes formas, nomeadamente no plano somático com representação psíquica. Por exemplo, podemos dizer que a mãe ao não proporcionar o meio intra-uterino adequado a um desenvolvimento físico saudável ao bebé poderá estar a exprimir as suas tendências hostis em relação a ele, rejeitado pelo seu inconsciente.

---

(\*) Psicólogas do Departamento de Psicologia Clínica da Maternidade Dr. Alfredo da Costa.

Existe, portanto, uma problemática ligada à imagem precoce da sua identidade sexual e da sexualidade em geral que terá repercussões em vários fenómenos, entre os quais a morte perinatal. Para além deste aspecto, devemos ter em conta que a morte perinatal, independentemente dos fenómenos inconscientes que lhe estejam adjacentes, envolve um processo de luto com sentimentos de angústia e culpabilidade.

A perda experimentada pela mulher, ocasiona uma reacção depressiva que apela para o uso intenso de mecanismos de defesa. Haverá pois um sentimento de luto normal que envolve sintomatologia somática e psicológica.

Para Lindeman, *luto normal* é definido como um processo que envolve sofrimento somático, preocupação com a imagem do objecto perdido, sentimentos de culpa e preocupação com pequenas omissões e negligências, hostilidade em relação ao meio circundante e alterações profundas nos padrões normais de procedimento.

Este síndrome pode surgir imediatamente após a perda, ou estar aparentemente ausente. O período de dor e sofrimento é normal e necessário na perda do objecto amado, sendo a sua ausência um sinal de alarme.

Permitir que o luto não fique bloqueado e se complete, é tarefa do psicólogo que trabalha com esta situação. Parafrazeando Coimbra de Matos, «Devemos ajudar a ‘vestirem-se de luto’ por estas perdas, a expressar a sua dor, a deprimirem-se, a desequilibrarem-se para que se possam reequilibrar de forma estruturada, com o conflito ‘resolvido’ e não a pseudo equilibrar-se, organizando a sua vida numa fuga à depressão, que mantém no inconsciente o luto por viver.»

Fazer o trabalho de luto e poder conquistar novo objecto é, portanto, a única saída da depressão (doença).

Este processo, independentemente da situação concreta, parece seguir um curso previsível que Kennell divide nas seguintes fases:

- Choque
- Recusa
- Tristeza e Raiva
- Equilíbrio
- Reorganização

Tendo em conta a vivência emocional da gravidez, obviamente que a morte perinatal envolve estes sentimentos de luto. Há, portanto, para a maioria dos pais um choque, uma descrença e um período inicial de intensos distúrbios emocionais (ex: raiva, tristeza, ansiedade) seguido de um período de adaptação gradual em que se verifica diminuição da reacção emocional.

O choque, a descrença e a recusa parecem ser uma tentativa compreensível para escapar à notícia traumática que foge à expectativa.

Há, portanto, a vivência de um *período de crise* no qual existe o impacto, o aumento de tensão aliado ao *stress* e o retorno ao equilíbrio. Existe sem dúvida uma diminuição do reagir com as actividades usuais capazes de solucionar o problema e, assim, resolver a crise.

No início, a reacção total pode ser retardada ou haver embotamento, reagindo os enlutados como se nada houvesse. Seguem-se crises de saudade e angústia com os sintomas associados, começando estes a declinar após 1 a 6 semanas e sendo mínima após 6 meses.

Um outro luto que importa «ajudar a resolver» é a perda da criança «normal» quando nasce uma criança com malformação.

Solmit e Stark, relacionam a crise provocada pelo nascimento de uma criança malformada com a provocada pela morte perinatal, pois, em ambos os casos, há a perda do filho normal que era esperado.

Aqui há que elaborar o luto da criança idealizada ou, utilizando a terminologia de Coimbra de Matos, «o objecto idealizado perdido». Só o luto deste objecto ideal trava a depressão causada pela perda libidinal.

No entanto, a sequência de reacções em ambos os casos — morte perinatal e malformação — é diferente. Pois quando nasce uma criança com malformação existe uma necessidade de afeiçoamento a esta. Devido aos complicados acontecimentos suscitados pela continuação da vida da criança e exigências do cuidar dela, a tristeza que é inicialmente elevada diminui com o cuidar físico.

Pelo contrário, quando a criança real morre há um «duplo luto» com perda do bebé interno idealizado e do bebé externo.

Se o objecto desaparece ou é abandonado — por morte ou decepção — a agressividade para

ele dirigida e os consequentes sentimentos de culpa aumentam desmedidamente, obrigando a um reforço do recalçamento que vai bloquear o processo de luto que importa desbloquear.

### III. REFLECTINDO SOBRE A INTERVENÇÃO

Tendo em conta o que acabámos de referir urge, então, perguntar como é que nós, psicólogos clínicos, poderemos intervir nestas situações.

Da nossa prática, verificámos a importância duma *abordagem imediata*, num clima facilitativo — criado através de uma escuta empática e activa — que permita a verbalização da agressividade, da culpa, das fantasias relativas à origem e consequências do problema e, consequentemente, a resolução dos sentimentos de luto.

Ao mesmo tempo é feita uma sensibilização aos outros técnicos, no sentido de os ajudar a lidar com estas situações, o mais adequadamente possível.

Concretamente, e na linha de Kennell, todas as informações relativas à situação devem ser dadas a ambos os pais, pois que cada um pode experimentar os sentimentos de choque, recusa, raiva, culpa e adaptação a um ritmo diferente sendo importante que possam receber e discutir juntos a informação, a fim de serem mantidos os padrões de comunicação e relacionamento do casal.

O contacto com a realidade do problema é importante que seja estabelecido o mais cedo possível, uma vez que a imagem mental que os pais fazem da anomalia é mais alarmante, normalmente, que a realidade.

Deve-se ter em conta, sempre que possível, da importância de realçar os aspectos normais e saudáveis da criança, no caso de criança malformada.

Convém, sobretudo, não esquecer que situações deste tipo despoletam sentimentos de *impotência, insucesso e fragilidade* nos técnicos da instituição, que é importante poderem ser trabalhados; e que eles próprios se permitam um espaço onde falem das suas vivências, desdramatizando e reduzindo a ansiedade envolvida na situação.

### IV. CASO ILUSTRATIVO

Tentando ilustrar a perturbação emocional que acarreta para uma família o nascimento de uma criança malformada, passaremos a apresentar um breve resumo de um caso por nós acompanhado na instituição onde trabalhamos.

A Marina tem 32 anos, é operária fabril, casada há 11 anos, com uma filha de 8. Aparentemente existe um bom relacionamento familiar. Planeou uma segunda gravidez, «a minha filha pedia muito um irmão e agora decidi-me.» A gravidez decorreu sempre bem, foi seguida, fez duas ecografias que não apontavam quaisquer problemas; no entanto, o parto mostrou-se difícil e foi necessário proceder a uma cesariana. Verificou-se que o bebé era portador de Síndrome de Down.

Quando a Marina acordou da cesariana, ainda no bloco operatório, foi-lhe comunicado, por outros técnicos, que o bebé tinha alguns problemas, ao que ela reagiu de forma violenta (evidenciando bem a 1.ª fase do processo de luto segundo Kennell — o choque), o que suscitou nos técnicos a necessidade de recorrer à intervenção do Psicólogo.

Passamos a transcrever alguns excertos de sessões com a Marina, nas quais é evidente a reacção e evolução do processo de luto e de adaptação à criança:

«Eu não sou mãe deste monstro, fui mãe da minha filha mas disto não sou... eu não lhe vou dar peito, não vou dar o meu leite a isto, e mesmo biberon vamos a ver se dou...»

«Eu devia ter apertado as pernas quando nasceu, assim pronto... eu não o quero ver, se o vir é para lhe pôr uma almofada na cara.»

«Sei lá como reagir com este monstro, será que chora, será que mama de 3 em 3 horas.»

Nestas frases é saliente a dificuldade e *recusa* da aceitação da situação.

Em relação ao marido:

«Eu não sei como reagiu... sei que isto é dele, na minha família não há nada disto, eu já quando acontece alguma coisa o culpo a ele quanto mais agora... e ele tem uma prima

em segundo grau que é mongolóide, eu sei que é dele... quero fazer um estudo genético, se se detectar alguma coisa separo-me, não estou para viver com um homem estragado.»

«Será que isto é um castigo de Deus por eu ter feito um aborto há 4 anos? Se calhar o outro era normal e eu achava que não tinha dinheiro suficiente e agora sai-me isto.»

Aqui verificamos manifestações de raiva projectada no exterior e de culpabilidade, havendo, no entanto, já um envolvimento de si própria na situação, o que representa uma fase mais adiantada do processo.

A Marina pediu para ver o bebé ao fim de dois dias:

«Já viu como ela é... não sei como a hei-de educar.»

«Tenho de lhe vestir umas roupas bonitas para ver se os outros não olham para ela como uma curiosidade... e além disso não quero que a minha filha fique impressionada.»

«Já tem nome a rapariga, é Rita, foi a minha filha que escolheu... não é um nome feio, não é o que tinha pensado porque não fui capaz, mas é engraçado, já agora que não seja tudo mau, não consegui pôr Raquel mas Rita também é bonito.»

Continuamos a verificar uma evolução no processo de luto da criança idealizada. Começa a notar-se uma tendência para o *equilíbrio* com uma progressiva aceitação da realidade da Rita.

Após ter tido alta da instituição, a Marina continuou a ser acompanhada psicologicamente. Duas semanas mais tarde:

«Tenho muita dificuldade em lidar com ela, irrita-me que seja tão mole, não tenho vontade de cuidar dela mas ela começa a choramingar e eu às vezes começo a ter pena dela... vou vê-la, começo a ver como é sossegadinha e quase gosto dela... fui com a Rita à Associação dos Mongolóides, hei-de fazer dela o que puder, mas não posso negar que ainda me custa muito.»

Algumas semanas depois:

«Esta situação é muito difícil, ainda não percebo bem como isto pôde acontecer e o que vai ser o nosso futuro com ela, mas se agora morresse ia-me custar muito. Ela tem coisas queridas... e já viu a Rita vem tão bonita que nem parece deficiente... eu só queria que um dia mais tarde ela se valesse a ela própria... tenho que mudar algumas coisas na minha vida, estar mais tempo com ela do que se fosse um bebé normal mas havemos de fazer o melhor possível por ela...»

Nestes últimos momentos está bem patente a vontade da Marina *reorganizar* a sua vida de forma a incluir um bebé deficiente, não negando que ele existe e tem problemas, não esperando demais dele, mas o que lhe é possível.

#### BIBLIOGRAFIA

- Coimbra, A.M. (1980). Sobre a Depressão. *O Médico*, 97: 363-370.
- Coimbra, A.M. (1983). Três notas sobre depressão. *Jornal do Médico*, Maio.
- Deutsch, H. (1949). *La Psychologie des Femmes* (Vol. 2). Paris: PUF.
- Justo, J. (1986). *Introdução ao estudo defensivo da mulher grávida*. Lisboa.
- Langer, M. (1986). *Maternidade e Sexo*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Maldonado, M.T.P. (1982). *Psicologia da Gravidez, Parto e Puerpério* (5ª Ed.). Rio de Janeiro.
- Soifer, R. (1980). *Psicologia da Gravidez, Parto e Puerpério*. Porto Alegre: Artes Médicas.

#### RESUMO

Neste artigo as autoras abordam a vivência e problemática das mulheres a quem morrem os filhos na fase perinatal e também daquelas que têm bebés com malformações.

São focados, em particular, os aspectos deste tipo de lutos e da intervenção possível dos psicólogos clínicos nestas situações.

#### ABSTRACT

In this paper the authors broach the subject of the women to whom children dead in the perinatal period and also of that who have babies with congenital malformations. Especially, the authors focalize aspects about these kind of mournings and the clinical psychologist's interventions.