



ISPA
INSTITUTO UNIVERSITÁRIO
CIÊNCIAS PSICOLÓGICAS, SOCIAIS E DA VIDA.

LUTOS GESTACIONAL E NEONATAL: VIVÊNCIA
SUBJECTIVA MATERNA DA PERDA

ANA CATARINA DA SILVA TAVARES

Orientador de Dissertação:
PROFESSOR DOUTOR EMÍLIO SALGUEIRO

Coordenador de Seminário de Dissertação:
PROFESSOR DOUTOR EMÍLIO SALGUEIRO

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

Dissertação de Mestrado realizada sob a orientação do Professor Doutor Emílio Salgueiro, apresentada no ISPA- Instituto Universitário para obtenção do 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.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, agradecer ao Professor Doutor Emílio Salgueiro pelo seu apoio e interesse por este trabalho desde os momentos iniciais, ajudando-me sempre a reflectir e a querer ir mais além, e permitindo-me evoluir tanto a nível profissional como pessoal.

À Dra. Filipa Sobral, minha orientadora de estágio e companheira nestas aventuras, pelo seu apoio, carinho e dedicação, pelas horas de debate e partilha tão enriquecedoras e pela forma tão humana de ver, pensar e transmitir as coisas. Um muito obrigado por TUDO!

À mãe “Maria”, que tão pronta e amavelmente aceitou participar neste estudo, pela partilha tão tocante das suas vivências face a um assunto tão delicado e pela sua disponibilidade e desejo em ajudar os outros. Sem ela, nada disto seria possível!

Ao Professor Pedro Aleixo pela sua imensa disponibilidade e preciosa ajuda na análise do protocolo Rorschach.

Aos meus familiares e amigos, por me apoiarem sempre, pela paciência e compreensão nas horas de maior “aperto” e por acreditarem em mim e neste projecto!

Aos meus colegas e amigos “Ispianos” pelo caminho que percorremos ao longo destes 5 anos, por todos os momentos de partilha, “discussões” e também, de diversão e gargalhadas, que me (e nos) enriqueceram, certamente!

À Ana e à Joana, que me ajudaram a “manter-me na linha” durante estes meses, suportando todas as minhas angústias e dando-me muita força e ânimo para seguir em frente. Pelas manhãs, pelas tardes, pelas noites...pelos almoços, pelos jantares, pelas pausas...OBRIGADA!

Por fim, mas não menos importante, a todos os pais que perderam um filho, dedico-vos este trabalho, com vontade e esperança de algum dia poder ajudar a minimizar e/ou a integrar este sofrimento inimaginável.

RESUMO

Introdução: A perda de um filho é sempre um traumatismo ligado à perda de um objecto de amor em pleno investimento narcísico e libidinal (Keating & Seabra, 1994). Actualmente não existem estudos específicos acerca das vivências psicológicas de mulheres que tenham sofrido várias perdas perinatais. Assim, o objectivo principal deste estudo é o de conhecer, descrever e compreender o processo e o trabalho de luto em casos de perda perinatal e o objectivo específico prende-se com uma compreensão mais profunda acerca da experiência subjectiva de uma mãe que sofreu diversas perdas perinatais. Método: Abordagem qualitativa, de tipo estudo de caso e com carácter exploratório; foi obtida uma amostra intencional e de conveniência, constituída por um único sujeito, do sexo feminino. Recorreu-se a uma Entrevista não-directiva, à técnica projectiva de Rorschach, ao Inventário de Desenvolvimento Pós-Traumático e à Escala de Luto Perinatal. Resultados: Foram descritos sentimentos de choque, aturdimento, culpa, solidão, desamparo, injustiça e isolamento ao longo do seu processo. Apesar disso, o suporte conjugal revelou-se eficaz. Foram notórias ainda dificuldades nas estratégias de *Coping* para lidar com as perdas, dificuldades identitárias e a existência de um núcleo depressivo associado a sentimentos de tristeza e vazio. Conclusão: A emergência de cargas fantasmáticas relacionadas com a prematuridade e com as perdas fazem com que os mecanismos de defesa estejam cada vez mais fracos. Assim, torna-se fundamental “agarrar” esta mulher e ajudá-la a criar novas estratégias eficazes para integrar todos os aspectos da sua vida e para que encontre o equilíbrio emocional.

Palavras-chave: Perdas; Luto Perinatal; Vivências Subjectivas.

ABSTRACT

Introduction: The loss of a child is always a traumatism associated with the loss of a love object in full narcissistic and libidinal investment (Keating & Seabra, 1994). However, there are no specific studies about the psychological experiences of women who have undergone several perinatal losses. Thus, the primary aim of this study is to know, describe and understand the process of mourning and grief work in cases of perinatal loss and the specific aim concerns with a deeper understanding of the subjective experience of a mother who suffered several perinatal losses. Method: Qualitative approach, the case study type, with an exploratory nature, and was obtained a purposeful and convenience sample constituted by a single female subject. We used a non-directive interview, the Rorschach projective technique, the Posttraumatic Development Inventory and Perinatal Grief Scale. Results: She described feelings of shock, daze, guilt, loneliness, helplessness, injustice and isolation throughout its process. Nevertheless, the marital support proved to be effective. Still, were notorious difficulties in Coping Strategies for dealing with losses, identity difficulties and the existence of a depressive nucleus associated with feelings of sadness and emptiness. Conclusion: The emergence of fantasmatic charges related to prematurity and losses make the defense mechanisms are increasingly weak. Thus, it becomes essential to "grab" this woman and help her create new effective strategies to integrate all aspects of your life and to find emotional balance.

Keywords: Losses; Perinatal Grieving; Subjective Experiences.

ÍNDICE

AGRADECIMENTOS.....	III
RESUMO.....	IV
ABSTRACT.....	V
Índice.....	VI
Lista de Figuras.....	VIII
Glossário de Siglas e Abreviaturas.....	IX
Introdução.....	1
Enquadramento Teórico.....	2
1. Gravidez e Maternidade – expectativas, representações e tarefas de desenvolvimento.....	2
2. Prematuridade.....	5
2.1. Os bebés prematuros – características comportamentais.....	6
2.2. Os pais prematuros – vivências psicológicas.....	7
2.3. O nascimento de uma nova díade: bebés prematuros – pais prematuros.....	9
3. Perda e Luto.....	11
3.1. Luto normal, luto patológico e processo de luto.....	11
3.2. Luto Perinatal.....	13
3.2.1. Luto no seio do casal.....	14
3.2.2. Luto e gravidezes futuras: o conceito de “bebé de substituição”.....	15
3.2.3. Luto e suporte familiar/social.....	17
4. Objectivos.....	19
Método.....	20
1. Delineamento.....	20
2. Participantes.....	20
3. Procedimento.....	22
4. Instrumentos.....	23
4.1. Entrevista livre/não-directiva.....	24
4.2. Prova de Rorschach.....	25
4.3. Inventário de Desenvolvimento Pós-Traumático (Silva, Moreira, Pinto, & Canavarro, 2009)	26
4.4. Escala de Luto Perinatal – versão reduzida (Rocha, 2005).....	27
Resultados.....	28

1. Entrevista não-directiva.....	28
1.1. Tema 1: Representação das perdas (especificidades do luto perinatal).....	28
1.2. Tema 2: Respostas emocionais específicas.....	29
1.3. Tema 3: Expectativas face à gravidez e à maternidade.....	29
1.3.1. Subtema “Futuro não-vivido”.....	30
1.3.2. Subtema Gravidezes futuras.....	31
1.4. Tema 4: Narrativas descritivas das vivências.....	31
1.5. Tema 5: Apoio e rede de suporte.....	32
1.5.1. Subtema suporte e apoio familiar/de amigos.....	32
1.5.2. Subtema suporte e apoio social/comunitário.....	33
1.6. Tema 6: Relacionamento conjugal.....	34
1.7. Tema 7: Recordações, memórias e lembranças.....	35
1.8. Tema 8: Estratégias de Coping adaptativas.....	36
2. Técnica Projectiva Rorschach.....	37
2.1. Estudo da Abordagem Cognitiva.....	37
2.2. Estudo da Dinâmica Afectiva.....	39
2.3. Estudo da Socialização.....	42
2.4. Síntese do Protocolo de Rorschach.....	43
3. Inventário de Desenvolvimento Pós-Traumático (Silva, Moreira, Pinto, & Canavarro, 2009).....	45
4. Escala de Luto Perinatal – versão reduzida (Rocha, 2005).....	46
Discussão.....	47
1. Vantagens, limitações e futuras investigações.....	53
2. Contribuições para a Intervenção na perda perinatal.....	55
Conclusão.....	56
Referências Bibliográficas.....	58
Anexos.....	72
ANEXO A – Carta de Consentimento Informado.....	73
ANEXO B – Entrevista não-directiva a Maria.....	75
ANEXO C – Análise do protocolo de Rorschach de Maria.....	95
ANEXO D – Inventário de Desenvolvimento Pós-Traumático de Maria.....	113
ANEXO E – Escala de Luto Perinatal de Maria.....	115

Lista de Figuras
(Figura única)

Figura 1 – Genograma de Maria

p. 21

Glossário de Siglas e Abreviaturas

e.g. – Example given

i.e. – isto é

IG – Idade Gestacional

INE – Instituto Nacional de Estatística

PMA – Procriação Medicamente Assistida

SNSPP – Secção de Neonatologia da Sociedade Portuguesa de Pediatria

UCERN – Unidade de Cuidados Especiais ao Recém-Nascido

UCIPED – Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos

WHO – World Health Organization

Cerclagem – Costura em volta do colo uterino antes da 13ª semana de gestação com um, dois ou mais pontos.

Ecografia Transfontanelar – Exame que desempenha um papel importante no diagnóstico e na caracterização de lesões cerebrais do recém-nascido (e.g. hemorragia, dilatação ventricular, malformações, etc.) e na previsão de alterações do desenvolvimento neurológico a longo prazo, associadas a essas lesões.

Enterocolite Necrosante (NEC) – Deve-se a uma insuficiência da circulação sanguínea do intestino com sofrimento deste órgão. A parede do intestino fica muito fina rompendo por vezes em um ou vários locais. Por vezes, parte do intestino fica necrosada e tem que ser retirado.

Mãe primípara – Mãe pela primeira vez.

Síndrome do Intestino Curto (SIC) – Surge quando uma parte significativa do trato intestinal não funciona normalmente; pode ocorrer se uma grande parte do intestino foi removida cirurgicamente, ou se um bebé nasceu com um intestino extraordinariamente curto. Os bebés mais afectados são aqueles prematuros que fizeram cirurgia por causa de uma enterocolite necrosante (NEC).

Sepsis Tardia – infecção, geralmente bacteriana, que ocorre nos bebés entre o 7º e o 90º dia de vida e que se propaga através do meio ambiente onde o bebé recebe os seus cuidados neonatais.

INTRODUÇÃO

O nascimento de um filho é frequentemente considerado como um dos acontecimentos mais importantes e marcantes não só na vida dos indivíduos, mas também em todo o sistema familiar (Moura-Ramos & Canavarro, 2007). Assim, quando uma mulher engravida e tem filhos entra num domínio que vai para além da sua experiência pessoal e se liga ao colectivo (Canavarro, 2001). Na maior parte das culturas este acontecimento é altamente valorizado, uma vez que permite a preservação da espécie e a continuação de uma cultura específica (Kitzinger, 1978), mas mais do que esta componente antropológica de continuidade, ser pai/mãe é ser simultaneamente capaz de assegurar a descontinuidade, os limites e as diferenças entre as gerações. Ter filhos pressupõe então a transmissão de heranças diversas (genéticas, valores, significados, costumes, etc.), mas também, num contexto de intimidade, aceitar a diferença da individualidade.

O processo de gravidez permite que os pais se preparem em termos físicos e psicológicos. A ligação da mãe ao bebé passa por várias fases: planeamento da gravidez; confirmação da gravidez; sensação dos movimentos fetais; aceitação do feto como ser individual; experiência do parto; ouvir, olhar e tocar o bebé; etc. (Colman & Colman, 1994). Assim, se o bebé nasce prematuramente, este processo é quebrado bruscamente e fica extremamente afectado (Pereira, 1998). Não raras vezes são relatados, sentimentos de impotência e de incapacidade por parte dos pais prematuros, agravados pelas barreiras físicas (incubadora, fios) colocadas ao contacto com o bebé que reduzem as oportunidades de interacção (Rolim & Canavarro, 2001). A todas estas dificuldades, podem juntar-se ainda outras experiências de perdas: a perda de uma gravidez que se esperava normal, a perda da barriga, a perda do bebé imaginário, a perda de uma criança saudável e, por vezes, a perda real do bebé (Rolim & Canavarro, 2001; Woodroffe, 2013). Quando a criança real morre existe um duplo luto a fazer, com perda do bebé interno e idealizado e a perda do bebé real, externo (Ferreira, Góis, Faria & Correia, 1990).

A perda de um filho é sempre um traumatismo ligado à perda de um objecto de amor em pleno investimento narcísico e libidinal (Keating & Seabra, 1994). Todas estas situações de perda implicam um processo de alteração dos laços e do investimento afectivo anteriormente colocados naquela criança, e que após a perda e o luto se transformarão num processo de interiorização e de identificação à criança perdida, para que novos investimentos possam vir a ser feitos noutros objectos de amor (Keating & Seabra, 1994). Portanto, o processo de luto terá avançado satisfatoriamente quando os pais forem capazes de falar e pensar no bebé, com dor e sofrimento é verdade, mas de uma forma suportável. A dor e a perda devem ser aceites e processadas encontrando novos significados existenciais e alternativas de vida (Rolim & Canavarro, 2001).

A capacidade dos pais para fazerem com que isto seja possível dependerá de vários factores, como por exemplo, os seus recursos emocionais, a cultura familiar de perda/morte e o apoio que receberem dos profissionais de saúde (Woodroffe, 2013). Assim, e citando Sobral (2013), “a forma como conseguimos responder a exigências emocionalmente tão fortes como a perda está intimamente ligada a uma série de constructos que fazem parte do nosso crescimento: somos aquilo que nos dão, o que esperam de nós, o que aprendemos na relação com os outros, o que já trazemos connosco e, inevitavelmente, o que conseguimos ser” (p. 124).

Posto isto, e uma vez que não existem muitos estudos que o tenham abordado, pretende-se com esta investigação compreender de uma forma profunda as vivências subjectivas de uma mulher que sofreu várias perdas perinatais.

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. Gravidez e Maternidade – expectativas, representações e tarefas de desenvolvimento

De um ponto de vista biológico, o processo de gravidez corresponde a um período bem definido temporalmente (cerca de quarenta semanas), que medeia a concepção e o parto, e o processo de maternidade é um projecto a longo prazo, um projecto para a vida, embora assuma uma maior visibilidade nos primeiros anos da criança, devido à necessidade por parte desta de um grande número de cuidados de forma a que se desenvolva harmoniosamente (Canavarro, 2001).

Mas, do ponto de vista psicológico/emocional, a gravidez transcende o momento da concepção, bem como a maternidade transcende o momento do parto, e é neste sentido que Stern e Bruschiweiller-Stern (2000) afirmam que o nascimento de uma mãe não acontece num único momento crucial e definido, ou seja, “uma mãe tem de se formar psicologicamente da mesma maneira que o seu filho se forma fisicamente” (p.9). Assim, estes dois conceitos (gravidez e maternidade) são vistos como processos dinâmicos, de construção e desenvolvimento (Canavarro, 2001).

Segundo Sá e Biscaia (2004), a gravidez pode iniciar-se muito antes de a mãe estar, de facto, grávida, ou seja, “um bebé não nasce após nove meses de gravidez: nasce quando nasce na imaginação dos pais” (p.20). Por exemplo, um dos motivos que leva os pais a desejarem ter filhos é o facto de eles imaginarem que o futuro filho será bem-sucedido naquilo em que eles falharam. Portanto, o filho imaginário encerra o ideal de ego dos pais, tendo pois de ser perfeito e de realizar todas as potencialidades adormecidas nestes (Brazelton & Cramer, 2007). Neste caso, e tal como afirma Sá (2004), a “gravidez na cabeça” antecede a gravidez uterina.

Depois da concepção, e ao longo das quarenta semanas de gravidez, o crescimento do feto é acompanhado de um desenvolvimento progressivo da imagem do bebé na mente da mãe/pai. Esta imagem baseia-se tanto em necessidades e anseios narcisistas, como na percepção do desenvolvimento do feto (Brazelton & Cramer, 2007). Este período serve então de treino e ensaio de novas significações, através de fantasias e reflexões que vão permitir que o projecto de maternidade se continue a construir e consolidar de forma progressiva (Canavarro, 2001). Assim, quando chega a altura do nascimento, os pais deparam-se com três bebés: ao filho imaginário dos seus sonhos e fantasias, e ao feto invisível mas real (que se foi demonstrando ao longo dos meses) junta-se o verdadeiro bebé recém-nascido, que os pais podem ver, ouvir e tocar (Brazelton & Cramer, 2007).

Relativamente ao processo de maternidade que começa a desenvolver-se mais acentuadamente na altura do nascimento, e ao contrário do que se perspectivava inicialmente, de que este seria um momento de crise (pessoal, conjugal e familiar), negativa, intensa e severa, que provocava importantes alterações na vida dos indivíduos (LeMasters, 1957), actualmente estudos (Canavarro, 2001; Oliveira, Canavarro & Pedrosa, 2005) indicam que o nascimento de um filho não deve ser considerado um momento de crise, mas sim um acontecimento de vida, um período de desenvolvimento, normativo e previsível, mas que implica a necessidade de reorganização e adaptação, e onde importa cumprir um conjunto de tarefas de desenvolvimento (Conde & Figueiredo, 2007).

Neste importante período do desenvolvimento, não só o corpo se transforma, interna e externamente, como ainda a gravidez desperta várias questões e necessidades (Figueiredo, 2005). Tal como afirma Gomes-Pedro (1985), este período representa, sem dúvida, um desafio à maturidade da mulher e à estrutura da sua personalidade e, por outro lado, representa uma oportunidade única para o desenvolvimento de novas responsabilidades face a um novo ser, perante o qual a mulher se sente ligada desde o início por uma relação de dependência mútua e progressiva. Essa relação de dependência não é apenas biológica mas também afectiva, estabelecendo-se entre mãe e bebé uma ligação activa e recíproca (Rolim & Canavarro, 2001).

Nesta linha de pensamento, vários autores (Brazelton & Cramer, 2007; Canavarro, 2001; Canavarro & Pedrosa, 2005; Colman & Colman, 1994) foram mencionando, ao longo do tempo, algumas tarefas desenvolvimentais, cada uma delas, associada a uma fase do desenvolvimento físico do feto. Uma adequada adaptação à maternidade acabaria por se traduzir na capacidade dos pais superarem estas tarefas, fundindo-as na capacidade de cuidar e educar uma criança, contribuindo para o seu desenvolvimento harmonioso e também para o seu próprio desenvolvimento pessoal (Canavarro, 2001).

Assim, numa primeira fase, os pais aceitam e adaptam-se à notícia da gravidez. Aqui, a ambivalência é a atitude mais característica: ambivalência em relação à viabilidade da própria gravidez; ambivalência em relação à aceitação do feto; ambivalência em relação às mudanças que o novo estado implica e em relação à própria maternidade. Numa segunda fase, a tarefa é a de aceitar a realidade do feto, ou seja, reconhecer o feto como um ser que irá eventualmente separar-se da mãe. Pode dizer-se que é nesta fase que a vinculação mais precoce se inicia, pois agora existe outra entidade distinta de si mesma, e, por isso, a possibilidade de uma relação. Por fim, na terceira e última fase, os pais começam a encarar o futuro filho como indivíduo, cada vez mais separado e real, e este contribui para a sua própria individualização através de movimentos, ritmos e níveis de actividade distintos.

Para além destas tarefas de desenvolvimento, relacionadas sobretudo com o bebé, existem outras, que se prendem principalmente com a identidade, a intimidade e a sexualidade e que são também muito importantes nesta etapa, ganhando novas e melhores resoluções (Figueiredo, 2005).

Segundo a mesma autora, definir uma identidade materna própria, é uma das tarefas que a mulher deverá realizar neste período, no sentido de estabelecer um comportamento materno adequado às necessidades do bebé. Assim, ao longo da gravidez, a mulher elabora uma representação de si enquanto mãe (Canavarro & Pedrosa, 2005), à medida que elabora uma representação do bebé, a partir da relação que estabeleceu com a sua própria mãe. Esta relação será agora reavaliada e actualizada, no sentido da separação e do estabelecimento de uma identidade materna diferenciada (Ammaniti, Baumgartner, Candelori, Peruchini & Pola, 1992; Vizziello, Antonioli, Cocci & Invernizzi, 1993), e com o objectivo de se criar o espaço de acção necessário aos cuidados e à interacção adequada com a criança (Ammaniti, 1991). Esta tarefa é sobretudo importante quando os padrões de cuidado de que foi alvo na infância foram desapropriados, no sentido de evitar que esses mesmos padrões se repitam na relação com a criança (Figueiredo, 2005).

Mas, a maternidade não só implica a revisão dos papéis da infância e dos modelos de interacção observados com e entre os pais, como também a presença de um novo elemento na família estimula a reorganização das modalidades anteriores de relacionamento no casal e a preparação para a tarefa conjunta da parentalidade. Assim, pode concluir-se que o nascimento de um filho obriga ao reorganizar do conjunto das interacções familiares, particularmente no que se refere ao casal e à relação do casal com as crianças, se for o caso (Canavarro, 2001; Figueiredo, 2005), mas nem todos os indivíduos interpretam estas transformações de um modo negativo (Figueiredo, 1997; Kitzinger, 1978; Moura-Ramos & Canavarro, 2007). Na verdade, os pais

costumam viver este período de forma ambivalente: por um lado é fonte de um enorme bem-estar e alegria e, simultaneamente, uma experiência com grande carga tensional. Por exemplo, é rara a mulher que nunca se interrogou como seria se algo corresse mal com o bebé, e este medo encontra-se presente desde que a mulher tem conhecimento da sua gravidez (Pereira, 1998; Stern & Bruschiweiller-Stern, 2000).

Assim, a capacidade dos pais levarem a bom termo todas estas tarefas, de forma a adaptarem-se às mudanças e exigências que sucessivamente se vão impondo, dependerá de uma variedade de factores (genéticos, históricos e socioculturais, de desenvolvimento, etc.) e afectará a sua saúde física e mental (Conde & Figueiredo, 2007) e também a saúde do bebé (Dunkel-Schetter & Lobel, 1998).

De entre todos estes factores gostaria de realçar as experiências prévias de gravidez e/ou maternidade, como por exemplo as perdas e lutos e o impacto que estas podem ter em significados e experiências posteriores de gravidez e maternidade (Canavarro, 2001). As representações que uma mulher nestas condições irá fazer do seu novo processo de gravidez e maternidade vão ser extremamente influenciadas por estes episódios de vida, mas, apesar disso, e felizmente, estas representações são sempre dinâmicas, estando sujeitas a processos sucessivos de reformulação, no confronto e interacção com a experiência e com a (re)construção de representações sobre outros temas.

Em suma, enquanto período de transição (que envolve sempre uma significativa quantidade de *stress*), a maternidade e paternidade, entre muitas outras coisas, reaproxima a mulher e o homem da sua família de origem, movimento que se dá no passado e no presente, e que reafirma ainda mais a importância das relações familiares neste momento do desenvolvimento humano (Figueiredo, 2005). A presença de uma rede de apoio efectiva e a qualidade das relações significativas são a principal garantia de uma adequada adaptação à maternidade. Contudo, quando as necessárias aquisições desenvolvimentais não se deram durante a gravidez, como por exemplo nos partos prematuros, este pode constituir-se como um momento mais difícil, na medida em que confronta a mulher, o homem e a família com uma realidade para a qual não estão preparados.

2. Prematuridade

De acordo com a World Health Organization (WHO, 2012), estima-se que, actualmente, na população mundial, 5% a 18% dos bebés nascem prematuramente. Isto significa que todos os anos cerca de 15 milhões de bebés nascem “antes do tempo”, e tudo aponta para que este

número aumente nos próximos anos devido às mudanças na nossa sociedade. Assim, e tendo presente não só as implicações de um parto prematuro para o recém-nascido como para a sua mãe, a prematuridade adquiriu o estatuto de problema de saúde pública (Botelho, 2006).

Em Portugal, estima-se que nasçam por ano, cerca de mil bebés prematuros, sendo que nos últimos anos (2005 a 2012) se registou um aumento entre 20 e 30% (INE, 2012).

De um modo geral, os bebés prematuros são todos aqueles bebés que nascem vivos antes das 37 semanas de idade gestacional (WHO, 2012). Mas existem também outros critérios para além da IG que permitem determinar se um bebé é ou não prematuro, como é o caso do peso à nascença. Neste sentido, os bebés pré-termo são todos aqueles bebés que nascem com menos de 2.200g (Nowicki, 1994). Mas, uma vez que o grupo dos bebés pré-termo é clinicamente muito diversificado, foram definidos 3 subgrupos de prematuros: os bebés pré-termo com baixo peso à nascença, os bebés pré-termo com muito baixo peso à nascença e os bebés pré-termo com peso extremamente baixo à nascença (Nowicki, 1994).

No primeiro subgrupo, os bebés pesam entre 1.500g e 2.200g e/ou nascem entre as 32 e as 36 semanas de IG. Os bebés do segundo subgrupo pesam entre 800 e 1.500g e/ou nascem entre as 26 e as 32 semanas de IG. Por fim, o grupo de bebés de peso extremamente baixo à nascença, terceiro subgrupo, nascem com menos de 800g e/ou até 26 semanas de IG (Nowicki, 1994). Estes bebés apresentam uma enorme imaturidade a nível dos vários órgãos e sistemas, pelo que necessitam de assistência médica para a manutenção de todas as suas funções essenciais, por vezes durante vários meses (Barros, 2001).

São vários os factores que poderão estar na origem deste fenómeno, podendo destacar-se as gravidezes repetidas com intervalos muito curtos, as infecções e as doenças crónicas, como por exemplo, a diabetes ou a tensão arterial elevada (WHO, 2012), ou ainda os níveis elevados de ansiedade e *stress* a que estas mães são expostas (Barros, 2001).

2.1. Os bebés prematuros – características comportamentais

Os bebés nascidos pré-termo têm sido descritos como apresentando um nível global de menor activação, com períodos mais curtos e menos frequentes de mobilidade e de estado de alerta (Minde, 2000).

Mas foi graças aos estudos do pediatra Berry Brazelton e seus colaboradores (e.g. Als, Tronick & Brazelton, 1980; Brazelton, 1982; Cole, 1995) que é actualmente possível alcançar uma compreensão mais clara do comportamento interactivo destes bebés. Podemos considerar que a nível comportamental, a imaturidade destes bebés se traduz pelos escassos momentos de vigília e

pela baixa tolerância à estimulação (Botelho, 2006). A reactividade do prematuro é menor e diferente do bebé de termo e é, principalmente, menos previsível e baseada em sinais comportamentais menos claros e fáceis de compreender pelo interlocutor. Estas diferenças na reactividade e responsividade têm consequências inevitáveis na qualidade da interacção que estabelecem com os cuidadores. Para além disso, os primeiros tempos de vida são passados em condições ambientais notoriamente restritivas das oportunidades de interacções positivas, e dificultadoras de ocasiões de contacto mutuamente gratificante entre os pais e o bebé (Barros, 2001). Assim, não é surpreendente que alguns autores (e.g. Brazelton, 1982; Cole, 1995; Jean & Stack, 2012) tenham reconhecido que o prematuro possui competências de comunicação e interacção menos adequadas do que o bebé saudável e de termo: o seu padrão de choro é diferente, vocalizam e sorriem menos, têm maior dificuldade em fixar o olhar, tornando difícil e mais esporádico o contacto visual e, no geral, emitem menos sinais facilitadores da continuidade da interacção (Barros, 2001). Contudo, é importante considerar não só o nível de maturação neurológica, como também o estado de actividade em que o bebé se encontra no momento da interacção.

2.2. Os pais prematuros – vivências psicológicas

Tal como foi referido anteriormente neste estudo, depois de nove meses de preparação, a maioria dos pais estão prontos para a tarefa que os espera. No entanto, quando este período é encurtado, nomeadamente através de um parto prematuro, os pais sentem-se confusos, perdidos e incompletos (Botelho & Leal, 2001).

Durante a gravidez a representação da criança é naturalmente indefinida, permitindo a entrada em jogo de uma grande variedade de sentimentos relativos ao novo ser. No entanto, já existe uma imagem do bebé, que é unicamente função da personalidade dos pais. Por exemplo, ao planearem o nascimento e imaginarem como este vai decorrer, os pais já estão a desenvolver uma imagem do futuro bebé, o bebé imaginário (Barros & Brandão, 2002). Esta representação está carregada de afecto, mas mantém-se suspensa até que a chegada da criança ao mundo permita actualizá-la (Pereira, 1998). Contudo, quando a criança nasce antes do previsto, esta não tem tempo suficiente para se tornar verdadeiramente real aos olhos dos pais. Neste sentido, ocorre também uma interrupção no desenvolvimento maturativo do bebé imaginário, revelando-se muito difícil para os futuros pais confrontarem o seu minúsculo bebé real com o bebé idealizado (Botelho, 2006). Para estes pais, a criança poderá passar a ser, não uma surpresa, mas sim uma desilusão, que se instala pela confrontação entre as suas fantasias e a realidade, e

também pela constatação do fracassar dos esforços empreendidos durante a gravidez (Botelho & Leal, 2001).

Apesar de não se poder descrever um padrão único de reacção parental depois do nascimento de um bebé pré-termo, pois são vários os factores que o condicionam (personalidade, relação conjugal e familiar, etc.), podem ser descritas algumas tendências gerais que parecem surgir nestes pais (Mazet & Stoleru, 2003; Vidigal, Pires & Matos, 2001). Têm sido descritos como atravessando uma crise muito difícil, acompanhada de reacções emocionais intensas, caracterizadas por uma grande confusão, perturbação e labilidade emocional (Affleck & Tennen, 1991), com sentimentos de ansiedade, medo e depressão (Barros, 1992). A ansiedade explica-se sobretudo pelo medo e preocupação com a sobrevivência do bebé nos primeiros tempos de vida e, posteriormente associa-se aos receios com a saúde e desenvolvimento do bebé (Barros, 2001). A depressão e/ou as reacções depressivas (desespero, auto-desvalorização, crises de choro, dificuldades no sono e na alimentação) surgem sobretudo da constatação de que o parto não decorreu como o esperado, de que o bebé é menos perfeito e saudável do que o esperado (Barros & Brandão, 2002). A percepção de perda e luto pela antecipada e abrupta interrupção da gravidez, os sentimentos de culpa e impotência relacionados com a incapacidade de levar a termo a gravidez, a incerteza no que concerne ao futuro desenvolvimento saudável do bebé (SNSPP, 2007), fazem com que este seja um nascimento “sem festa”, sem alegria, sendo um acontecimento vivido com frustração, expondo feridas narcísicas, culpabilidades e confirmando fantasias irrealistas de que o seu interior (útero) é perigoso e hostil para o bebé (Mazet & Stoleru, 2003; Vidigal, Pires & Matos, 2001).

A esta primeira separação física imposta pelo parto prematuro, junta-se uma segunda separação: muitas vezes o bebé encontra-se noutra sala, numa incubadora, rodeado de tecnologias e profissionais de saúde (Mazet & Stoleru, 2003). Assim, a interacção fica imediatamente perturbada, surgindo dificuldades em manter o contacto físico inicial, fundamental para o estabelecimento de interacções precoces (Mazet & Stoleru, 2003; Pereira, 1998; Vidigal, Pires & Matos, 2001). Estes não podem ver com os seus olhos, nem tocar com as suas mãos o seu próprio filho, e isto dificulta o seu reconhecimento como tal, tornando o bebé um ser irreal com o qual nada tem a ver (Pereira, 1998).

Assim, pode afirmar-se que o nascimento prematuro interrompe, quer na mãe quer no pai, o processo de maturação parental. No entanto, o pai é “obrigado” a vivenciar a situação de uma maneira diferente. Este é levado a assumir um papel activo, enquanto a mãe assume uma maior fragilidade e passividade. Tal como nos impõe a nossa sociedade, cabe ao homem, “demitido” da sua função de pai, preocupar-se com a mãe, tentando acalmá-la e tranquilizá-la,

muitas vezes não havendo espaço para o pai exprimir o que sente: as suas ansiedades, os seus medos, as suas dúvidas (Pereira, 1998). Daí a importância de ambos os pais beneficiarem de um apoio continuado com toda a equipa de profissionais de saúde, e com o psicólogo em particular, de forma a procurarem activamente estratégias de interacção responsiva e de estimulação sensível para com os seus bebés (Barros & Brandão, 2002).

2.3. O nascimento de uma nova díade: bebés prematuros – pais prematuros

Segundo Lebovici (1987), a interacção entre a mãe e o filho tem como objectivo comunicarem e partilharem o prazer de estarem juntos. É um processo no qual a mãe envia mensagens ao bebé, através do toque ou da voz, e este lhe responde com recurso aos seus próprios meios, sorrindo e vocalizando (Stern, 1992).

Mas, como vimos até aqui, as vicissitudes inerentes à situação de prematuridade, dificultam o estabelecimento da relação mãe-filho que tinha vindo a ser desenvolvida durante a gravidez (Carmaneiro, Alves, Ferreira & Gomes, 2009; Teixeira & Leal, 1995).

Se o bebé prematuro foi descrito como sendo fisicamente pouco atraente, menos susceptível de gratificar os pais com contacto visual, sorrisos e vocalizações, apresentando um choro mais aversivo; se é mantido afastado do ambiente familiar por um conjunto de tecnologias e barreiras físicas, pode antecipar-se que os seus pais apresentarão igualmente algumas diferenças nas iniciativas e nas atitudes interactivas, quando comparados com pais de bebés de termo, que levam para casa um bebé saudável (Barros, 2001). Vários estudos (e.g. Brazelton, 1992; Jean & Stack, 2012; Lester, Hoffman & Brazelton, 1985; Reyna, Brown, Pickler, Myers & Younger, 2012) apontam nesse sentido, sugerindo que as mães de bebés pré-termo apresentam maiores dificuldades no estabelecimento de interacções positivas e adequadas com o bebé, do que as mães de bebés de termo, nomeadamente inibição no contacto à nascença e iniciativas de comunicação pouco sincronizadas com os sinais emitidos pelos bebés (Lester, Hoffman & Brazelton, 1985). Daí ser tão importante a permanência dos pais no hospital e a sua participação nas actividades diárias do bebé (SNSPP, 2007): a alimentação, os banhos, por vezes a fisioterapia, etc. Assim, aos poucos, os pais vão conhecendo melhor o seu bebé, conseguindo mais facilmente perceber os seus sinais comportamentais e isso vai ser muito vantajoso para a interacção e para todo o processo de vinculação ao recém-nascido. Por exemplo, através do método Canguru, muitas mães sentem, pela primeira vez os bebés como seus. Aqui, o bebé é colocado em contacto pele-a-pele com a mãe ou pai, sendo aconchegado com um cobertor nas suas costas ou ajudando os pais a fecharem a sua própria roupa, resultando numa bolsa que acolhe o bebé, semelhante ao que

acontece nos cangurus que preservam a cria numa bolsa materna até esta estar pronta a vir cá para fora (SNSPP, 2007). Este estado simbiótico, quase fusional, vai permitir não só a auto-regulação dos seus bebés, mas também a regulação e a adaptação dos pais a esta nova realidade. Para que tudo isto seja possível, é necessário um trabalho de facilitação da expressão emocional e de aceitação do sofrimento, do medo e da revolta, de forma a permitir que os pais invistam numa interacção com o bebé progressivamente mais sensível e responsiva e, portanto, mais adequada a uma vinculação positiva (Barros & Brandão, 2002).

Concluindo, os pais de recém-nascidos prematuros, ao depararem-se com esta ameaçadora realidade, que foi aqui brevemente retratada, são levados a iniciarem novos papéis, submetidos a condições hospitalares angustiantes, com poucas possibilidades reais para interagirem com o filho e com a agravante de que este último apresenta baixos limiares de tolerância ao contacto (Botelho & Leal, 2001). Face a isto, os pais, mas principalmente as mães, tendem a compensar os comportamentos do bebé, tornando-se hipervigilantes, enquanto que o bebé tende a evitar o olhar. Este tipo de interacção afigura-se como um exemplo clássico de erro de contingência materno, e que corresponde a uma necessidade da mãe de se certificar que o seu bebé está mesmo ali e de sentir que lhe pertence, apesar da separação, da tecnologia e dos problemas existentes (Botelho, 2006).

Segundo Goldberg e DiVitto (1995), as diferenças comportamentais existentes entre as crianças prematuras e as crianças de termo, tendem, na maioria dos casos, a desaparecer com o tempo. Contudo, as mães de crianças prematuras continuam a manifestar comportamentos interactivos diferentes das mães de crianças de termo, sendo que estes poderão ser interpretados como adaptações dos pais às capacidades desenvolvidas e às necessidades das crianças (Goldberg & DiVitto, 1995).

Estas autoras afirmam ainda que existem três aspectos que são específicos à condição de ser mãe e pai de um bebé prematuro: o *timing* do nascimento, ou seja a idade gestacional; a experiência hospitalar inicial; e as características desenvolvimentais e comportamentais inerentes à situação de prematuridade. Qualquer uma destas condições exerce uma influência clara sobre a criança, os seus pais e sobre a relação entre eles (Goldberg & DiVitto, 1995).

Assim, o período de hospitalização do bebé, em que os pais estão em contacto diário com os diferentes profissionais, com os outros pais e com o próprio percurso do seu bebé, é um tempo crucial de ensaio de novas significações e construções sobre este filho e sobre o papel dos pais (Barros & Brandão, 2002). Consoante o tipo de informação a que têm acesso, o tipo de diálogo que estabelecem com os profissionais e outros pais, e sobretudo a experiência de interacção que vão desenvolvendo com os filhos, os pais saem do hospital com um conjunto de

significações mais ou menos realistas, mais ou menos rígidas, ou seja, mais ou menos abertos a novas informações e novas experiências (Barros, 2001).

3. Perda e Luto

A perda é um tema presente na vida de um indivíduo desde que este nasce. Ao longo do ciclo de vida vamos-nos deparando com diversas perdas, como por exemplo, o término de uma relação afectiva, a perda de um familiar, de um emprego, etc. (Rolim & Canavarro, 2001). Face a uma perda, surge o luto, que é um mecanismo, principalmente psicológico, subjectivo e pessoal, centralizado na perda, e que procura a vivência da mesma (Nave, 2013).

Para Freud (1917), pioneiro na abordagem deste tema, o luto consistia essencialmente na reacção face à morte ou à perda de um ser amado. Contudo, mais recentemente, Grinberg (2000) opôs-se a esta concepção, defendendo que se pode sentir também um luto por outras perdas, que não parecem ser tão intensas como a morte de um ser querido, como por exemplo, a perda de um objecto ou de uma recordação muito valorizada, uma separação, mudar-se de casa ou para outro país, etc. A base comum a todas estas perdas está na valorização afectiva que, consciente ou inconscientemente, lhe é atribuída.

3.1. Luto normal, luto patológico e processo de luto

Na sua obra “Luto e Melancolia” (1917), Freud refere que a função do luto consiste em libertar o indivíduo dos seus vínculos de forma gradual, revivendo o passado e lidando com as recordações da pessoa falecida. Refere ainda 3 critérios de diferenciação entre o luto normal e o luto patológico: 1) a presença do ódio, e portanto, da ambivalência pelo objecto perdido pronuncia a patologia; 2) a identificação com o objecto perdido só está presente no luto patológico; e 3) no luto normal a libido é desviada do objecto perdido e transferida para um novo objecto de amor, enquanto que na melancolia (forma de luto patológico) a libido é transferida para o ego (Freud, 1917).

Em oposição a estas ideias, Mélanie Klein (1940), bem como Lindemann (1944) e Bowlby (1984), defendiam que a única diferença entre luto normal e luto patológico estava na sua gradação de intensidade, ou seja, para estes autores os processos de luto patológico seriam considerados exageros dos processos normais (Bowlby, 1984; Klein, 1940; Lindemann, 1944), ou deformações e alterações que intervissem no funcionamento do indivíduo (Canavarro, 2004).

Mélanie Klein (1940) enfoca ainda que existe uma estreita ligação entre o luto e os processos do início da infância. A criança passa por estados mentais comparáveis ao luto do adulto e são esses lutos precoces que lhe servem posteriormente quando sente algo penoso. Assim, o que ajuda o adulto a ultrapassar uma perda é ter estabelecido nos seus primeiros anos de vida uma boa imagem da mãe dentro de si (Klein, 1940).

O trabalho de luto inclui uma diversidade de reacções fisiológicas, emocionais, cognitivas, e comportamentais, orientadas para a aceitação da perda e para uma readaptação do Eu face à realidade, sendo que esta adaptação representa a condição essencial para a elaboração normal do luto (Grinberg, 2000; Nave, 2013). Neste campo, foi Lindemann (1944) a descrever pela primeira vez as reacções esperadas no processo de luto normal. As reacções agrupar-se-iam então em 5 dimensões: 1) angústia somatizada (apertos na garganta, cefaleias); 2) preocupação com a imagem do morto (pensar com insistência e sonhar com o morto); 3) culpa; 4) hostilidade (raiva e suas manifestações); 5) perda de padrões de comportamento (acções quotidianas dirigidas de/para/com o morto).

Mas, apesar das grandes contribuições destes autores para a prática terapêutica, só com Bowlby foram lançadas as bases teóricas para compreender o fenómeno do luto (Canavarro, 2004). Assim, após uma primeira exposição, em 1961, das três fases do processo de luto, Bowlby, em 1984, reformula estas descrições e assume que o indivíduo enlutado passa por quatro fases (Bowlby, 1984): 1) fase de choque e negação (caracterizada pela falha no registo da perda da figura de vinculação, incapacidade de aceitação); 2) fase de protesto, dominada pela preocupação permanente com a figura perdida e com a tentativa de conseguir o seu regresso (crises de desânimo, medo, ansiedade, inquietação e raiva quase constantes); 3) fase de desorganização e desespero, resultante da constatação de ineficácia do protesto para trazer de volta a figura perdida (melancolia e apatia; incapacidade de realizar tarefas quotidianas, desesperança e solidão); 4) fase da reorganização (aparente recuperação e gradual interesse em actividades sociais, redefinição do Eu e da situação, processo de realização e reestruturação de modelos de representação internos, novos papéis, novos comportamentos, novas relações).

Numa perspectiva mais recente, Worden (2009) afirma existirem 5 fases no processo de luto: 1) Alarme - estado de *stress* caracterizado por alterações fisiológicas, como por exemplo aumento da pressão arterial e frequência cardíaca; 2) Aturdimento – fase onde a pessoa parece superficialmente afectada pela perda, mas sendo apenas uma protecção contra a dor e o sofrimento; 3) Procura – fase onde o indivíduo procura ou se tenta lembrar da pessoa perdida; 4) Depressão – fase onde a pessoa se sente sem esperança sobre o futuro, isolando-se do meio

familiar e social; e 5) Recuperação e Reorganização - fase onde a pessoa percebe que a sua vida tem de continuar, e ajusta-se à nova realidade e elabora novos objectivos.

Segundo Rolim e Canavarro (2001), 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. Este período de dor e sofrimento é natural e saudável. É também um processo muito individual, em termos de duração e sequência das etapas, podendo inclusivamente uma etapa sobrepor-se, repetir-se antecipar-se ou retroceder a uma anterior, ao longo do processo de luto (Keating & Seabra, 1994; Payás, 2010).

Contudo, e tal como foi referido anteriormente, embora o luto seja um fenómeno natural, não-patológico, pode tornar-se num luto complicado/patológico, onde as reacções são mais perturbadoras, penetrantes, ou de longa duração do que numa resposta de luto normal (Kersting & Wagner, 2012).

Assim, Worden (2009) descreve quatro tipos específicos de respostas de luto atípicas, não-adaptativas. O luto crónico persiste durante muito tempo e torna difícil o desempenho das tarefas diárias; no luto atrasado as respostas são inibidas, suprimidas, adiadas ou não resolvidas; por outro lado, no luto exagerado as respostas são de intensidade excessiva, invalidando e comprometendo bastante a vida do indivíduo; por fim, no luto mascarado há presença de sintomas físicos e psicológicos que causam dificuldades ao indivíduo, mas este não reconhece estarem ligados à perda sofrida (Worden, 2009).

3.2. Luto Perinatal

Segundo Rolim e Canavarro (2001), a morte perinatal refere-se às perdas decorrentes entre as 20 semanas de gestação e os primeiros sete dias após o nascimento. Esta engloba a morte fetal (morte do bebé durante o último trimestre de gravidez, dentro do útero), a morte à nascença e a morte neonatal (morte do bebé pouco tempo após o nascimento). A principal causa deste tipo de morte é a prematuridade.

A reacção dos pais à morte de um filho é quase sempre catastrófica, pois mesmo que seja previsível, torna-se muito difícil conciliar as realidades opostas da gravidez, como processo de originar a vida, e da morte (Keating & Seabra, 1994; Silva, 1998). Neste sentido, enquanto o processo de luto referente à perda de um adulto é, na maioria das vezes, retrospectivo, uma vez que se foca nas lembranças dessa pessoa no seu passado, no caso da morte de uma criança, o luto torna-se prospectivo, dado que juntamente com o filho, morrem também os desejos, as

esperanças, e as fantasias para o futuro dessa criança (Cabral, 2005; Rato, 1998). Assim, a perda perinatal engloba, para além do sofrimento pela morte do bebé, perdas secundárias adicionais que intensificam o sentimento de luto: perda do equilíbrio familiar e mudanças na estrutura familiar planeada, face à ausência de um dos seus membros; perda da oportunidade de exercer a parentalidade; perda do estatuto ou identidade social; expectativas e sonhos frustrados em relação à gravidez e à vida em geral; perda do sentimento de segurança e controlo em relação à vida; e perda de auto-estima por acharem que falharam no seu papel parental de protecção (Cabral, 2005; Callister, 2006; Machado, 2013).

Todas estas perdas geram respostas emocionais específicas, a vários níveis. A nível emocional podem provocar sentimentos e emoções como tristeza, solidão, culpa, raiva, irritabilidade, vazio, ansiedade, choque, desespero e desamparo; as manifestações cognitivas relacionam-se com baixa auto-estima, confusão, dificuldades de concentração, falta de memória, e preocupação com o bebé; as respostas comportamentais prendem-se com agitação, fadiga, choro e isolamento; e, por fim, a nível fisiológico sobressaem sintomas como aperto no peito, nó na garganta, dificuldade em respirar, palpitações, falta de energia, insónias e pesadelos (Callister, 2006; Rolim & Canavarro, 2001).

Para Rolim e Canavarro (2001), todas estas reacções emocionais dependem de alguns factores que se encontram em constante interacção, e que pertencem a três personagens principais (os pais, os bebés, e os outros). Pensa-se que a idade dos pais, a sua personalidade, a história prévia de perturbações emocionais, as suas aprendizagens prévias, e o seu relacionamento conjugal poderão influenciar as reacções emocionais à perda perinatal. Para além disso, a natureza e gravidade do problema do bebé, bem como o seu tempo de gestação e peso à nascença, e o seu prognóstico são factores que também influenciam as reacções emocionais à perda. Por fim, o apoio e o suporte familiar, de amigos e dos próprios profissionais de saúde são também factores extremamente importantes que influenciam as reacções emocionais à perda.

3.2.1. Luto no seio do casal

O processo de luto é uma vivência extremamente íntima e individual e, como tal, apresenta uma enorme variabilidade, tanto na sua expressão como na sua duração (Cabral, 2005). Estudos relatam que o pai apresenta uma resposta de luto mais controlada, é geralmente menos expressivo, menos disponível para falar da morte e menos capaz de chorar (Callister, 2006; McCreight, 2004; Silva, 1998; Sutan, Amin, Ariffin, Teng, Kamal & Rusli, 2010) e que a mãe tende a mostrar mais as suas emoções e a viver um período de luto agudo mais intenso e com um

maior número de manifestações (Nazaré, Fonseca, Pedrosa & Canavarro, 2010; Zeanah, Danis, Hirshberg & Dietz, 1995). A sociedade colocou o pai no papel estereotipado de responsável pelo cuidado da família e de servir de suporte, físico e emocional, à mãe que se encontra num estado muito vulnerável (Wallerstedt & Higgins, 1996). Este papel do pai leva a uma maior dificuldade em fazer o luto em desabafar e exprimir os seus sentimentos (DeFrain, 1991; Nazaré, Fonseca, Pedrosa & Canavarro, 2010).

Mas, para além das diferenças de género no processo de luto, o processo de vinculação é também diferente para a mãe e para o pai (Wallerstedt & Higgins, 1996).

Peppers e Knapp (1980) foram os primeiros a usar o termo "vínculo incongruente" para fazer referência às diferenças de ligação pré-natal entre as mães e os pais e, com base nas suas investigações, Klaus e Kennell (1982) perceberam que quando uma criança morre, a mãe e o pai experienciam essa perda de forma diferente. Surgiu então a expressão "luto incongruente", uma vez que os vínculos do pai e da mãe com a criança são diferentes, parecendo reagir à perda de maneiras diferentes e/ou em momentos diferentes (Peppers & Knapp, 1980). Face a todas estas disparidades, a perda perinatal pode constituir uma pressão acrescida para a relação conjugal (Badenhorst & Hughes, 2007; Callister, 2006; Machado, 2013; Silva, 1998): as projecções de culpabilidade e responsabilização, bem como os sentimentos de raiva para com o parceiro, e ainda a perda da visão de um futuro como família podem traduzir-se numa comunicação tensa e em equívocos, afundando o relacionamento numa crise profunda (Hughes, Turton, Hopper & Evans, 2002; Kersting & Wagner, 2012).

Mas, se é verdade que os pais neste período vivem uma situação de grande *stress* conjugal, também se sabe que se tiverem noção das diferenças de género na forma de lidar com o sofrimento, as tensões relacionais resultantes de uma percepção incorrecta do processo de luto de cada um tendem a ser reduzidas (Cabral, 2005).

3.2.2. Luto e gravidezes futuras: o conceito de “bebé de substituição”

Segundo Rato (1998), a experiência de perda de um bebé tenderá a projectar a sua sombra sobre o que se passará no futuro. Se a gravidez anterior teve um final infeliz, isso vai assombrar a perspectiva da gravidez seguinte. Uma mulher que tenha passado por uma experiência de ter um bebé morto, e que se sente responsável e culpada por isso, pode transferir essa culpa para a gravidez seguinte e ficar ansiosa com medo de ter um trabalho de parto horrível, de dar à luz um bebé que não seja normal ou de o perder (Armstrong, 2002; Armstrong, 2007; Armstrong, Hutti & Myers, 2009; Rato, 1998; Woodroffe, 2013).

A possível criança que venha a seguir encontra-se, à partida, numa posição muito difícil. É ela que vai ser confrontada com o bebé imaginário, podendo mesmo ser confundida com o bebé morto (Rato, 1998).

Nestes casos, o bebé imaginário é caracterizado por uma extrema ambivalência: por um lado trata-se de um bebé desejado, de um ser individual e imaginado dessa forma, mas por outro lado, trata-se do bebé perdido, que poderá regressar, através deste novo bebé. Assim, o bebé imaginário coincide, em parte, com o bebé do luto e a mãe sente-se dividida entre o desejo de dar à luz um filho vivo e o desejo compulsivo de se unir ao filho falecido, ressuscitado através desta nova gravidez (Lopes, 1997).

Segundo Lewis (1979) e Lewis e Page (1978), quando uma mãe idealiza o seu filho morto pode haver consequências desastrosas respectivas aos cuidados maternos com a criança nascida subsequentemente, podendo criar um ambiente em que as funções do novo bebé são as de substituir o filho morto (Leon, 1990). O risco nestas situações é o de esta criança não poder ser investida afectivamente pela mãe como um ser diferenciado e com uma identidade própria, e ser-lhe continuamente “exigido”, de modo inconsciente ou não, que confirme as expectativas e a idealização formuladas sobre a criança morta (Grout & Romanoff, 2000; Keating & Seabra, 1994).

De acordo com Kennell e Klaus (1993), em grupos de pais que tinham perdido um bebé, a possibilidade de uma gravidez imediata seria considerada frequentemente como uma maneira plausível de contornar a dor da perda.

Este fenómeno é conhecido como “bebé de substituição”, e pode ser uma forma dos pais representarem uma família a longo-prazo (Cain & Cain, 1964), após a perda da mesma, pela morte de um filho. Este novo bebé pode tornar-se ainda uma “criança vulnerável” (Green & Solnit, 1964), uma vez que os pais antecipam constantemente uma nova perda e lidam com a criança de uma forma extremamente ansiosa. Neste sentido, estudos referem um aumento na desorganização da vinculação mãe-bebé no nascimento subsequente à perda de um filho (Heller & Zeanah, 1999; Hughes, Turton, Hopper & Evans, 2002; Hughes, Turton, Hopper & McGauley, 2001).

Contudo, existem autores que, apesar de aceitarem as ideias anteriormente descritas, propõem outra alternativa para a necessidade de engravidar logo após a perda: a reparação narcísica (Johnson, 1984; Leon, 1990).

Neste sentido, Leon (1990) afirma que a necessidade de engravidar prontamente pode ser um desejo adaptativo para reparar o sentimento de maternidade destruída. Esta nova gravidez poderá então contribuir para a resolução do luto na medida em que, não representando uma

tentativa de substituição do bebê falecido, é uma reafirmação bem-sucedida dos esforços maternos, apesar da morte anterior (Grinberg, 2000; Leon, 1990). Assim, coloca-se a tônica na reparação da ferida narcísica possibilitada pela gravidez, pelo nascimento e pela relação posteriormente mantida com o bebê subsequente à morte de um filho (Cabral, 2005; Franche & Bulow, 1999; Leon, 1990). Na opinião de Lopes (1997), esta “fuga para a frente”, se bem que possa implicar, num primeiro momento, o risco de que o luto não seja elaborado, constitui, normalmente, um meio de promover a sua elaboração.

O papel dos profissionais de saúde é, então, o de apoiarem os pais na construção de novos significados únicos, e não o de assumirem padrões normativos e caminhos, uma vez que não existe um único caminho, nem um caminho certo ou errado que os pais tenham que percorrer (Grout & Romanoff, 2000).

3.2.3. Luto e suporte familiar/social

Os pais que sofrem uma perda perinatal precisam de muita ajuda no seu processo de luto (Silva, 1998). No entanto, a nossa sociedade não sabe lidar com a morte, por isso evita-a. Face a isto, os pais sentem-se, muitas vezes, discriminados por ninguém os querer ouvir e muito menos ajudar. É como se existisse uma “conspiração do silêncio” (Lewis, 1979).

Para isso, é muito importante a formação de grupos de suporte, tanto dentro da família, como no hospital onde ocorreu a morte, como na comunidade, através de associações e grupos de ajuda-mútua.

A família e os amigos do casal são considerados elementos determinantes da qualidade da resolução do luto, por terem uma relação mais próxima com eles. Estudos comprovaram que o suporte psicossocial e o apoio emocional dos amigos e da família após uma perda perinatal, é muito importante (Callister, 2006; Sutan, Amin, Ariffin, Teng, Kamal & Rusli, 2010). Estes podem ajudar o casal nas tomadas de decisão, por exemplo relativamente ao funeral, e devem aconselhá-los sobre a importância da partilha de sentimentos, experiências e necessidades de uma forma não ameaçadora (Callister, 2006). A falta de eficácia do apoio por parte da família e amigos confina o casal a um isolamento social que não facilita a resolução satisfatória do luto (Keating & Seabra, 1994).

As associações e os grupos de apoio desempenham também um papel muito importante. São espaços em que estes podem partilhar a sua experiência e os seus sentimentos (DeFrain, 1991; Leon, 1990; Rando, 1991). Todos os medos e receios, que surgem tão intensamente no luto dos filhos, quando vividos sozinhos podem originar perturbações muito acentuadas de

comportamento, mas enquanto vividas nos grupos de apoio, encontram nestes como que uma válvula de escape para a sua exposição (Rebello, 2005). Cada casal pode verificar com os outros que o sofrimento e o desespero que sentem estão dentro da normalidade: aqui é talvez o único sítio onde os seus sentimentos podem ser livremente expressos (Leon, 1990) e, deste modo, após a partilha, os pais podem arrumar de forma estruturada, nas suas mentes, os passos dados no percurso de um luto mais solidamente assente (Parkes, 1998).

Nos hospitais, a gestão psicossocial em caso de morte perinatal tem vindo a sofrer alterações. Antes, a criança era removida do local para evitar o sofrimento dos pais ao verem o seu filho morto (Bowlby, 1984), mas, actualmente, os pais são incentivados a ver, a tocar e a segurar o bebé, a vesti-lo, a fazer-lhe um funeral e, se possível, a dar-lhe um nome (Klaus & Kennell, 1982; Leon, 1990; Sobral, no prelo; Woodroffe, 2013), para que possam ter lembranças do seu filho. Sem isso, os pais enfrentam um “não-acontecimento” (Lewis, 1976) e o bebé torna-se uma “não-pessoa” (Lewis, 1979), o que nega a realidade da perda. A oportunidade de segurar e observar o seu filho pode ser a única possibilidade que os pais têm de se assegurar da realidade do nascimento e da morte, e de ver como é o bebé, verdadeiramente (Leon, 1990). Quando vêem o seu filho morto, geralmente sentem-se aliviados por ele não ser o monstro que tinham imaginado, um medo aumentado quando há relutância da parte dos profissionais de saúde em deixar os pais verem o bebé (Silva, 1998).

Mas, contrariamente à ideia de que os pais devem ver os filhos de modo a facilitar o processo de luto, alguns estudos têm revelado o contrário, ou seja, que as mães que não viram nem tocaram nos seus bebés após a morte tiveram valores mais reduzidos de depressão, ansiedade e *stress* pós-traumático nos tempos seguintes, do que as mulheres que viram e que tocaram nos seus bebés após a morte (Hughes, Turton, Hopper & Evans, 2002; Turton, Badenhorst, Pawlby, White & Hughes, 2009).

De facto, é muito complicado prever como é que os pais vão reagir perante a morte de um filho. Alguns poderão querer estar com o bebé, para se despedirem dele, outros poderão querer sair da unidade o mais rápido possível, sem ver o filho, como uma afirmação de ficarem longe da dor (Woodroffe, 2013).

Assim, a intervenção psicológica junto do casal deve, antes de mais, assentar numa postura de empatia e compreensão, seja qual for a reacção dos pais a esta situação. Além disso, esta intervenção centra-se em facilitar o processo de luto do casal, através da realização de algumas tarefas de luto (Worden, 2009), imprescindíveis ao restabelecimento do equilíbrio emocional afectado pela perda (Nave, 2013). Com isto, o primeiro objectivo da intervenção é promover a aceitação da realidade da perda (1ª tarefa). O casal deve ser ajudado a olhar para o

bebé como uma pessoa real, um membro da família que nasceu e morreu (Nazaré, Fonseca, Pedrosa & Canavarro, 2010). A possibilidade de os pais realizarem um funeral, verem o bebé, darem-lhe banho, vestirem-no e passarem algum tempo com ele, segurando-o e tirando-lhe fotografias, são práticas comuns que ajudam na criação de memórias e oferecem conforto, envolvendo o casal na expressão precoce do sofrimento (Lewis, 1979; Woodroffe, 2013). De forma a conferir uma identidade ao bebé pode ser sugerido aos pais que escolham um nome para lhe dar. Em todos os casos, deve ser dada ao casal a oportunidade de repensar algumas opções, como a de ver ou não ver o bebé, e nenhuma alternativa deve ser-lhes imposta (Leon, 1990).

O segundo objectivo da intervenção corresponde a facilitar a expressão emocional e a vivência do luto (2ª tarefa). Aqui, pretende-se ajudar os pais a identificar e a expressar as suas emoções, uma vez que promove a compreensão e ajuda a relativizar o impacto quer das emoções experienciadas, quer do próprio facto da morte (Nazaré, Fonseca, Pedrosa & Canavarro, 2010). É importante que o casal verbalize o significado da morte, as repercussões nas diferentes dimensões da sua vida e as emoções sentidas por ambos (Nave, 2013).

Por fim, o terceiro objectivo consiste em ajudar o casal a integrar a perda e a prosseguir a vida (3ª e 4ª tarefas). Aqui, o psicólogo deve começar por identificar as crenças inconsistentes com a perda que, posteriormente, serão modificadas de forma a adequar-se à experiência vivida. Também poderá revelar-se necessário apoiar o casal na tarefa de construção de novas crenças sobre o mundo e a vida e incentivar o investimento nas relações interpessoais, dotando as pessoas de competências de comunicação assertivas úteis no contacto com terceiros (Nazaré, Fonseca, Pedrosa & Canavarro, 2010). Assim, através da intervenção clínica, não se pretende desvalorizar a relação que existia, mas sim integrar essa experiência de perda no crescimento individual e na progressão do projecto de vida (Nave, 2013).

Com isto, e de forma a contribuir para um maior conhecimento nesta área de actuação, foram elaborados dois objectivos.

4. Objectivos

O objectivo principal do presente estudo é o de conhecer, descrever e compreender o processo e o trabalho de luto em casos de perda gestacional e neonatal. O interesse por este tema surgiu através do contacto com mães que sofreram perdas neonatais, no serviço de Neonatologia de um hospital da Grande Lisboa. Em todos estes casos surgiram vivências comuns a estas mães, mas também se foram descortinando, após uma curta intervenção psicoterapêutica, algumas características particulares e singulares a cada uma destas mães. Foi devido ao interesse por estas

vivências individuais e subjectivas, que se elaborou um objectivo específico que se prende com uma compreensão mais profunda acerca da experiência subjectiva de uma mulher (e mãe) que sofreu diversas perdas, tanto gestacionais como neonatais.

MÉTODO

1. Delineamento

A metodologia utilizada neste estudo insere-se numa abordagem qualitativa, de tipo estudo de caso e com carácter exploratório. Sendo que o objectivo da investigação se prende com a experiência individual e subjectiva de uma mãe que sofreu várias perdas gestacionais e neonatais, esta modalidade de investigação é a que mais se adequa, uma vez que é mais dirigida à descrição e compreensão de comportamentos, fenómenos, acontecimentos problemáticos de vida, etc., adoptando uma postura interpretativa (Almeida & Freire, 2007; Denzin & Lincoln, 1994). O estudo é de natureza exploratória, uma vez que se pretende uma maior familiarização com o fenómeno investigado através da procura de padrões e ideias, e com vista a uma melhor compreensão do fenómeno.

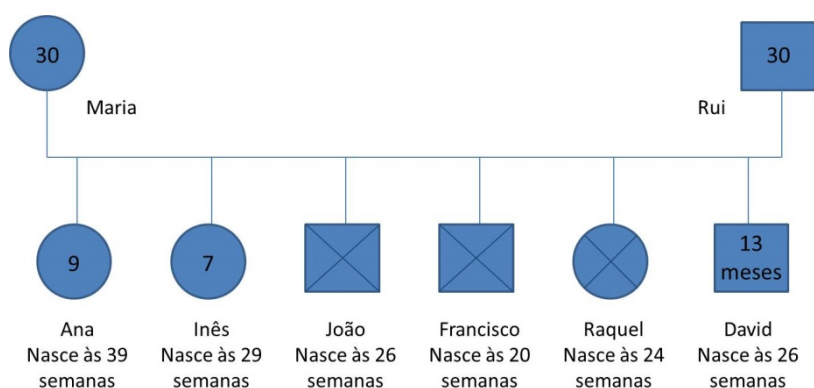
2. Participantes

Nesta investigação foi obtida uma amostra intencional e de conveniência, constituída por um único sujeito, do sexo feminino. Inicialmente propus-me estudar um casal que sofreu várias perdas gestacionais e neonatais, mas devido à não colaboração presencial por parte do elemento do sexo masculino, resolvi fazer a investigação apenas com o sujeito do sexo feminino. A Maria (nome fictício) é uma mulher de raça caucasiana, com 30 anos. É cabeleireira de profissão e tem o 9º ano de escolaridade.

Relativamente à sua história familiar, Maria refere não ter grande relação com a sua mãe: *“Ela é mais imatura que eu.”* Recentemente a sua irmã mais nova encontra-se a viver com Maria, devido a incompatibilização com a mãe.

Maria teve, até ao momento, 12 gestações e 6 partos, o que significa que teve 6 abortos espontâneos, e dos 6 partos, 3 filhos morreram à nascença (João, Francisco e Raquel) e outros 3 filhos estão vivos (Ana, Inês e David). À excepção da primeira filha, todos eles nasceram prematuramente e, actualmente, a Ana tem 9 anos, a Inês tem 7 anos e o David tem 13 meses de idade corrigida.

Figura 1 – Genograma de Maria



Relativamente ao seu historial clínico, Maria apresenta uma história obstétrica complexa, uma vez que possui Incompetência Istmo-cervical (Incompetência do Colo Uterino). Isto faz com que o colo uterino seja incapaz de manter uma gravidez até ao final e pensa-se que seja isto que esteja na base das diversas perdas. Apesar de Maria ter tomado algumas medidas preventivas, como por exemplo o repouso absoluto e a cerclagem, estes não foram suficientes, na maior parte das vezes, para evitar os partos prematuros e as perdas.

De forma a perceber-se um pouco melhor o percurso atribulado desta mãe, para além das várias perdas que teve e que por si só são causadoras de grande sofrimento, importa agora proceder a uma explicação geral da história clínica dos seus filhos vivos.

Historial clínico relevante dos filhos

Tanto Ana como Inês são crianças saudáveis. Ana é asmática mas não costumava ter crises, apesar de neste último ano já ter tido algumas. Por outro lado, o David nasceu às 26 semanas de IG com alguns problemas de saúde que o levaram a permanecer 98 dias no hospital. Ao 14º dia de vida, foi operado devido a uma Enterocolite Necrosante (NEC), estágio III. Ao longo do seu percurso, foi operado mais duas vezes devido a este problema e desenvolveu Síndrome do Intestino Curto decorrente da NEC. Ainda no Internamento de Neonatologia, teve 3 sepsis tardias. Actualmente apresenta uma hipotonia axial e um atraso do desenvolvimento psicomotor, não diz nenhuma palavra, ainda não se consegue sentar mas já está a ser acompanhado em Fisioterapia e aguarda intervenção precoce. A mãe Maria explicou-me que o filho apresenta uma redução considerável da massa encefálica e fala de paralisia cerebral. Como se percebe, todos estes problemas vieram reactivar vários sentimentos, medos e receios que Maria já tinha devido à sua história de vida anterior. Para além disso, estes comprometimentos

neuroológicos foram inesperados, uma vez que as Ecografias Transfontanelares realizadas no Serviço de Neonatologia há uns meses atrás deram todos resultados normais.

Sessões de acompanhamento psicológico no Serviço de Neonatologia

Foram realizadas algumas sessões de apoio psicológico enquanto o David esteve internado na UCERN, nas quais sobressaem alguns aspectos importantes. Maria está consciente da sua fragilidade pelos antecedentes que tem. Sente que indaga muito mais que qualquer mãe acerca do estado de saúde do seu filho, mas refere ter a ver com a aprendizagem que tem dos filhos prematuros anteriores e dos receios acrescidos devido a essa aprendizagem. Refere ter boas intuições e que essas intuições já a ajudaram a anteceder situações complicadas. No piso da cirurgia pediátrica a mãe achava que o David estava amarelado e prostrado, mas os médicos não deram muita importância. No dia seguinte o David foi transferido para a UCIPED com uma sépsis tardia. Aqui, a mãe encontrava-se sempre a olhar para os monitores e controlava todas as alterações de valores que o filho tinha. Parece ser de facto uma mãe muito atenta e presente mas muito hipervigil. Afirma ter muito boa relação com as suas filhas, mas tem consciência de que as superprotege, principalmente após as perdas do João e do Francisco. Fala ainda da culpa que sente por este nascimento prematuro e por todas as complicações decorrentes da prematuridade: *“Eu fiz a cesárea e achei que tudo ia correr bem...os pontos rebentaram e eu quis continuar com a gravidez e agora culpo-me”*.

3. Procedimento

No decorrer do meu estágio académico num Hospital da Grande Lisboa, tive contacto com alguns casos de prematuridade e de luto perinatal. No decurso do acompanhamento de um desses casos, foi feita uma filmagem de uma sessão com uma mãe que tinha o seu filho prematuro internado no Serviço de Neonatologia do dito hospital. O objectivo inicial seria fazer um estudo de caso acerca deste casal que tinha experienciado várias perdas perinatais, mas tal não foi possível devido à indisponibilidade do pai. Mas, ao presenciar essa sessão e ao dar-me conta das perdas que tinha sofrido e de todo o sofrimento por que estava a passar, interessei-me por perceber melhor as vivências desta mulher, e a sua experiência subjectiva enquanto mulher e enquanto mãe. Após a sessão, falei pessoalmente com Maria, explicando-lhe o meu interesse sobre esta área e pedindo-lhe autorização para realizar um estudo de caso sobre a sua história. Esta concordou prontamente e foi agendada uma sessão, uns dias mais tarde, para lhe explicar

com maior pormenor o objectivo da presente investigação. Apresentei-lhe a “Carta de Consentimento Informado” (ver anexo A, p.73) e pedi-lhe, mais uma vez, autorização para utilizar a filmagem que tínhamos feito. Após a mãe ter aceitado participar no estudo, a entrevista foi transcrita integralmente, tendo-se preservado o rigor linguístico e também a componente não-verbal. Assim, registaram-se os aspectos relacionados com o comportamento da entrevistada e com o contexto da entrevista, nomeadamente, silêncios, pausas, gestos, etc., que ajudam a complementar a informação semântica. De forma a proteger a participante e a garantir o seu anonimato, todos os nomes e lugares foram substituídos por nomes fictícios.

Posteriormente procedeu-se à recolha de dados da sua história pessoal e clínica, através do processo clínico do hospital, de algumas sessões de acompanhamento psicológico e de algumas conversas informais.

Mais tarde, foram agendadas duas sessões de recolha de dados, de acordo com a disponibilidade da participante, uma para o preenchimento do *Inventário de Desenvolvimento Pós-Traumático* (Silva & Canavarro, 2009), e da *Escala de Luto Perinatal – versão reduzida* (Rocha, 2005), e outra sessão para a aplicação da técnica projectiva de *Rorschach*. Em todas estas sessões, e sempre que possível, aproveitou-se para recolher mais informações acerca da história pessoal e clínica da participante e dos seus filhos, de forma a completar e enriquecer este estudo. Referir ainda que, exceptuando a entrevista, que foi realizada numa sala do hospital, toda a recolha de dados foi realizada em casa da participante, a pedido desta.

Após o término da recolha de dados, procedeu-se, num primeiro momento, à análise individual dos resultados obtidos através de cada um dos instrumentos e, num segundo momento, à discussão geral através da integração da informação fornecida nos processos clínicos, na observação, na entrevista e nas provas aplicadas, de forma a aceder a uma compreensão mais profunda das vivências subjectivas da participante.

4. Instrumentos

Tendo em conta os objectivos do estudo, foram utilizados quatro instrumentos de recolha de dados: uma *entrevista livre/não-directiva*, a técnica projectiva de *Rorschach*, o *Inventário de Desenvolvimento Pós-Traumático* (Silva & Canavarro, 2009), e a *Escala de Luto Perinatal – versão reduzida* (Rocha, 2005).

Com a entrevista não-directiva, instrumento principal deste estudo, pretendeu-se explorar, de forma profunda, as vivências subjectivas das múltiplas perdas que esta mãe sofreu. Através da técnica projectiva de *Rorschach* pretendeu-se complementar a análise, através da identificação de

possíveis mecanismos de defesa, das principais angústias, etc., para uma melhor compreensão de como o sujeito vive e se vive na relação consigo próprio e com os outros. Os 2 questionários aplicados vão também neste sentido de complementaridade, com vista a uma melhor compreensão do processo de luto e das estratégias adoptadas pelo sujeito para lidar com estes acontecimentos de vida.

4.1. Entrevista livre/não-directiva

A entrevista não-directiva proporciona um novo fôlego devido à sua natureza qualitativa (Denzin & Lincoln, 1994). Esta atitude de não-directividade procura que o grau de liberdade do entrevistado seja o maior possível (Leal, 2008), ou seja, o sujeito tem total iniciativa na apresentação do seu problema e no caminho que queira seguir (Mucchielli, 1994). Assim, o entrevistador poderá elaborar alguns tópicos gerais que queira aprofundar, mas não utiliza questões fechadas ou uma abordagem formal para a entrevista (Denzin & Lincoln, 1994).

A escolha da entrevista livre como método está ligada directamente ao conhecimento prévio que temos da situação que queremos analisar, ou seja, devemos utilizar a entrevista não-directiva quando a investigação tem um carácter de exploração e aprofundamento (Ghiglione e Matalon, 1993). Este tipo de entrevista é adequado para investigar a estrutura do quadro de referência de um sujeito e a intensidade dos seus afectos relativamente a um problema (Ghiglione e Matalon, 1993).

Segundo Ghiglione e Matalon (1993), o principal objectivo destas entrevistas é obter informações a dois níveis: um primeiro de ordem cognitiva que responderia à questão “quais são as representações que o indivíduo tem da situação em estudo?”; e um segundo de ordem afectiva que responderia à questão “Qual é a vivência do sujeito em relação a determinado fenómeno? Quais são as suas atitudes?”.

Assim, através desta entrevista, tenta-se compreender o contexto, as necessidades, as motivações, as exigências, e as soluções encontradas pelo sujeito, ou seja, o universo que é percebido pelo indivíduo como apresentando soluções para o problema, o nível a que este universo é percebido, etc., a criação e a transformação das atitudes ligadas ao problema, os processos de decisão que este desencadeia (Ghiglione e Matalon, 1993).

4.2. Prova de Rorschach

Hermann Rorschach criou em 1920 um teste de manchas de tinta que permitia não só estudar a imaginação, mas também estabelecer um diagnóstico psicológico da personalidade normal ou patológica, tanto na criança como no adolescente e no adulto (Anzieu, in Prefácio Chabert, 2003). O teste projectivo de Rorschach trata-se de um instrumento privilegiado tanto no auxílio no acesso ao conhecimento do ser psicológico, como na avaliação psicológica, devido à sua possibilidade de demonstrar e aceder ao funcionamento psíquico do sujeito e de estabelecer o diagnóstico diferencial (Marques, 2001).

Esta prova é constituída por dez pranchas com manchas de tinta standardizadas, com características precisas, apresentadas sobre um fundo branco, sendo em si, estruturalmente ambíguas, fortuitas, simétricas (i.e. em torno de um eixo central) e simples, variando em termos de forma, cor, esbatimento e complexidade, constituindo uma estrutura aberta, não figurativa (Chabert, 2003; Traubenberg, 1970). O material elabora uma realidade exterior, uma componente perceptiva com características e qualidades psíquicas (Marques, 2001), ou seja, as manchas que antes apresentavam uma configuração ambígua, agora, após terem sido investidas e identificadas enquanto objectos, passam a ser reconhecidas como algo, como uma imagem, como um conjunto de significações que lhe foram atribuídas (Marques, 2001). Assim, o Rorschach, enquanto veículo para a tomada de informação do processo de pensar, através deste seu processo entre projecção-imaginação e projecção-realidade, permite elaborar o processo entre a apresentação do estímulo projectivo e a produção da resposta do sujeito (Chabert, 2003).

Com isto, e segundo Marques (2001), esta prova projectiva tem como principal objectivo aceder às dimensões estruturais do funcionamento mental do sujeito, através da interpretação livre das manchas de tinta que lhe são apresentadas.

Relativamente à aplicação da prova, num primeiro momento, o sujeito é convidado a falar livremente sobre o conteúdo que percebe nas manchas, de forma espontânea, através de palavras ou de outras expressões verbais que indicam a percepção mais ou menos definida de um objecto (Chabert, 2003). Este segue-se de uma fase de inquérito onde, através do diálogo com o clínico/investigador, o sujeito é inquirido sobre as localizações, a qualidade formal, os determinantes e os conteúdos inerentes ao processo de resposta anteriormente efectuado (Chabert, 2003; Traubenberg, 1970). Se necessário, introduz-se ainda um inquérito «aos limites», quando certos tipos de resposta estão totalmente ausentes do protocolo, como por exemplo quando o sujeito não explorou certas qualidades do material (Chabert, 2003). Este inquérito pode tornar-se importante, uma vez que permite situar o indivíduo na sua relação com uma realidade

humanamente socializada, pondo em evidência a sua participação ou o seu acesso mais ou menos efectivo a um campo simbólico colectivo (Chabert, 2003). Por fim, na prova das escolhas é solicitado ao sujeito que escolha dois dos cartões que tenha gostado mais e dois que tenha gostado menos, permitindo assim, “manifestar os seus investimentos positivos ou negativos em relação a um material que até aqui lhe foi imposto” (Chabert, 2003, p. 49).

Considerando a situação projectiva um “encontro entre duas subjectividades, que irão construir uma intersubjectividade numa interacção singular e singularizante que interfere e cria a tarefa de (...) interpretar as manchas Rorschach” (Marques, 2001, p. 38), esta irá condicionar e determinar a incidência de fenómenos intrincados das respostas marcados pela “relação, ligação e transformação entre o interno e o externo,” (Marques, 2001, p. 38), sendo fundamental reconhecer que estas respostas espontâneas ocorrem num determinado contexto, sendo construídas na interacção intersubjectiva.

4.3. Inventário de Desenvolvimento Pós-Traumático (Silva, Moreira, Pinto, & Canavarro, 2009)

Este instrumento é um inventário de auto-resposta que tem como objectivo primordial aceder às mudanças psicológicas positivas relatadas por indivíduos que experienciaram uma situação adversa (Resende, Sendas, & Maia, 2008), como é o caso da perda de um filho, sendo que estas mudanças resultam de esforços empreendidos para lidar com esses acontecimentos vividos como traumáticos (Silva, Moreira, Pinto, & Canavarro, 2009). É constituído por 21 itens, respondidos numa escala tipo Likert de seis pontos, onde 0 corresponde a “*Eu não experienciei esta mudança como resultado do acontecimento negativo*” e 5 corresponde a “*Eu experienciei completamente esta mudança como resultado do acontecimento negativo*”.

Na sua versão original (Tedeschi & Calhoun, 1996), o inventário organiza-se em cinco factores que correspondem às dimensões: 1) força pessoal, 2) novas possibilidades, 3) relação com os outros, 4) apreciação da vida e 5) mudança espiritual. A pontuação final varia entre 0 e 105, sendo que resultados mais elevados traduzem níveis superiores de desenvolvimento pós-traumático (DPT).

A versão portuguesa (Silva, Moreira, Pinto, & Canavarro, 2009) é constituída por quatro dimensões. A primeira dimensão, “**Percepção de recursos e competências pessoais**”, é constituída por 6 itens que reflectem um conjunto de aprendizagens e mudanças positivas na percepção de si mesmo e dos seus recursos e competências. Este factor aponta para uma maior auto-percepção de competência e auto-suficiência na condução da vida, de maior força pessoal e

resistência face à adversidade e de maior capacidade de aceitação de resultados negativos (Silva, Moreira, Pinto, & Canavarro, 2009). A segunda dimensão, **“Novas possibilidades e valorização da vida”**, é constituída por 6 itens que traduzem mudanças relacionadas com uma nova conceptualização de vida, que se manifesta numa maior valorização e apreciação desta, numa nova hierarquização de prioridades e numa maior abertura à mudança, bem como a novos interesses e possibilidades de vida (Fonseca, Pedrosa, & Canavarro, 2010). A terceira dimensão, intitulada **“Fortalecimento das relações interpessoais”**, agrupa 6 itens demonstrativos de mudanças que se traduzem numa revalorização e reaproximação em relação aos outros significativos, consciencialização da necessidade de apoio e de ser apoiado e numa maior disponibilidade para a partilha de afectos e emoções (Silva, Moreira, Pinto, & Canavarro, 2009). Por fim, na quarta dimensão, **“Desenvolvimento espiritual”**, são incluídos 3 itens reveladores de um fortalecimento espiritual e do incremento de uma atitude mais empática, altruísta e solidária para com os outros (Fonseca, Pedrosa, & Canavarro, 2010). No final, considera-se ainda a existência de um factor total de Crescimento pós-traumático, que consiste no somatório de todas as pontuações (Silva, Moreira, Pinto, & Canavarro, 2009).

4.4. Escala de Luto Perinatal – versão reduzida (Rocha, 2005)

Esta escala foi desenvolvida originalmente por Potvin, Toedter e Lasker (1989) e, actualmente é utilizada em situações de interrupção de gravidez, aborto espontâneo, morte neonatal, perda em adopção, perda de um gémeo e interrupção voluntária da gravidez. É constituída por 33 itens respondidos numa escala do tipo Likert de 5 pontos, onde o 1 corresponde a *“Concordo Totalmente”* e o 5 corresponde a *“Discordo Totalmente”*. Os itens têm como objectivo incorporar diversas dimensões do luto como a descrença, a raiva, a solidão, a tristeza e a culpa.

A versão portuguesa (Rocha, 2005) é constituída por 3 subescalas. A primeira, **“Luto activo”**, é constituída por 11 itens que remetem para a tristeza e para a perda do bebé. Na segunda subescala, **“Dificuldades de Coping”**, os 8 itens apresentados sugerem dificuldades nas actividades normais e no relacionamento com outras pessoas. Por fim, da terceira subescala, **“Desespero”**, fazem parte 14 itens que remetem para sentimentos de auto-depreciação e desânimo. Com isto, o objectivo prende-se com a procura de diversos indicadores de luto e também de dificuldades em lidar com a perda neonatal.

Relativamente à cotação desta escala, o resultado total é atingido após inverter a ordem de todos os itens, excepto o 11 e o 33 (subescala 2). No final, somam-se todos os itens e o resultado

poderá variar entre 33 e 165. Valores mais elevados da escala reflectem um luto mais intenso. Para obter os resultados de cada subescala basta somar os itens correspondentes a cada uma delas. Os resultados poderão variar entre 11 e 55 (Rocha, 2005).

RESULTADOS

1. Entrevista não-directiva (ver anexo B, p.75)

Para a análise dos dados, foram retirados excertos da entrevista considerados significativos, e estes foram inseridos em unidades temáticas criadas de forma a organizar e estruturar a análise e para uma melhor compreensão dos conteúdos que mais sobressaem.

1.1. Tema 1: Representação das perdas (especificidades do luto perinatal)

Tal como foi referido anteriormente, esta mãe teve várias perdas, tanto gestacionais como neonatais. Para além destas, tem actualmente, três filhos vivos, duas raparigas e um rapaz. Maria refere que nunca se recupera a morte de um filho: *«Nunca se recupera, eu acho que nunca se recupera. Não se vive, sobrevive-se, eu sempre disse isso.»*. Principalmente quando se torna repetitivo como é o seu caso, torna-se muito violento e doloroso: *«quando é repetitivo é atroz, não fazem ideia (...) é como se nos estivessem a bater constantemente, o tempo todo seguido...é mesmo muito mau.»*. Para além disso, vê a morte de um filho como um acontecimento antinatural, *«um bebé nunca deve partir antes da mãe, não é? Um filho nunca deve (...) não é natural. Não é, enterrar um filho. Quanto mais duas vezes...é muito mau, é muito mau, é muito...é mesmo muito mau.»*, que vai contra o ciclo vital.

Apesar disso, verifica-se uma distinção entre as perdas gestacionais e as perdas neonatais, em termos de sofrimento e dor causados, uma vez que parece existir uma correlação positiva entre o crescimento físico do feto e a vinculação materna, ou seja, à medida que o feto vai crescendo fisicamente, existe um aumento no desenvolvimento da representação deste: *«com o avançar da gravidez a dor é muito maior (...) sim porque eu tive várias perdas, não é? Tive de 6 semanas, de 7 semanas, tive de 11, de 13...e, mas comparado a essas...Não tem nada a ver, porque não tem aquela coisa de, de, da barriga crescer, de, de, de sentirmos mexer, não é?, de um parto. Aquilo não é um parto, não é? A gente tem um aborto, a gente perde ali sangue, uma menstruação mais intensa...choramos muito, sofremos muito “já não tenho o meu bebé” e, por exemplo, tanto que na, nas gravidezes de 1º trimestre a gente diz “ah, eu ouvi o coração a bater”. Mas, por amor de Deus, no terceiro trimestre a gente não viu o coração a bater, a gente viu tudo, a gente viu a cara, viu as mãos, a gente sentiu-o mexer-se dentro de mim, não é? Ele nasce, eu pego ao colo.»*.

Ainda no que diz respeito à representação das perdas, Maria faz uma analogia entre a perda de um filho e uma amputação: *«é arrancarem-nos um braço. Pior, é arrancarem-nos pai os dois...e a gente não ter como substituir.»*

1.2. Tema 2: Respostas emocionais específicas

Relativamente a este tema, verificam-se algumas manifestações face à perda, a nível emocional, cognitivo e comportamental. Maria refere sentimentos de solidão: *«Sozinha. Tenho muita força sozinha.»*; desamparo: *«os próprios pais terem de ir tratar do funeral...é um inferno. Fomos nós que fomos. Ninguém nos ajudou (...) e a nós? Quem é que nos ampara?»*; choque: *«Daí é que eu já não me lembro de grande parte. Lembro-me... tenho flashes depois do que, de como fiquei...tenho flashes. Lembro-me de chegar à minha porta de casa. Nem sei como saí do cemitério, não faço ideia.»*; sentimentos de estranheza: *«só quem passa infelizmente é que sabe e que sente e que percebe (...) passado um tempo a gente já passa por malucas, passamos a doidas...»*; e sentimentos de injustiça: *«Porque é que ela tem e eu não tenho? (...) porque é que eu não tenho? Também queria ter.»* e *«Porque não, não, não é justo...um bebé nunca deve partir antes da mãe, não é?»*. Verificaram-se também manifestações comportamentais, como por exemplo, isolamento: *«Eu estive um mês e meio sem sair de casa. Nem ia ao quintal...não conseguia (...) Não conseguia ir lá fora. Não tive telemóvel, desliguei-o, que ninguém me ligasse. Ligavam para casa eu nem atendia, deixava tocar»*. Para Maria este isolamento foi positivo e necessário para o seu processo, apesar de ter consciência que este também pode ser negativo: *«o isolar, o isolar pode ser bom, pode ser mau. Há pessoas que se isolam e ficam mais depressivas... mas a gente tem de ter um momento para tudo...e obrigarem-nos a fazermos alguma coisa, por obrigação e porque tem de ser...pfff. É do piorio.»*. Foram ainda relatadas sensações de aturdimento no funeral: *«É uma altura em que nos sentimos mesmo mecanizados...como se estivéssemos automatizados para realizar aquelas... (...) Agora vamos para ali e vamos no carro, e agora vamos para ali...»* e após o parto: *«Nós nem sentimos dores, olhamos para o tecto...“faça isto, faça aquilo”, não é? É tudo tão automático.»*

1.3. Tema 3: Expectativas face à gravidez e à maternidade

No que concerne às expectativas face a uma gravidez, Maria faz alusão a gravidezes não-vividas, referindo nunca ter tido uma gravidez plena, tal como desejava e como todas as mulheres merecem ter: *«uma grávida tem de ter direito a tudo. Tem de ter direito a divertir-se, tem de ter direito a disfrutar a própria gravidez. Não dizem que estar grávida é uma altura tão bonita? (...) Eu nunca tive isso.»*

(...) *Ao início tive. Porque a minha filha mais velha graças a Deus, com 6 semanas de internamento, ela nasceu de termo. E mais nenhuma. De resto foi sempre um sofrimento antes e depois, até ir para casa.»*

Ao falar da última perda, a Raquel, Maria menciona que esta foi a pior e mais difícil de ultrapassar devido às expectativas elevadas que tinha face a esta gravidez: *«A Raquel foi a pior. Sem dúvida (...) Para mim foi, foi o fim do mundo (...) A Raquel, a Raquel era um...talvez o realizar, finalmente vou ter um filho vivo. Já tinha tido o João, depois o Francisco e...finalmente tudo apontava para que fosse correr melhor. Eu estava de repouso em casa, coisa que eu nunca tinha feito, estava completamente de repouso, estava, o colo parecia estar a alimentar-se muito bem, ou seja, tinha toda uma promessa de correr bem, não é? (...) a Raquel foi a mais importante...foi a mais importante por isso, porque tive ali mais expectativa de que corresse bem e nem foi preciso fazer uma cerclage, porque estaria a correr bem (...) mas era a expectativa que eu tinha mesmo (silêncio) vai correr bem, é desta. Estava completamente otimista. Eu tinha a certeza que era desta. Tinha a certeza. (...) Eu nunca me tinha sentido tão, tão bem em nenhuma gravidez.»*

1.3.1. Subtema “Futuro não-vivido”

Após a morte dos bebés, verificam-se também pensamentos sobre a perda de um futuro com eles: *«porque nós pensamos em tudo: não vai crescer, não vai andar, não vai para a escola... não vou fazer as festas de aniversário, não vou...não há nada, não é? Nós pensamos nisso, passa-nos assim num minuto, num segundo passa-nos isso tudo pela cabeça (...) E depois é os meses: hoje faz um mês, depois faz 2 meses (...) Depois faz um ano. Depois de um ano deixamos de contar os meses (...) e depois faz por exemplo, faz seis anos: “ah agora estava a ir para a escola”. Depois começa a altura da escola e toda aquela correria para ir comprar os livros para aquelas coisas todas “e eu não tenho o meu filho”. O meu filho agora estava para entrar para a escola. Por exemplo, (...) “o João agora estaria a entrar para a pré. cinco aninhos, fez agora cinco anos e estava agora a entrar para a pré- primária, não é? E... e lembrei-me, lembrei-me disso (...) Os vestidinhos, aquela coisa, a gente passa por uma loja de roupa “ficava tão lindo”.»* Todas estas perdas secundárias acrescidas à morte dos filhos tiveram um grande impacto em Maria, uma vez que, com o filho, morrem também as fantasias e os desejos para o futuro do bebé. Neste sentido, Maria refere ainda que o seu sofrimento é principalmente devido a não ter os seus filhos consigo e a não poder fazer coisas com eles como tinha imaginado fazer: *«Não sofro pela perda, sofro pela ausência, não é? Estou a sofrer pela ausência, porque não os tenho ao pé de mim (...) Não lbe vou comprar uma bata, porque eles têm de andar de batinha; não vou...fui comprar material para a Ana e para a Inês e não comprei para o João. São essas coisas todas.»*

1.3.2. Subtema Gravidezes futuras

Relativamente a este subtema, Maria refere que apesar da reparação que um novo filho pode trazer, este nunca substitui o filho que morreu: *«Um filho não substitui o outro. Acabo por não ficar tanto com os braços vazios, é verdade, não fico (...) não fazem ideia do que é...eu só falo por mim, mas não sabem como é importante trocar uma fralda e pegar ao colinho, dar aquele maminho, não é? Mas não substituem. Não substituem (...) Nunca. É, eles são todos diferentes...são todas gravidezes diferentes. (...) Arrancaram-nos um braço, a gente põe uma prótese mas não é a mesma coisa...acaba por ser a mesma situação...Vamos gostar da prótese, vamos fazer coisas com a prótese, vamos crescer, vamos gostar, vamos amar, neste caso o filho, mas perdi aquele e nunca vou esquecer aquele.»*

1.4. Tema 4: Narrativas descritivas das vivências

Ao descrever alguns episódios da sua vida relacionados com as perdas, Maria adota um carácter muito descritivo, fazendo com que as suas narrativas se convertam em imagens, ou até mesmo em filmes completos, na cabeça dos ouvintes. Estes episódios foram considerados por Maria como momentos de choque, algo traumáticos, e que permanecerão gravados na sua memória: *«...nunca se esquece, por mais anos que se viva. Eu não esqueço.»*

Uma dessas vivências prende-se com o nascimento do João: *«Quando ele nasce é que eu fiquei em choque pelo que aconteceu. Primeiro nem me levaram para um bloco de partos (Silêncio). Pari no corredor das urgências, porque disseram que era um prematuro que não tinha indicação para ir para um bloco de partos. Depois deram-me um biombo e eu tive o bebé ali. Depois foi quando ele nasceu e começou a chorar, todo engasgado com líquido, foi quando perceberam que ele estava vivo, e foi uma roda-viva para tentar aspirá-lo. E foi um choque. Chorou, mas chorou muito baixinho porque estava todo entupido, era tão pequenino (...) as próprias profissionais de saúde não sabem o que dizer, porque ficaram as duas a olhar para mim assim, o bebé ali no meio das minhas pernas e olhavam uma para a outra e faziam assim (abana a cabeça dizendo que não) a dizer que já não está vivo. E ele estava num resguardo, lembro-me tão bem. Porque eu tinha um resguardo e ele saiu e ali ficou. E eu peguei no resguardo e nele e peguei nele (silêncio) (...) Eu estava mesmo sentada. Não o queria largar e tinham de o levar para pesar e tinham que me limpar, nem tinha saído a placenta, não tinha saído nada. Eu só estava vidrada, estava vidrada nele, vidrada. Ainda fiz assim (carrega no peito) no peito dele. Fiquei obcecada, completamente...fiquei mesmo obcecada. “Mas porquê?”. Carreguei nas mãos dele e apertei o pé como a gente tem de fazer aos prematuros para (...) Estava todo negro...depois queriam-no levar e eu não queria, tinham que o pesar e tinham que tratar de mim...mas eu não queria que eles o levassem...»*

Outra vivência que Maria refere com bastante pormenor está relacionada com a saída do hospital e a chegada a casa após a perda: *«Chegar a casa...sair do hospital. É o pior também. É uma das coisas piores. Sair daquelas portas do hospital, pfff. Se soubesse como foi agora com o David, que eu andei para a frente e para trás porque não conseguia. É, é, é como se aquelas portas fossem o meu inimigo, e estou a viver aquilo tudo outra vez. É o parto, é não sei quê, agora eu tenbo alta, não é? E não levo o bebé...aquelas portas é o inimigo, é mesmo, aquelas portas de vidro como eu digo, foi tudo lá no Garcia de Orta, epá eu não conseguia, andava para trás, para trás, depois chegava lá, andava outra vez, levavam-me pelo braço e, pfff (suspira e sopra) (...) Pfff (abana a cabeça dizendo que não). A gente parece que se está a ver a passear assim, grávida, de um lado para o outro, a gente relembra-se de tudo, tudo, tudo: o estar a lavar a loiça e não conseguir por causa da barriga, porque batia ali, e quando ia ver ficava com a camisola toda molhada aqui por causa da barriga e, “não podes subir a uma cadeira, ai meu Deus”, e de repente tu chegas, dás por ti, sobes a uma cadeira, paras e pensas “ah, agora já posso subir a uma cadeira”, não é?...».*

1.5. Tema 5: Apoio e rede de suporte

Relativamente a este tema, Maria destaca dois tipos de suporte, o suporte familiar e de amigos, e o suporte social, por exemplo, através de grupos de apoio. Refere que, principalmente, se o suporte familiar for eficaz, o processo de recuperação dos pais será mais fácil: *«...se as pessoas estivessem mais informadas, se falassem mais, ouvissem mais, isso não iria ser preciso. Eu pessoalmente iria recuperar muito melhor.».*

Para uma melhor compreensão das opiniões e das vivências desta mãe face aos diferentes tipos de apoio, tornou-se necessário criar dois subtemas: um deles relativo ao apoio e suporte familiar/de amigos; e um outro referente ao apoio e suporte social/comunitário, onde se incluem os grupos de apoio, as associações, a internet e ainda os profissionais de saúde.

1.5.1. Subtema suporte e apoio familiar/de amigos

Maria refere que, no que toca ao suporte familiar, este foi muito escasso, tendo contado apenas com o apoio do seu marido: *«...eu por acaso não tive nenhum suporte familiar sem ser o meu marido.».* Para além disso, o facto de ter as suas duas filhas (Ana e Inês) com ela ajudou-a muito a suportar a dor e o sofrimento e, de algum modo, a seguir a sua vida: *«Eu tinha dois pilares que era a Ana e a Inês, que são as minhas filhas, porque senão eu não tinha aguentado, não tinha mesmo.».*

É muito importante para esta mãe falar sobre a sua tristeza, sobre tudo o que se passou na sua vida, todas as perdas que sofreu, mas afirma que as pessoas não conseguem, não gostam

de falar sobre o assunto e evitam-no, principalmente quando se torna repetitivo como é o seu caso: «...as pessoas normalmente não gostam de falar sobre isto... no círculo de amizades e familiar... ninguém gosta de falar sobre o assunto... (...) Nem querem, muitas vezes nem querem...». Maria pensa que como resultado desta dificuldade em falar sobre a morte, as pessoas desvalorizam a situação da perda de um filho: «Completamente...Desvalorizar a situação. Como se nós tivéssemos tido um cancro e acabou e agora a vida continua. Como se nós tivéssemos tido...Como se a gente...olhe, perdemos um ordenado, “deixa estar. Para o mês que vem trabalhas e recebes outro outra vez”. Está a perceber, é igual. É tal e qual. (...) “Ainda estás a pensar nisso? Esquece lá isso.” Eu ouvi isso. (...) de família directa. a minha própria mãe me disse isso. (...) Cheguei a atender o telemóvel “diz, estou aqui no cemitério”, “no cemitério? Ainda foste ao cemitério a semana passada”. E eu “mãe, eu venho ao cemitério todos os domingos”, “ainda andas com essa coisa?”, por exemplo. (...) Não conseguem. E então quando se torna repetitivo como no meu caso ainda é pior e... (...) então quando se torna repetitivo e quando a gente engravida outra vez (silêncio) “Outra vez? E achas mesmo que vais conseguir? Não vale a pena”. (...) “Ah tão giro um bebé, tão giro estás de bebé...” depois eu sabia que nas costas “ah daqui a uns meses vai andar aí a sofrer outra vez”. E é mau a gente passar uma gravidez inteira assim... (...) A gente só pensa “porque é que ninguém dá valor? Porque é que ninguém dá valor?”». Para além desta desvalorização parece existir uma culpabilização por parte das pessoas: «Eu ouvi no funeral do meu filho, por exemplo, no da minha filha em 2010 que “tu já sabias que isto podia acontecer”». Por detrás de tudo isto parece existir ainda uma não-conceptualização deste bebé como um ser real por parte dos familiares e amigos, uma vez que «Não vêem, não sentem... Não vêem o bebé, não vêem a criança. Olhos que não vêem coração que não sente. Penso eu, não sei.», e é também por isso que, no entender de Maria, as pessoas não conseguem compreender nem ajudar o casal em luto.

1.5.2. Subtema suporte e apoio social/comunitário

Maria afirma que a maioria do apoio que se recebe nestes casos é de pessoas que já passaram pelo mesmo: «Tanto que a maior parte da solidariedade que a gente recebe é de pessoas que já passaram, não é? A maior parte é mesmo essa. E (silêncio) não recebemos mais ninguém. Porque vamos buscar, se for preciso, em associações e...ou através da internet, ou de alguém conhecido que já passou pelo mesmo...».

Para além da culpabilização que sentiu por parte dos familiares, refere um episódio com uma profissional de saúde, onde Maria sentiu também essa culpabilização: «Sim, senti. Eu tive o David às...Mas em todas as gravidezes. Só não ouvi isso na minha primeira filha, de resto ouvi sempre, sempre. Na do David, 2 semanas antes dele nascer, houve uma médica que se virou para mim e disse “Olhe lá, desculpe lá, mas eu tenbo mesmo que lhe perguntar isto. Porque é que você insiste?”. E eu “Insisto? Mas insisto no quê?”.

E ela “Mas você acha mesmo que depois destas perdas todas vai conseguir ter algum bebé?”. Atenção, eu estava de 24 semanas na altura. Era a pior coisa que me podiam ter dito. E, “e acha mesmo que vai conseguir ter mais algum bebé depois destas perdas todas?”».

Maria relata ainda um episódio, após a morte do João, que retracta por vezes a desadequação dos profissionais de saúde ao lidarem com estas questões de morte e perdas: «Depois veio a auxiliar toda contente “olhe, pesa 680g” e eu: “uau” como se fosse uma coisa muito boa, não é? Mas toda sorridente...e...como se eu tivesse...depositado ali alguma coisa, “olha deixa estar, já está, para o mês que vem tens outro”. E estava lá na altura uma enfermeira que tinha perdido um bebé, uma enfermeira de lá que tinha perdido um bebé e estava o marido dela lá fora a chorar e veio outra colega e disse-lhe: “Epá olha, as coisas já estão a avançar e ela daqui a 2 meses já está grávida outra vez”». Apesar disso, Maria parece compreender, em parte, as atitudes, no seu ver, defensivas dos profissionais de saúde: «Os profissionais de saúde nem podemos falar porque eles vêem isto tantas vezes, tantas vezes, tantas vezes, que já se torna automático, eles acabam por fazer ali uma barreira, a tanto sofrimento, tantas perdas. Mas a própria família, neste caso... (...) depois acaba por ser nos profissionais de saúde que vão buscar conforto e ajuda, não é? E, se tivesse um bom suporte familiar isso não iria acontecer...».

1.6. Tema 6: Relacionamento conjugal

No que concerne a este tema, Maria refere que a perda de um filho pode acabar com o relacionamento conjugal, devido à carga de sofrimento que comporta: «A perda de um filho pode mesmo, mesmo acabar com a vida de um casal também (...) porque ficam os dois a sofrer, mas têm de se apoiar um ao outro». Refere também que o facto destes dois sofrimentos serem vividos de forma diferente, pode gerar um conflito entre o casal e terminar em divórcio: «O pai também sofre. É diferente, mas o pai também sofre, não tenham dúvidas algumas (...) Chega a um ponto em que estamos ali. E depois como estamos calados, por exemplo, eu fico calada para não o ver sofrer, ele está calado para não me ver a mim sofrer, não é? Mas chega a um ponto que eu já digo: “mas porque é que ele não fala? Ele não está a sofrer” e ele é igual: “mas porque é que ela não fala? Ela não está a sofrer”. E depois cria-se ali um, um, um conflito.». Para além disso, na opinião desta mãe, o divórcio pode surgir como tentativa de escape, ou seja, de encontrar uma nova vida, com uma outra pessoa que não tenha vivido o mesmo: «...o que acontece é que muitos casais a que falece um filho, foi que tiveram de se separar, porque ou o pai ou a mãe encontraram outra pessoa e “não foi com ele que eu perdi. É outra casa, é outra pessoa, é outra vida”». Para que tal não aconteça, é necessário, no entender de Maria, que o casal seja muito unido, de forma a conseguirem ultrapassar juntos os momentos difíceis, como foi o seu caso: «...a partir do momento

em que eu disse que (...) precisava de apoio, ele (o marido) foi a única pessoa até hoje» e «graças a Deus eu tenho-o a ele».

A mãe faz ainda uma referência específica ao sofrimento do pai e ao modo como a sociedade interpreta este sofrimento. Neste sentido refere que a sociedade desvaloriza totalmente o sofrimento do pai e que este serve apenas para apoiar a mulher, não tendo a liberdade de expressar os seus sentimentos: *«O pai também é gente...o pai também foi pai, o pai também perdeu um filho. Não é só a mãe... E isso ainda é o que a maior parte...ai desvalorizam horrores mesmo. Ninguém pensa, ninguém pensa, por exemplo neste caso, o meu marido “como é que tu estás?” Não, é “como é que a tua mulher está? Como é que a mãe está?” Quando a gente pensa “ai, eu faço ideia aquela mãe” (...) e as pessoas desvalorizam muito também a parte do pai, porque o pai (silêncio) na sociedade o pai tem que dar apoio à mãe, tem que estar bom para a mãe, “tens que amparar a tua mulher”. Tem que amparar a mulher, mas então e quem é que o ampara a ele? Ele não pode viver aquele momento. Eu estou a falar porque vivi isso e só mais tarde é que parei para pensar e...e vi que ele realmente também tinha ido ao fundo, mas teve que ficar cá em cima para, para me agarrar.».*

1.7. Tema 7: Recordações, memórias e lembranças

Maria confessa ainda hoje guardar peças de roupa e outros pertences dos filhos que perdeu, uma vez que sente que dessa forma estes estão presentes na sua vida: *«...porque não os tenho ao pé de mim. De uma maneira ou de outra eu vou tendo. Seja eu relembrar-me, seja nas figuras, seja na roupa, seja nas ecografias... (...) e as calças, os baby-grow...».* Apesar de referir que nunca se iria esquecer dos seus filhos, afirma que estas lembranças “físicas” a podem ajudar a lembrar: *«Não. Isso nunca me iria acontecer, mas posso abrir uma gaveta, olhar para as coisinhas cor-de-rosa e...lembrar-me dela, não é? (...) Eu fiquei arrependida, fiquei “e depois se eu me esqueço da cara dele? (silêncio) Se eu me esqueço?” Porque a gente pode esquecer, não é? Foi um momento duro, e foi pouco tempo, eu posso esquecer.».*

Maria refere ainda que não percebe como é que não se pode querer ver um filho quando este morre, e que para ela foi muito importante ver, tocar e despedir-se dos filhos: *«...quando chegámos ao cemitério eu quis despedir-me dos meus filhos. “Não, mas é pior para ti” e eu: “Não, não, não, abre o caixão que eu quero despedir-me dos meus filhos. Eu não vou vê-los mais vez nenhuma” (silêncio). (...) É o meu filho e eu tenho que ver, eu tenho que ter uma imagem dele, já que ele...vou perder, não é? Eu tenho que ter uma imagem dele. Pelo menos eu penso assim. E quando a gente pensa, já pensa na imagem dele. E a imagem dele é bonita. É ele a dormir. Eles são tranquilos a dormir. Eu acho que é pior assim. Têm fios, têm cateteres, têm isto, têm aquilo, têm sondas. Ele está ali, está limpinho, está a dormir. É como se estivesse a dormir. (...) e foi bom ter visto, não estou nada arrependida. Depois arrependi-me, por exemplo, do João arrependi-me de não ter*

tirado uma foto, não é? Porque a única memória que eu poderia ter era na minha cabeça. (...) Da Raquel, já tirei uma, já tirei várias fotografias. Um dia a memória falha-me, mas a fotografia não...». Maria afirma que se podem ter estas recordações, que os pais se devem permitir a isso, e que quando estes decidem não ver, não tocar nos seus filhos, isso trará complicações mais tarde: *«Podemos ter. (...) Só o olhar...o olhar de um filho... (...) Eu não consigo compreender como é que uma mãe não quer ver, não é? (...) Ou melhor, não aceito, não aceito. Mas compreendo, compreendo. Cada um sabe de si, tem a sua maneira, mas não acho que seja a melhor solução, porque todas as que tiveram essa atitude, essa opção, mais tarde arrependem-se. (...) Está, está, está provado que todas as mães que tiveram essa atitude, ah...arrependem-se. Arrependem-se de não terem visto. (...) e poderia ter visto, não é? Poderia. Foi opção dela não ter visto.».*

1.8. Tema 8: Estratégias de *Coping* adaptativas

Como vimos no tema anterior, para Maria todas as recordações, todas as lembranças dos filhos que perdeu são muito importantes para que esta consiga prosseguir a sua vida, sentindo-os perto de si. Estes mecanismos são estratégias de *Coping* adaptativas que Maria cria para conseguir suportar a dor e conseguir viver a sua vida: *«...assim sinto de uma maneira ou de outra que eles estão comigo...eu espero que sim. Não sei se estou a fazer bem ou mal, mas é essa a maneira que eu preciso de viver (emociona-se) e não quero que ninguém interfira nisso, só têm de respeitar...».* Maria não nega a perda, pelo contrário, tem necessidade de afirmar que os seus filhos existiram, e faz isso através das lembranças e recordações, porque tem medo de esquecer e tem medo que os outros esqueçam: *«preciso, preciso muito de sentir que eles estão, que eles existiram, porque tirá-los se calhar dali vai...é como se eles nunca tivessem existido, não é? As pessoas esquecem-se facilmente. (...) é como se eu tivesse (silêncio) acordar durante a noite (silêncio) ir à gaveta e tirar um baby-grow, agarrar-me ao baby-grow e ir para a cama dormir. Se eu não tiver a roupinha dela, se eu não tiver as coisinhas dela...(...) Ter a cómoda, ter os roupeiros, ter essas coisas todas, ter o carrinho, mas ninguém pode mexer. (...) Não, não, isso não se pode fazer, não se deve fazer...é, ela chegar a casa, ela tem de sentir o bebé de alguma maneira. Ela já não tem o filho, se nós já não temos o filho e ainda nos vão tirar as coisas deles, é pior, eu acho...».*

Maria faz ainda alusão a uma vida para além da morte que pode estar relacionada com uma necessidade psicológica de não haver uma despedida definitiva dos seus filhos, deixando sempre a esperança de um reencontro. Esta estratégia, mais uma vez, serve para neutralizar ou minimizar a dor da perda: *«A gente não tem vida só aqui, eu acredito. E, a única coisa que me confortou e que me acordou para a vida foi uma coisa que o meu marido me disse, e nunca tinha ouvido ninguém, de amigos, de profissionais como vocês, nem de padres, nunca, ele disse-me “isto não é um adeus, é um até já (silêncio) é um até já não é um adeus”. (...) Ele, foi no cemitério e ele agarrou-me assim pelos ombros porque eu estava possessa, e*

ele disse-me “isto não é um adeus, é um até já, é um até já. Não digas adeus porque é um até já”, e isso fez-me acordar para a vida. Sim, a gente vai-se ver um dia.». Neste sentido, Maria relata uma situação em que comprou dois anjos e esses anjos simbolizavam os seus dois filhos que tinham morrido e, mais tarde, depois da morte da sua filha, encontra os mesmos anjos mas com uma menina no meio deles: «Eu quando perdi o Francisco, eu comprei uma figura que são 2 anjos, 2 meninos anjos, de branco e os dois abraçados um ao outro e (silêncio) e comprei, porque para mim aquilo simbolizava os meus filhos e depois no natal a seguir a minha irmã ofereceu-me dois quadros e eram 2 anjos, 2 meninos anjos, ab (silêncio). Um mês depois da Raquel nascer, quando finalmente saí à rua...encontrei (sorri) a mesma figura...mas com uma menina no meio...vocês não têm ideia do que eu senti quando vi aquilo, não é? (emociona-se). Eu estive um mês sem sair de casa e quando eu saí fui àquela loja...e encontrei aquilo. (...) Os dois meninos e a minha menina. E estava a menina no meio e eles os dois a abraçarem-na, como se...como se fosse “não táis sozinha” ou como se estivessem a recebê-la, e (silêncio) fogo (silêncio) e a coincidência disso acontecer (silêncio) muito raro. Porque eu comprei esses anjos, os 2, em Viseu... pfff...e os 3, os dois meninos e a menina, aqui em Almada, e até hoje não encontrei mais nenhum...é uma coincidência muito grande...». Esta estratégia de *Coping* ajuda Maria a sentir que os filhos estão com ela e que, de alguma forma ela pode cuidar deles, sentindo-se mais tranquila consigo mesma: «Eles para mim têm vida. (...) E, às vezes, eu vou lá e olho para a figura, estou a limpar e dou um beijinho na cabeça a cada um, é como se eu os sentisse, como se os tivesse ali, cada um (silêncio).».

2. Técnica Projectiva Rorschach

Para a análise do protocolo de Rorschach procedeu-se primeiramente à análise do plano qualitativo, seguida da análise quantitativa (cotação e psicograma), da análise dos factores e propostas de interpretação e, por fim, foi feita uma síntese de todos os resultados desta prova (ver anexo C, p.95).

Seguidamente apresentar-se-á apenas a análise dos factores, propostas de interpretação e síntese do caso, remetendo o leitor aos anexos, para uma leitura mais aprofundada.

Esta análise é composta pelo estudo da abordagem cognitiva, pelo estudo da dinâmica afectiva e pelo estudo da socialização.

2.1. Estudo da Abordagem Cognitiva

Segundo Traubenberg, (1970), para o estudo da abordagem cognitiva é importante ter em conta os modos de apreensão, os determinantes formais, e o número e a qualidade dos K.

Os **modos de apreensão** remetem não só para as capacidades intelectuais do sujeito, mas também para a relação com outras dimensões psíquicas e a forma como se estabelece o contacto e a relação com o mundo; isto é, a relação que o sujeito vive e elabora com o meio (Chabert, 2000).

Ao longo do protocolo, as respostas G não estão presentes sistematicamente: aparecem apenas nos cartões I, IV, V e VI. No entanto, à excepção do cartão V, não existem banalidades associadas a estas respostas, muito pelo contrário, aos G estão geralmente associadas más formas. Isto poderá assumir um carácter mais patológico no sentido de um retraimento, de um isolamento num mundo solitário. Aqui, a reduzida percentagem de F+% vai no mesmo sentido.

Relativamente aos G secundários, estes mostram o pensamento sincrético (indiferenciação do global e das partes) e são só normais na criança com menos de 10 anos. Os G confabulados (DG) por generalização ou por alargamento de um detalhe dentro do global sem ter em conta os outros detalhes são um sinal de alerta para uma esquizofrenia no adulto. Estas respostas têm geralmente formas negativas e são muito frequentes nos psicóticos ou “atrasados” (Anzieu, 1965). No protocolo de Maria existe um DG no cartão VI que merece ser analisado, uma vez que este remete para questões ligadas à sexualidade. Hipotetiza-se que, não se conseguindo organizar perante a solicitação simbólica do cartão (implicações sexuais), Maria apresenta uma imagem distorcida, generalizada e claro está, de má qualidade formal, de forma a não projectar questões ligadas à sua sexualidade (perda dos filhos, aparelho reprodutor que “não funciona” adequadamente).

Os D simples mostram significados socializantes e adaptativos. No protocolo de Maria, existem 4 D associados a boas formas e 3 D associados a más formas, o que parece revelar aqui um conflito entre as capacidades de inserção no real e de controlo das percepções e a emergência de cargas fantasmáticas e projectivas potentes.

No que concerne aos determinantes, a existência de muitas respostas F pressupõe uma atitude intelectualmente activa e uma adaptação à realidade, sendo que o elemento cultural desempenha também um papel importante. Ao longo do protocolo, Maria recorre bastante à forma, como tentativa de organização racional e de adaptação ao que é apresentado. Mas, como já foi referido anteriormente, muitas vezes estas tentativas de controlo, de organização e de adaptação ao real são fracassadas (aparecimento de respostas de má qualidade formal).

Relativamente às respostas cinestésicas maiores, Maria não apresenta nenhuma ao longo do protocolo. Segundo Traubenberg (1970), esta ausência da resposta K, esta recusa cinestésica, pode-se dever a uma pobreza ideacional, ou seja, a uma carência imaginativa. O sujeito pode estar a recusar o envolvimento, inconscientemente. Uma atitude bastante crítica e objectiva trava a

imaginação e pode corresponder a uma preocupação de rigor lógico ou pode ser devido a um retraimento extremo da personalidade. Mais uma vez é notória a tentativa de controlo e de objectivação por parte de Maria, não recorrendo à sua capacidade imaginativa que pode estar afectada, bloqueada.

Por fim, no processo de evolução de uma personalidade normal, as respostas cinestésicas menores devem dar lugar às respostas cinestésicas maiores. No caso de Maria, existem apenas cinestésias menores (kan e kp), o que poderá remeter para um estancamento, um bloqueio no processo de evolução da personalidade normal.

Em resumo, os factores do desenvolvimento cognitivo que sobressaem no protocolo de Maria remetem para uma tentativa de controlo e de adaptação à realidade externa, que, em parte, é conseguida, mas por vezes fracassa. Por outro lado, não existe recurso ao processo imaginativo, parecendo existir um bloqueio do funcionamento intelectual em detrimento dos impulsos e das projecções.

2.2. Estudo da Dinâmica Afectiva

Para estudarmos a dinâmica afectiva, é necessário fazer uma análise do T.R.I, da Fórmula Complementar, do RC%, das reacções qualitativas e ainda dos conteúdos. Analisar-se-á também, os possíveis indícios de angústia.

Segundo Traubenberg (1970), o Tipo de Ressonância Íntima é a expressão de uma experiência emocional mais ou menos próxima do inconsciente, tal como é o reflexo do grau de maturidade da aptidão para protelar a gratificação e, de um modo indirecto, está vinculado ao desenvolvimento do pensamento.

Recorrendo ao psicograma observa-se que o Tipo de Ressonância Íntima de Maria é 0K/3C. Isto significa que o T.R.I é de tipo extroversivo puro (0K:yΣC). Os sujeitos que apresentam este Tipo de Ressonância Íntima são geralmente dominados por cargas afectivas cuja utilização é frequentemente inadequada e a instabilidade torna-os bastante maleáveis: a realidade exterior domina-os com facilidade, devido ao relaxamento das funções cognitivas e do controlo. De facto, Maria “deixa-se” muitas vezes dominar pela realidade externa, projectando sobre ela partes negativas de si (“o seu corpo estragado”) e, assim, tornando-a ameaçadora e perigosa.

Mas, para uma compreensão mais detalhada, iremos agora analisar as duas dimensões do T.R.I: os K e os C. As diferenças entre os dois referem-se, principalmente, ao papel do pensamento, ao aspecto de estabilização e ao contacto afectivo (Traubenberg, 1970).

Relativamente ao papel do pensamento, Maria apresenta algumas dificuldades em se adaptar ao exterior por meio do seu pensamento e da sua imaginação, característica do tipo C dominante, uma vez que as suas cargas fantasmáticas são muito fortes e bloqueiam o pensamento. Assim, Maria privilegia a expressão imediata em detrimento da reflexão, projectando as partes negativas e deformadas de si para o exterior.

O aspecto da estabilização é um segundo elemento que distingue os dois grupos, sendo os indivíduos de C dominante, mais instáveis do ponto de vista afectivo. De facto, verifica-se que Maria apresenta grandes dificuldades do ponto de vista afectivo, uma vez que ao longo do protocolo não é capaz de ver seres humanos em relação, ou melhor, não é capaz de ver humanos.

Por fim, o contacto afectivo é um outro dado que caracteriza os tipos: é mais intensivo para o tipo K e mais extensivo, mais difuso para o tipo C. No caso de Maria, apesar de esta ter três filhos vivos a quem se dedica bastante, esta dedicação parece assumir um carácter mais funcional que propriamente afectivo, uma vez que parece que Maria perdeu alguma dessa capacidade afectiva. Mesmo com os amigos e familiares, Maria admite que perdeu algum desse contacto afectivo.

A Fórmula Complementar relaciona a soma de cinestésias menores (kan, kob, kp) com a soma ponderada de respostas de esbatimento, sendo k o pólo introversivo e E o pólo extroversivo. O interessante aqui é estudarmos a relação entre o T.R.I e a FC. Para o bom funcionamento do sujeito, ambas devem ir no mesmo sentido. Se, pelo contrário, uma for elevada e a outra baixa significa que existem aspectos contraditórios no sujeito.

No caso de Maria, temos que a Fórmula Complementar é igual a $2k / 0E$. Aqui, o pólo introversivo é dominante e o extroversivo inexistente. Comparando com o T.R.I, este era igual a $0K/3C$, ou seja, o pólo introversivo é inexistente e o pólo extroversivo é dominante. Como podemos perceber, o T.R.I e a FC de Maria vão em sentidos opostos, o que revela aspectos contraditórios da personalidade de Maria. Por um lado, existe um funcionamento adaptativo, funcional, metódico, principalmente no que toca à sua vida familiar (marido + filhos), e existe também um bom conhecimento de si mesma (*Comentário: Bem, é quase tudo corpo humano (ri-se e põe as mãos à frente da cara). Incrível, é tudo do corpo humano.*), com consciência das suas dificuldades (tipo introversivo); por outro lado, existem também dificuldades de adaptação à realidade exterior, uma vez que as suas cargas fantasmáticas invadem por vezes a sua consciência (instabilidade, impulsividade), e fazem com que os mecanismos de defesa enfraqueçam.

Relativamente ao RC%, que é a percentagem de reactividade à cor, demonstrada através dos cartões VIII, IX e X, Maria apresenta uma percentagem de 46,7%, ou seja, 46,7% das respostas foram dadas nestes três últimos cartões, o que é um valor bastante elevado. De facto,

Maria deu 7 respostas nestes 3 cartões pastel, e deu 8 respostas nos outros 7 cartões. Contudo, é importante referir que o número de respostas não foi homogéneo ao longo das 3 pranchas pastel. Na prancha VIII, o sujeito deu 1 resposta, na prancha IX deu 2 respostas e na prancha X o sujeito deu 4 respostas. Existe assim uma acumulação notória de respostas na última prancha. Este elevado número de respostas no cartão X, pode estar relacionado com a sua própria estrutura que impele à separação e à individuação. Assim, Maria tem dificuldade em dar uma resposta coesa e unitária, uma vez que não se sente ela própria coesa, tendo também necessidade de projectar as partes negativas e deformadas de si para o exterior.

Relativamente aos elementos qualitativos, observamos um equivalente de choque no cartão III (*Comentário: “Bem, é quase tudo corpo humano (ri-se e põe as mãos à frente da cara). Incrível, é tudo do corpo humano.”*). À primeira vista, este comentário parece ser algo apelativo e talvez um pouco teatralizado, mas de facto, através da relação estabelecida com Maria, percebe-se que esta tem uma grande consciência sobre o que se passa consigo e um bom conhecimento de si mesma. Assim, penso que Maria consegue associar a sua história de vida (as perdas), ao facto de representar mentalmente essas imagens do corpo humano, principalmente relacionadas com o aparelho reprodutor, que Maria sente como “estragado”.

São também feitas duas observações de simetria, nos cartões I e II. Tal como referi anteriormente, uma vez que estas observações são feitas nos dois primeiros cartões podem revelar alguma ansiedade inicial, e algum “choque” com o desconhecido da prova. Pode ser também uma tentativa de não se projectar, no sentido de não apresentar respostas relacionais que a possam comprometer, apresentando portanto, imagens espelhadas.

Em relação aos conteúdos, e tal como foi referido anteriormente, Maria apresenta um valor um pouco elevado apesar de se situar dentro dos limites normais (40%), o que poderá significar uma defesa utilizada para evitar o contacto autêntico, a relação verdadeira. De facto, Maria apresenta algumas dificuldades em se relacionar com os outros, uma vez que estes são vistos como culpabilizantes, “ameaçadores”, capazes de provocar um maior sofrimento em Maria. Assim, poderá supor-se que este refúgio nos conteúdos animais (na ausência de H) possa servir de camuflagem para as suas relações com os outros. O baixo valor de H% (6,7%), e o facto de este ser apenas constituído por um Hd e nenhum H, remetem para a existência, no sujeito, de uma fragmentação, em que as partes já não podem participar na reconstrução sintética da imagem do corpo. Ou seja, Maria tem a necessidade de projectar as partes negativas de si no exterior (anatomias, partes do corpo humano e animal), formando depois uma imagem do corpo, uma representação de si não-unitária.

Por fim, no que concerne ao índice de angústia, traduzido pela angústia corporal, Maria obteve um valor de 46,7%. Este é um valor bastante elevado e pode significar, mais uma vez, o conflito existente com o seu próprio corpo, no sentido de expelir, de se libertar das partes do corpo não-funcionais, que estão estragadas, atacando assim a sua integridade.

Em jeito de síntese, Maria é uma mulher funcional, metódica, com alguma consciência de si e das suas dificuldades, mas por vezes, as cargas fantasmáticas existentes dentro de si são muito fortes e invadem a sua consciência e bloqueiam o pensamento, prevalecendo assim a expressão imediata em vez da reflexão. Ao projectar sobre o exterior as suas partes negativas, deformadas, faz com que a realidade se torne ameaçadora e perigosa (sente uma enorme culpabilização por parte dos outros), abalando também o seu sentimento de integridade (dificuldades de coesão identitária). Por tudo isto apresenta ainda dificuldade do ponto de vista afectivo e relacional.

2.3. Estudo da Socialização

O nível de socialização no Rorschach pode interpretar-se a um nível superficial ou a um nível mais aprofundado. O âmbito superficial significa aquilo que o sujeito aparenta ser e estuda-se através das banalidades e dos A%. O âmbito em profundidade demonstra aquilo que o sujeito realmente é e tem em conta o D%, o F+%, os K, os FC, os C, os CF e o H%.

Relativamente à análise em superfície, denotamos que o sujeito apresenta um número reduzido de banalidades, apenas 4, e um valor de A% elevado, mas dentro da norma (40%). Isto revela que há uma insuficiência ao nível do recurso dos esquemas sociais e culturais, o que pode significar que Maria procura não estabelecer contacto com a realidade e com os outros, uma vez que estes são causadores de sofrimento: a realidade em que Maria está inserida é uma realidade de múltiplas perdas e a relação com os outros, principalmente familiares e amigos baseia-se na culpabilização e acusação.

No que toca à análise em profundidade, podemos dizer que a socialização é frágil. Isto é expresso através da baixa percentagem de F+% e da não muito elevada percentagem de D%. Pelo facto de não apresentar respostas H, mostra uma insuficiência ao nível da capacidade de integração relacional na qual há uma fragilidade, por parte do sujeito, de se reconhecer tanto a si próprio como aos outros e ao social. No mesmo sentido, o protocolo de Manuel não apresenta respostas K, o que pode significar uma afectividade instável e um contacto com a realidade exterior menos intenso. Por fim, na análise às respostas cor, realçam-se os aspectos depressivos e ansiogénicos, dados pelas respostas FC?. Estes aspectos dificultam também a socialização.

Em conclusão, parece haver um equilíbrio entre aquilo que Maria é e aquilo que aparenta ser. Maria revela dificuldades ao nível da socialização, não mostrando “vontade” de se relacionar com a realidade externa. Existe assim uma inclinação para o retraimento e para o isolamento como uma medida de protecção contra o exterior, visto como ameaçador.

2.4. Síntese do Protocolo de Rorschach

Segundo Chabert (2000), o núcleo duro dos funcionamentos-limite é constituído pela importante inibição da conflitualidade intrapsíquica. Neste sentido, no protocolo de Maria, assiste-se, em primeiro lugar, à utilização de alguns mecanismos de defesa, como por exemplo o recalçamento (“*não sei... não me digas nada...*”), e a restrição/inibição através da redução do número de respostas em todo o protocolo, de latências iniciais longas, da existência de alguns silêncios, de alguns comentários que ornamentam os protocolos (“*é tudo... mais nada*”), e da repressão das respostas cinestésicas. O objectivo destes mecanismos é o de lutar ao máximo contra a implicação projectiva sentida como perigosa, ou seja, estes mecanismos permitem evitar uma confrontação, considerada ameaçadora, com os elementos do material susceptível de reactivar aspectos angustiantes da realidade interna (Chabert, 2003). No entanto, por vezes, pode verificar-se a emergência de acessos de angústia que se traduzem em particular por uma reactividade sensorial específica ao negro e por conteúdos (Anat, Hd) carregados de angústia que revelam inquietações corporais. Assim, a realidade interna, as cargas fantasmáticas acabam por se infiltrar através do aparelho defensivo (retorno do recalcado). Este é o caso de Maria que, ao longo do protocolo Rorschach, apresenta bastantes respostas FC’, que traduzem o carácter ansiogénico e depressivo desta mulher (sente-se sem forças, rendida) e também bastantes conteúdos anatómicos e de partes do corpo humano (ou animal). Para Chabert (2003), estes aspectos são típicos dos funcionamentos-limite, onde os procedimentos que assinalam a inibição estão por vezes associados a alguns factores rígidos (elevado valor de F%, no caso de Maria), mas ao mesmo tempo, surgem acompanhados de emergências cruas que vêm bruscamente quebrar a planura das respostas (aparecimento de bastantes respostas F-, no protocolo de Maria, associadas a conteúdos anatómicos).

Neste protocolo salienta-se também a existência de uma tentativa de controlo e de organização da realidade externa, recorrendo-se a uma abordagem mais intelectual e socializada do que emocional. Apesar desta tentativa, muitas vezes surgem elementos projectivos demasiado fortes, as preocupações fantasmáticas e emocionais, que alteram a relação com a realidade e

condicionam a adaptação e a socialização. Assim, apesar do esforço de Maria para se inserir na realidade externa, as capacidades socializantes encontram-se bastante afectadas devido à ineficácia dos mecanismos de intelectualização, e do fracasso de controlo, de domínio e de organização.

Estas características são, mais uma vez, típicas dos funcionamentos-limite: tão depressa o controlo formal funciona muito correctamente e dá testemunho de capacidades de integração efectivas das experiências, como o controlo é excedido pela invasão de uma fantasmática deformante ou pela irrupção emocional (falta de defesas rígidas narcísicas). Assim, por um lado existe um funcionamento adaptativo, socializante, mas por outro lado, um funcionamento desconectado, arrastado por descargas explosivas e desorganizantes, podendo-se verificar aqui, uma clivagem do Ego devido a estas duas atitudes psíquicas diferentes e opostas.

Outra característica importante do protocolo de Maria, é o facto de esta não fazer nem referências humanas inteiras (ausência de H), nem referências a relações (ausência de K). Existe portanto uma recusa da realidade relacional por parte de Maria, um desinvestimento das relações objectais, por estas serem perigosas (carácter persecutório), agressivas e lhe causarem sofrimento. De facto, Maria sente uma enorme culpabilização pelas perdas sofridas, por parte dos familiares e amigos, tentando evitar assim o contacto autêntico, a relação verdadeira.

Tal como foi referido anteriormente, neste oscilar entre controlo da realidade externa e aparecimento de cargas fantasmáticas, emergem, por vezes, alguns processos primários. No protocolo de Maria são notórios a presença de respostas F- que aclaram a qualidade medíocre do controlo formal, o resvalar das percepções; o aparecimento de conteúdos específicos que assinalam a ausência de integridade corporal (Hd, Anat, Sg), não conseguindo ser apreendidos na sua unidade; a má qualidade da ancoragem na realidade objectiva (reduzido F+%); o T.R.I é muito dilatado, ou seja, a soma das respostas-cor é elevada, com uma dominância de C puro que assinala o peso dos afectos, a invasão emocional e a fragilidade das barreiras internas.

Com base nisto destaca-se o carácter cru e fragmentado das respostas, e assiste-se a uma espécie de isolamento das partes, ou seja, como se Maria necessitasse isolar ou até mesmo retirar as partes estragadas (frias e cruas) do seu corpo, mais especificamente as relacionadas com o aparelho reprodutor feminino, que vão abrindo cada vez mais a sua ferida narcísica. Neste sentido, e devido às partes fragmentadas que aparecem nas respostas Rorschach, assiste-se também a grandes dificuldades/fragilidades ao nível da imagem corporal e da identidade: o sentimento de integridade, apesar de existente, é fortemente abalado pelos ataques desintegrativos. Assim, como é compreensível, existem dificuldades notórias na elaboração da representação de si e da representação das suas relações.

3. Inventário de Desenvolvimento Pós-Traumático (Silva, Moreira, Pinto, & Canavarro, 2009) (ver anexo D, p.113)

De um modo geral, Maria apresenta um nível de crescimento pós-traumático bastante reduzido, 40 pontos num total de 105 (cerca de 38,1%), podendo querer isto dizer que os esforços empreendidos por esta para lidar com as perdas não estão a surtir grandes efeitos.

Através de uma análise mais detalhada, a cada uma das dimensões, sobressaem alguns aspectos importantes. Assim, relativamente à primeira dimensão, “Percepção de recursos e competências pessoais”, Maria apresentou um resultado de 9 pontos num total de 30, ou seja, uma média de crescimento de 30%. Estes valores reduzidos poderão revelar dificuldades ao nível da condução da sua vida após os acontecimentos (*Item 11: “Consigno fazer coisas melhores com a minha vida – muito pouco”; Item 13: “Consigno apreciar melhor cada dia – nada”*), mas, apesar disso, parecem revelar uma maior força pessoal e uma maior capacidade para lidar com as adversidades (*Item 10: “Sei que consigo lidar melhor com as dificuldades – bastante”*).

Na segunda dimensão, Maria obteve um resultado de 17 pontos num total de 30, isto é, uma média de crescimento de 56,7%. Apesar dos resultados não muito elevados, esta dimensão foi a que apresentou um maior crescimento, situando-se acima da média (50%). Devido às suas perdas, Maria parece ter construído novas prioridades, talvez relacionadas com os filhos e com esta nova realidade, e novos interesses na sua vida (*Item 1: “Mudei as minhas prioridades sobre o que é importante na vida – completamente”; Item 3: “Desenvolvi novos interesses – completamente”; Item 7: “Estabeleci um novo rumo para a minha vida – completamente”*), mas, por outro lado, parece não atribuir uma maior apreciação e valorização à sua própria vida (*Item 2: “Tenho uma apreciação maior pelo valor da minha própria vida – nada”*).

Relativamente à terceira dimensão, “Fortalecimento das relações interpessoais”, Maria apresentou um resultado de 10 pontos num total de 30, ou seja, cerca de 33,3% de crescimento. Estes valores reduzidos poderão traduzir uma dificuldade em aceitar a ajuda dos outros (*Item 21: “Aceito melhor necessitar dos outros – nada”*), mas, por outro lado, essa dificuldade parece não vir apenas de si, uma vez que Maria admite dedicar-se mais às suas relações actualmente (*Item 16: “Dedico-me mais às minhas relações – completamente”*), parecendo assim existir alguma falta de suporte/apoio social (*Item 6: “Tenho uma ideia mais clara de que posso contar com as pessoas em tempos de dificuldade – nada”*).

Por fim, na quarta dimensão, “Desenvolvimento espiritual”, Maria obteve um resultado de 4 pontos em 15 possíveis, o que revela um crescimento de 26,6%. Mais uma vez estes valores são bastante reduzidos e poderão indicar uma maior descrença face aos aspectos religiosos e

espirituais (*Item 5: “Tenho uma melhor compreensão dos assuntos espirituais – nada”*; *Item 18: “Tenho uma maior fé religiosa – nada”*). Apesar disso, Maria parece apresentar uma atitude mais empática, altruísta e solidária para com os outros (*Item 15: “Tenho mais compaixão pelos outros – bastante”*).

4. Escala de Luto Perinatal – versão reduzida (Rocha, 2005) (ver anexo E, p. 115)

De um modo global, Maria apresenta níveis de luto bastante intensos, sendo o valor da escala total de 143 em 165 pontos possíveis, ou seja, 86,7% de intensidade.

Através de uma análise mais detalhada a cada uma das subescalas, salientam-se alguns aspectos. Na primeira subescala, “Luto activo”, Maria obteve resultados extremamente elevados, 50 pontos num total de 55, que correspondem a uma percentagem de intensidade de luto activo de 90,9%. Nesta subescala sobressaem aspectos relacionados com a tristeza e com o vazio (*Item 1: “Eu sinto-me deprimida – concordo totalmente”*; *Item 3: “Sinto vazio dentro de mim – concordo totalmente”*; *Item 14: “Eu choro quando penso sobre ele/ela – concordo”*) e aspectos mais directamente relacionados com o bebé, com a perda e com o luto (*Item 5: “Eu sinto necessidade de falar sobre o bebé – concordo totalmente”*; *Item 10: “Eu sinto muito a falta do bebé – concordo totalmente”*; *Item 12: “É doloroso relembrar memórias da perda – concordo totalmente”*; *Item 6: “Eu estou em luto pelo bebé – concordo totalmente”*).

Relativamente à segunda subescala, “Dificuldades de *Coping*”, Maria apresentou novamente resultados bastante elevados, apesar de serem os mais baixos das três subescalas. Obteve valores de 33 pontos num total de 40, que correspondem a uma percentagem de intensidade de dificuldade de *Coping* de 82,5%. Nesta subescala destacam-se dificuldades no ajustamento à perda (*Item 11: “Sinto que ajustei-me bem à perda – discordo totalmente”*; *Item 9: “Ando a tomar medicamentos para os nervos – concordo”*; *Item 19: “O tempo passa muito devagar desde que ele morreu – concordo”*), sentimentos de solidão (*Item 27: “Eu sinto-me muito só desde que ele morreu – concordo totalmente”*) e uma certa desvalorização da sua própria vida após a perda (*Item 20: “A melhor parte de mim morreu com o bebé – concordo”*; *Item 33: “É fantástico sentir que se está vivo – discordo”*).

Por fim, na subescala “Desespero”, Maria obteve 60 pontos num total de 70, que correspondem a uma percentagem de intensidade de desespero de 85,7%. Aqui salientam-se aspectos relacionados com respostas de nível fisiológico (dor física) (*Item 16: “Sinto-me doente fisicamente quando eu penso no bebé – concordo”*) e com respostas emocionais de desespero, como por exemplo, ideação suicida (*Item 8: “Considerarei o suicídio depois da perda – concordo totalmente”*). Salientam-se também sentimentos de auto-depreciação e, mais uma vez, desvalorização da própria vida (*Item 22: “Sinto-me sem valor desde que ele/a morreu – concordo”*; *Item 26: “Depois da morte do bebé, tenho a impressão de só existo, não vivo a vida – concordo totalmente”*), sentimentos de culpa (*Item 15:*

“Sinto-me culpada quando penso no bebé – concordo totalmente”; Item 23: *“Culpo-me pela morte do bebé – concordo totalmente”*), irritabilidade (Item 24: *“Zango-me com os meus amigos e familiares mais do que devia – concordo totalmente”*), e desamparo e evitamento (Item 17: *“Sinto-me desprotegida num mundo perigoso desde que ele/a morreu – concordo totalmente”*; Item 28: *“Sinto-me à parte e longe, mesmo entre os meus amigos – concordo totalmente”*; Item 32: *“Ser um(a) pai/mãe em luto significa ser um “cidadão de segunda” – concordo totalmente”*). Destaca-se ainda o “pedido de ajuda” feito por Maria e a necessidade de apoio profissional que esta precisa para integrar/superar as perdas e seguir a sua vida (Item 25: *“Por vezes sinto que seria necessário aconselhamento profissional para me ajudar a voltar à minha vida – concordo totalmente”*).

DISCUSSÃO

Este estudo teve como objectivo principal conhecer, descrever e compreender o processo e o trabalho de luto em casos de perda gestacional e neonatal. Daqui, emergiu um objectivo específico no qual se tentou compreender, de uma forma mais profunda, a experiência subjectiva de uma mãe que sofreu diversas perdas, tanto gestacionais como neonatais.

Em termos gerais, e através dos três tipos de instrumentos utilizados (entrevista, Rorschach e questionários), os resultados revelaram fortes sentimentos de solidão, de desamparo e de falta de suporte familiar/social. Estes aspectos parecem possuir um forte impacto em Maria, sentindo-se esta desiludida e revoltada talvez, pelo facto de, principalmente a sua mãe, não lhe ter dado o apoio que ela necessitou (e que ainda continua a necessitar). Não é por acaso que Maria declara que concorda totalmente com a seguinte afirmação: *“Sinto-me desprotegida num mundo perigoso desde que ele/a morreu”* e que não concorda nada com a afirmação *“Tenho uma ideia mais clara de que posso contar com as pessoas em tempos de dificuldade”*. Esta realidade externa é constituída por pessoas que não são de confiança, e que são perigosas, ou pelos comentários que proferem, ou pelas atitudes que tomam. De facto, muitas vezes as pessoas não sabem como comportar-se, preferindo fazer de conta que nada aconteceu, ou tentando minimizar a perda. Neste sentido, pensa-se que esta sensação de não se saber o que dizer ou fazer é devida, em parte, ao pouco tempo que esta criança existiu, nunca chegando a construir uma identidade social e a definir a sua posição no seio da família. Assiste-se assim a uma desvalorização da situação de perda, como se a perda de um adulto fosse mais difícil de superar que a perda de um filho. Este fenómeno de evitamento por parte das outras pessoas foi definido por Lewis (1979) como uma “conspiração do silêncio”, onde se priva a mãe enlutada de falar sobre o sucedido, influenciando, de forma negativa, a sua capacidade para lidar com o acontecimento.

Apesar desta desvalorização por parte dos outros, o casal enlutado e, neste caso, Maria, sentem a morte de um filho como algo mais doloroso, devido ao facto de ser um acontecimento antinatural, que vai contra o ciclo vital e, por isso mesmo, torna-se muito difícil coadunar as realidades opostas da gravidez (como processo que origina a vida) e da morte (Keating & Seabra, 1994; Silva, 1998).

Os conflitos relacionais entre os pais enlutados podem aumentar após a perda perinatal, especialmente se os pais não experimentam reacções de luto consonantes (luto incongruente) (Badenhorst & Hughes, 2007). Por exemplo, se um membro do casal não demonstra que está a sofrer, o outro membro pode sentir isso como insensível. Embora Maria tenha referido este aspecto na entrevista, este não foi o seu caso, uma vez que sempre existiu uma boa comunicação entre ela e o marido: apesar de terem ocorrido alguns episódios de falta de comunicação, estes foram resolvidos adequadamente. Assim, apesar da ineficácia do suporte familiar/social, Maria revelou possuir um bom suporte conjugal, sendo que o seu marido sempre a apoiou nas situações mais difíceis, muitas vezes “pondo de lado” o seu sofrimento para conseguir estar disponível para a mulher. Este suporte emocional por parte do parceiro afigura-se como sendo uma mais-valia substancial para este período de crise, sendo que a sua ausência é um dos factores mais significativos para o desenvolvimento de situações de luto complicado (Cabral, 2005).

O facto de Maria, no momento das perdas, ter duas filhas vivas também se apresenta como um factor determinante de suporte e conforto emocional que permitiu que esta mãe retomasse a sua vida, o seu dia-a-dia. Neste sentido, Adolfsson, Bertero e Larsson (2006) referem que as mulheres sem filhos que sofrem uma perda perinatal têm níveis significativamente mais elevados de dor que as mulheres que já têm filhos. Contudo, apesar de se acreditar que a relação com os outros filhos facilita a recuperação, esta não diminui em nada o sofrimento causado pela perda (Silva, 1998).

A meu ver, a presença de filhos vivos no momento da perda pode também servir para mascarar o sofrimento e a dor, ou seja, a pessoa pode, aparentemente, seguir a sua vida, cuidando dos outros filhos, sendo funcional, mas deixando para trás pedaços importantes do processo de luto por resolver. Penso que este é também o caso de Maria. Esta não foi resolvendo os lutos pelos quais passou, optando por seguir a sua vida (cuidando das suas filhas) e à medida que foi sofrendo as perdas, foi acumulando processos de luto mal resolvidos, até chegar a um ponto em que já não lhe é possível suportar tanta dor e sofrimento e que, até a sua componente funcional, ou seja, a sua ligação à realidade objectiva começa a falhar. Assim, na minha opinião, a presença de filhos vivos apresenta esta dupla vertente: por um lado podem servir de pilares para suportar a

dor e para seguirem com a sua vida, mas este “seguir” não é necessariamente no sentido de integração da perda, mas sim de mascarar o sofrimento e adiar o processo de luto.

Neste sentido, são notórias as manifestações de um luto ainda bastante activo que Maria apresenta, quer através da entrevista «*Eu nunca os consegui deixar ir. (...) Eu sinto-me muito presa a eles, até hoje.*», quer através dos questionários (crescimento pós-traumático é de 38,1% e intensidade de luto activo é de 90,9%) «*Sinto vazio dentro de mim – concordo totalmente*», «*Eu choro quando penso sobre ele/ela – concordo*» e «*Eu estou em luto pelo bebé – concordo totalmente*». De facto, no caso da existência de múltiplas perdas, como é o caso de Maria, as perdas anteriores dificultam a adaptação a uma nova perda, reactivando sentimentos, emoções, medos, preocupações, dúvidas que existiram na experiência de perda anterior. Assim, o facto de o processo de luto não estar completamente resolvido é um factor de risco para o desenvolvimento adaptativo de uma futura gravidez e de um futuro relacionamento mãe-bebé (Callister, 2006; Rolim & Canavarro, 2001).

Para além disso, uma gravidez logo após uma perda perinatal pode ter um duplo significado: por um lado pode corresponder a uma tentativa de recuperar o seu bebé perdido (bebé de substituição), correndo o risco do luto não ser elaborado e, por outro lado, pode apresentar um carácter de reparação da ferida narcísica no sentido da mãe reaver a sua imagem de boa mãe e lutar contra a culpabilidade sentida (Cabral, 2005), caminhando assim na direcção da adaptação emocional e elaboração do luto. No caso de Maria, esta refere que um filho não substitui o outro apesar de existir um sentimento de reparação com a nova gravidez. Estes resultados vão de encontro à ideia de que a gravidez assume o significado de um preenchimento do vazio deixado pela morte do filho anterior (Lopes, 1997).

A morte perinatal origina na mulher o sentimento terrível de ter falhado como mãe, como mulher (Silva, 1998) e, neste caso, como filha também. Isto remete, mais uma vez, para os sentimentos de culpa que Maria sente pelas perdas sofridas (“*Sinto-me culpada quando penso no bebé – concordo totalmente*”; “*Culpo-me pela morte do bebé – concordo totalmente*”) e que aumenta devido à culpabilização que sente vinda do exterior, dos seus amigos, da sua família e, até mesmo de alguns profissionais de saúde.

Neste sentido, muitas mães têm a necessidade de aprender tudo sobre a causa da morte do filho, talvez numa tentativa de mitigar esse sentimento de culpa (Leon, 1990). De facto, Maria apresenta uma grande necessidade em saber tudo sobre o estado de saúde dos filhos, indagando e questionando muitas vezes os profissionais de saúde; quer saber todos os nomes técnicos, as investigações sobre os temas, etc. Estas intelectualizações reforçam o carácter funcional desta mulher, e evidenciam as necessidades de controlo da realidade externa. Quando estes mecanismos falham, Maria corre sérios riscos de se desorganizar, como foi possível observar, em

parte, no Rorschach, e isso seria sentido, mais uma vez como uma incompetência sua. Apesar disso, Maria tem plena consciência de que funciona assim devido às experiências prévias tanto de prematuridade como de perdas.

Neste sentido, onde as experiências prévias influenciam os comportamentos e atitudes subsequentes, Maria refere superproteger as suas filhas, principalmente depois de ter sofrido as perdas do João e do Francisco. O medo, ou melhor, a angústia da perda dos objectos de amor (neste caso os filhos vivos) está aqui totalmente presente. Para que nada lhes aconteça, Maria torna-se uma mãe mais atenta, controladora, e até hipervigil. Isto vai de encontro às atitudes de proximidade, superprotecção e restrição que alguns pais apresentam perante os filhos e que foram descritas por Theut, Moss, Zaslów, Rabinovich, Levin e Bartko (1992).

Outro aspecto que ressalta da análise dos dados, e que intitulei de sentimento de injustiça, é o facto de esta mãe, nos tempos seguintes às perdas, não ter conseguido ver grávidas e bebés: *«...grávidas, ficamos a detestar grávidas (...) ficamos a detestar bebés, não conseguimos encarar bebés, não...eu pelo menos não conseguia, eu olhava para o lado. “Olha aqui um bebé tão lindo” e eu: “shh, não vi nada” e saía do lugar. Saía mesmo.»*. Maria afirma que não era inveja das outras mães, mas que não conseguia estar no mesmo espaço que elas, porque tudo a fazia lembrar os seus filhos que já não estavam presentes, como se fosse uma mágoa reactivada pelo contacto com outras grávidas ou bebés: *«Não é...não é...não é inveja, é...não sei explicar, não conseguimos. Não conseguimos porque tudo nos faz lembrar.»*. Para Kersting e Wagner (2012), esta “inveja de bebés” pode ser um problema para aqueles que já passaram por alguma perda perinatal. Os autores referem ainda que estas mulheres têm, muitas vezes, dificuldades no contacto com amigos ou familiares que têm filhos ou que estão grávidas e que esta dificuldade em lidar com esses sentimentos e o evitamento permanente podem levar ao isolamento dessas mães. De facto, Maria refere que, para além de ter estado cerca de um mês sem sair de casa, existiram alguns episódios em que esta se isolou, não conseguindo reunir-se com amigos em festas de anos dos filhos porque ia estar em contacto com bebés e isso para ela ia ser muito difícil de suportar. Apesar disso, para Maria esse isolamento foi positivo para o seu processo: *«A gente tem de ter um momento para tudo (silêncio) e obrigarem-nos a fazermos alguma coisa, por obrigação e porque tem de ser...pfff. É do piorio.»*

Actualmente, graças aos trabalhos de Klaus & Kennell (1982), Leon (1990) e Lewis (1979) nas décadas de 70, 80, 90, sabe-se que as memórias facilitam os processos normais de luto, sendo essenciais para a recuperação. Com outros lutos existem muitas lembranças e recordações que podem ser partilhadas e choradas com a família e com os amigos, mas na perda perinatal isso não acontece. A experiência dos pais com o seu bebé é muito limitada e estes têm poucas lembranças para lamentar; pelo contrário lamentam os desejos e as expectativas que tinham para

a criança (Grout & Romanoff, 2000). As referências de Maria a este futuro não-vivido são extensas. Em primeiro lugar diz não sofrer por ter perdido os filhos mas sim porque não os tem consigo. Esta ausência de um futuro juntos é o que lhe causa maior sofrimento, associado a todas as perdas secundárias: não poder fazer as festas de aniversário, não poder comprar o material escolar, não poder comprar a roupa, etc.

Contudo, apesar de Maria necessitar ter essas lembranças – ter visto os bebés, ter-lhes tocado, ter-lhes tirado fotografias, etc. – e não perceber como é que existem pais que não querem ver os seus filhos, estas memórias são-lhe ainda muito dolorosas de relembrar: “*É doloroso relembrar memórias da perda – concordo totalmente.*”. Isto pode dever-se ao facto de Maria ainda apresentar um luto muito activo, ou por outro lado, pode ir no sentido dos estudos de Hughes, Turton, Hopper, & Evans (2002), e de Turton, Badenhorst, Pawlby, White, & Hughes (2009), que revelaram que as mães que viram e tocaram nos seus bebés após a morte apresentaram níveis de depressão, ansiedade e *stress* pós-traumático mais elevados até 7 anos após a morte dos filhos.

O carácter depressivo e ansiogénico de Maria é bem notório, quer na entrevista, quer nos questionários, quer no protocolo Rorschach. Maria apresenta-se sem forças para lutar, rendida, revelando sentimentos de tristeza, de vazio, de auto-depreciação e desvalorização da própria vida e também de desespero, uma vez que confessa ter pensado em suicídio após as várias perdas. Assim, penso que esta depressão, nada tem a ver com o facto de Maria ter visto e tocado no seu bebé, como foi hipoteticamente referido anteriormente, mas talvez com dificuldades identitárias relacionadas com a prematuridade e com as perdas que começam a surgir e que foram demonstradas no Rorschach, uma vez que estes acontecimentos expõem feridas narcísicas, sentimentos de culpa e confirmam fantasias irrealistas de um interior (útero) perigoso e hostil para o bebé. Para além disto, quando uma criança morre, os pais podem sentir-se como se tivessem perdido uma parte de si mesmos (Wallerstedt & Higgins, 1996). De facto, os resultados de Maria apontam neste sentido, uma vez que esta, na entrevista, faz uma analogia entre a perda de um filho e uma amputação, como se com cada perda lhe arrancassem uma parte do seu corpo. Isto, para além de levar a um sentimento de vazio intenso, pelas inúmeras e reais perdas de objecto, leva a um “esburacar” do seu Eu que faz com que a ferida narcísica aumente e, consequentemente poderá levar a uma fragmentação do seu corpo (psíquico).

Esta fragilidade egóica, narcísica, manifesta-se também a um nível corporal, principalmente através do Rorschach (inquietações corporais associadas a conteúdos anatómicos e a partes do corpo). Maria refere ainda, nos questionários, sentir-se doente fisicamente quando pensa no bebé e na entrevista Maria faz alusão a narrativas e imagens cruas e sem vitalidade,

associadas a episódios traumáticos («arrancarem-nos um braço»; «um pedaço de carne»), que é, provavelmente como ela se sente ainda hoje: «Não se vive, sobrevive-se.».

Retomando a ideia expressa previamente de que a realidade externa é composta por pessoas vistas como perigosas e ameaçadoras, percebe-se o porquê de, no Rorschach, Maria não conseguir representar relações. No mesmo sentido, no questionário Maria refere que se sente completamente à parte e longe, mesmo entre os seus amigos. Assiste-se assim a um desinvestimento das suas relações por estas lhe causarem dor e sofrimento. Apesar disso, também nesse questionário Maria refere que se dedica muito mais às suas relações actualmente, sendo isto um ponto contraditório com o referido previamente. Hipotetiza-se assim que, ao responder a esta questão, Maria se esteja a referir às suas relações mais próximas, ou seja, marido e filhos, onde existe, de facto, uma entrega e empenhamento maiores por parte de Maria.

Ressalta-se ainda da análise dos resultados uma enorme tentativa de controlo e de organização da realidade objectiva, recorrendo-se a uma abordagem mais intelectual (utilização de mecanismos de defesa numa linha neurótica tais como restrição/inibição, recalçamento, intelectualização). Assim, Maria recorre a estratégias de *Coping* que são adaptativas, uma vez que permitem que consiga viver («Não sei se estou a fazer bem ou mal, mas é essa a maneira que eu preciso de viver (emociona-se) e não quero que ninguém interfira nisso, só têm que respeitar...»), ou melhor, sobreviver (tal como ela própria refere) e suportar de alguma forma a dor e o sofrimento. Contudo, estes esforços para lidar não só com as perdas, mas também agora com os problemas de saúde do seu filho David, que vieram reactivar muitas outras problemáticas, não estão a surtir grandes efeitos: a emergência destas cargas fantasmáticas que parecem ser cada vez mais intensas, acompanhadas de mecanismos de projecção e clivagem, fazem com que haja limitações ao nível das experiências relacionais autênticas, e o Ego poderá correr o risco de empobrecer, o que é típico dos estados-limite (Bergeret, 2000).

Muitas vezes, neste tipo de funcionamentos, os sujeitos conseguem, através dos mecanismos de defesa utilizados, manter-se durante toda a vida numa situação “desconfortavelmente arranjada”. Mas, devido a uma circunstância de vida de causa exterior, como por exemplo o pós-parto, ou casos de luto (como é o caso de Maria), origina-se uma situação narcísica pré-depressiva (Bergeret, 1998), que tinha sido cuidadosamente evitada até ao momento. Perante o excesso de sobrecarga pulsional (cargas projectivas e fantasmáticas), o arranjo provisório e imperfeito do Ego fica absolutamente alterado e as defesas utilizadas até então tornam-se totalmente ineficazes. Para Bergeret (1998), a partir desse momento, onde a angústia depressiva atinge um “ponto de não retorno” relativamente ao arranjo anterior, o sujeito vai ter de encontrar o mais rapidamente possível um sistema defensivo mais eficaz para

compensar o anterior que já não serve, e assim, poderá enveredar por uma das três vias psicopatológicas (neurótica, psicótica ou psicossomática).

Apesar de não se possuir informação suficiente, relativamente à vida de Maria previamente às perdas: a sua infância, a sua relação com a mãe principalmente em termos de vinculação, etc., poderá hipotetizar-se que Maria apresenta, ou poderá vir a apresentar, uma crise de angústia aguda, devido a um segundo traumatismo, ou devido à sucessão de “microtraumatismos” psíquicos desorganizadores, que neste caso são as situações de prematuridade e as múltiplas perdas sofridas.

Torna-se assim urgente uma intervenção psicológica com esta mãe, para que não se assista a uma evolução deste quadro, no sentido de uma descompensação de via psicótica, onde as forças pulsionais varrem a parte do Ego que permanecera até ao momento bem adaptada à realidade externa graças às suas antigas defesas (Bergeret, 2000). Para além disso, existe um “pedido de ajuda” expresso por Maria, no sentido de necessitar de apoio profissional para que se consiga adaptar da melhor forma possível a esta nova realidade, integrando as perdas e adquirindo novas estratégias para conseguir lidar com esta nova vida (*“Por vezes sinto que seria necessário aconselhamento profissional para me ajudar a voltar à minha vida – concordo totalmente”*).

Assim, será realizado, no final desta investigação, um relatório clínico com as informações relevantes que foram recolhidas deste caso, de forma a programar um plano de intervenção psicoterapêutico, tendo em conta as necessidades de Maria.

Para além de ter consciência que necessita de apoio psicológico para si, Maria, numa conversa informal no final de uma das sessões, confessou-me estar também preocupada com a sua filha mais velha, Ana, uma vez que esta por vezes diz pensar nos irmãos que morreram, chora e diz ter saudades deles. Assim, talvez seja necessária uma avaliação desta criança, com vista a um possível encaminhamento para apoio psicológico.

1. Vantagens, limitações e futuras investigações

Tendo este estudo um carácter exploratório, e não sendo ainda um tema muito estudado em Portugal, permitiu uma melhor familiarização e uma melhor compreensão da temática, abrindo novos horizontes para um entendimento mais profundo e para a intervenção neste tipo de perdas, mas principalmente neste caso tão complexo. Apesar de ser apenas um estudo de caso único, e por isso não ser generalizável, conseguem-se extrair vários aspectos que parecem ser comuns a estas mulheres que sofrem perdas perinatais. No caso de Maria, pelo grau de complexidade da sua história, estes aspectos são ainda mais notórios.

Falar de luto é sempre algo muito complexo e delicado. Assim, uma das maiores limitações deste estudo prende-se com a sensibilidade do tema abordado. Apesar de Maria se ter mostrado sempre muito disponível e com uma grande necessidade em falar sobre estes temas, teria sido vantajoso a realização de entrevistas a cada membro do casal em separado, reservando mais tarde um momento para falar com os dois em conjunto. Contudo, tal não foi possível devido à indisponibilidade física e psicológica do marido de Maria. Mas, apesar de não se encontrar presente fisicamente nas sessões que realizámos, foi sempre um elemento presente “mentalmente”, devido às intervenções feitas por Maria que consideravam muitas vezes o seu marido, o que ajudou a uma pequena compreensão, ou pelo menos suposição, das vivências deste sujeito.

Uma outra limitação que pode ter influenciado os resultados prende-se com o facto de a recolha de dados ter sido feita em locais diferentes e em momentos distintos do processo de Maria, estando esta a viver situações diferentes em cada um desses momentos. Por exemplo, quando foi feita a entrevista, Maria encontrava-se na UCERN com o seu filho mais novo, David: este tinha nascido há cerca de 3 meses e tinha sido operado ao intestino recentemente. Por outro lado, quando foi aplicado o Rorschach e os questionários, Maria já estava em casa com os 3 filhos, mas tinha descoberto há cerca de um mês que o seu filho David tinha um atraso do desenvolvimento psicomotor. Todos estes acontecimentos reactivam memórias, sentimentos, emoções, medos, e tudo isto é projectado para a realidade externa e, neste caso, para os instrumentos de recolha de dados.

Teria sido importante também ser realizada uma sessão após o preenchimento dos questionários de forma a esclarecer alguns aspectos relacionados com estes, mas tal não foi possível devido a constrangimentos de ordem temporal de ambas as partes. Contudo, apesar de esta sessão não ter sido incluída neste estudo, seria igualmente útil realizá-la em contexto de intervenção psicoterapêutica, de forma a compreender melhor as necessidades de Maria.

Para futuras investigações, seria importante, em primeiro lugar, estudar e avaliar mais aprofundadamente as relações familiares de Maria, mais concretamente a sua relação com o pai e com a mãe, em termos de vinculação já que, tal como afirma Sobral (2013), a forma como o indivíduo responde à perda encontra-se fortemente associada à configuração do seu sistema de vinculação. Seria interessante também alargar o número de participantes a uma amostra representativa e efectuar algumas entrevistas a cada um dos membros em separado, e posteriormente encerrar com uma entrevista ao casal. Esta proposta tem como objectivo, num primeiro momento focalizar a atenção em vivências mais individuais de cada elemento e perceber se estas são coincidentes, e, posteriormente fazer uma ponte para as vivências ao nível do casal e

das dinâmicas familiares. Para além disso, devido à presença do/a companheiro/a, podem surgir constrangimentos e inibições nas respostas. É importante estudar o que sente, sabe e pensa cada elemento do casal em relação ao fenómeno em estudo. Apesar de, numa perspectiva médica e também social, ser dada mais ênfase à mulher enlutada (Callister, 2006; Kersting & Wagner, 2012; Wallerstedt & Higgins, 1996), talvez por ser esta que “guarda” o bebé na sua barriga durante vários meses, do ponto de vista psicológico é importante estudar os fenómenos que acontecem ao nível de cada sujeito e ao nível do casal.

2. Contribuições para a Intervenção na perda perinatal

Este estudo pretende ser, principalmente, um convite à reflexão multidisciplinar no que diz respeito à intervenção nas perdas e no luto perinatal. Torna-se cada vez mais importante sensibilizar os profissionais de saúde para estas temáticas, de forma a tentar ao máximo proteger estes pais e estas famílias. Existem várias modalidades de actuação/intervenção, umas mais profundas, outras mais superficiais, dependendo também do tipo de formação de cada profissional de saúde.

Como foi notório ao longo deste estudo, existem ainda muitos erros que são cometidos em termos de comportamentos e atitudes para com estes pais e é urgente modificá-los. Começa-se agora, aos poucos, a assistir a um esforço, por parte dos profissionais de saúde, para se perceber que práticas hospitalares podem ter impacto no processo de luto dos pais, recorrendo a um atendimento mais humanizado e fornecendo-lhes um apoio mais especializado.

Perante o carácter imprevisível das reacções dos pais à morte de um filho, torna-se muito difícil para os profissionais de saúde saber como hão-de actuar. Neste sentido, existem *guidelines*, linhas orientadoras que vigoram em vários serviços clínicos/hospitalares e que tocam a dimensão da humanização dos cuidados, linhas estas que apelam à reflexão e que vão modulando as intervenções (Sobral, no prelo). Assim, a intervenção passa por uma articulação entre dois pressupostos: por um lado, respeitar as crenças e vontades das famílias e, por outro lado, ter em conta o *background* dos profissionais de saúde sobre os factores de risco para um luto complicado.

Outro factor importante prende-se com a adequação da intervenção aos diferentes tipos de luto. Nas descrições de Maria, foi notória a distinção que esta faz entre perdas gestacionais e neonatais, em termos de sensações, vínculos estabelecidos, sofrimento e dor causados. Assim, a intervenção deve também ser distinta. Mas, acima de tudo, torna-se fundamental perceber o significado da perda para aquela pessoa em particular. Ou seja, apesar de se saber que a perda está

associada aos vínculos, quando se intervém é necessário ter em conta o que significa aquela perda para aquela pessoa específica, que é constituída de vivências e experiências pessoais. Por exemplo, o significado atribuído a uma perda gestacional não será o mesmo para uma mãe que já teve várias perdas gestacionais e neonatais e tem outros filhos vivos, e para uma mãe primípara que teve que recorrer a técnicas de PMA. Assim, a intervenção centra-se numa atitude empática, de disponibilidade, compreensão e acolhimento: é através da relação com estas mães e com estes casais que nos vamos apercebendo dos significados atribuídos à perda.

CONCLUSÃO

Com este estudo pretendeu-se, em primeiro lugar, conhecer, descrever e compreender o processo e o trabalho de luto em casos de perda gestacional e neonatal. Percebemos então que a perda de um filho representa um acontecimento muito doloroso, catastrófico mesmo, para os pais, associado a sentimentos de grande tristeza e dor e que o processo de luto apresenta características muito individuais, entre elas a forma como se sente o impacto da perda e como se expressam as emoções; os comportamentos e atitudes que ajudam a lidar com os sentimentos; as reacções emocionais e corporais específicas a cada pessoa; o tempo que cada um necessita para se restabelecer; e a forma como se organizam os pensamentos. Assim, procurámos uma melhor compreensão destas vivências, através do acesso à experiência subjectiva de uma mãe que sofreu diversas perdas, tanto gestacionais como neonatais.

Percebemos que o luto perinatal é ainda um assunto tabu, que é ignorado e desvalorizado pela nossa sociedade, devido ao impacto que tem em cada um, e que esta negação cultural da perda tem ainda um profundo impacto em quem a vivencia. Maria experienciou sentimentos de solidão, de desamparo, de vazio, e de injustiça. Sentiu ainda uma grande culpabilização por parte dos outros (familiares, amigos e profissionais de saúde) para além da enorme culpa que ainda hoje sente pelas perdas sofridas. Apesar disso, Maria tem dois pilares muito importantes na sua vida: o marido e as duas filhas, que a ajudam a manter-se “viva”.

Percebemos também que o carácter prospectivo (futuro não-vivido) e antinatural do luto perinatal teve um forte impacto nas vivências de perda, aumentando a dor e sofrimento associados à falta e à ausência de um ser que não deixa muitas memórias e recordações. Assim, compreende-se que Maria se tente agarrar às poucas lembranças que tem dos filhos, como por exemplo, roupas, fotografias, etc., de forma a mantê-los vivos dentro de si e como forma de não se esquecer deles, que é o seu grande medo.

Foram notórias ainda dificuldades identitárias (Eu esburacado, fragmentado) associadas a uma fragilidade narcísica (ferida narcísica), aspectos depressivos, associados a sentimentos de tristeza, vazio e desespero (e.g. ideação suicida) e dificuldades de ajustamento, ou seja, dificuldades em criar estratégias de *Coping* que permitam uma melhor adaptação à perda e uma restituição do equilíbrio emocional, há muito perdido. Apesar de Maria ter criado algumas estratégias adaptativas que lhe foram permitindo funcionar e viver, actualmente, essas defesas estão cada vez mais fracas (emergência das cargas fantasmáticas associadas à prematuridade e às perdas) e em risco de colapsar, pelo que se torna fundamental uma intervenção psicoterapêutica de forma a “segurar” esta mulher e a ajudá-la a criar novas estratégias eficazes para integrar todos os aspectos da sua vida que se encontram dissociados, para que encontre novamente a harmonia na sua vida.

Tal como foi referido anteriormente, a sociedade nega a perda perinatal devido ao forte impacto (negativo), que esta tem em cada um de nós. Quando ouvimos a palavra “perda” ou a palavra “luto”, fechamo-nos na nossa concha protectora e tornamo-nos menos disponíveis para o outro, para quem necessita realmente de desabafar. Com este trabalho aprendi a lidar melhor com estas temáticas, escutando mais activamente, permitindo-me sentir o sofrimento daquela mulher, sem me “fechar a sete chaves” com medo que o seu sofrimento me atingisse de algum modo. De facto, penso que é quando conseguimos sentir o outro, sentir a sua dor, é que conseguimos, de facto, compreender a pessoa, e conseqüentemente, intervir mais eficazmente.

Muitas vezes através dos relatos de Maria senti-me tocada, sensibilizada com tais descrições, por vezes tão frias, cruas, traumáticas mesmo, mas em vez de esconder o impacto que tiveram em mim, devolvi-lhe isso, validando as suas experiências. Penso que estas validações são bastante úteis, ajudando a diminuir os sentimentos de estranheza e de incompreensão que muitas vezes estes casais sentem.

*«A dor do luto é o preço que se paga pelo amor e pelo compromisso,
assim como pelo investimento que os pais fazem no projecto de parentalidade.»*

Colin Murray Parkes

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adolfsson, A., Bertero, C., & Larsson, P. G. (2006). Effect of a Structured Follow-up Visit to a Midwife on Women with Early Miscarriage: a randomized study. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 85(3), 330-335.
- Affleck, G., & Tennen, H. (1991). The Effect of Newborn Intensive Care on Parents' Psychological Well-Being. *Children's Health Care*, 20(1), 6-14. Consultado em 18 de Setembro de 2013, através de <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=8d3b0d67-dfc3-4646-8983-4c379ffabb54%40sessionmgr115&vid=1&hid=103>
- Almeida, L., & Freire, T. (2007). *Metodologia da Investigação em Psicologia e Educação* (4ª ed.). Braga: Psiquilibrios.
- Als, H., Tronick, E., & Brazelton, T. B. (1980). Stages of early behavioral organization: study of a sighted infant and a blind infant in interaction with their mothers. In T. Field (Eds.), *High-risk Infants and Children: Adult and Peer Interactions* (pp. 181-204). New York: Academic Press.
- Ammaniti, M. (1991). Maternal representations during pregnancy and early infant-mother interactions. *Infant Mental Health Journal*, 12(3), 246-255. Consultado em 18 de Setembro de 2013, através de <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=70ac1e6e-c25b-4fdb-949c-d86b091ce4d2%40sessionmgr112&vid=2&hid=103>
- Ammaniti, M., Baumgartner, E., Candelori, C., Perucchini, P., & Pola, M. (1992). Representations and narratives during pregnancy. *Infant Mental Health Journal*, 13(2), 167-182. Consultado em 18 de Setembro de 2013, através de <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=c2c03f62-7a7c-4824-bafe-b62219b9a3eb%40sessionmgr112&vid=2&hid=103>
- Anzieu, D. (1965). *Les Méthodes Projectives*. Paris: PUF.

- Armstrong, D. (2002). Emotional Distress and Prenatal Attachment in Pregnancy after Perinatal Loss. *Journal of Nursing Scholarship*, 34(4), 339-345. Consultado em 24 de Setembro de 2013, através de <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1547-5069.2002.00339.x/pdf>
- Armstrong, D. (2007). Perinatal Loss and Parental Distress after the Birth of a Healthy Infant. *Advances in Neonatal Care*, 7(4), 200-206.
- Armstrong, D., Hutti, M., & Myers, J. (2009). The Influence of Prior Perinatal Loss on Parents' Psychological Distress after the Birth of a Subsequent Healthy Infant. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 38(6), 654-666. Consultado em 24 de Setembro de 2013, através de <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1552-6909.2009.01069.x/pdf>
- Badenhorst, W., & Hughes, P. (2007). Psychological Aspects of Perinatal Loss. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 21(2), 249-259. Consultado em 24 de Setembro de 2013, através de http://ac.els-cdn.com/S1521693406001416/1-s2.0-S1521693406001416-main.pdf?_tid=3ed5e518-408c-11e3-ad1e-00000aab0f01&acdnat=1383045864_bff3f2b88e2fe13df35df30ab10a4501
- Barros, L. (1992). *Intervenção desenvolvimentista para mães de bebés de risco*. Tese de Doutoramento apresentada à Universidade de Lisboa, Lisboa.
- Barros, L. (2001). O Bebé Nascido em Situação de Risco. In M. C. Canavarro (Ed.), *Psicologia da Gravidez e da Maternidade* (pp.51-74). Coimbra: Quarteto.
- Barros, L., & Brandão, A. (2002). Preocupações, dificuldades e perturbação emocional em pais de bebés hospitalizados numa Unidade de Neonatologia. *Psicologia: Teoria, investigação e prática*, 7(2), 261-272.
- Beizmann, C. (1966). *Livret de cotation des formes dans le rorschach*. Paris: Ed Centre Psychol Appliquee.
- Bergeret, J. (1998). Os estados-limite e os seus arranjos. In J. Bergeret (Coord.), *Psicologia Patológica – Teórica e Clínica* (7ª ed, pp. 219-236). Lisboa: Climepsi.

- Bergeret, J. (2000). *A personalidade normal e patológica*. Lisboa: Climepsi.
- Botelho, T. (2006). Mães prematuras – bebês pré-termo. In T. Botelho (Ed.), *A personalidade da mãe prematura* (pp. 91-129). Lisboa: Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência.
- Botelho, T., & Leal, I. (2001). Sobre a prematuridade. In T. Botelho, & I. Leal (Eds.), *Personalidade Materna e Prematuridade* (pp. 61-84). Lisboa: Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência.
- Bowlby, J. (1961). Processes of Mourning. *International Journal of Psycho-Analysis*, 42(4/5), 317-340.
- Bowlby, J. (1984). *Perda: tristeza e depressão*. São Paulo: Martins Fontes.
- Brazelton, T. B. (1982). Early Intervention: what does it mean?. In H. Fitzgerald, B. Lester, & M. Yogman (Eds.), *Theory and Research in Behavioral Pediatrics* (pp. 1-34). New York: Plenum Press.
- Brazelton, T. B. (1992). *Tornar-se Família: O crescimento da vinculação antes e depois do nascimento*. Lisboa: Terramar.
- Brazelton, T.B., & Cramer, B.G. (2007). *A Relação mais Precoce: os pais, os bebês e a interação precoce* (7ª ed.). Lisboa: Terramar.
- Cabral, I. (2005). Morte e Luto na Gravidez e Puerpério. In I. Leal (Coord.), *Psicologia da Gravidez e da Parentalidade* (pp. 61-91). Lisboa: Fim de Século.
- Cain, A., & Cain, B. (1964). On Replacing a Child. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 3, 443-455.
- Callister, L. (2006). Perinatal Loss: A Family Perspective. *Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*, 20(3), 227-234. Consultado em 19 de Agosto de 2013, através de <http://nursing.ceconnection.com/nu/ovidfiles/00005237-200607000-00009.pdf>

- Camarneiro, A. P., Alves, C. A., Ferreira, A. P., & Gomes, A. I. (2009). Interação mãe-bebé prematuro numa Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 40(2), 53-57. Consultado em 3 de Maio de 2013, através de http://www.spp.pt/Userfiles/File/App/Artigos/15/20090804165618_ActaPediat_Vol40_N2.pdf
- Canavarro, M. C. (2001). Gravidez e Maternidade – representações e tarefas de desenvolvimento. In M. C. Canavarro (Ed.), *Psicologia da Gravidez e da Maternidade* (pp. 17-49). Coimbra: Quarteto.
- Canavarro, M. C. (2004). Vinculação, perda e luto: implicações clínicas. *Psicologica*, 35, 35-47.
- Canavarro, M. C., & Pedrosa, A. (2005). Transição para a parentalidade: compreensão segundo diferentes perspectivas teóricas. In I. Leal (Coord.), *Psicologia da gravidez e da parentalidade* (pp. 225-255). Lisboa: Fim de Século.
- Chabert, C. (2000). *A Psicopatologia à prova no Rorschach*. Lisboa: Climepsi.
- Chabert, C. (2003). *O Rorschach na clínica do adulto - Interpretação psicanalítica* (2ª ed.). Lisboa: Climepsi.
- Cole, J. (1995). Using the NBAS with high-risk infants. In T. B. Brazelton, & J. K. Nugent (Eds.), *Neonatal Behavioral Assessment Scale* (3rd ed., pp.126-132). London: Mac Keith.
- Colman, L. L., & Colman, A. (1994). *Gravidez: A experiência psicológica*. Lisboa: Colibri.
- Conde, A., & Figueiredo, B. (2007). Preocupações de mães e pais na gravidez, parto e pós-parto. *Análise Psicológica*, 3(XXV), 381-398. Consultado em 10 de Maio de 2013, através de <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/aps/v25n3/v25n3a06.pdf>
- DeFrain, J. (1991). Learning about Grief from Normal Families: Sids, Stillbirth and Miscarriage. *Journal of Marital and Family Therapy*, 17, 215-232.
- Denzin, N. K., & Lincoln, Y. S. (1994). *Handbook of Qualitative Research*. Thousand Oaks: Sage.

- Dunkel-Schetter, C., & Lobel, M. (1998). Pregnancy and childbirth. In E. A. Blechman, & K. D. Brownell (Eds.), *Behavioral medicine and women: A comprehensive handbook* (pp. 475-482). New York: Guilford Press.
- Ferreira, L., Góis, G., Faria, M. C., & Correia, M. (1990). O Luto por Morte Perinatal e/ou Malformação do Bebê. *Análise Psicológica*, 4(VIII), 399-402.
- Figueiredo, B. (1997). Questões de avaliação psicológica relativas às perturbações psicopatológicas da maternidade. In M. Gonçalves, I. Ribeiro, S. Araújo, C. Machado, L. Almeida, & M. Simões (Eds.), *Avaliação Psicológica: formas e contextos* (Vol. V, pp. 477-492). Braga: APPORT.
- Figueiredo, B. (2001). Perturbações psicopatológicas da maternidade. In M. C. Canavarro (Ed.), *Psicologia da Gravidez e da Maternidade* (pp. 161-188). Coimbra: Quarteto.
- Figueiredo, B. (2005). Psicopatologia da maternidade e paternidade. *Revista Centro de Estudos da População Economia e Sociedade*, 12, 83-102.
- Fonseca, A., Pedrosa, A., & Canavarro, M. C. (2010). Um contributo para a validação de um protocolo de intervenção psicológica em situações de perda perinatal: resultados de um estudo exploratório. In I. Leal, & J. Pais-Ribeiro, *Psicologia da Saúde: sexualidade, género e saúde* (pp. 19-29). Lisboa: ISPA.
- Franché, R., & Bulow, C. (1999). The Impact of a Subsequent Pregnancy on Grief and Emotional Adjustment following a Perinatal Loss. *Infant Mental Health Journal*, 20(2), 175-187. Consultado em 19 de Agosto de 2013, através de <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=15&sid=96e1104b-6a20-4b2c-9dd6-7a4295ff3389%40sessionmgr14&hid=22>
- Freud, S. (1917). Mourning and Melancholia. In J. Strachey (Ed.), *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud: On the History of the Psycho-Analytic Movement, Papers on Metapsychology and Other Works* (Vol. XIV, pp. 243-258). London: The Hogarth Press and The Institute of Psycho-Analysis.

- Ghiglione, R., & Matalon, B. (1993). *O Inquérito: teoria e prática* (2ª ed.). Oeiras: Celta.
- Goldberg, S. & DiVitto, B. (1995). Parenting children born preterm. In S. Goldberg, & B. DiVitto (Eds.), *Handbook of parenting* (vol.1, pp. 209-231). Mahwah: Lawrence Erlbaum.
- Gomes-Pedro, J. (1985). *A Relação Mãe-Filho: Influência do contacto precoce no comportamento da díade*. Lisboa: Imprensa Nacional – Casa da Moeda.
- Green, M., & Solnit, A. (1964). Reactions to the threatened loss of a child. *Pediatrics*, *34*, 58-66.
- Grinberg, L. (2000). *Culpa e Depressão*. Lisboa: Climepsi.
- Grout, L., & Romanoff, B. (2000). The Myth of the Replacement Child: Parents' Stories and Practices after Perinatal Death. *Death Studies*, *24*(2), 93-113. Consultado em 16 de Setembro de 2013, através de <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=18&sid=96e1104b-6a20-4b2c-9dd6-7a4295ff3389%40sessionmgr14&hid=103>
- Heller, S., & Zeanah, C. (1999). Attachment disturbances in infants born subsequent to perinatal loss: a pilot study. *Infant Mental Health Journal*, *20*(2), 188-199. Consultado em 25 de Setembro de 2013, através de <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=19&sid=96e1104b-6a20-4b2c-9dd6-7a4295ff3389%40sessionmgr14&hid=22>
- Hughes, P., Turton, P., Hopper, E., & Evans, C. (2002). Assessment of guidelines for good practice in psychosocial care of mothers after stillbirth: a cohort study. *The Lancet*, *360*, 114-118. Consultado em 24 de Setembro de 2013, através de <http://www.obgyn.ubc.ca/Education/Residency/JournalClub/docs/Donnelly2.pdf>
- Hughes, P., Turton, P., Hopper, E., & McGauley, G. (2001). Disorganized Attachment Behaviour among Infants Born Subsequent to Stillbirth. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *42*(6), 791-801. Consultado em 25 de Setembro de 2013, através de <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/1469-7610.00776/pdf>

- Instituto Nacional de Estatística (2012). *Estatísticas Demográficas 2010*. Consultado em 23 de Setembro de 2013, através de http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=136077007&PUBLICACOESmodo=2
- Jean, A., & Stack, D. (2012). Full-term and very-low-birth-weight preterm infants' self-regulating behaviors during a Still-Face interaction: Influences of maternal touch. *Infant Behavior and Development*, 35, 779-791. Consultado em 20 de Fevereiro de 2013, através de http://ac.els-cdn.com/S0163638312001002/1-s2.0-S0163638312001002-main.pdf?_tid=d5b07168-408e-11e3-b162-00000aacb361&acdnat=1383046976_68ce11c336e2c12fd4e2d35965defd13
- Johnson, S. (1984). Sexual Intimacy and Replacement Children after the Death of a Child. *Omega*, 15, 109-118.
- Keating, I., & Seabra, M. J. (1994). Luto e Vinculação. *Análise Psicológica*, 2-3(XII), 291-300.
- Kennell, J., & Klaus, M. (1993). Atendimento aos pais de um natimorto ou de um bebé que morre. In M. Klaus, & J. Kennell (Eds.), *Pais/bebé – A formação do apego*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Kersting, A., & Wagner, B. (2012). Complicated Grief after Perinatal Loss. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 14(2), 187-194. Consultado em 16 de Setembro de 2013, através de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3384447/pdf/DialoguesClinNeurosci-14-187.pdf>
- Kitzinger, S. (1978). *Mães: um estudo antropológico da maternidade*. Lisboa: Presença.
- Klaus, M., & Kennell, J. (1982). *Parent-Infant Bonding*. St. Louis: C. V. Mosby.
- Klein, M. (1940). Mourning and Its Relation to Manic-Depressive States. *The International Journal of Psychoanalysis*, 21, 125-153. Consultado em 24 de Setembro de 2013, através de http://www.english.upenn.edu/~cavitch/pdf-library/Klein_Mourning.pdf

- Leal, I. (2008). *A Entrevista Psicológica: técnica, teoria e clínica*. Lisboa: Fim de Século.
- Lebovici, S. (1987). *O bebê, a mãe e o Psicanalista*. Porto Alegre: ArtMed.
- LeMasters, E. E. (1957). Parenthood as crisis. *Marriage and family living*, 19, 352-355. Consultado em 19 de Setembro de 2013, através de <http://www.jstor.org/discover/10.2307/347802?uid=3738880&uid=2&uid=4&sid=21102636901731>
- Leon, I. G. (1990). *When a Baby Dies: Psychotherapy for Pregnancy and Newborn Loss*. New Haven: Yale University Press.
- Lester, B., Hoffman, J., & Brazelton T. B. (1985). The Rhythmic Structure of Mother-Infant Interaction in Term and Preterm Infants. *Child Development*, 56, 95-121. Consultado em 24 de Setembro de 2013, através de <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=56561922-9004-48c2-ae13-f6eff8012bd3%40sessionmgr111&vid=2&hid=114>
- Lewis, E. (1976). The Management of Stillbirth: coping with an unreality. *The Lancet*, 2, 619-620.
- Lewis, E. (1979). Mourning by the family after a stillbirth or neonatal death. *Archives of Disease in Childhood*, 54, 303-306. Consultado em 27 de Setembro de 2013, através de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1545303/pdf/archdisch00794-0059.pdf>
- Lewis, E. & Page, A. (1978). Failure to mourn a stillbirth: an overlooked catastrophe. *British Journal of Medical Psychology*, 51, 237-241.
- Lindemann, E. (1944). Symptomatology and Management of Acute Grief. *The American Journal of Psychiatry*, 101, 141-148. Consultado em 24 de Setembro de 2013, através de http://download.springer.com/static/pdf/228/art%253A10.1007%252FBF01770375.pdf?auth66=1383572232_5c23a548fd4649ad42f3a694dcd55add&ext=.pdf
- Lopes, J. (1997). Luto e Gravidez. In E. Sá (Ed.), *A Maternidade e o Bebê* (pp. 73-90). Lisboa: Fim de Século.

- Machado, C. (2013). Viver com a Perda em Rando. In A. Barbosa (Coord.), *Olhares sobre o Luto* (pp. 67-85). Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Marques, M. E. (2001). *A Psicologia Clínica e o Rorschach* (2ª ed.). Lisboa: Climepsi.
- Mazet, P., & Stoleru, S. (2003). Situações clínicas frequentes – prematuridade. In P. Mazet, & S. Stoleru (Eds), *Psicopatologia do lactente e da criança pequena* (pp. 285–292). Lisboa: Climepsi.
- McCreight, B. (2004). A Grief Ignored: Narratives of Pregnancy Loss From a Male Perspective. *Sociology of Health & Illness*, 26(3), 326-350. Consultado em 16 de Setembro de 2013, através de http://www.heartstringssupport.org/storage/A_Grief_Ignored_final.pdf
- Minde, K. (2000). Prematurity and serious medical conditions in infancy: implications for development, behavior, and intervention. In C. Zeanah Jr (Ed.), *Handbook of infant mental health* (2nd ed, pp. 176-194). New York: Guilford Press.
- Moura-Ramos, M., & Canavarro, M. C. (2007). Adaptação parental ao nascimento de um filho: Comparação da reactividade emocional e psicossintomatologia entre pais e mães nos primeiros dias após o parto e oito meses após o parto. *Análise Psicológica*, 3(XXV), 399-413.
- Mucchielli, R. (1994). *A Entrevista Não-Directiva*. São Paulo: Martins Fontes.
- Nave, A. C. (2013). O Processo de Luto em Worden. In A. Barbosa (Coord.), *Olhares sobre o Luto* (pp. 53-65). Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Nazaré, B., Fonseca, A., Pedrosa, A., & Canavarro, M. C. (2010). Avaliação e Intervenção Psicológica na Perda Gestacional. *Peritia*, 3, 37-46. Consultado em 27 de Setembro de 2013, através de <https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/14322/1/Avalia%C3%A7%C3%A3o%20e%20interven%C3%A7%C3%A3o%20psicol%C3%B3gica%20na%20perda%20gestacional.pdf>

- Nowicki, P. (1994). Neonatal problems: medical issues. In R. Olson, L. Mullins, J. Gillman, & J. Chaney (Eds.), *The sourcebook of pediatric psychology* (pp. 11-16). Boston: Allyn and Bacon.
- Oliveira, C. M., Pedrosa, A. P., & Canavarro, M. C. (2005). Stress e adaptação nos processos de transição para a parentalidade. In A. Marques-Pinto et.al (Coords.), *Stress e bem-estar* (pp. 59-83). Lisboa: Climepsi.
- Parkes, C. M. (1998). *Luto: estudos sobre a perda na vida adulta*. São Paulo: Summus Editorial.
- Payás, A. (2010). *Las Tareas del Duelo: Psicoterapia de Duelo desde un Modelo Integrativo-Relacional*. Barcelona: Paídos.
- Peppers, L., & Knapp, R. (1980). *Motherhood and Mourning a Perinatal Death*. New York: Praeger Publishers.
- Pereira, T. (1998). Mãe de filho prematuro. In R. Cardoso (Ed.), *Outra metade da medicina: monografias breves de psicologia médica* (pp.15-25). Lisboa: Climepsi.
- Potvin, L., Lasker, J., & Toedter, L. (1989). Measuring grief: A short version of the Perinatal Grief Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 11, 29-42. Consultado em 12 de Dezembro de 2012, através de http://download.springer.com/static/pdf/599/art%253A10.1007%252F00962697.pdf?auth66=1383572329_5bb6f3bd88c21c2020506e48514f0ab5&ext=.pdf
- Rando, T. A. (1991). *How to go on living when someone you love dies*. New York: Bantam Books.
- Rato, P. (1998). Ansiedades perinatais em mulheres com gravidez de risco e em mulheres com gravidez normal. *Análise Psicológica*, 3 (XVI), 405-413.
- Rebelo, J. E. (2005). Importância da entreaajuda no apoio a pais em luto. *Análise Psicológica*, 4 (XXIII), 373-380.
- Resende, C., Sendas, S., & Maia, A. (2008). Estudo das Características Psicométricas do Posttraumatic Growth Inventory – PTGI – (Inventário de Crescimento Pós-

- Traumático) para a População Portuguesa. In A. Noronha, C. Machado, L. Almeida, M. Gonçalves, S. Martins, & V. Ramalho (Coords.), *Actas da XIII Conferência Internacional de Avaliação Psicológica: Formas e Contextos*. Braga: Psiquilíbrios.
- Reyna, B., Brown, L., Pickler, R., Myers, B., & Younger, J. (2012). Mother–infant synchrony during infant feeding. *Infant Behavior & Development*, 35, 669– 677. Consultado em 24 de Setembro através de http://ac.els-cdn.com/S016363831200063X/1-s2.0-S016363831200063X-main.pdf?tid=215dce88-2548-11e3-a745-00000aacb360&acdnat=1380047927_dde4d147916e885d747b29666db2762d
- Rocha, J. (2005). Factores Psicológicos da Mulher Face à Interrupção Médica da Gravidez. (Tese de Doutoramento não publicada). Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto.
- Rolim, L., & Canavarro, M. C. (2001). Perdas e Luto durante a Gravidez e o Puerpério. In M. C. Canavarro (Ed.), *Psicologia da Gravidez e da Maternidade* (pp. 255-296). Coimbra: Quarteto.
- Sá, E. (2004). Diagnóstico pré-natal: alguns pensamentos. In E. Sá (Org.), *A Maternidade e o Bebê* (2ª ed, pp. 23-33). Lisboa: Fim de Século.
- Sá, E., & Biscaia, J. (2004). A gravidez no pensamento das mães: contributo para a avaliação da gravidez através do desenho. In E. Sá (Org.), *A Maternidade e o Bebê* (2ª ed, pp. 13-21). Lisboa: Fim de Século.
- Secção de Neonatologia da Sociedade Portuguesa de Pediatria (2007). *Nascer prematuro - manual para pais de bebés prematuros*. Consultado em 21 de Setembro de 2013, através de [http://www.lusoneonatologia.com/site/upload/File/A%20presen%C3%A7a%20dos%20pais%20nas%20UCINs\(1\).pdf](http://www.lusoneonatologia.com/site/upload/File/A%20presen%C3%A7a%20dos%20pais%20nas%20UCINs(1).pdf)
- Silva, S. (1998). Quando morre uma criança: atitude dos pais perante a morte de um filho. In R. Cardoso (Ed.), *Outra metade da medicina: monografias breves de psicologia médica* (pp. 27-34). Lisboa: Climepsi.
- Silva, S., Moreira, H., Pinto, S., & Canavarro, M. C. (2009). Cancro da mama e desenvolvimento pessoal e relacional: estudo das características psicométricas do Inventário de

Desenvolvimento Pós-Traumático (*Posttraumatic Growth Inventory*) numa amostra de mulheres da população Portuguesa. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico e Avaliação Psicológica*, 28(2), 105 – 133. Consultado em 28 de Dezembro de 2012, através de http://www.aidep.org/03_ridep/R28/r286.pdf

Sobral, F. (2013). Amor, Perda e Vinculação na Vida Humana em Eppel. In A. Barbosa (Coord.), *Olhares sobre o Luto* (pp. 113-125). Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.

Sobral, F. (no prelo). A Morte de um bebé - Luto no período neonatal.

Stern, D. (1992). *Bebé-mãe: primeira relação humana*. Lisboa: Salamandra.

Stern, D., & Bruschweiler-Stern, N. (2000). A organização psíquica da maternidade. In D. Stern, & N. Bruschweiler-Stern (Eds.), *O nascimento de uma mãe: como a experiência da maternidade transforma uma mulher* (pp. 9-35). Porto: Ambar.

Sutan, R., Amin, R., Ariffin, K., Teng, T., Kamal, M., & Rusli, R. (2010). Psychosocial impact of mothers with perinatal loss and its contributing factors: an insight. *Journal of Zhejiang University – Science B (Biomedicine & Biotechnology)*, 11(3), 209-217. Consultado em 24 de Setembro de 2013, através de http://download.springer.com/static/pdf/314/art%253A10.1631%252Fjzus.B0900245.pdf?auth66=1383572438_16147e155d66830b2b17446d8f3625e5&ext=.pdf

Tedeschi, R., & Calhoun, L. (1996). The Posttraumatic Growth Inventory: Measuring the positive legacy of trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 9(3), 455-471. Consultado em 12 de Dezembro de 2012, através de <https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&ved=0CDAQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.researchgate.net%2Fpublication%2F26639502-The-Posttraumatic-Growth-Inventory-Measuring-the-positive-legacy-of-trauma%2Ffile%2F72e7e51c8e52b01e98.pdf&ei=FsFuUqftj-Ty7AaLvYD4CA&usq=AFQjCNG0GIcwzr2Xn6tflmFytoYYD9VFWw&sig2=aQmoWaY48KBh8xRHp8iiDQ&bvm=bv.55123115,d.ZGU>

- Teixeira, I., & Leal, I. (1995). Expectativas e atitudes de mães primíparas com filhos prematuros. *Análise Psicológica*, 13 (1/2), 191-194.
- Theut, S., Moss, H., Zaslow, M., Rabinovich, B., Levin, L., & Bartko, J. (1992). Perinatal Loss and Maternal Attitudes Toward the Subsequent Child. *Infant Mental Health Journal*, 13(2), 157-166.
- Trautenberg, N. (1970). *La Pratique du Rorschach*. Paris: PUF.
- Turton, P., Badenhorst, W., Pawlby, S., White, S., & Hughes, P. (2009). Psychological Vulnerability in Children Next-Born after Stillbirth: a case-control follow-up study. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 50(12), 1451–1458. Consultado em 25 de Setembro de 2013, através de <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=34&sid=96e1104b-6a20-4b2c-9dd6-7a4295ff3389%40sessionmgr14&hid=22>
- Vidigal, V., Pires, A., & Matos, R. (2001). Prematuridade e comportamento maternal. In A. Pires (Ed.), *Crianças (e pais) em risco* (pp. 235-251). Lisboa: ISPA.
- Vizziello, G. F., Antonioli, M. E., Cocci, V., & Invernizzi, R. (1993). From pregnancy to motherhood: the structure of representative and narrative change. *Infant Mental Health Journal*, 14(1), 4-15. Consultado em 18 de Setembro de 2013, através de <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=d72629a0-245a-4908-9d75-50b947bd9b6c%40sessionmgr12&vid=2&hid=21>
- Wallerstedt, C., & Higgins, P. (1996). Facilitating Perinatal Grieving Between the Mother and the Father. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 25(5), 389-400.
- Woodroffe, I. (2013). Supporting Bereaved Families Through Neonatal Death and Beyond. *Seminars in Fetal & Neonatal Medicine*, 18, 99-104. Consultado em 25 de Setembro de 2013, através de http://ac.els-cdn.com/S1744165X12001291/1-s2.0-S1744165X12001291-main.pdf?_tid=0f5c6154-43c5-11e3-b0c2-00000aab0f01&acdnat=1383400119_37bb8db9ff6cc173b2687367140bf2b1

Worden, J. W. (2009). *Grief Counseling and Grief Therapy: A handbook for the mental health practitioner* (4th Ed.). New York: Springer Publishing Company.

World Health Organization (2012). *Preterm Birth*. Consultado em 23 de Setembro de 2013, através de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs363/en/>

Zeanah, C., Danis, B., Hirshberg, L., & Dietz, L. (1995). Initial Adaptation in Mothers and Fathers Following Perinatal Loss. *Infant Mental Health Journal*, 16(2), 80-93. Consultado em 26 de Setembro de 2013, através de <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=37&sid=96e1104b-6a20-4b2c-9dd6-7a4295ff3389%40sessionmgr14&hid=103>

ANEXOS

ANEXO A

(Carta de Consentimento Informado)

CARTA DE CONSENTIMENTO INFORMADO

A presente investigação, intitulada “Lutos Gestacional e Neonatal: vivência subjectiva materna da perda” insere-se num estudo da autoria de Ana Tavares (aluna do Instituto Superior de Psicologia Aplicada), orientado pelo Professor Doutor Emílio Salgueiro (Professor Catedrático do Instituto Superior de Psicologia Aplicada) que decorre no âmbito da Dissertação de Mestrado Integrado em Psicologia, na área de Psicologia Clínica e que tem como principal objectivo compreender a experiência subjectiva de um casal que sofreu diversas perdas, tanto gestacionais como neonatais.

Uma vez que se pretende lançar um olhar mais profundo a esta temática, através da análise de estudo de caso, e com o objectivo de fornecer também uma ajuda para todos os pais neste tipo de situação, é de extrema importância a sua colaboração.

Os dados recolhidos serão efectuados através de Entrevistas Semiestruturadas, do Inventário de Desenvolvimento Pós-traumático (Canavarro *et.al*, 2009), da Escala de Luto Perinatal (Rocha, 2005) e do Teste Projectivo de Rorschach.

A informação obtida neste estudo será estritamente confidencial e a sua identidade nunca será revelada em qualquer relatório ou publicação, ou a qualquer pessoa não relacionada directamente com este estudo.

A sua participação neste estudo, apesar de desejada, é voluntária e pode retirar-se a qualquer altura, ou recusar participar, sem que tal facto tenha consequências para si.

De forma a inteirar-se dos resultados da investigação, ou para qualquer outro tipo de esclarecimento acerca deste estudo, por favor contactar a investigadora através do telemóvel 919648918 ou do e-mail ana.tavares1990@hotmail.com

Depois de ler cuidadosamente as explicações acima referidas, declaro que aceito participar nesta investigação.

Assinatura: _____ Data: _____

ANEXO B

(Entrevista não-directiva a Maria)

Entrevistador – Portanto, eu estou a acompanhá-la desde que o David nasceu e...a primeira vez que ouvi falar do caso foi em equipa e, de facto, aquilo teve impacto em mim. A sua história, pelos antecedentes...levaram-me a pensar..."como é que a Maria estará a viver esta situação?". Com tudo aquilo que passou. Não só o bebé prematuro, não é? Essencialmente...as duas perdas que teve...ah...porque teve duas filhas, que eu conheço...muito bonitas...

entrevistado – A Ana e a Inês.

E – E, depois é que teve uma primeira perda...

e – De 20 semanas...depois uma de 24...

E – E depois uma perda...

e – De 26 (*abana a cabeça a dizer que sim*). 20, 24 e 26.

E – 20, 24 e 26.

e – Sim. Isto...ah...

E – Portanto teve 3 perdas.

e – Avançadas. Porque até às 13 semanas foram mais... Depois veio o David (*Sorri*).

E – Isto foi dois anos antes de...

e – A última perda? Sim...

E – Antes do David nascer.

e – Foi em 2010 a última...como eu costumo dizer. Foi de 24 semanas. (*conversa fora do tema*). É mais difícil para mim falar. Se fizerem perguntas eu respondo e...ainda por cima hoje de certeza que não é o meu melhor dia... aconteceu aquilo ontem e... a gente já tinha era tudo programado, também não sabia que iria acontecer... por isso tudo aquilo que quiserem perguntar ou que eu diga...

E – Mas sempre que sentir alguma sensação de...ah...

e – Sim, não se preocupe que eu digo.

E – Em relação a alguma invasão, em relação a este tema ou...

e – Sim, sim, sim... Não nunca foi...pelo contrário, as pessoas normalmente não gostam é de falar sobre isto... no círculo de amigas e familiar... ninguém gosta de falar sobre o assunto...

E – Já tinha dito isso no piso 7. Ter necessidade de falar sobre a sua tristeza, sobre a importância que isto teve na sua vida e das pessoas não conseguirem...

e – Nem querem, muitas vezes nem querem porque...é verdade, vão pensar e vão dizer o quê? Quem sentimos somos nós...e só quem passa infelizmente é que sabe e que sente e que percebe. Ao início é tudo muito lindo e chegam e dizem "oh pronto coitadinha. Agora deixa o tempo

passar e tem calma”. Passado um...e os vizinhos e os familiares todos falam “oh coitadinha, já viste, perdeu um bebé”. Passado um tempo a gente já passa por malucas, passamos a doidas, passamos a...a masoquistas porque não falamos de mais nada, porque não pensamos em mais nada. “Ainda estás a pensar nisso? Esquece lá isso.” Eu ouvi isso.

E – De vizinhos?

e – Família directa, a minha própria mãe me disse isso. Eu cheguei a rejeitar as chamadas e insistiam, e eu “será que aconteceu alguma coisa?”. Cheguei a atender o telemóvel “diz, estou aqui no cemitério”, “no cemitério? Ainda foste ao cemitério a semana passada”. E eu “mãe, eu venho ao cemitério todos os domingos”, “ainda andas com essa coisa?”, por exemplo.

E – É importante para si, não é?

e – Sim. E não conseguem...Não sou a única infelizmente. Não conseguem. E então quando se torna repetitivo como no meu caso ainda é pior e...

E – Foi com quanto tempo, Maria?

e – De?

E – Primeiro teve uma...foram todos rapazes?

e – Dois rapazes e uma rapariga. O João em 2007, no início. Ah...o Francisco no fim de 2007 e a Raquel em 2010. É isso. Mas as pessoas acham que, então quando se torna repetitivo e quando a gente engravida outra vez (*silêncio*) “ Outra vez? E achas mesmo que vais conseguir? Não vale a pena”. Eu ouvi no funeral do meu filho, por exemplo, no da minha filha em 2010 que “tu já sabias que isto podia acontecer”.

E – É uma culpabilização, não é?

e – Sim, acaba por ser. É verdade.

E – Sentiu isso?

e – Sim, senti. Eu tive o David às...Mas em todas as gravidezes. Só não ouvi isso na minha primeira filha, de resto ouvi sempre, sempre. Na do David, 2 semanas antes dele nascer, houve uma médica que se virou para mim e disse “Olhe lá, desculpe lá, mas eu tenho mesmo que lhe perguntar isto. Porque é que você insiste?”. E eu “Insisto? Mas insisto no quê?”. E ela “Mas você acha mesmo que depois destas perdas todas vai conseguir ter algum bebé?”. Atenção, eu estava de 24 semanas na altura. Era a pior coisa que me podiam ter dito. E, “e acha mesmo que vai conseguir ter mais algum bebé depois destas perdas todas?”. Foi ela mesma que me fez agora o parto do David. Acabou por ser ela a fazer o parto. E o David está bem, para contar a história.

E – Se lhe pudesse dizer alguma coisa, o que é que lhe teria dito?

e – Não lhe dizia.

E – Valeu a pena (*risos*).

e – Não lhe dizia nada (*risos*). Só me ria.

E – O que é que esse sorriso queria dizer...

e – Pois, se calhar dar-lhe dois estalos no focinho ou coisa assim (*risos*). Agora ir lá com o David “estás a ver, ele está aqui. Disseste que eu nunca o iria ter”. E é pior, é pior, então virem dizer uma coisa destas... O pior de tudo é vir de um médico...de um obstetra, que é a pessoa que mais nos deveria e dar força e lutar para que a gravidez chegue ao fim. Foi ele que me mandou mais abaixo, até hoje foi mesmo ele.

E – A Maria tem muita força.

e – Sozinha. Tenho muita força sozinha. Porque não havia...

E – Não havia?

e – Houve...do meu marido. Porque a partir do momento em que eu disse que...que queria e que iria para a frente e iria arriscar mais uma vez, mas que precisava do apoio, ele foi a única pessoa até hoje. Foi a única, mais ninguém. “Ah tão giro um bebé, tão giro estás de bebé...” depois eu sabia que nas costas “ah daqui a uns meses vai andar aí a sofrer outra vez”. E é mau a gente passar uma gravidez inteira assim... depois das perdas todas a gente quer é...uma grávida tem de ter direito a tudo. Tem de ter direito a divertir-se, tem de ter direito a disfrutar a própria gravidez. Não dizem que estar grávida é uma altura tão bonita?

E – O estado de graça...

e – É, exacto. Eu nunca tive isso (*silêncio*).

E – Nunca teve?

e – Ao início tive. Porque a minha filha mais velha graças a Deus, com 6 semanas de internamento, ela nasceu de termo. E mais nenhuma. De resto foi sempre um sofrimento antes e depois, até ir para casa. Neste caso, não fui para casa. Mas ninguém compreende. Não vale a pena a gente falar, chatear-se. Ninguém compreende. Ainda ninguém compreendeu como é que eu tive o David. Era o que nós tínhamos falado. O meu telefone não toca. Quando toca são sempre as mesmas pessoas. Ninguém pergunta, ninguém (*silêncio*). Mesmo depois de eu ter tido aquelas perdas, ninguém ligou, ninguém disse “como é que estás? Precisas de alguma coisa?”. Não. Eu saí do cemitério tive que ir buscar as minhas filhas à casa da minha mãe. Porque a minha mãe não foi ao funeral e...tive de continuar a minha vida...obrigatoriamente.

E – A Maria fez o funeral dos 3?

e – Dos 2. Do João e da Raquel. O do Francisco não se costuma fazer. Podia ter feito mas era sempre protocolos que eu teria de fazer e...e não valia a pena. Poderia dar o corpo para estudo...e foi o que aconteceu. O Francisco nasceu com gastrosquise, a parede abdominal de fora, então iria ajudar a desenvolver um, alguns estudos para ajudar mais tarde, bebés...e agora eu

sei que eles já salvam bebês com gastrosquise, que agora quando estava grávida do David vi uma grávida que ia fazer cesariana porque o bebê tinha gastrosquise, e 15 dias depois já o bebê estava ótimo, prestes a ir para casa. Fiquei muito contente (*silêncio*) por isso não...perdas gestacionais não...há muito ainda para saber, mas não há, não há nada para fazer. Não se pode fazer nada... Pode, pode-se ajudar a pessoa, pode-se tirar o encargo de ter de pensar que tenho que fazer, ainda para mais se têm outros filhos né?

E – O que é que a Maria acha que impede que se faça alguma coisa? O que é que está a impedir? (*silêncio*) Qual é o principal obstáculo?

e – Ah...Do quê? De as pessoas se ajudarem ou compreenderem? Porque não passam por isso e principalmente porque não vêem. Não vêem, não sentem... Não vêem o bebê, não vêem a criança. Olhos que não vêem coração que não sente. Penso eu, não sei. E...ou nunca passaram. Tanto que a maior parte da solidariedade que a gente recebe é de pessoas que já passaram, não é? A maior parte é mesmo essa. E (*silêncio*) não recebemos mais ninguém. Porque vamos buscar, se for preciso, em associações e...ou através da internet, ou de alguém conhecido que já passou pelo mesmo, quando temos se calhar imensos familiares próximos à volta e que não...pronto “daqui a 2 meses estás grávida outra vez”, “depois tens outro”, “és nova”.

E – O que é que acha que eles estão a fazer com essa atitude? Como é que sente isso?

e – O que eles estão a fazer? Estão a...como se...não sei...

E – Desvalorizar?

e – Completamente...Desvalorizar a situação. Como se nós tivéssemos tido um cancro e acabou e agora a vida continua. Como se nós tivéssemos tido...Como se a gente...olhe, perdemos um ordenado, “deixa estar. Para o mês que vem trabalhas e recibes outro outra vez”. Está a perceber, é igual. É tal e qual.

E – E o que é que nós precisamos nesse momento?

e – (*silêncio*) De conforto. Muito conforto. Deixar chorar (*silêncio*) de, não sei (*silêncio*).

E – Que nos permitam poder falar sobre...?

e – Sim, sim, sempre. Que não nos digam...

E – Sobre o bebê...?

e – Sobre tudo, exactamente. Sobre o bebê, sobre...porque nós pensamos em tudo: não vai crescer, não vai andar, não vai para a escola... não vou fazer as festas de aniversário, não vou...não há nada, não é? Nós pensamos nisso, passa-nos assim num minuto, num segundo passa-nos isso tudo pela cabeça...e depois é...depois é o funeral...depois vamos a uma loja...por exemplo, grávidas, ficamos a detestar grávidas.

E – Fiquei tão sensível quando me disse isso...essa...

e – Sim, ficamos a detestar bebês, não conseguimos encarar bebês, não...eu pelo menos não conseguia, eu olhava para o lado. “Olha aqui um bebê tão lindo” e eu: “shh, não vi nada”, e saía do lugar. Saía mesmo.

E – Somos invadidos por um sentimento...

e – Não é...não é...não é inveja, é...não sei explicar, não conseguimos. Não conseguimos porque tudo nos faz lembrar.

E – “Não estou preparada para isto ainda”.

e – E...porque é que ela tem e eu não tenho? Mas não é inveja... Porque é que eu não tenho? Também queria ter. E tudo nos faz lembrar. E depois é os meses: hoje faz um mês, depois faz 2 meses.

E – Comemorava...

e – Mas é mesmo. Depois faz um ano. Depois de um ano deixamos de contar os meses.

E – Deixou de contar os meses?

e – Depois conta-se dois anos, depois três anos... o meu passou cinco anos.

E – É um bocadinho como nós fazemos habitualmente.

e – É. Como nós fazemos com os bebês. “Fizeste um mês, fizeste dois meses”. Depois faz um ano, depois “ah, quanto tempo tem?” “tem 1 ano e meio” e se calhar tem 14 meses e já estamos a dizer isso não é? É igual, basicamente é igual. Depois...e depois faz por exemplo, faz seis anos: “ah agora estava a ir para a escola”. Depois começa a altura da escola e toda aquela correria para ir comprar os livros para aquelas coisas todas “e eu não tenho o meu filho”. O meu filho agora estava para entrar para a escola. Por exemplo, eu agora tenho o David mas eu pensei, eu disse “o João agora estaria a entrar para a pré. cinco aninhos, fez agora cinco anos e estava agora a entrar para a pré-primária, não é? E... e lembrei-me, lembrei-me disso. Não lhe vou comprar uma bata, porque eles têm de andar de batinha; não vou...fui comprar material para a Ana e para a Inês e não comprei para o João. São essas coisas todas. Os vestidinhos, aquela coisa, a gente passa por uma loja de roupa “ficava tão lindo”. Então se passa por uma grávida então, e um fim de termo, então isso ainda é o pior. Quando uma gravidez termina em pré-termo (*silêncio*) ver uma grávida de fim de termo é do piorio. Pior de tudo e que a mim me aconteceu...ter uma amiga que está grávida exactamente ao mesmo tempo e agora com o David isso aconteceu-me o mesmo. E ela teve a bebé a semana passada. Tínhamos um dia de diferença, eu tinha mais um dia que ela... Com os mesmo problemas, que ela também tem incompetência do colo do útero, ela fez cerclage e conseguiu...por isso, não há nada a fazer. O que a pessoa mais precisa é falar (*silêncio*) é estar sozinha. Estar sozinha é tão importante. A gente não quer ver ninguém. Ah, mas tens de sair, tens de...”. Mas qual é a parte que não percebem? “Não quero”. Eu vou sair, eu vou ver

grávidas, vou ver bebês, as pessoas vão perguntar “então, o teu bebé?”, “então estás bem?”, “precisas de alguma coisa?” mas não podem fazer nada. O que é que a gente vai dizer? “olha preciso...” Não...

E – Quanto tempo esteve assim? Mais resguardada.

e – o tempo todo, o tempo todo. Mais resguardada? Eu estive um mês e meio sem sair de casa. Nem ia ao quintal (*silêncio*) não conseguia...

E – De todas as perdas?

e – A Raquel foi a pior. Sem dúvida.

E – É a Raquel que tem aí no braço?

e – Não, ainda falta. Aqui é o João. Ah... A Raquel sem dúvida foi a pior. Foi muito mau. Para mim foi, foi o fim do mundo. Foi mesmo o fim do mundo. As minhas filhas estavam lá fora a brincar, no quintal, na casinha delas e eu ia à janela “meninas para dentro”. Não conseguia ir lá fora. Não tive telemóvel, desliguei-o, que ninguém me ligasse. Ligavam para casa, eu nem atendia, deixava tocar (*silêncio*).

E – Que lugar tinha a Raquel na sua vida? O que é que significava ou o que é que significou?

e – A Raquel, a Raquel era um...talvez o realizar, finalmente vou ter um filho vivo. Já tinha tido o João, depois o Francisco e...finalmente tudo apontava para que fosse correr melhor. Eu estava de repouso em casa, coisa que eu nunca tinha feito, estava completamente de repouso, estava, o colo parecia estar a alimentar-se muito bem, ou seja, tinha toda uma promessa de correr bem, não é? E...não sei, talvez uma outra maturidade, não é? Eu também tinha outra idade...não sei mas...foi, foi muito pior (*silêncio*). Foram todos muito maus. O João foi o meu primeiro filho, o 1º filho homem como a gente diz, o 1º rapaz...foi o 1º choque. O funeral, xii, olhar para um filho morto...fogo (*silêncio*) olhar para ele a morrer, o pior de tudo foi isso...eles a tentarem aspirá-lo e entubá-lo e ele de repente (respira) e vira a cabeça para o lado...

E – Assistiu a tudo?

e – Tudo (*silêncio*) porque foi tudo muito depressa...foi tudo muito depressa (*silêncio*) não houve tempo para nada. Foi tudo um choque. Nunca se recupera, eu acho que nunca se recupera. Não se vive, sobrevive-se, eu sempre disse isso.

E – É isso que está a sentir neste momento?

e – É...até hoje, eu tenho o David e até hoje é isso. Talvez daqui a um tempo, quando o David tiver maior e eu mude, mas não acredito, porque um filho não substitui o outro. Acabo por não ficar tanto com os braços vazios, é verdade não fico, mas é muito bom pegá-lo ao colo. Há tempos houve ali uma reunião de pais na Neo, com a enfermeira Marta e eu disse: “Não fazem

ideia do que é...eu só falo por mim, mas não sabem como é importante trocar uma fralda e pegar ao colinho, dar aquele maminho, não é?” Mas não substituem. Não substituem...

E – Um filho não substitui o outro...

e – Nunca. É, eles são todos diferentes...são todos gravidezes diferentes. Terminou foi tudo da mesma forma. E não devia terminar. São coisas que não deviam acontecer (*Silêncio*) cada um sofre da sua maneira, mas que é muito doloroso...quando é repetitivo (*silêncio*) é atroz, não fazem ideia...

E – Violento...

e – Muito muito. É como se nos estivessem a bater constantemente, o tempo todo, seguido...é mesmo muito mau. Eu tinha dois pilares que era a Ana e a Inês, que são as minhas filhas, porque senão eu não tinha aguentado, não tinha mesmo. Eu pensei imensas vezes em acabar comigo, porque não estava cá a fazer nada. Eu disse: “porque é que eu fico e os meus filhos não ficam?”. Eu pedi tantas vezes, mesmo durante o parto, porque é que não vou eu e ficam cá os meus filhos? Porque (*silêncio*) não, não, não é justo...um bebé nunca deve partir antes da mãe, não é? Um filho nunca deve...

E – Não é natural.

e – Não é natural. Não é, enterrar um filho. Quanto mais duas vezes (*Silêncio*) é muito mau, é muito mau, é muito...é mesmo muito mau. E quando me estava a perguntar da Raquel e porque é que a Raquel foi a mais importante...foi a mais importante por isso, porque tive ali mais expectativa de que corresse bem e nem foi preciso fazer uma cerclage, porque estaria a correr bem, e de repente tudo descambou. Comecei a tomar algumas injeções, vindas de Inglaterra que me custaram os olhos da cara, mas mesmo assim não aguentou, mas era a expectativa que eu tinha mesmo (*silêncio*) vai correr bem, é desta. Estava completamente optimista. Eu tinha a certeza que era desta. Tinha a certeza. Preparei tudo, tudo, preparei tudo. Já estava também de 24 semanas (*silêncio*).

E – 24 semanas...

e – 24. Eu tinha ido ao médico uns dias antes e tinha um colo óptimo, com 4cm, e disse: “vai correr tudo bem” e tinha tudo, tudo, tudo pronto.

E – 10 dias antes tinha ido ao médico?

e – Uns dias antes, não tenho a certeza, mas foi, uns dias antes eu tinha ido...e estava tudo óptimo, e eu sentia-me bem. Eu nunca me tinha sentido tão, tão bem em nenhuma gravidez. E de repente (*silêncio*) um dia fui à casa de banho...e fui a correr para o hospital e chego lá e quase que nem à tempo...ah (*Silêncio*) sei lá, é arrancarem-nos um braço. Pior, é arrancarem-nos paí os dois...e a gente não ter como substituir. Depois o ter outro filho, é a mesma coisa. Arrancaram-

nos um braço, a gente põe uma prótese mas não é a mesma coisa...acaba por ser a mesma situação...Vamos gostar da prótese, vamos fazer coisas com a prótese, vamos crescer, vamos gostar, vamos amar, neste caso o filho, mas perdi aquele e nunca vou esquecer aquele (*Silêncio*) e com o avançar da gravidez a dor é muito maior.

E – A dor...

e – (*abana a cabeça dizendo que sim*).

E – Sente isso?

e – Sim. Sim porque eu tive várias perdas, não é? Tive de 6 semanas, de 7 semanas, tive de 11, de 13...e, mas comparado a essas...Não tem nada a ver, porque não tem aquela coisa de, de, da barriga crescer, de, de, de sentirmos mexer, não é?, de um parto. Aquilo não é um parto, não é? A gente tem um aborto, a gente perde ali sangue, uma menstruação mais intensa...choramos muito, sofremos muito “já não tenho o meu bebé” e, por exemplo, tanto que na, nas gravidezes de 1º trimestre a gente diz “ah, eu ouvi o coração a bater”. Mas, por amor de Deus, no terceiro trimestre a gente não viu o coração a bater, a gente viu tudo, a gente viu a cara, viu as mãos, a gente sentiu-o mexer-se dentro de mim, não é? Ele nasce, eu pego ao colo (*silêncio*).

E – Tem essas memórias Maria?

e – Tenho todas. Esqueço-me de muita coisa mas olhe que isso...

E – Qual é a memória que mais está presente?

e – Quando o João nasceu...e o funeral...sem dúvida alguma.

E – Que coisa tão (*faz um gesto que significa ambivalente*) ... não é?

e – (*Silêncio*) Sem dúvida alguma (*Silêncio*) foi mesmo, foi o parto e o funeral...agora lembrei-me...que eu nem me lembro de estar grávida do João...Lembro-me, lembro-me de uma vez. Porque aquilo, a gravidez do João foi tão seguida à da Inês, foi mesmo seguida, eu passados 2 meses, nem isso, nem a Inês tinha 2 meses, engravidei e...foi tão seguida que eu fui fazer a ecografia e...fomos fazer a ecografia e a Inês ia dentro do ovinho e as pessoas achavam que a minha barriga, e depois a Inês como era prematura, era pequenininha, parecia acabadinha de nascer, então as pessoas achavam que a minha barriga, que era...

E – Do pós-parto.

e – Do pós-parto, exactamente. E eu disse tantas vezes “não, vou ter outro bebé”, “Outro?”. As pessoas ficavam mesmo, não acreditavam, não é? Não acreditavam. E depois quando a gente tem, no meu caso, que tenho uma filha pré-termo, eu achava que ia correr tudo bem. “Não. A Inês sobreviveu. O João também vai nascer. Também vai sobreviver. Vão pô-lo dentro da incubadora, vão fazer-lhe não sei o quê.”. Nem sabia o que eram ventiladores, porque a Inês nunca teve ventilador. “Vai correr tudo bem. Põem lá o CPAP que foi o que a Inês teve.”. Eu a

pensar assim na altura, “é muito pequenino, mas vai sobreviver, vai correr tudo bem” (*silêncio*). Quando ele nasce é que eu fiquei em choque pelo que aconteceu. Primeiro nem me levaram para um bloco de partos (*Silêncio*). Pari no corredor das urgências, porque disseram que era um prematuro que não tinha indicação para ir para um bloco de partos. Depois deram-me um biombo e eu tive o bebé ali. Depois foi quando ele nasceu e começou a chorar, todo engasgado com líquido, foi quando perceberam que ele estava vivo, e foi uma roda-viva para tentar aspirá-lo. E foi um choque. Chorou, mas chorou muito baixinho porque estava todo entupido, era tão pequenino. Tão pequenino o David também era (*Silêncio*) e depois ficaram assim a olhar para mim. Se as próprias profissionais de saúde não sabem o que dizer, porque ficaram as duas a olhar para mim assim, o bebé ali no meio das minhas pernas e olhavam uma para a outra e faziam assim (abana a cabeça dizendo que não) a dizer que já não está vivo. E ele estava num resguardo, lembro-me tão bem. Porque eu tinha um resguardo e ele saiu e ali ficou. E eu peguei no resguardo e nele e peguei nele (*silêncio*) e ninguém me disse nada, porque ninguém sabe o que dizer...

E – Como é que foi esse momento? Em que pegou no João?

e – (*Silêncio*). Sei lá.

E – Estava no corredor, com o biombo...

e – Com uma enfermeira de cada lado, a olharem para baixo, a olharem uma para a outra e nem sequer olharam para mim...

E – A Maria estava deitada, na cama?

e – Não, eu estava sentada...Eu estava mesmo sentada. Não o queria largar e tinham de o levar para pesar e tinham que me limpar, nem tinha saído a placenta, não tinha saído nada. Eu só estava vidrada, estava vidrada nele, vidrada. Ainda fiz assim (*carrega no peito*) no peito dele. Fiquei obcecada, completamente...fiquei mesmo obcecada. “Mas porquê?”. Carreguei nas mãos dele e apertei o pé como a gente tem de fazer aos prematuros para...

E – Para reagir...

e – (*Silêncio*). Nada. Não fez nada. Estava todo negro...depois queriam-no levar e eu não queria, tinham que o pesar e tinham que tratar de mim...mas eu não queria que eles o levassem... Depois veio a auxiliar toda contente “olhe, pesa 680g” e eu: “uau” como se fosse uma coisa muito boa, não é? Mas toda sorridente...e...como se eu tivesse...depositado ali alguma coisa, “olha deixa estar, já está, para o mês que vem tens outro”. E estava lá na altura uma enfermeira que tinha perdido um bebé, uma enfermeira de lá que tinha perdido um bebé e estava o marido dela lá fora a chorar e veio outra colega e disse-lhe: “Epá olha, as coisas já estão a avançar e ela

daqui a 2 meses já está grávida outra vez”. Epá, por favor, isso é a pior coisa que se pode dizer...isso não se diz, por favor (*silêncio*).

E – A Maria tem tão presente esse momento, não é?

e – Porque é o que eu disse, isso nunca se esquece, por mais anos que se viva. Eu não esqueço.

E – De os ter nos braços.

e – (*silêncio*). De os ter nos braços. A Raquel, eu não consegui ter a Raquel dentro do caixão. Eu cheguei lá e tirei-a lá de dentro, não conseguia. Peguei nela e tirei-a de lá, não conseguia.

E – Estava sozinha?

e – Não. Estava o meu marido, a minha prima (*silêncio*) e acho que mais ninguém...não, mais ninguém. Depois veio uma senhora que foi ama das minhas filhas. Tinha perdido o filho de 21 anos à 2 meses, tinha feito 2 meses. Como eu tinha ido ao do filho dela, ela foi ao dos meus. E...e quando chegámos ao cemitério eu quis despedir-me dos meus filhos. “Não, mas é pior para ti” e eu: “Não, não, não, abre o caixão que eu quero despedir-me dos meus filhos. Eu não vou vê-los mais vez nenhuma” (*silêncio*). É o pior dos choques. É quando fecham o caixão. De todos, é o pior. Quando fecham o caixão, começam a pôr a...lembro-me tão bem, parece que estou a ver aqui tudo à frente. Eles a põem a tampa por cima e o branco a desaparecer...é o pior, porque aí é que nós nunca mais os vamos ver. Nunca mais (*silêncio*). E isso é o pior de tudo. E depois...

E – É a despedida.

e – É. A gente diz, eu por exemplo disse que me queria despedir dos meus filhos mais uma vez e (*silêncio*) mas a despedida tinha mesmo de ser (*silêncio*). Ver aquilo tudo...pfff...acho que foi aí que fiquei meio paranóica. Tiveram-me que agarrar, enfim (*Silêncio*).

E – Tiveram que a ajudar.

e – Acho que sim. Daí é que eu já não me lembro de grande parte. Lembro-me...tenho *flashes* depois do que, de como fiquei...tenho *flashes*. Lembro-me de chegar à minha porta de casa. Nem sei como saí do cemitério, não faço ideia (*silêncio*). Depois chegar a casa e ter 2 filhas lá, não é? E...não posso entrar em casa...naquele estado. Ainda tive que ficar paí meia hora cá fora. O meu marido entrou, pôs as meninas no quarto delas e...a minha sogra ficou com elas na altura, para nós irmos ao funeral, porque depois não tínhamos como ir, não ia levá-las para lá neste caso, não é? E...e voamos para o quarto. Chegar a casa...sair do hospital. É o pior também. É uma das coisas piores. Sair daquelas portas do hospital, pfff. Se soubesse como foi agora com o David, que eu andei para a frente e para trás porque não conseguia. É, é, é como se aquelas portas fossem o meu inimigo, e estou a viver aquilo tudo outra vez. É o parto, é não sei quê, agora eu tenho alta, não é? E não levo o bebé...aquelas portas é o inimigo, é mesmo, aquelas portas de

vidro como eu digo, foi tudo lá no Garcia de Orta, epá eu não conseguia, andava para trás, para trás, depois chegava lá, andava outra vez, levavam-me pelo braço e, pfff (*suspira e sopra*).

E – Há coisas que nos reactivam, não é? Memórias que não apaga. Naquela conversa que tivemos hoje e acho que já tivemos várias vezes, de, dos cuidados intensivos, aquela mudança está-me a trazer memórias que eu não estou a conseguir...

e – Sim, sim, exactamente. E eu passei essas portas porque foi o meu marido que me disse “mas agora estamos melhores, ele está lá em cima”, não é?

E – A simbologia das portas...

e – é, aquelas...e depois o chegar a casa, ai que horror...

E – Como é que é o entrar em casa?

e – Pfff (*abana a cabeça dizendo que não*). A gente parece que se está a ver a passear assim, grávida, de um lado para o outro, a gente relembra-se de tudo, tudo, tudo: o estar a lavar a loiça e não conseguir por causa da barriga, porque batia ali, e quando ia ver ficava com a camisola toda molhada aqui por causa da barriga e, “não podes subir a uma cadeira, ai meu Deus”, e de repente tu chegas, dás por ti, sobes a uma cadeira, paras e pensas “ah, agora já posso subir a uma cadeira”, não é?... Depois, se alguém for como eu que tinha as coisas todas para o bebé, é do pior. Depois, ai de alguém que mexa, ninguém pode mexer, mas nós também não conseguimos tirá-las dali, não é? Ter a cómoda, ter os roupeiros, ter essas coisas todas, ter o carrinho, mas ninguém pode mexer.

E – Deixou tudo lá?

e – Tudo...

E – Quanto tempo?

e – Até eu mudar de casa, que foi agora em Janeiro e não fui eu que tirei, foi o meu marido que teve de ir tirar tudo, porque eu não conseguia ir tirar as coisas das gavetas, e continuava, os sabonetes do cheirinho continuava com isso tudo, porque ai de alguém que fosse lá mexer, ai de alguém que me tire aquilo dali. Porque às vezes as pessoas pensam “ah vamos mas é tirar as coisas todas do bebé antes que ela tenha alta”... Não, não, isso não se pode fazer, não se deve fazer...é, ela chegar a casa, ela tem de sentir o bebé de alguma maneira. Ela já não tem o filho, se nós já não temos o filho e ainda nos vão tirar as coisas deles, é pior, eu acho e eu sentir-me-ia assim. Ai de alguém que me fosse tirar, não é? E só tirei agora, mas tirei para mudar de casa, porque depois cheguei e pus tudo outra vez.

E – Como estava?

e – Como estava. Montei aquilo e lá ficou.

E – Como estava da Raquel?

e – Não, agora é do David. Não, da Raquel e ficou agora para o David.

E – As meiazinhas cor-de-rosa... *(risos)*

e – *(Sorri)* e as calças, os baby-grow...

E – O que é que significa para si poder manter as coisas como estão?

e – *(Silêncio)*. Eu nunca os consegui deixar ir.

E – Eu...

e – Eu.

E – Não...

e – Os consigo deixar ir.

E – Eu não os consigo deixar ir.

e – Eu sinto-me muito presa a eles, até hoje. Já passou não sei quanto tempo, mas eu não consigo... assim sinto de uma maneira ou de outra que eles estão comigo... eu espero que sim. Não sei se estou a fazer bem ou mal, mas é essa a maneira que eu preciso de viver *(emociona-se)* e não quero que ninguém interfira nisso, só têm de respeitar... preciso, preciso muito de sentir que eles estão, que eles existiram, porque tirá-los se calhar dali vai... é como se eles nunca tivessem existido, não é? As pessoas esquecem-se facilmente.

E – E eu tenho medo que isso me possa vir a acontecer...

e – *(silêncio)*. Não. Isso nunca me iria acontecer, mas posso abrir uma gaveta, olhar para as coisinhas cor-de-rosa e... lembrar-me dela, não é?

E – Como se fosse uma parte que a pessoa apetece manter ali o contacto.

e – Sim, é como se eu tivesse *(silêncio)* acordar durante a noite *(silêncio)* ir à gaveta e tirar um baby-grow, agarrar-me ao baby-grow e ir para a cama dormir. Se eu não tiver a roupinha dela, se eu não tiver as coisinhas dela...

E – Faz isso Maria?

e – Faço *(silêncio)*. Até hoje eu faço. Até hoje eu faço *(silêncio)*.

E – É importante sentir a Raquel perto, não é?

e – A Raquel, o João, sim. Tenho, eu comprei *(silêncio)* *(sorri)*. Eu quando perdi o Francisco, eu comprei uma figura que são 2 anjos, 2 meninos anjos, de branco e os dois abraçados um ao outro e *(silêncio)* e comprei, porque para mim aquilo simbolizava os meus filhos e depois no natal a seguir a minha irmã ofereceu-me dois quadros e eram 2 anjos, 2 meninos anjos, ah *(silêncio)*. Umás semanas depois da Raquel nascer, quando finalmente saí à rua... encontrei *(sorri)* a mesma figura... mas com uma menina no meio... vocês não têm ideia do que eu senti quando vi aquilo, não é? *(emociona-se)*. Eu estive um mês sem sair de casa e quando eu saí fui àquela loja... e encontrei aquilo. Porque eu não fui a mais lado nenhum, eu tinha que ir lá, já não me lembro

porquê, tinha que comprar qualquer coisa para a escola das miúdas e (*silêncio*) encontrei aquilo. Os dois meninos e a minha menina. E estava a menina no meio e eles os dois a abraçarem-na, como se...como se fosse “não tás sozinha” ou como se estivessem a recebê-la, e (*silêncio*) fogo (*silêncio*) e a coincidência disso acontecer (*silêncio*) muito raro. Porque eu comprei esses anjos, os 2, em Viseu... pfff...e os 3, os dois meninos e a menina, aqui em Almada, e até hoje não encontrei mais nenhum...é uma coincidência muito grande, por isso, eu comprei logo nem perguntei o preço e até hoje eles estão lá, na minha sala, estão os 2 meninos no meu quarto e tá os três na sala e as pessoas que vão lá dizem “ah, gostas muito de anjinhos”, não sabem o que significa, não é?

E – Adoro...

e – Adoro. Porque depois tenho mais...comprei também uns anjos também que é um menino e uma menina, só havia... não, comprei dois meninos e uma menina e a minha Inês partiu...e com um grande coração e, eu tenho a minha casa cheia de anjos de todas as maneiras e feitios, mas aqueles, os três juntos, é muito especial. E, às vezes, eu vou lá e olho para a figura, estou a limpar e dou um beijinho na cabeça a cada um, é como se eu os sentisse, como se os tivesse ali, cada um (*silêncio*). E a roupa, a gente ter alguma coisa, que um dia ia pertencer.

E – E sentimo-los muito mais perto.

e – É.

E – E é engraçado que a própria descrição da Maria agora, a pessoa agora que estava a ouvir quase que imagina que os próprios anjos estão, estão a comunicar uns com os outros, é engraçado. Estava a ouvi-la e estava a imaginar isso, como se tivessem vida.

e – Estou a ver os três, em pedra, os três, um menino, um menino e uma menina no meio, os três anjinhos.

E – Quando falou do receber, quase que a gente imagina os anjos, a vida dos anjos.

e – E é. Eles para mim têm vida. A gente não tem vida só aqui, eu acredito. E, a única coisa que me confortou e que me acordou para a vida foi uma coisa que o meu marido me disse, e nunca tinha ouvido ninguém, de amigos, de profissionais como vocês, nem de padres, nunca, ele disse-me “isto não é um adeus, é um até já (*silêncio*) é um até já não é um adeus”. No meio de tanto sofrimento ele ainda teve essa coragem e essa força. Agarrou-me, lembro-me tão bem. Ele, foi no cemitério e ele agarrou-me assim pelos ombros porque eu estava possessa, e ele disse-me “isto não é um adeus, é um até já, é um até já. Não digas adeus porque é um até já”, e isso fez-me acordar para a vida. Sim, a gente vai-se ver um dia. Eu costumo dizer, não, não, não sofro pela perda, sofro pela ausência, não é? Estou a sofrer pela ausência, porque não os tenho ao pé de mim. De uma maneira ou de outra eu vou tendo. Seja eu lembrar-me, seja nas figuras, seja na roupa, seja nas ecografias, mas é uma ausência. Às vezes as pessoas dizem “ah, tens duas filhas”,

“tenho, mas tive cinco” agora com o David seis... “ah mas agora tens cá estas duas, tens que andar para a frente”, “está bem, mas eu tive cinco”.

E – Deixem-me afirmar que eu tive cinco filhos.

e – Mas ninguém deixa. “Estás a pensar nisso para quê?”... Não vale a pena.

E – Querem arranjar uma solução...

e – Eu não preciso, mas se calhar há mais pessoas que precisam, que precisam mesmo de afirmar e depois não têm, não têm muito suporte familiar, ou, eu por acaso não tive nenhum suporte familiar sem ser o meu marido, ou então não tenham força de vontade, porque se uma pessoa tiver que ir ao fundo, vai, porque não há nada nem ninguém que nos faça subir. Não há nada que faça melhorar aquilo, nada. Não há absolutamente nada, não é? E se as pessoas, a única coisa que, que poderá ajudar é a gente desabafar e falar, nem que diga “olha pois é filha, tens razão. Chora tudo. Se precisares de alguma coisa...”. Vou ao cemitério, “eu vou contigo”... Qualquer coisa desse aspecto. A pessoa não ter, por exemplo, após o funeral. Os próprios pais terem de ir tratar do funeral...é um inferno. Fomos nós que fomos. Pior, foi um amigo do meu marido que tem uma funerária, ele ficou... Ninguém nos ajudou. Ter de ir encomendar uma coroa, ter que ir...depois foi o funeral, o hospital, buscar o corpo e vestir o bebé e, não, não. E a nós? Quem é que nos ampara? Parece que estamos a fazer mecanizados porque tem que ser e é porque mais ninguém faz por nós, não é?

E – É uma altura em que nos sentimos mesmo mecanizados...como se estivéssemos automatizados para realizar aquelas...

e – Parecemos um pedaço de carne, é como nos sentimos. Agora vamos para ali e vamos no carro, e agora vamos para ali...

E – “Um pedaço de carne”.

e – É, totalmente. Após o parto, terem de tirar a placenta, é um pedaço de carne que a gente sente mesmo. Nós nem sentimos dores, olhamos para o tecto... “faça isto, faça aquilo”, não é? É tudo tão automático (*Silêncio*). Os profissionais de saúde nem podemos falar porque eles vêm isto tantas vezes, tantas vezes, tantas vezes, que já se torna automático, eles acabam por fazer ali uma barreira, a tanto sofrimento, tantas perdas. Mas a própria família, neste caso...há, há muitas pessoas que têm uma família grande, forte, unida e depois acaba por ser nos profissionais de saúde que vão buscar conforto e ajuda, não é? E, se tivesse um bom suporte familiar isso não iria acontecer...se as pessoas estivessem mais informadas, se falassem mais, ouvissem mais, isso não iria ser preciso. Eu pessoalmente iria recuperar muito melhor.

E – Está cada um a viver o seu luto, não é? E às vezes torna-se difícil...

e – Cada um vive à sua maneira. Eu tenho uma amiga, que conheci através daquela associação que a gente falou e que, a Sandra (*sorri*), ela teve a Joana às 39 semanas...e ela ainda não tinha, ela ainda não tinha tido a Joana, ela sabia que a Joana já não tinha vida e ela estava no bloco de partos, em trabalho de parto e a mãe da Joana, a mãe da Sandra foi vê-la e ela disse “eu estou é desejosa de sair daqui que é para ir engravidar logo outra vez...é o mesmo sentido, não é? Já estava a pensar no futuro: “tenho que engravidar o mais depressa possível”.

E – É tão individual, não é? A forma como nós interpretamos...

e – Não é? Quando ela me contou isso eu fiquei...“não acredito que disseste isso”. Porque, porque foi uma situação mal resolvida, não é? Por exemplo, ela não viu a Joana quando nasceu, não viu. Ah...ela viu a Joana, e foi porque depois mudou de ideias, um dia, uns dias antes do funeral...e, ela desligou-se um bocadinho daquilo e, como se, é como eu estou a dizer, ela queria engravidar o mais depressa possível...não viveu o momento, não sofreu, não, não exteriorizou nada daquilo e depois chegou a um ponto em que...é o que eu falo, a ausência. E a ausência dá saudade, e ela começou a sentir a saudade. Não foi a perda foi a saudade. E até hoje, a Joana fez sete anos, ela tem o Vasco com 5 ou 6, e ela até hoje não ficou bem da perda da Joana, porque...mas não ficou mesmo bem, quando ela fala, é uma pessoa muito, muito nervosa. Muito stressada. Ela, por exemplo, tem um blogue e, de 10 *posts*, 8 são da Joana, e já passou sete anos, porque não foi uma situação bem resolvida, porque não sofreu, não teve o seu momento, não é? E quando começou, já não havia nada a fazer...

E – Podemos ter, não é? É isso que está a dizer.

e – (*Abana a cabeça dizendo que sim*). Exactamente. Podemos ter.

E – Podemos ter recordações de cheiros, de toques, de choros...

e – De tudo.

E – De olhares...

e – Só o olhar...o olhar de um filho... Quando as pessoas dizem assim “ah, quer ver?”, “Mas quer ver? Quer ver porquê? Mas não quer ver?”...eu não compreendo. Eu não consigo compreender como é que uma mãe não quer ver, não é? Por exemplo, o senhor da funerária disse: “Maria, não digas isso porque há mães, eu já fiz funerais a bebés que as mães nem sequer foram”. Eu não compreendo, não compreendo. Ou melhor, não aceito, não aceito. Mas compreendo, compreendo. Cada um sabe de si, tem a sua maneira, mas não acho que seja a melhor solução, porque todas as que tiveram essa atitude, essa opção, mais tarde arrependeram-se.

E – É muito individual, mas concordo inteiramente com a sua suposição.

e – Mais tarde arrependeram-se. Está, está, está provado que todas as mães que tiveram essa atitude, ah...arrependeram-se. Arrependeram-se de não terem visto.

E – “Estou a sentir a falta, mas estou a sentir a falta de alguma coisa que eu representei mentalmente, não que eu tive aqui, comigo”.

e – Exactamente...e depois...e poderia ter visto, não é? Poderia. Foi opção dela não ter visto.

E – A culpa que podemos vir a sentir com isso.

e – Exactamente. “Sinto uma culpa. Porque é que eu não fiz? Estou tão arrependida, e agora não posso voltar atrás”. Acho que a própria equipa médica, médica e de enfermagem deveria incentivar a ver e não a ver, que é o contrário. “Tem a certeza que quer ver?”. Por favor, é um filho, não é? Não estou a ver nenhuma ferida, não é? É o meu filho e eu tenho que ver, eu tenho que ter uma imagem dele, já que ele...vou perder, não é? Eu tenho que ter uma imagem dele. Pelo menos eu penso assim. E quando a gente pensa, já pensa na imagem dele. E a imagem dele é bonita. É ele a dormir. Eles são tranquilos a dormir. Eu acho que é pior assim. Têm fios, têm cateteres, têm isto, têm aquilo, têm sondas. Ele está ali, está limpinho, está a dormir. É como se estivesse a dormir. Eles até enrolam-no numa mantinha e vêm mostrar. Do João, depois quando vieram mostrar ao meu marido até lhe meteram um gorrinho. Eu achei tão giro. Que era para ele não ficar mais...mais em choque, meteram-lhe um gorro...e...e foi bom ter visto, não estou nada arrependida. Depois arrependi-me, por exemplo, do João arrependi-me de não ter tirado uma foto, não é? Porque a única memória que eu poderia ter era na minha cabeça. Eu fiquei arrependida, fiquei “e depois se eu me esqueço da cara dele? (*silêncio*) Se eu me esqueço?” Porque a gente pode esquecer, não é? Foi um momento duro, e foi pouco tempo, eu posso esquecer. A gente às vezes diz, olha para uma pessoa, “opa, eu conheço-te de algum lado, mas não sei de onde”. Porque não temos memória fotográfica daquela pessoa, porque se tivéssemos saberíamos de onde. Com os filhos acaba por ser a mesma coisa. Da Raquel, já tirei uma, já tirei várias fotografias. Um dia a memória falha-me, mas a fotografia não...e, e as pessoas pensam o contrário. Toda a gente, equipa de enfermagem, familiares: “porque é que foste ver, não sei quê, vai ser pior”. Vai ser pior?

E – A Maria sabe muito bem...

e – E é. Porque me foi dito. “Porque é que foste ver? Porque é que foi...”. A minha mãe entrou após a Raquel nascer e eu...ah, e eu estava com a Raquel ao colo e...e ela disse: “oh filha, tu foste ver isso para quê?” e eu olhei para ela (*abre muito os olhos*), nem lhe disse nada. “É tão pequenina, é tão pequenina”. A tal conversa do pequenino. Essa conversa do pequenino é...pfff, não sei explicar, é... “Sim, é pequenino e depois? Também há pequeninos que sobrevivem, não é? Também há pessoas umas maiores que outras. Não digam isso. É a mesma coisa que dizerem:

“olha, estava doentinho”. Estava doentinho e depois? Podia recuperar, não é? Se...se ele recuperasse ficava bem. Se ela crescesse ficava bem. Não há nada a dizer. Não há nada a dizer. Força na cabeça... A pessoa tem de sair, não pode isolar-se, o isolar é pior. Dar muito mais tempo...mas não a obrigar. Dar tempo ao tempo e aconselhar.

E – Respeitar o tempo de cada um, não é?

e – É. Ver como a pessoa se sente. Se lhe apetecer estar em casa, está em casa. Mas se a gente puder e conseguir que a pessoa saia...que veja outras coisas, outras situações, tudo o que não tenha a ver com a gravidez. Por exemplo, “ah vamos sair, vamos a casa de uma prima”. “Por favor, a casa de uma prima? A última vez que lá fui estava grávida. Agora os primos vão saber que eu estava grávida, que eu perdi o bebé”, por exemplo. No entanto, se a gente for a um restaurante que nunca foi, se a gente for passear, ver as vistas, ninguém nem imagina de onde é que a gente veio...Ninguém vai fazer esse tipo de perguntas, nem vai julgar (*silêncio*) e... (*silêncio*) o isolar, o isolar pode ser bom, pode ser mau. Há pessoas que se isolam e ficam mais depressivas...mas a gente tem de ter um momento para tudo (*silêncio*) e obrigarem-nos a fazermos alguma coisa, por obrigação e porque tem de ser...pfff. É do piorio. Porque a gente nem faz as coisas com, com vontade, é, é mesmo por obrigação, não fazemos nada por vontade e só pensamos “quero é ir para casa. Estou farta de estar aqui”. É, horrível... E há pessoas que não respeitam. Por exemplo, uma filha de uma amiga, ela fez anos. Acho que...não, foi no verão...foi para aí em Julho se calhar. Foi em Julho ou Agosto. A Raquel nasceu em Setembro, de 2010, foi em 2011, o ano passado. Fez um aninho. Era uma vizinha de uma casa lá mais para a frente. Fez um ano, foi uma grande festa lá e não sei quê, e convidou para irmos para lá. E eu disse: “olha, não me leves a mal, mas eu não vou. Se quiseres ir buscar as minhas filhas...mas eu não vou”. Falei com o marido dela “ah Maria não te preocupes, a gente compreende. Não há problema”. E eu disse: “não vou, não me sinto bem”. Não expliquei porque, mas ele também percebeu. Passado uns dias, encontrei a mulher dele, a Sara, e disse-lhe: “olha eu não fui. Percebeste porquê, não percebeste?” e ela: “ah, mais ou menos, mas pronto deixa lá estar”. E eu: “Ah. Ok”. A minha filha estava quase a fazer um ano. A minha filha. Fazia um ano em Setembro. Mas prontos, caiu-me assim um bocadinho mal. É esse tipo de situações que às vezes...mas ela coitada não falou por mal, não é? Ela se calhar nem sequer pensou...ou se calhar, não sei. Pensar pensou porque ela disse-me mais ou menos. Mas ela pensou, mas não sente. Porque ela nunca perdeu e muito menos numa idade gestacional tão avançada como aquela em que eu já estava. Não passou por tudo. Um funeral de um filho é o pior que pode acontecer na vida de alguém. Seja em que idade for...e é assim que as pessoas se comportam... Ninguém vai nunca compreender a não ser que passe pela mesma situação. Ninguém...ninguém mesmo. E depois às vezes até comparam... “ah,

o filho de não sei quem, ou o amigo de não sei quem perdeu um filho com não sei quantos anos. Já viste, é pior”. Mas o que é que eu tenho a ver com isso?

E – E foi um bocadinho aquilo que nós falámos. Não se avalia pela idade, pelo tempo em que vivemos juntos...

e – Não tem nada a ver porque cada pessoa sofre de outra maneira.

E – Tem a ver com a vinculação...exactamente.

e – Não acho, não acho justo as pessoas comportarem-se assim.

E – É um bocadinho também o que nos fazem sentir. Ah...ainda nos fazem sentir...é um bocadinho descredibilizar a nossa perda.

e – Sim, porque nós já estamos tão fragilizadas, já estamos tão fragilizadas, já estamos a sofrer tanto, já... (*silêncio*) que... (*silêncio*) já estamos tão em baixo, que ainda nos conseguem pôr bem lá no fundo, não é?

E – Desvalorizam...

e – Exactamente. A gente só pensa “porque é que ninguém dá valor? Porque é que ninguém dá valor?”

E – Olhe Maria queria-lhe agradecer muito...

e – De nada. Também não me estou a lembrar de mais coisas. Hoje também não é um dia muito bom. Mas também não me vem à cabeça assim mais...quer dizer, vem, vem. Como é que se pode acabar com a vida de um casal também. A perda de um filho pode mesmo, mesmo acabar com a vida de um casal. Porque, ou o pai ou a mãe...porque ficam os dois a sofrer, mas têm de se apoiar um ao outro, porque, por exemplo, o pai também é gente...o pai também foi pai, o pai também perdeu um filho. Não é só a mãe... E isso ainda é o que a maior parte...aí desvalorizam horrores mesmo. Ninguém pensa, ninguém pensa, por exemplo neste caso, o meu marido “como é que tu estás?” Não, é “como é que a tua mulher está? Como é que a mãe está?” Quando a gente pensa “aí, eu faço ideia aquela mãe”. O pai também sofre. É diferente, mas o pai também sofre, não tenham dúvidas algumas. E as pessoas desvalorizam muito também a parte do pai, porque o pai (*silêncio*) na sociedade o pai tem que dar apoio à mãe, tem que estar bom para a mãe, “tens que amparar a tua mulher”. Tem que amparar a mulher, mas então e quem é que o ampara a ele? Ele não pode viver aquele momento. Eu estou a falar porque vivi isso e só mais tarde é que parei para pensar e...e vi que ele realmente também tinha ido ao fundo, mas teve que ficar cá em cima para, para me agarrar e que graças a Deus eu tenho-o a ele, porque se calhar se fosse outro qualquer não, não...acaba, acaba porque...e foi uma coisa que eu falei com, com o Walter, que, depois de aquilo acontecer, porque eles dão-se tão bem, e para não deixarem que esta situação que lhes aconteceu dar cabo deles, porque eles são um casal lindíssimo, dão-se muito bem, têm uma

relação maravilhosa, parece que começaram a namorar a semana passada, e eu não queria, e estava sempre a dizer-lhes para não deixarem, “continuem sempre, sempre a ser assim, não deixem que isto acabe com vocês” porque, porque acaba (*silêncio*) porque eu penso uma coisa, eu estou a relembrar, ele está a relembrar. Os dois estamos sistematicamente a sofrer, acaba já por nem haver afecto, estamos ali simplesmente. Chega a um ponto em que estamos ali. E depois como estamos calados, por exemplo, eu fico calada para não o ver sofrer, ele está calado para não me ver a mim sofrer, não é? Mas chega a um ponto que eu já digo: “mas porque é que ele não fala? Ele não está a sofrer” e ele é igual: “mas porque é que ela não fala? Ela não está a sofrer”. E depois cria-se ali um, um, um conflito. E no meio do casal há sempre a memória, há sempre a memória do que aconteceu e, o que acontece é que muitos casais a que falece um filho, foi que tiveram de se separar, porque ou o pai ou a mãe encontraram outra pessoa e “não foi com ele que eu perdi. É outra casa, é outra pessoa, é outra vida”. E se calhar até eram um bom casal, mas esta situação toda acabou por arrastar. Não é só a crise. Não é só a crise, não é só as amantes, isto também acaba muito com o casal, porque se eles não forem muito unidos, mas quando eu digo isto é que têm de ser mesmo, mesmo muito unidos senão, o casamento acabou, acabou.

E – E infelizmente isso ocorre muitas vezes, o divórcio no luto. Queria agradecer-lhe imenso esta partilha, por ser tão explícita, tão pormenorizada.

e – Porque eu não esqueço, não esqueço.

E – Muito obrigada!

ANEXO C

(Análise do protocolo de Rorschach de Maria)

Análise do Protocolo Rorschach

O primeiro passo na análise deste protocolo é fazer uma análise qualitativa das respostas de Maria (ainda antes da cotação), tendo em conta a verbalização, ou seja, as particularidades da linguagem, o seu estilo e a sua estrutura, bem como o número total de respostas dadas e também as primeiras características que sobressaem. Esta análise revela-se bastante importante uma vez que as escolhas das expressões de linguagem não são devidas ao acaso, mas estendem as suas raízes até ao fundo da personalidade do sujeito (Traubenberg, 1970).

→ Plano Qualitativo:

De uma maneira geral, a linguagem de Maria parece adequada, apesar de se notar alguma inibição/restricção, por exemplo através de alguns comentários que ornamentam os protocolos: “*Nada...mais nada*”; através de alguns silêncios; ou de latências iniciais longas. Outro mecanismo que parece estar presente é o recalçamento, através de verbalizações como “*Não consigo observar nada (...) Não me diz nada esta...completamente...*”. Todos estes mecanismos são notórios principalmente nos primeiros cartões, talvez devido ao “choque” com a prova, com o desconhecido, ou em cartões cuja solicitação simbólica seja mais comprometedor para Maria. No mesmo sentido, nos dois primeiros cartões, Maria acaba por se apegar à valência simétrica das pranchas, talvez como forma de não se comprometer, parecendo existir também aqui alguma ansiedade. Esta centração na simetria pode ainda ter em vista um evitamento de uma relação entre dois seres diferentes: nega-se assim o movimento projectivo através de uma conduta de objectivação.

Neste sentido, salienta-se o facto de Maria nunca referenciar pessoas nem relações ao longo do protocolo. As imagens referenciadas estão sempre associadas a animais ou a partes (internas e externas) do corpo animal ou humano, mas mesmo os animais não se encontram em relação. Isto pode transmitir a ideia de recusa da sua realidade, das suas relações por estas serem “perigosas”, agressivas e de causarem sofrimento ao sujeito.

Neste ponto, é também importante analisar a resposta que Maria apresenta no cartão I. Este cartão remete para a entrada em contacto com a prova, e reactiva a relação pré-genital positiva (segurança) ou negativa (ameaça) (Chabert, 2003). Aqui, Maria diz que vê uma cara feia, e no inquérito, diz que é um bicho que está a olhar para ela. Este olhar tem um carácter persecutório, num clima escuro e sombrio, e pode relacionar-se com o sentimento de ameaça provocado, não só pelo início da prova, mas também pela realidade externa que é sentida como

perigosa e ameaçadora. Este carácter persecutório, ameaçador pode ainda remeter para a culpabilidade que Maria sente e que foi bastante visível ao longo da recolha de dados (entrevista e questionários).

Outro traço evidente ao longo da prova prende-se com o facto de as respostas serem sobretudo partes internas, órgãos do corpo (útero, rins, coluna, embrião) e partes “externas” do corpo humano ou animal (boca, dentes, garras), que são vistos, muitas vezes, isoladamente e não como pertencentes a um conjunto. Assim, realça-se, por um lado, o carácter cru e frio das respostas, e por outro lado, o seu carácter de isolamento e fragmentação.

Salienta-se também a resposta que Maria dá no cartão V. Este cartão é o que se encontra mais próximo da realidade, forçando a adaptação à realidade objectiva e apela ainda ao sentimento de integridade, psíquica ou somática, à unidade do Ego (Chabert, 2003). Assim, sendo o cartão da identidade por excelência, é interessante analisar a resposta de Maria. Esta consegue dar uma imagem global, inteira e até mesmo banal (“borboleta”), mas atribui a esta banalidade características especiais: é uma borboleta muito triste, preta, com as asas para trás e de costas. Isto poderá significar que Maria se sente sem forças, rendida, como se tivesse o mundo às costas, mas já sem forças para lutar. O carácter depressivo é também aqui notório. Contudo, parece que o sentimento de integridade continua a existir, apesar de fortemente abalado pelos ataques desintegrativos, como se percebe pelas respostas fragmentadas (boca, garras, dentes, nariz).

Na maior parte das pranchas existem silêncios, muitas vezes prolongados, que atribuem ao discurso um carácter pouco fluido, entrecortado. Para além disso, os tempos de latência e os tempos por resposta também são, por vezes, extensos para o número de respostas que é dado, o que vai no mesmo sentido.

Relativamente ao número total de respostas dadas pelo sujeito, este apresenta 15 respostas, significando assim que o número de respostas de Maria se encontra ligeiramente abaixo do que é normal num adulto (20-30 respostas). Por outro lado, a variabilidade do número de respostas por cartão não é muito elevada, registando-se uma média de uma ou duas respostas por cartão, com excepção do cartão X, onde Maria apresenta quatro respostas.

→ **Plano Quantitativo:**

• **Cotação**

Resposta	Inquérito	Cotação
<p>I ^ 10” Não consigo observar nada...mas uma cara feia... Não sei, isto é uma imagem espelhada supostamente...mas basicamente é uma cara feia. 52”</p>	<p>É escuro, é sombrio e parece mesmo que tem uns olhos, um bicho qualquer a olhar para mim.</p>	<p>G bl F₀C’ Ad →Clob</p>
<p>II ^ 6” Parecem-me dois elefantes (<i>D laterais</i>) (<i>ri-se</i>). Neste caso espelhados...nada... 32”</p>	<p>Nada, assim que olhei não pensei sequer, foi mesmo... Exacto...(<i>tapa um dos lados e aponta</i>) aqui (<i>destapa o outro lado</i>) e o espelhado.</p>	<p>D F₊ A Ban</p>
<p>III ^ 24” Não me diz nada esta...completamente...um útero (<i>D central inferior</i>)...é isso mesmo, um útero, mais nada... 44”</p>	<p>É um colo aqui talvez (<i>em baixo ao centro</i>). <u>Inquérito aos limites</u> Consegue ver duas figuras humanas? Sim, aqui? (<i>tapa um dos lados, observa</i>). Sim. E aqui consegue ver alguma</p>	<p>D F₋ Anat</p>

	<p>coisa? (<i>aponta para o vermelho sup</i>).</p> <p>Isto aqui não me diz nada. Isto (<i>aponta para o vermelho central</i>) uns rins ou uma coisa assim.</p> <p><u>Comentário:</u> Bem, é quase tudo corpo humano (<i>ri-se e põe as mãos à frente da cara</i>). Incrível, é tudo do corpo humano.</p>	(R.A: D F ₊ Anat)
<p>IV ^ 4”</p> <p>Ahah...agora vai-se rir. Um frango (<i>ri-se</i>)...mas parece mesmo um frango... (<i>abana a cabeça</i>) Mais nada...</p> <p>35”</p>	<p>Um frango, isto é um frango.</p> <p>E umas botas talvez assim (<i>D laterais</i>) (<i>aponta</i>)...</p> <p>O resto é tudo do frango (<i>sorri</i>): o pescoço, a cabeça, as asas (<i>aponta</i>). Tá um bocadinho queimadinho (<i>por causa da cor</i>) (<i>sorri</i>)... foi mesmo só isso, de resto não me transmite mais nada.</p>	<p>G F₍₃₎C’ Alim</p> <p>(R.A: D F₊ Vest)</p>
<p>V ^ 6”</p> <p>Uma borboleta talvez...uma borboleta muito triste porque é preta. (<i>sorri</i>)...mais nada...</p> <p>50”</p>	<p>É uma borboleta, sem dúvida alguma. Triste, as asas para trás, mais esta parte aqui (<i>aponta para as “pernas”</i>)...triste porque é uma borboleta preta. De costas.</p>	G Kan C’ A Ban
<p>VI ^ 9”</p> <p>Uma <u>estrela</u> por causa dos pontos, talvez. Aqui (<i>Dd inferior</i>) parece uns <u>dentes</u> de uns bichos ou de umas presas, de qualquer coisa assim...mais nada (<i>abana a</i></p>	<p>Por causa dos pontos. (<i>aponta para as partes pontiagudas da imagem central</i>). E aqui (<i>vira a prancha para mim e aponta para Dd inferior</i>) umas <u>garras</u> ou uma coisa qualquer.</p>	<p>DG F₋ Astrono</p> <p>Dd F₊ Ad</p> <p>(R.A: Dd F₊ Ad)</p>

<p><i>cabeça</i>).</p> <p>47”</p>		
<p>VII</p> <p>^ 53”</p> <p>Não me diz nada...nada (<i>sorri</i>) nada. Mesmo tentando olhar os pontos todos...Vejo um sorriso aqui (<i>Bl central</i>), uma boca grande a sorrir...(abana a cabeça) mais nada.</p> <p>74”</p>	<p>Uma grande boca (<i>abre muito a sua boca</i>).</p> <p>Um nariz de africano.</p>	<p>Dbl Kp Hd</p> <p>(R.A: Dd F_ Hd)</p>
<p>VIII</p> <p>^ 10”</p> <p>Aqui (<i>aponta para os laranja laterais</i>) sem dúvida alguma parecem dois bichos com 4 patas a caminhar sobre alguma coisa...(abana a cabeça) mais nada...nada.</p> <p>47”</p>	<p>Parece um animal qualquer...nada, olhei e pareceu-me logo uns bichos a andar.</p>	<p>D F_ A Ban</p>
<p>IX</p> <p>^ 3”</p> <p>Um <u>útero</u> sem dúvida alguma (<i>D bl superior</i>).</p> <p><u>Sangue</u> aqui (<i>aponta para o vermelho inferior</i>). Mais nada...nada.</p> <p>45”</p>	<p>Uhm uhm...útero, trompas, colo do útero e sangue (<i>vermelho inf</i>).</p> <p>Mais nada.</p>	<p>D bl F_ Anat</p> <p>D C Sg</p>
<p>X</p> <p>^ 30”</p> <p>Isto faz-me lembrar o corpo humano...algumas partes, aqui, aqui (<i>aponta para verde inferior e azul</i>).</p> <p>Um embrião (<i>amarelo inferior</i>).</p> <p>Um caranguejo aqui (<i>azul superior</i>)</p>	<p>Este é mesmo. <u>Coluna</u> (<i>aponta para cinzento sup</i>), <u>rins</u>, rins (<i>aponta para larajas centrais</i>), um <u>embrião</u> aqui (<i>amarelo inf</i>), parece mesmo um feijãozinho. E aqui talvez um bicho do mar talvez um <u>caranguejo</u> ou uma coisa assim (<i>azul</i>). Mais nada.</p>	<p>D F_ Anat</p> <p>D F_ Anat</p> <p>D F_ Anat</p> <p>D F_ A Ban</p>

talvez (<i>sorri</i>). Mais, mais nada. 90''		
---	--	--

Prova das Escolhas:

(++)

V

VII

(- -)

III

IX

• **Psicograma:**

<p>R - 15 ↓</p> <p>T.T. - 8' 36'' ↓↓</p> <p>Tp/R - ≈ 56''</p> <p>Tp Lat. Med. - ≈ 16''</p> <p>Sucessão: Incoerente</p> <p>T. Aprecensão: G D Dd <u>Dbl</u></p> <p>TRI: 0K / 3C</p> <p>F.C: 2k / 0E</p> <p>RC% = 46,7%</p> <p>I.A. = 46,7% ↑↑</p> <p>Obs. de Simetria - I e II</p> <p>Eq. choque - III</p>	<p>G - 4 → G% = 26,7%</p> <p>(G bl - 1)</p> <p>(DG - 1)</p> <p>D - 9 → D% = 60%</p> <p>(D bl - 1)</p> <p>Dd - 1 → Dd% = 6,7%</p> <p>Dbl - 1 → Dbl% = 6,7%</p>	<p>∑ F = 10</p> <p> $\left\{ \begin{array}{l} F_+ = 5 \\ F_- = 5 \\ F_{\pm} = 0 \end{array} \right.$ </p> <p>Kp - 1</p> <p>Kan - 1</p> <p>C - 1</p> <p>FC' - 3 (2-)</p> <p>(→Clob - 1)</p>	<p>A - 4</p> <p>Ad - 2</p> <p>Hd - 1</p> <p>Anat - 5</p> <p>Alim - 1</p> <p>Astrono - 1</p> <p>Sg - 1</p> <p>Ban = 4</p>	<p>F% = 66,7%</p> <p>F+% = 50% ↓↓</p> <p>F%a = 93,3%</p> <p>F+%a = 50%</p> <p>H% = 6,7% ↓↓</p> <p>A% = 40%</p>
---	---	---	--	--

Prova Escolhas: +: V e VII -: III e IX				
--	--	--	--	--

→ **Análise do Psicograma:**

Através da leitura do psicograma pode-se, antes de mais, denotar que o total de respostas dadas (R = 15) se encontra ligeiramente abaixo do normal (20 a 30 respostas).

• **Modos de Apreensão:**

Em relação aos modos de apreensão, que nos ajudam a perceber como é que o sujeito se situa na realidade, no caso do protocolo de Maria, verifica-se uma percentagem de respostas G dentro dos limites esperados - o sujeito obteve um valor de 26,7%, sendo o intervalo espectável entre os 20% e os 30%. A presença destas respostas é importante devido às suas valências adaptativas (G simples) e criativas (G bl) face à realidade exterior na qual o sujeito se insere. Isto pode significar que existe uma procura, por parte de Maria, de uma unidade, de um conjunto e de algum controlo sobre o estímulo, ou seja, sobre a sua realidade externa. Apesar desta procura, desta tentativa de organização da realidade exterior, estes G's estão, maioritariamente, associados a más formas, que assinalam a emergência de elementos projectivos demasiado fortes e que alteram a relação com a realidade do cartão, e dão por vezes uma reconstrução ilógica (DG). Este caso específico pode revelar algumas dificuldades a nível identitário.

Relativamente às respostas de detalhe (D) dadas por Maria, esta apresenta 9 em 15 respostas, ou seja, 60% de respostas D ao longo do protocolo, encontrando-se assim dentro dos valores normais que variam entre 60% e 68%. Isto pode significar, mais uma vez uma tentativa de domínio da realidade externa e de apego ao concreto por parte de Maria, apesar de muitas vezes essa tentativa fracassar devido à existência de algumas más formas associadas aos D's. Esta percentagem de D's pode ainda servir de âncora a mecanismos de deslocamento, evitamento e isolamento.

• **Determinantes:**

Ao longo do protocolo Rorschach é possível verificar que Maria recorre bastante aos determinantes formais (F), sendo que apresenta 10 respostas determinadas pela forma, num total de 15 respostas (R=15). Apesar disso, a percentagem de F's (F%) neste protocolo é de 66,7%, sendo que esta proporção varia, normalmente, entre 50% e 70%. Assim, Maria apresenta uma

percentagem de F's dentro dos valores normais, o que poderá sugerir uma abordagem mais intelectual e socializada do que afectiva e pessoal, uma vez que a utilização da forma reduz ao mínimo a participação da imaginação criadora e a intervenção de reacções emocionais. Contudo, de entre todas as respostas formais, Maria apresenta 5 respostas de boa qualidade formal (F+), ou seja, a percentagem destas respostas neste protocolo é de 50%. Dado que os limites variam entre 80% e 95%, Maria apresenta uma percentagem de respostas F+ bastante reduzida, que poderá estar associada a um declínio da vigilância e do controlo devido ao estado afectivo em que esta se encontra. Assim, e uma vez que Maria apresenta um F% elevado, mas dentro dos valores esperados, e um F+% bastante baixo, pode afirmar-se que existe uma ineficácia dos esforços de intelectualização, devido a uma emergência das preocupações fantasmáticas e emocionais que condicionam a adaptação e a socialização. Neste sentido surge também o F+% alargado que, neste caso, tem um valor de 50% (igual ao F+%).

Relativamente às respostas de má qualidade formal (F-), Maria apresenta também 5 respostas, num total de 15 respostas. Neste caso, estas falhas perceptivas podem estar relacionadas com um desinvestimento da realidade objectiva e do meio envolvente e, portanto, das relações objectais. Por outro lado, poderá existir também uma fragilidade ao nível da imagem corporal e da identidade de Maria, uma vez que estas respostas de má qualidade formal se encontram associadas, maioritariamente, a conteúdos corporais e anatómicos.

No protocolo de Maria, existem ainda algumas respostas-cores acromáticas que são importantes analisar. Assim, existem 3 respostas FC', respostas estas que poderão remeter para um humor depressivo, inquietude e ansiedade, devido à sua componente "negro". Por um lado, neste tipo de respostas costumam existir menos dificuldades de controlo, uma vez que as respostas-cores acromáticas são "contidas" pela forma (F). Com isto, os FC' revelam uma sensibilidade depressiva bem controlada. Contudo, no protocolo de Maria estas respostas-cores acromáticas estão quase sempre associadas a más formas. Assim, a forma, devido à sua má qualidade, já não é capaz de controlar essas características depressivas e ansiogénicas, existindo portanto um sinal de fracasso do controlo emocional, com emergência de aspectos depressivos.

• Conteúdos:

Relativamente aos conteúdos, as respostas animal (A) de Maria encontram-se dentro dos valores médios esperados para o adulto, os quais se situam entre 30% e 45%: Maria apresenta um A% de 40%, ou seja, 4 respostas A e 2 respostas Ad (partes de animais). Neste protocolo, estas respostas pertencem a dois registos: por um lado o registo do conformismo e da banalização

como referência de uma socialização que mantém contacto com uma realidade externa reconhecida como tal, uma vez que às respostas A estão associadas a boas formas e a banalidades, mas, por outro lado, perdem algum do seu valor devido à justaposição com o registo projectivo e fantasmático que revela, por exemplo, algumas representações persecutórias: *Cartão I "...uma cara feia...um bicho qualquer a olhar para mim"*.

Esta percentagem de respostas animal poderá ainda revelar uma tendência para a utilização de defesas que permitam o evitamento do contacto autêntico, da relação verdadeira, ainda para mais devido à percentagem bastante reduzida de respostas H: no protocolo de Maria, o H% é de 6,7%, sendo que o normal seria entre 15% e 20%. Isto poderá significar a existência de dificuldades notórias na elaboração da representação de si e da representação das suas relações. Para além disso, o H% é constituído apenas por um Hd e nenhum H, o que aumenta a conotação "mórbida", revelando uma possível carência de integridade da imagem corporal de Maria.

Neste sentido, as respostas Hd, juntamente com as respostas anatomia, sexo e sangue constituem um índice de angústia corporal. No protocolo de Maria, existem 5 respostas anatómicas (anat), 1 resposta de partes do corpo humano (Hd) e 1 resposta de sangue (Sg), o que dá um índice de angústia corporal bastante elevado: 46,7%, sendo o valor limite 12%.

Por fim, no que concerne às banalidades, Maria obteve um total de quatro. Mais uma vez, verifica-se que não se encontra dentro dos valores esperados (entre 5 e 7), sendo que estas remetem para a capacidade do indivíduo ter um reconhecimento do real corrente e o reconhecimento de si próprio no mundo. Pode-se inferir então que as capacidades socializantes de Maria se encontram afectadas, apesar de existir um esforço para se inserir e reconhecer a realidade externa.

→ **Análise dos Factores e Propostas de Interpretação:**

• **Estudo da Abordagem Cognitiva:**

Segundo Traubenberg, (1970), para o estudo da abordagem cognitiva é importante ter em conta os modos de apreensão, os determinantes formais, e o número e a qualidade dos K.

Os **modos de apreensão** remetem não só para as capacidades intelectuais do sujeito, mas também para a relação com outras dimensões psíquicas e a forma como se estabelece o contacto e a relação com o mundo; isto é, a relação que o sujeito vive e elabora com o meio (Chabert, 2000).

Ao longo do protocolo, as respostas G não estão presentes sistematicamente: aparecem apenas nos cartões I, IV, V e VI. No entanto, à excepção do cartão V, não existem banalidades associadas a estas respostas, muito pelo contrário, aos G estão geralmente associadas más formas. Isto poderá assumir um carácter mais patológico no sentido de um retraimento, de um isolamento num mundo solitário. Aqui, a reduzida percentagem de F+% vai no mesmo sentido.

Relativamente aos G secundários, estes mostram o pensamento sincrético (indiferenciação do global e das partes) e são só normais na criança com menos de 10 anos. Os G confabulados (DG) por generalização ou por alargamento de um detalhe dentro do global sem ter em conta os outros detalhes são um sinal de alerta para uma esquizofrenia no adulto. Estas respostas têm geralmente formas negativas e são muito frequentes nos psicóticos ou “atrasados” (Anzieu, 1965). No protocolo de Maria existe um DG no cartão VI que merece ser analisado, uma vez que este remete para questões ligadas à sexualidade. Hipotetiza-se que, não se conseguindo organizar perante a solicitação simbólica do cartão (implicações sexuais), Maria apresenta uma imagem distorcida, generalizada e claro está, de má qualidade formal, de forma a não projectar questões ligadas à sua sexualidade (perda dos filhos, aparelho reprodutor que “não funciona” adequadamente).

Os D simples mostram significados socializantes e adaptativos. No protocolo de Maria, existem 4 D associados a boas formas e 3 D associados a más formas, o que parece revelar aqui um conflito entre as capacidades de inserção no real e de controlo das percepções e a emergência de cargas fantasmáticas e projectivas potentes.

No que concerne aos determinantes, a existência de muitas respostas F pressupõe uma atitude intelectualmente activa e uma adaptação à realidade, sendo que o elemento cultural desempenha também um papel importante. Ao longo do protocolo, Maria recorre bastante à forma, como tentativa de organização racional e de adaptação ao que é apresentado. Mas, como já foi referido anteriormente, muitas vezes estas tentativas de controlo, de organização e de adaptação ao real são fracassadas (aparecimento de respostas de má qualidade formal).

Relativamente às respostas cinestésicas maiores, Maria não apresenta nenhuma ao longo do protocolo. Segundo Traubenberg (1970), esta ausência da resposta K, esta recusa cinestésica, pode-se dever a uma pobreza ideacional, ou seja, a uma carência imaginativa. O sujeito pode estar a recusar o envolvimento, inconscientemente. Uma atitude bastante crítica e objectiva trava a imaginação e pode corresponder a uma preocupação de rigor lógico ou pode ser devido a um retraimento extremo da personalidade. Mais uma vez é notória a tentativa de controlo e de objectivação por parte de Maria, não recorrendo à sua capacidade imaginativa que pode estar afectada, bloqueada.

Por fim, no processo de evolução de uma personalidade normal, as respostas cinestésicas menores devem dar lugar às respostas cinestésicas maiores. No caso de Maria, existem apenas cinestésias menores (k_n e k_p), o que poderá remeter para um estancamento, um bloqueio no processo de evolução da personalidade normal.

Em resumo, os factores do desenvolvimento cognitivo que sobressaem no protocolo de Maria remetem para uma tentativa de controlo e de adaptação à realidade externa, que, em parte, é conseguida, mas por vezes fracassa. Por outro lado, não existe recurso ao processo imaginativo, parecendo existir um bloqueio do funcionamento intelectual em detrimento dos impulsos e das projecções.

• Estudo da Dinâmica Afectiva:

Para estudarmos a dinâmica afectiva, é necessário fazer uma análise do T.R.I, da Fórmula Complementar, do RC%, das reacções qualitativas e ainda dos conteúdos. Analisar-se-á também, os possíveis indícios de angústia.

Segundo Traubenberg (1970), o Tipo de Ressonância Íntima é a expressão de uma experiência emocional mais ou menos próxima do inconsciente, tal como é o reflexo do grau de maturidade da aptidão para protelar a gratificação e, de um modo indirecto, está vinculado ao desenvolvimento do pensamento.

Recorrendo ao psicograma observa-se que o Tipo de Ressonância Íntima de Maria é 0K/3C. Isto significa que o T.R.I é de tipo extroversivo puro (0K:yΣC). Os sujeitos que apresentam este Tipo de Ressonância Íntima são geralmente dominados por cargas afectivas cuja utilização é frequentemente inadequada e a instabilidade torna-os bastante maleáveis: a realidade exterior domina-os com facilidade, devido ao relaxamento das funções cognitivas e do controlo. De facto, Maria “deixa-se” muitas vezes dominar pela realidade externa, projectando sobre ela partes negativas de si (“o seu corpo estragado”) e, assim, tornando-a ameaçadora e perigosa.

Mas, para uma compreensão mais detalhada, iremos agora analisar as duas dimensões do T.R.I: os K e os C. As diferenças entre os dois referem-se, principalmente, ao papel do pensamento, ao aspecto de estabilização e ao contacto afectivo (Traubenberg, 1970).

Relativamente ao papel do pensamento, Maria apresenta algumas dificuldades em se adaptar ao exterior por meio do seu pensamento e da sua imaginação, característica do tipo C dominante, uma vez que as suas cargas fantasmáticas são muito fortes e bloqueiam o pensamento. Assim, Maria privilegia a expressão imediata em detrimento da reflexão, projectando as partes negativas e deformadas de si para o exterior.

O aspecto da estabilização é um segundo elemento que distingue os dois grupos, sendo os indivíduos de C dominante, mais instáveis do ponto de vista afectivo. De facto, verifica-se que Maria apresenta grandes dificuldades do ponto de vista afectivo, uma vez que ao longo do protocolo não é capaz de ver seres humanos em relação, ou melhor, não é capaz de ver humanos.

Por fim, o contacto afectivo é um outro dado que caracteriza os tipos: é mais intensivo para o tipo K e mais extensivo, mais difuso para o tipo C. No caso de Maria, apesar de esta ter três filhos vivos a quem se dedica bastante, esta dedicação parece assumir um carácter mais funcional que propriamente afectivo, uma vez que parece que Maria perdeu alguma dessa capacidade afectiva. Mesmo com os amigos e familiares, Maria admite que perdeu algum desse contacto afectivo.

A Fórmula Complementar relaciona a soma de cinestésias menores (kan, kob, kp) com a soma ponderada de respostas de esbatimento, sendo k o pólo introversivo e E o pólo extroversivo. O interessante aqui é estudarmos a relação entre o T.R.I e a FC. Para o bom funcionamento do sujeito, ambas devem ir no mesmo sentido. Se, pelo contrário, uma for elevada e a outra baixa significa que existem aspectos contraditórios no sujeito.

No caso de Maria, temos que a Fórmula Complementar é igual a $2k / 0E$. Aqui, o pólo introversivo é dominante e o extroversivo inexistente. Comparando com o T.R.I, este era igual a $0K/3C$, ou seja, o pólo introversivo é inexistente e o pólo extroversivo é dominante. Como podemos perceber, o T.R.I e a FC de Maria vão em sentidos opostos, o que revela aspectos contraditórios da personalidade de Maria. Por um lado, existe um funcionamento adaptativo, funcional, metódico, principalmente no que toca à sua vida familiar (marido + filhos), e existe também um bom conhecimento de si mesma (*Comentário: Bem, é quase tudo corpo humano (ri-se e põe as mãos à frente da cara). Incrível, é tudo do corpo humano.*), com consciência das suas dificuldades (tipo introversivo); por outro lado, existem também dificuldades de adaptação à realidade exterior, uma vez que as suas cargas fantasmáticas invadem por vezes a sua consciência (instabilidade, impulsividade), e fazem com que os mecanismos de defesa enfraqueçam.

Relativamente ao RC%, que é a percentagem de reactividade à cor, demonstrada através dos cartões VIII, IX e X, Maria apresenta uma percentagem de 46,7%, ou seja, 46,7% das respostas foram dadas nestes três últimos cartões, o que é um valor bastante elevado. De facto, Maria deu 7 respostas nestes 3 cartões pastel, e deu 8 respostas nos outros 7 cartões. Contudo, é importante referir que o número de respostas não foi homogéneo ao longo das 3 pranchas pastel. Na prancha VIII, o sujeito deu 1 resposta, na prancha IX deu 2 respostas e na prancha X o sujeito deu 4 respostas. Existe assim uma acumulação notória de respostas na última prancha. Este elevado número de respostas no cartão X, pode estar relacionado com a sua própria

estrutura que impele à separação e à individuação. Assim, Maria tem dificuldade em dar uma resposta coesa e unitária, uma vez que não se sente ela própria coesa, tendo também necessidade de projectar as partes negativas e deformadas de si para o exterior.

Relativamente aos elementos qualitativos, observamos um equivalente de choque no cartão III (*Comentário: “Bem, é quase tudo corpo humano (ri-se e põe as mãos à frente da cara). Incrível, é tudo do corpo humano.”*). À primeira vista, este comentário parece ser algo apelativo e talvez um pouco teatralizado, mas de facto, através da relação estabelecida com Maria, percebe-se que esta tem uma grande consciência sobre o que se passa consigo e um bom conhecimento de si mesma. Assim, penso que Maria consegue associar a sua história de vida (as perdas), ao facto de representar mentalmente essas imagens do corpo humano, principalmente relacionadas com o aparelho reprodutor, que Maria sente como “estragado”.

São também feitas duas observações de simetria, nos cartões I e II. Tal como referi anteriormente, uma vez que estas observações são feitas nos dois primeiros cartões podem revelar alguma ansiedade inicial, e algum “choque” com o desconhecido da prova. Pode ser também uma tentativa de não se projectar, no sentido de não apresentar respostas relacionais que a possam comprometer, apresentando portanto, imagens espelhadas.

Em relação aos conteúdos, e tal como foi referido anteriormente, Maria apresenta um valor um pouco elevado apesar de se situar dentro dos limites normais (40%), o que poderá significar uma defesa utilizada para evitar o contacto autêntico, a relação verdadeira. De facto, Maria apresenta algumas dificuldades em se relacionar com os outros, uma vez que estes são vistos como culpabilizantes, “ameaçadores”, capazes de provocar um maior sofrimento em Maria. Assim, poderá supor-se que este refúgio nos conteúdos animais (na ausência de H) possa servir de camuflagem para as suas relações com os outros. O baixo valor de H% (6,7%), e o facto de este ser apenas constituído por um Hd e nenhum H, remetem para a existência, no sujeito, de uma fragmentação, em que as partes já não podem participar na reconstrução sintética da imagem do corpo. Ou seja, Maria tem a necessidade de projectar as partes negativas de si no exterior (anatomias, partes do corpo humano e animal), formando depois uma imagem do corpo, uma representação de si não-unitária.

Por fim, no que concerne ao índice de angústia, traduzido pela angústia corporal, Maria obteve um valor de 46,7%. Este é um valor bastante elevado e pode significar, mais uma vez, o conflito existente com o seu próprio corpo, no sentido de expelir, de se libertar das partes do corpo não-funcionais, que estão estragadas, atacando assim a sua integridade.

Em jeito de síntese, Maria é uma mulher funcional, metódica, com alguma consciência de si e das suas dificuldades, mas por vezes, as cargas fantasmáticas existentes dentro de si são muito

fortes e invadem a sua consciência e bloqueiam o pensamento, prevalecendo assim a expressão imediata em vez da reflexão. Ao projectar sobre o exterior as suas partes negativas, deformadas, faz com que a realidade se torne ameaçadora e perigosa (sente uma enorme culpabilização por parte dos outros), abalando também o seu sentimento de integridade (dificuldades de coesão identitária). Por tudo isto apresenta ainda dificuldade do ponto de vista afectivo e relacional.

• **Estudo da Socialização:**

O nível de socialização no Rorschach pode interpretar-se a um nível superficial ou a um nível mais aprofundado. O âmbito superficial significa aquilo que o sujeito aparenta ser e estuda-se através das banalidades e dos A%. O âmbito em profundidade demonstra aquilo que o sujeito realmente é e tem em conta o D%, o F+%, os K, os FC, os C, os CF e o H%.

Relativamente à análise em superfície, denotamos que o sujeito apresenta um número reduzido de banalidades, apenas 4, e um valor de A% elevado, mas dentro da norma (40%). Isto revela que há uma insuficiência ao nível do recurso dos esquemas sociais e culturais, o que pode significar que Maria procura não estabelecer contacto com a realidade e com os outros, uma vez que estes são causadores de sofrimento: a realidade em que Maria está inserida é uma realidade de múltiplas perdas e a relação com os outros, principalmente familiares e amigos baseia-se na culpabilização e acusação.

No que toca à análise em profundidade, podemos dizer que a socialização é frágil. Isto é expresso através da baixa percentagem de F+% e da não muito elevada percentagem de D%. Pelo facto de não apresentar respostas H, mostra uma insuficiência ao nível da capacidade de integração relacional na qual há uma fragilidade, por parte do sujeito, de se reconhecer tanto a si próprio como aos outros e ao social. No mesmo sentido, o protocolo de Manuel não apresenta respostas K, o que pode significar uma afectividade instável e um contacto com a realidade exterior menos intenso. Por fim, na análise às respostas cor, realçam-se os aspectos depressivos e ansiogénicos, dados pelas respostas FC'. Estes aspectos dificultam também a socialização.

Em conclusão, parece haver um equilíbrio entre aquilo que Maria é e aquilo que aparenta ser. Maria revela dificuldades ao nível da socialização, não mostrando “vontade” de se relacionar com a realidade externa. Existe assim uma inclinação para o retraimento e para o isolamento como uma medida de protecção contra o exterior, visto como ameaçador.

→ **Síntese do Protocolo de Rorschach:**

Segundo Chabert (2000), o núcleo duro dos funcionamentos limites é constituído pela importante inibição da conflitualidade intrapsíquica. Neste sentido, no protocolo de Maria, assiste-se, em primeiro lugar, à utilização de alguns mecanismos de defesa, como por exemplo o recalçamento (“*não sei... não me diz nada...*”), e a restrição/inibição através da redução do número de respostas em todo o protocolo, de latências iniciais longas, da existência de alguns silêncios, de alguns comentários que ornamentam os protocolos (“*é tudo... mais nada*”), e da repressão das respostas cinestésicas. O objectivo destes mecanismos é o de lutar ao máximo contra a implicação projectiva sentida como perigosa, ou seja, estes mecanismos permitem evitar uma confrontação, considerada ameaçadora, com os elementos do material susceptível de reactivar aspectos angustiantes da realidade interna (Chabert, 2003). No entanto, por vezes, pode verificar-se a emergência de acessos de angústia que se traduzem em particular por uma reactividade sensorial específica ao negro e por conteúdos (Anat, Hd) carregados de angústia que revelam inquietações corporais. Assim, a realidade interna, as cargas fantasmáticas acabam por se infiltrar através do aparelho defensivo (retorno do recalcado). Este é o caso de Maria que, ao longo do protocolo Rorschach, apresenta bastantes respostas FC’, que traduzem o carácter ansiogénico e depressivo desta mulher (sente-se sem forças, rendida) e também bastantes conteúdos anatómicos e de partes do corpo humano (ou animal). Para Chabert (2003), estes aspectos são típicos dos funcionamentos-limite, onde os procedimentos que assinalam a inibição estão por vezes associados a alguns factores rígidos (elevado valor de F%, no caso de Maria), mas ao mesmo tempo, surgem acompanhados de emergências cruas que vêm bruscamente quebrar a planura das respostas (aparecimento de bastantes respostas F-, no protocolo de Maria, associadas a conteúdos anatómicos).

Neste protocolo salienta-se também a existência de uma tentativa de controlo e de organização da realidade externa, recorrendo-se a uma abordagem mais intelectual e socializada do que emocional. Apesar desta tentativa, muitas vezes surgem elementos projectivos demasiado fortes, as preocupações fantasmáticas e emocionais, que alteram a relação com a realidade e condicionam a adaptação e a socialização. Assim, apesar do esforço de Maria para se inserir na realidade externa, as capacidades socializantes encontram-se bastante afectadas devido à ineficácia dos mecanismos de intelectualização, e do fracasso de controlo, de domínio e de organização.

Estas características são, mais uma vez, típicas dos funcionamentos-limite: tão depressa o controlo formal funciona muito correctamente e dá testemunho de capacidades de integração efectivas das experiências, como o controlo é excedido pela invasão de uma fantasmática deformante ou pela irrupção emocional (falta de defesas rígidas narcísicas). Assim, por um lado

existe um funcionamento adaptativo, socializante, mas por outro lado, um funcionamento desconectado, arrastado por descargas explosivas e desorganizantes, podendo-se verificar aqui, uma clivagem do Ego devido a estas duas atitudes psíquicas diferentes e opostas.

Outra característica importante do protocolo de Maria, é o facto de esta não fazer nem referências humanas inteiras (ausência de H), nem referências a relações (ausência de K). Existe portanto uma recusa da realidade relacional por parte de Maria, um desinvestimento das relações objectais, por estas serem perigosas (carácter persecutório), agressivas e lhe causarem sofrimento. De facto, Maria sente uma enorme culpabilização pelas perdas sofridas, por parte dos familiares e amigos, tentando evitar assim o contacto autêntico, a relação verdadeira.

Tal como foi referido anteriormente, neste oscilar entre controlo da realidade externa e aparecimento de cargas fantasmáticas, emergem, por vezes, alguns processos primários. No protocolo de Maria são notórios a presença de respostas F- que aclaram a qualidade medíocre do controlo formal, o resvalar das percepções; o aparecimento de conteúdos específicos que assinalam a ausência de integridade corporal (Hd, Anat, Sg), não conseguindo ser apreendidos na sua unidade; a má qualidade da ancoragem na realidade objectiva (reduzido F+ $\%$); o T.R.I é muito dilatado, ou seja, a soma das respostas-cor é elevada, com uma dominância de C puro que assinala o peso dos afectos, a invasão emocional e a fragilidade das barreiras internas.

Com base nisto destaca-se o carácter cru e fragmentado das respostas, e assiste-se a uma espécie de isolamento das partes, ou seja, como se Maria necessitasse isolar ou até mesmo retirar as partes estragadas (frias e cruas) do seu corpo, mais especificamente as relacionadas com o aparelho reprodutor feminino, que vão abrindo cada vez mais a sua ferida narcísica. Neste sentido, e devido às partes fragmentadas que aparecem nas respostas Rorschach, assiste-se também a grandes dificuldades/fragilidades ao nível da imagem corporal e da identidade: o sentimento de integridade, apesar de existente, é fortemente abalado pelos ataques desintegrativos. Assim, como é compreensível, existem dificuldades notórias na elaboração da representação de si e da representação das suas relações.

ANEXO D

(Inventário de Desenvolvimento Pós-Traumático de Maria)



Inventário de Desenvolvimento Pós-Traumático

R. Tedeschi & L. Calhoun, 1996; Versão Portuguesa: S. Silva & M.C. Canavarro, 2007

Determinados acontecimentos críticos de vida, como por exemplo, o diagnóstico e tratamento de uma doença, a perda de um filho, um aborto não desejado, um acidente, entre outros, implicam um conjunto de mudanças significativas.

De seguida, são apresentadas várias afirmações que reflectem mudanças que poderão ter ocorrido na sua vida **desde que tomou conhecimento da sua doença**. Cada afirmação corresponde a uma possível mudança na sua vida. Para cada uma deverá assinalar a resposta que melhor traduza o grau em que experienciou essa mesma mudança, de acordo com a seguinte escala:

- 0 = Eu não experienciei esta mudança como resultado da minha doença
- 1 = Eu experienciei muito pouco esta mudança como resultado da minha doença
- 2 = Eu experienciei pouco esta mudança como resultado da minha doença
- 3 = Eu experienciei moderadamente esta mudança como resultado da minha doença
- 4 = Eu experienciei bastante esta mudança como resultado da minha doença
- 5 = Eu experienciei completamente esta mudança como resultado da minha doença

	0	1	2	3	4	5
1. Mudei as minhas prioridades sobre o que é importante na vida.						X
2. Tenho uma apreciação maior pelo valor da minha própria vida.	X					
3. Desenvolvi novos interesses.				X		X
4. Sinto que posso contar mais comigo próprio.		X				
5. Tenho uma melhor compreensão dos assuntos espirituais.	X					
6. Tenho uma ideia mais clara de que posso contar com as pessoas em tempos de dificuldade	X					
7. Estabeleci um novo rumo para a minha vida.						X
8. Sinto-me mais próximo das outras pessoas		X				
9. Estou mais disponível para demonstrar as minhas emoções.				X		
10. Sei que consigo lidar melhor com as dificuldades.					X	
11. Consigo fazer coisas melhores com a minha vida.		X				
12. Consigo aceitar o resultado das coisas de forma melhor.	X					
13. Consigo apreciar melhor cada dia.	X					
14. Existem outras oportunidades que não teriam existido antes.	X					
15. Tenho mais compaixão para com os outros.					X	
16. Dedico-me mais às minhas relações.						X
17. É mais provável que tente mudar coisas que precisam de mudança.			X			
18. Tenho uma maior fé religiosa.	X					
19. Descobri que sou mais forte do que pensava ser.				X		
20. Aprendi bastante sobre como as pessoas são maravilhosas.		X				
21. Aceito melhor necessitar dos outros.	X					

ANEXO E

(Escala de Luto Perinatal de Maria)

Pensamentos e Sentimentos Actuais Sobre a Perda

Cada item é uma afirmação de pensamentos e sentimentos que algumas pessoas tiveram sobre uma perda. Não há respostas certas nem erradas. Para cada item, faça um círculo à volta do número que melhor indique o actual grau de acordo e desacordo face à afirmação. Se não tem a certeza, use a categoria "Nem concordo nem discordo". Por favor, tente usar esta categoria apenas quando realmente não tem opinião.

	1 Concordo Totalmente	2 Concordo	3 Nem concordo Nem discordo	4 Discordo	5 Discordo Totalmente
1. Eu sinto-me deprimida.	①	2	3	4	5
2. Acho difícil estar com algumas pessoas.	①	2	3	4	5
3. Sinto vazio dentro de mim.	①	2	3	4	5
4. Não consigo ter as minhas actividades normais	1	2	③	4	5
5. Eu sinto necessidade de falar sobre o bebé.	①	2	3	4	5
6. Eu estou em luto pelo bebé.	①	2	3	4	5
7. Estou assustada.	1	②	3	4	5
8. Considerei o suicídio depois da perda.	①	2	3	4	5
9. Ando a tomar medicamentos para os nervos.	1	②	3	4	5
10. Eu sinto muito a falta do bebé.	①	2	3	4	5
11. Sinto que ajustei-me bem à perda.	1	2	3	4	⑤
12. É doloroso relembrar memórias da perda.	①	2	3	4	5
13. Fico perturbada quando penso no bebé.	1	2	3	④	5
14. Eu choro quando penso sobre ele/ela.	1	②	3	4	5
15. Sinto-me culpada quando penso no bebé.	①	2	3	4	5
16. Sinto-me doente fisicamente quando eu penso no bebé.	1	②	3	4	5

→ triste (e perturbada)

		1 Concordo Totalmente	2 Concordo	3 Nem concordo Nem discordo	4 Discordo	5 Discordo Totalmente
17	Sinto-me desprotegida num mundo perigoso desde que ele/a morreu.	①	2	3	4	5
18	Eu tento rir mas nada me parece divertido .	1	②	3	4	5
19	O tempo passa muito devagar desde que ele morreu.	1	②	3	4	5
20	A melhor parte de mim morreu com o bebé.	①	②	3	4	5
21	Desiludi as pessoas desde que o bebé morreu.	1	2	3	④	5
22	Sinto-me sem valor desde que ele/a morreu	1	②	3	4	5
23	Culpo-me pela morte do bebé.	①	2	3	4	5
24	Zango-me com os meus amigos e familiares mais do que devia.	①	2	3	4	5
25	Por vezes sinto que seria necessário aconselhamento profissional para me ajudar a voltar à minha vida.	①	2	3	4	5
26	Depois da morte do bebé, tenho a impressão de só existo, não vivo a vida.	①	2	3	4	5
27	Eu sinto-me muito só desde que ele morreu.	①	2	3	4	5
28	Sinto-me à parte e longe, mesmo entre os meus amigos.	①	2	3	4	5
29	É mais seguro não amar.	1	2	3	④	5
30	Tem sido difícil tomar decisões desde que o bebé morreu.	1	2	③	4	5
31	Preocupo-me sobre como vai ser o meu futuro.	①	2	3	4	5
32	Ser um(a) pai/mãe em luto significa ser um "cidadão de segunda".	①	2	3	4	5
33	É fantástico sentir que se está vivo.	1	2	3	④	5