



Universidades Lusíada

Souza, Christine Nicklas de, 1966-

A experiência do processo do luto na perda gestacional

<http://hdl.handle.net/11067/6632>

Metadados

Data de Publicação

2022

Resumo

A presente dissertação é um estudo qualitativo exploratório sobre a experiência do luto na perda gestacional (PG). Foram entrevistadas 11 mulheres que passaram por pelo menos uma PG. Os instrumentos utilizados foram: o questionário de dados sociodemográficos e a entrevista semiestruturada. As entrevistas foram feitas na modalidade on-line, via plataforma de videoconferência, tiveram imagem e áudio gravados e foram posteriormente transcritas integralmente. A partir da análise do conteúdo, realiza...

The present dissertation is an exploratory qualitative study on the experience of grief in pregnancy loss (PL). Eleven women who underwent at least one PL were interviewed. The utilized instruments were: a sociodemographic data questionnaire and a semi-structured interview. The interviews were conducted online, via a videoconference platform, had image and audio recorded and were then fully transcribed. From the content analysis, conducted according to the Mixed Model and the Dual Process Model ...

Palavras Chave

Aborto espontâneo - Aspectos psicológicos, Morte fetal - Aspectos psicológicos, Luto - Aspectos psicológicos, Perda (Psicologia)

Tipo

masterThesis

Revisão de Pares

Não

Coleções

[ULL-IPCE] Dissertações

Esta página foi gerada automaticamente em 2024-04-29T06:09:44Z com informação proveniente do Repositório



UNIVERSIDADE LUSÍADA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA E CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO
Mestrado em Psicologia Clínica

**A experiência do processo do luto na perda
gestacional**

Realizado por:
Christine Nicklas de Souza

Orientado por:
Prof.^a Doutora Elisa Kern de Castro

Constituição do Júri:

Presidente: Prof.^a Doutora Túlia Rute Maia Cabrita
Orientadora: Prof.^a Doutora Elisa Kern de Castro
Arguente: Prof.^a Doutora Rita Alexandra Rosa Antunes

Dissertação aprovada em: 29 de novembro de 2022

Lisboa

2022



UNIVERSIDADE LUSÍADA

INSTITUTO DE PSICOLOGIA E CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO

Mestrado em Psicologia Clínica

A experiência do processo do luto na perda gestacional

Christine Nicklas de Souza

Lisboa

Agosto 2022



UNIVERSIDADE LUSÍADA

INSTITUTO DE PSICOLOGIA E CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO

Mestrado em Psicologia Clínica

A experiência do processo do luto na perda gestacional

Christine Nicklas de Souza

Lisboa

Agosto 2022

Christine Nicklas de Souza

A experiência do processo do luto na perda gestacional

Dissertação apresentada ao Instituto de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade Lusíada para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica.

Orientadora: Prof.^a Doutora Elisa Kern de Castro

Lisboa

Agosto 2022

FICHA TÉCNICA

Autora Christine Nicklas de Souza
Orientadora Prof.^a Doutora Elisa Kern de Castro
Título A experiência do processo do luto na perda gestacional
Local Lisboa
Ano 2022

MEDIATECA DA UNIVERSIDADE LUSÍADA - CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO

SOUZA, Christine Nicklas de, 1966-

A experiência do processo do luto na perda gestacional / Christine Nicklas de Souza; orientado por Elisa Kern de Castro. - Lisboa : [s.n.], 2022. - Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica, Instituto de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade Lusíada.

I - CASTRO, Elisa Kern de, 1976-

LCSH

1. Aborto espontâneo - Aspectos psicológicos
2. Morte fetal - Aspectos psicológicos
3. Luto - Aspectos psicológicos
4. Perda (Psicologia)
5. Universidade Lusíada. Instituto de Psicologia e Ciências da Educação - Teses
6. Teses - Portugal - Lisboa

1. Miscarriage - Psychological aspects
2. Fetal death - Psychological aspects
3. Bereavement - Psychological aspects
4. Loss (Psychology)
5. Universidade Lusíada. Instituto de Psicologia e Ciências da Educação - Dissertations
6. Dissertations, academic - Portugal - Lisbon

LCC

1. BF575.G7 S68 2022

Agradecimentos

O meu muito obrigada às mães que corajosamente partilharam comigo a experiência da dor de perder um filho e me cederam as entrevistas que dão a esta tese seu valor.

Ao meu pai e minha mãe que sempre me deram liberdade para trilhar meus próprios caminhos.

Ao meu marido Flavio, pelas palavras que me fortalecem, por me incentivar, me fazer pensar e pelo amor que acredita incondicionalmente.

Aos meus filhos, que me ensinaram a ser mãe.

À minha irmã querida pelas ricas trocas psicanalíticas.

À minha orientadora Professora Doutora Elisa Kern de Castro pela amizade, dedicação, paciência, generosidade e pelo lindo sorriso sempre aberto.

A todos os docentes da Universidade Lusíada de Lisboa que me acompanharam neste percurso académico, em especial à Professora Doutora Tânia Gaspar, que em momentos decisivos me apoiou e esteve ao meu lado.

Resumo

A presente dissertação é um estudo qualitativo exploratório sobre a experiência do luto na perda gestacional (PG). Foram entrevistadas 11 mulheres que passaram por pelo menos uma PG. Os instrumentos utilizados foram: o questionário de dados sociodemográficos e a entrevista semiestruturada. As entrevistas foram feitas na modalidade on-line, via plataforma de videoconferência, tiveram imagem e áudio gravados e foram posteriormente transcritas integralmente. A partir da análise do conteúdo, realizada segundo o Modelo Misto e o Modelo de Processo Dual de Lidar com o Luto, foram identificadas áreas temáticas, categorias e dimensões. O resultado e a discussão fundamentam-se na perspectiva psicanalítica. Cinco foram as áreas temáticas encontradas nas narrativas das participantes: 1) Maternidade, como um constructo psicossociocultural; 2) Apoio, como efeito do reconhecimento social da perda; 3) Busca de sentido, na adaptação à perda; 4) O processo do luto, estratégias e recursos intra e intersubjetivos; e 5) A experiência da PG e o ambiente de trabalho, o luto como vivência sujeita aos paradigmas da cultura contemporânea. Os resultados demonstraram que o luto na PG é percebido como um processo solitário, de natureza subjetiva e de difícil apreensão. Verificou-se a presença da necessidade de partilhar, em associação livre e num contexto em que há a suspensão de juízo de valor, a vivência do luto na PG. Concluiu-se que no discurso social a experiência materna do luto está submetida ao paradigma da produtividade e do desempenho, introjetado no comportamento das enlutadas, tornando imperativo o silenciamento do pesar que tem consequências sobre o estado psicoemocional.

Palavras-chave: Perda gestacional, Aborto espontâneo, Luto, Nado-morto, Nati-morto.

Abstract

The present dissertation is an exploratory qualitative study on the experience of grief in pregnancy loss (PL). Eleven women who underwent at least one PL were interviewed. The utilized instruments were: a sociodemographic data questionnaire and a semi-structured interview. The interviews were conducted online, via a videoconference platform, had image and audio recorded and were then fully transcribed. From the content analysis, conducted according to the Mixed Model and the Dual Process Model of Coping with Bereavement, thematic areas, categories and dimensions were identified. The result and the discussion are based on the psychoanalytic perspective. Five were the thematic areas found on the participant's narratives: 1) Motherhood, as a psycho socio-cultural construct; 2) Support, as an effect of social recognition of the loss; 3) Search for meaning, when adapting to the loss; 4) The process of grief, as strategies and resources of intra and intersubjective nature; and 5) The experience of PL at work, mourning as an experience subjected to the paradigms of contemporary culture. The results showed that grief in PL is perceived as a solitary process, of difficult apprehension. It is noticed the need to share the experience in free association and in a context in which there is the suspension of value judgment. The results suggest that the maternal experience of grief in contemporary culture is subjected to the paradigms of productivity and performance, introjected on the behavior of the one's grieving, making the silencing of their mourning an imperative that has consequences on psycho-emotional state.

Keywords: Pregnancy loss, Miscarriage, Mourning, Stillbirth, Stillborn.

Lista de Tabelas

Tabela 1 - <i>Dados sociodemográficos e clínicos (N=11)</i>	51
Tabela 2 - <i>Áreas temáticas</i>	58
Tabela 3 - <i>Área temática: A maternidade</i>	67
Tabela 4 - <i>Área temática: O processo do luto</i>	79
Tabela 5 - <i>Área temática: A perda gestacional e o ambiente de trabalho</i>	92
Tabela 6 - <i>Área temática: A busca de significado e sentido</i>	100
Tabela 7 - <i>Área temática: Apoio</i>	109

Lista de Abreviaturas, Siglas e Acrónimos

- AE - Aborto Espontâneo
- OMS - Organização Mundial da Saúde
- PG - Perda Gestacional
- PGP - Perda Gestacional Precoce
- PGS - Perdas Gestacionais Subsequentes
- PL - Processo de Luto
- PP - Perda Perinatal
- RN - Recém-Nascido
- WHO - World Health Organization

Sumário

Agradecimentos.....	V
Resumo	VII
Abstract.....	IX
Lista de Tabelas.....	XI
Lista de Abreviaturas, Siglas e Acrónimos.....	XIII
Sumário.....	XV
Introdução	1
Enquadramento teórico.....	3
Maternidade.....	3
A função materna à chegada do bebé.....	5
Perda: conceito alargado	8
A Perda gestacional.....	9
O luto.....	9
Luto complicado.....	14
O luto na perda gestacional e suas particularidades.....	18
Modelo de Processo Dual de Lidar com o Luto.....	20
O processo de luto na perda gestacional	21
Possíveis efeitos psicoemocionais da perda gestacional	21
Fatores de risco e proteção: o adoecimento psicológico no luto na PG.....	24
Subsequentes gestações e subsequentes perdas gestacionais.....	30

Busca por sentido	32
Causas percebidas das perdas gestacionais.....	34
Apoio e negação social do processo de luto na perda gestacional.....	36
Perda gestacional e ambiente de trabalho.....	43
Objetivos	47
Método	49
Participantes.....	50
Instrumentos e procedimentos de recolha de dados.....	52
Procedimentos de análise de conteúdo.....	55
Resultados e discussão	59
Área temática: A maternidade	59
Área temática: O processo do luto	71
Área temática: A perda gestacional e o ambiente de trabalho.....	86
Área temática: Busca de sentido.....	95
Área temática: Apoio	103
Conclusão	111
Referências	115
Apêndices.....	123
Lista de Apêndices.....	125
Apêndice A	127
Apêndice B	131

Apêndice C	135
Apêndice D	139

Introdução

O aborto espontâneo (AE) é um fenómeno comum que atinge de 10 a 15% das mulheres, cientes do estado gravídico, e mundialmente regista-se a ocorrência de aproximadamente dois milhões de nado-mortos (WHO, 2022). Apesar dos índices elevados, na experiência da perda gestacional (PG) impõe-se o silenciamento do pesar, por se tratar de um assunto tabu que envergonha e estigmatiza a enlutada. As evidências apontam para uma forte associação entre PG e adoecimento psicológico (Farren et al., 2018). A recorrente impossibilidade de detetar as causas de uma PG tem como efeito a produção de discursos baseados em mitos, crenças e valores (Meyer, 2016) que tendem a responsabilizar a gestante, seu estilo de vida (WHO, 2022b) e comportamento (Sohr-Preston et al., 2018). Tais noções do senso comum são determinantes para o isolamento e a marginalização da enlutada pois reforçam o sentimento de culpa (Bardos et al., 2015). Entre os fatores que tornam a PG um tipo de perda de difícil apreensão no contexto sociocultural estão: o seu carácter narcísico (Freud, 1914/2013) e intangível (Barbosa, 2010) como também o incontornável paradigma da produtividade e do desempenho, característico das sociedades contemporâneas, que desnaturalizam a morte e o processo de luto (PL), vivências verdadeiramente basais da experiência humana (Barbosa, 2003). O presente estudo, a partir do paradigma qualitativo exploratório (Laville & Dionne, 1999) e do Modelo de Processo Dual de Lidar com o Luto (Stroeb & Schut, 1999) pretende ampliar os conhecimentos sobre os aspetos subjetivos desta vivência, através da realização de entrevistas semiestruturadas, feitas com 11 mulheres que passaram pela experiência do luto na PG. Para atingir tal objetivo foi preciso aprofundar a compreensão sobre: a maternidade, como um constructo constituído pelos determinantes característicos de cada tempo histórico, e seus processos (Badinter, 1985; Bernardino, 2020; Iaconelli, 2020); o luto como uma operação psíquica normal, que se dá nas dimensões inter e

intrasubjetiva, de elaboração, adaptação, busca de sentido e reorganização psicoemocional após uma perda significativa (Barbosa, 2010; Casellato, 2015; Freud, 1914/2013; Neimeyer, 2016; Worden, 2013); as particularidades do PL na PG, como uma perda negada socialmente (Worden, 2013); os possíveis efeitos psicoemocionais (deMontigny et al., 2020; Farren et al., 2018; Flach et al., 2022; Herbert et al., 2022; Mulvihill & Walsh, 2014; Rogers et al., 2019b; Volgsten et al., 2018); o processo de busca de sentido (Neimeyer, 2016) e a experiência do PL no ambiente de trabalho (Barbosa, 2003; Hazen, 2003; Kalsi & Liu, 2021; Meyer, 2016; Porschitz & Siler, 2017).

A perspectiva subjetiva das narrativas é peça chave para que se possa aproximar da complexidade e singularidade da universal experiência do luto na PG, levando-se em consideração que o ponto fulcral de toda experiência humana repousa no fato de sermos seres de linguagem. É nessa dimensão que pretende se apoiar este estudo. É nas narrativas das participantes que se encontra o verdadeiro repositório dos dados que servirão para ampliar a compreensão do fenômeno.

O intrigante paradoxo entre a longeva hipervalorização da maternidade como uma fonte de realização pessoal e existencial e um destino certo à experiência feminina, e a interdição do direito de enlutar por um bebê perdido, motiva o presente estudo. A pressa em desaparecer com os vestígios do filho sonhado, sejam eles feitos de palavras ou objetos reais, revela o profundo mal-estar que essa vivência provoca em todos, que não cessa de se inscrever.

Enquadramento teórico

Maternidade

O conceito de maternidade já foi, através dos tempos, profundamente discutido nos mais diversos campos do saber. Filosofia, Religião, Medicina, Sociologia, Economia, Psicologia e Psicanálise sempre articularam ideias e ideais sobre seu caráter, que pode ser percebido como um papel, uma função, um tipo de relação determinada pela biologia, pela cultura e pelo espírito do tempo. Trata-se de um conceito aberto, atravessado pelo discurso social, que é afetado e influenciado pela constante mudança dos paradigmas característicos da arquitetura de cada tempo ético.

A maternidade é um evento contingencial à experiência humana (Iaconelli, 2020). Partindo-se do princípio de que uma gestação pode ou não ser planeada e desejada e que mesmo num aborto voluntário pode haver um sentimento de perda, tem-se a dimensão da complexidade da experiência, nunca assumindo que todas as mulheres vivenciarão a PG da mesma forma (Mullin, 2015), afinal ela pode ser enfrentada como um pequeno obstáculo a ser superado, como uma fonte de alívio (Porschitz & Siler, 2017) ou ainda pode provocar sofrimento psicológico. Este último em muitos casos caracteriza-se por sentimentos de culpa, isolamento, vergonha (Rogers et al., 2019). Vislumbra-se então um quadro de fatores agravantes para a destituição do direito ao luto (Hazen, 2003) e, segundo uma ótica feminista, para além das políticas de saúde, é a perspectiva da mulher que deve estar no centro do debate quanto a questão que implica se o que foi perdido foi uma gravidez ou um filho (Mullin, 2015).

Badinter (1985), através de estudo sociológico e levantamento de registos das transformações pelas quais passou a instituição familiar a partir do século XVII na Europa Ocidental, ressalta a pertinência da noção de que a maternidade (junto ao valor dado ao bebé)

é uma construção cultural, que responde ao contexto no qual está inserida. Segundo os resultados do estudo da filósofa francesa, aspetos dessa relação, como os cuidados dedicados ao bebé, o interesse pela sua sobrevivência e o status de filho na sociedade francesa, entre os séculos XVII e XVIII, representam o oposto do modelo ocidental que surge a partir do século XX (altura em que o livro foi escrito) no qual a experiência de ter um filho é preconizada como uma oportunidade de realização pessoal que ultrapassa, em valor e importância simbólica, qualquer outra. Para a autora (Badinter, 1985), durante os séculos supracitados observa-se uma importante e gradual “revolução das mentalidades” (p.103) e a virada para tal mudança paradigmática localiza-se na altura do último terço do século XVIII. Até então, certas práticas como os pais enviarem o recém-nascido para ser criado por uma ama mercenária e, quando sobrevivia, somente retornar anos mais tarde para o seio da família, que permanecia todo o tempo sem notícias de seu desenvolvimento e saúde, eram comuns e também o que a sociedade entendia por uma boa criação. Muitos eram os que faleciam. A partir do final do século XVIII a autora deteta o início de uma mudança de eixo, quando surge a noção de instinto materno. Em sua obra, argumenta que não se trata de negar o vínculo afetivo entre mães e filhos, que sempre existiu, mas:

No fim do século XVIII, o amor materno parece um conceito novo. Não se ignora que esse sentimento existiu em todos os tempos, se não todo o tempo e em toda parte. Aliás, evoca-se com prazer sua existência nos tempos antigos, e nós mesmos constatamos que o teólogo J.L. Vives se queixava da excessiva ternura das mães em meados do século XVI. Mas o que é novo, em relação aos dois séculos precedentes, é a exaltação do amor materno como um valor ao mesmo tempo natural e social, favorável à espécie e à sociedade. Alguns, mais cínicos, verão nele, a longo prazo, um valor mercantil. (Badinter, 1985, p.103)

A maternidade foi influenciada por uma nova narrativa, que emerge no século XVIII que a coloca no centro da existência feminina. Portanto, desde a constatação das transformações socioculturais ocorridas até a atualidade que se encontram descritas na literatura, torna-se possível supor a dimensão do impacto destas na experiência do luto na PG, afinal o status de um filho e a vivência de sua perda ganham nova importância.

A função materna à chegada do bebê

O fenômeno da presença simbólica do filho/a já investido/a de afeto, expectativas e sonhos, antes mesmo de seu nascimento, justifica-se não somente pela influência do discurso social, como também pelo característico processo de constituição do sujeito humano, que tem seu desfecho determinado pela relação que este tem com quem assume as funções parentais (Bernardino, 2020). Então, as operações psíquicas no campo simbólico que se põem em marcha na construção da ideia/imagem de um/a filho/a antes de seu nascimento podem ser consideradas futuramente uma convocação ao bebê para que gradativamente se aproprie de um certo lugar/posição na linhagem familiar e por efeito no contexto social. Seria então o lugar reservado ao bebê pela família resultado de tais operações parentais simbólicas antecipatórias que têm a função de transcender o evento biológico do nascimento de um mero organismo vivo à chegada de um sujeito que é ao mesmo tempo um/a filho/a, neto/a, irmão/ã, sobrinho/a, por exemplo. Todos estes significantes não estão somente atrelados à história daquela família, mas também se tratam de representações de uma posição na linguagem, no contexto cultural e na organização social. Segundo a autora (Bernardino, 2020):

Esse lugar, quando tudo funciona bem, já está à espera dela (criança) ao nascimento: já se fala dela, ela já tem um nome, já tem um corpo imaginado e para o qual já foram compradas roupinhas; além de que vem num determinado momento da vida familiar, numa determinada ordem de filhos, com um sexo que se conforma ou se confronta às

expectativas dos pais. Enfim, há um lugar em aberto e à espera na família, que se transforma enquanto estrutura com a chegada desse novo membro. (p. 29)

Desde esta citação de Bernardino (2020) entende-se a importância da Função Materna (FM), das operações psíquicas pelas quais passa a gestante (ou a pessoa que assume a FM) para que posteriormente se dê a constituição de um sujeito humano e do profundo e intenso investimento materno antecipatório enquanto aguarda o nascimento do/a filho/a.

Winnicott (2000, 2020) contribuiu com estudos que abordam a teoria do desenvolvimento emocional como a das relações de dependência entre mãe e bebê. Segundo o autor (Winnicott, 2000), quando tudo corre bem, ao final da gravidez e na altura do nascimento, a mãe se encontra em um estado psíquico que a permite ser capaz de cumprir um papel de sustentação na relação com o bebê, tal é seu profundo envolvimento e identificação com o Recém-Nascido (RN). Referindo-se a isso o pediatra e psicanalista cunhou o termo “preocupação materna primária”, que trata-se de uma posição subjetiva da mãe, necessária à vinculação imediata com o filho/a que a coloca em um estado de “sensibilidade exaltada e de ansiedade expectante” (Jerusalinsky, 2008), fazendo com que seja capaz de perceber o que se passa com o bebê como algo que lhe é especialmente endereçado, sendo-lhe possível dar sentido a tudo. Sem se referir à PG, mas possivelmente também a contemplando, Winnicott (2000) afirma:

Não acredito que seja possível o funcionamento da mãe no início mesmo da vida do bebê sem perceber que ela deve alcançar esse estado de sensibilidade exacerbada, quase uma doença, e recuperar-se dele. Introduzo aqui a palavra “doença” porque a mulher deve ter saúde suficiente tanto para desenvolver esse estado quanto para recuperar-se dele à medida que o bebê a libera. Caso o bebê morra, o estado da mãe repentinamente revela-se uma doença. A mãe corre esse risco. (p. 401)

O caráter imediato desta vinculação estaria diretamente ligado às operações psíquicas (Bernardino, 2020) que foram postas em andamento desde o momento no qual a mulher começou a imaginar seu/ua filho/a, a partir da descoberta da gravidez ou mesmo (muito) antes. O próprio processo de evolução do estado gravídico oferece variadas vivências que propiciam, desde os primórdios da gestação, a vinculação com o embrião. Essas oportunidades surgem não somente na dimensão intrapsíquica da mãe, como também nas experiências do período pré-natal que se tornaram possíveis através de avanços no âmbito da ciência, da medicina e do ambiente dos cuidados à saúde. A esta conclusão chegou Hazen (2003), em um estudo exploratório qualitativo, no contexto da sociedade norte-americana, no qual entrevistou quinze mulheres que passaram por perdas perinatais (PP). Como as histórias das participantes estavam circunscritas num longo período de tempo do século XX, entre 1965 e 1999, a investigadora no trabalho de análise de conteúdo o dividiu em três períodos distintos, 1965-1977, 1980-1989 e 1991-1999. Desta forma foi possível observar que a década de noventa foi um divisor de águas no que respeita aos avanços da medicina e aos conhecimentos sobre a constituição do vínculo mãe/bebé, passando a ser a singularidade e a subjetividade do processo de luto na PG realidades a serem respeitadas no universo médico hospitalar.

Resumidamente, observa-se o impacto que tem o fato de que o estado de prontidão materna, forjado durante a gestação, se desarma de forma abrupta e inesperada quando ocorre o evento potencialmente traumático da PG. Não menos importante é o efeito que tem no psiquismo da enlutada tal interrupção e a influência do discurso social sobre a experiência de elaboração do luto materno.

Perda: conceito alargado

Para que se possa compreender a PG faz-se necessário abordar num sentido mais alargado o conceito de perda, evento de tal natureza que pode desencadear um Processo de Luto - PL (Barbosa, 2010). Assim sendo ela conceptualmente contempla: a morte de ente querido, a privação de alguém ou de coisas tangíveis (perdas reais), como também intangíveis (perdas simbólicas). Compreende-se como simbólicas “as representações mentais, como um ideal, uma expectativa e uma potencialidade” (p.488), nestes casos pode não ficar claro o que foi perdido (Betz & Thorngren, 2006), tornando tal evento uma perda ambígua para a percepção de outros.

Barbosa (2010) chama a atenção para o facto de que, paradoxalmente, toda perda é comum, inerente à experiência humana e ao mesmo tempo única, em sua singular subjetividade, ao considerar-se que ela assume significados específicos numa perspectiva individual. O autor dá ênfase ao aspeto plural de toda perda, que possivelmente está associada a múltiplas dimensões da vida (emocional, psicológica, intelectual, física, social e espiritual) e também à perdas secundárias, daí a necessidade de uma abordagem sistemática na qual define-se a seguinte tipologia de perdas: interpessoais, relacionais, materiais e transacionais.

Elaborar qualquer tipo de perda através do PL se trata, em primeira instância, de produção de sentido (Barbosa, 2003). Considerando-se que o percurso de todos é atravessado por um número imensurável de perdas tangíveis e simbólicas, que precisam ser processadas de forma a serem resignificadas então, entende-se o luto como uma experiência basal na trajetória de vida de qualquer indivíduo e se não há como atribuir sentido à perda fica-se dissociado à própria natureza (Barbosa, 2003).

A Perda gestacional

Define-se por perda gestacional a interrupção abrupta e inesperada de uma gravidez. Perda Perinatal (PP) é a que ocorre a qualquer estágio da gestação até ao primeiro mês de vida do bebé. As perdas gestacionais que ocorrem antes da 28^a semana são denominadas Abortos Espontâneos (AE) e os bebés que morrem na, ou depois da, 28^a semana de gravidez, antes ou durante o momento do nascimento, são denominados nado-mortos (NM) e o ocorrido um óbito fetal (WHO, 2022b). Neste caso, as estimativas mundiais anuais rondam os 2.6 milhões de ocorrências (WHO, 2022a) e as causas relacionadas são infeções maternas, condições específicas da saúde materna (e.g. hipertensão, diabetes), o prolongamento da gravidez para além do previsto, as anormalidades congênicas e a idade avançada da gestante.

Segundo dados fornecidos pelo órgão (2022b), apesar de não haver registos mundiais sistemáticos, é possível calcular que entre as mulheres cientes do estado gravídico, já nas primeiras semanas do ciclo, há uma incidência de perdas gestacionais que varia de 10 a 15%. Estes dados fazem do AE a mais comum causa de interrupção de gravidez. Entre os motivos estão: malformação fetal, idade avançada da mãe e infeções. Entretanto, é importante destacar que na grande maioria dos casos a causa permanece desconhecida.

O luto

O PL não é considerado um estado patológico, mas sim um trabalho psíquico natural de elaboração, adaptação, busca de sentido e reorganização psicoemocional após uma perda significativa (Barbosa, 2010; Casellato, 2015a; Freud, 1914/2013; Worden, 2013). Além de normal é um fenómeno psicossocial e relacional de elaboração e ressignificação do objeto perdido (Casellato, 2015b).

No clássico texto “Luto e melancolia” Freud (1914/2013) marca a diferença entre o sofrimento característico do trabalho do luto e a neurose narcísica típica da melancolia.

Segundo o autor, apesar de o processo ao qual refere o luto estar ligado à perda de uma satisfação narcísica, da qual o objeto de amor era provedor, o enlutado sabe porque sofre, sabe o que perdeu e o trabalho psíquico de elaboração promove um gradativo desinvestimento da libido objetal (Laplanche & Pontalis, 1967/1985, p. 345), para que esta seja direcionada a um novo objeto de investimento. Isso acontece espontaneamente, mas não sem alguma resistência, e essa última faz com que se forme um quadro temporário de inapetência e desinteresse generalizado pelo mundo exterior e por qualquer outro investimento libidinal, o que provoca um empobrecimento do ego. Para o autor esta operação, apesar ser custosa, está na ordem da saúde psíquica.

O desfecho gradual e espontâneo do trabalho do luto ocorre conscientemente, conforme se impõe a inevitável realidade da ausência do objeto de amor e assim o mundo externo volta a despertar interesse, mas não sem antes haver um híper investimento no que se foi. Segundo Freud (1914/2013):

O luto, via de regra, é a reação à perda de uma pessoa querida ou de uma abstração que esteja no lugar dela, como pátria, liberdade, ideal etc.... nunca nos ocorre considerar o luto como estado patológico, nem encaminhá-lo para tratamento médico, embora ele acarrete graves desvios da conduta normal da vida. Confiamos que será superado depois de algum tempo e consideramos inadequado e até mesmo prejudicial perturbá-lo. (p. 24)

Bowlby (1982) concebeu o trabalho do luto como um processo dividido em fases. O autor esclarece que as variações do grau de intensidade e do tempo de duração dos comportamentos, sentimentos e emoções atuantes são muitas, mas ainda assim pode-se perceber um padrão. As fases seriam as seguintes: 1) torpor ou aturdimento, que pode caracterizar-se pela ausência de reação e de sentimentos, pelo silêncio e pelo distanciamento

emocional do fator estressor. Este quadro pode ser interrompido por consternação e raiva; 2) saudade e busca da figura perdida, quando ocorre o encontro com a realidade da ausência do objeto de amor. Essa consciência pode ser episódica e pode ser acompanhada pela impressão de sinais que indicariam a presença do ente querido, além da busca por reavê-lo; 3) desorganização e desespero, com ataques de raiva e descontrole. Na concepção de Bowlby (1982) a raiva, permeada por autoacusação, é um componente crucial na elaboração do luto normal e sua importância é subestimada. Valores morais, o sentimento de vergonha e a autocensura podem estar ligados a essa percepção negativa do comportamento raivoso, que na verdade é um componente que conduz a um resultado saudável; e por último 4) um maior ou menor grau de reorganização, em que a vida gradualmente retoma o seu rumo.

Para Stroebe e Schut (1999) o caráter dinâmico do processo de elaboração de uma perda é ponto central, como também são os aspectos intrapsíquicos e o impacto que a experiência do luto tem na saúde do indivíduo. Segundo os autores é preciso nos libertarmos da visão de que o luto é algo que deve ser superado e curado, porque ele resulta no desapego, mas paradoxalmente permite o prolongamento e a continuidade da relação com o objeto perdido e é este prolongamento que abre caminho para a adaptação e aceitação à perda. Seguindo essa lógica há oscilações entre evitamento e confronto, num mecanismo de autorregulação. No dia a dia do enlutado isso significa que ora ele está orientado para a perda (para a relação, o laço, o vínculo com o ente perdido), ora para a restauração (não como uma variável de resultado, mas como uma fonte secundária de estresse relativo a todas as providências que devem ser tomadas e mudanças administradas, que distraem do sofrimento). Os autores, que entendem a elaboração da perda como uma estratégia de coping, definem que há momentos de pausa e de trégua, estratégias que podem surtir um efeito positivo como também podem resultar num quadro de doença mental.

Para Worden (2013) o luto é um processo de adaptação à perda, no qual o enlutado tem papel ativo e necessita de cumprir certas tarefas para a elaboração da morte e resignificação do objeto perdido. As tarefas envolvidas são: aceitar a realidade da perda, elaborar a dor do luto, ajustar-se a um mundo sem o ente querido e encontrar conexão com a pessoa morta em meio ao início de uma nova vida. Para o autor, é preciso ter em mente que o luto tem um curso natural dividido em tarefas, mas devido ao caráter subjetivo deste trabalho, que faz emergir singularidade e uma infinita variabilidade de reações e repostas, não é possível pré-determinar aspectos como a intensidade e a duração do PL, mesmo havendo um padrão identificável que prevalece. Segundo Worden (2013) o PL conta com uma série de mediadores, que são possíveis facilitadores da execução das tarefas supracitadas. A seguir tais mediadores, que podem ser considerados como variáveis que influenciam o desfecho do luto e devem ser levadas em consideração no processo de aconselhamento: 1) quem era a pessoa que morreu (relação, parentesco); 2) natureza do vínculo (intensidade, segurança do apego, ambivalência da relação, conflitos, nível de dependência); 3) características da morte (proximidade, repentina, inesperada, violenta/traumática, múltipla, evitável, ambígua, estigmatizada); 4) antecedentes históricos do enlutado; 5) variáveis de personalidade (idade, gênero, estilo de enfrentamento, estilo de apego, estilo cognitivo, força do ego – autoestima e autoeficácia, crenças e valores); 6) variáveis sociais; 7) estressores concorrentes. Para o presente estudo é preciso considerar a necessidade da adaptação às características específicas da PG, por se tratar da morte de um filho que não chegou a nascer.

Barbosa (2010) refere que o luto é um processo transitório e se dá nas dimensões cognitiva, comportamental e afetiva da vida. Nessas diferentes esferas manifesta-se o esforço de dar um significado à perda para seguir em frente com a vida e novos projetos, apesar da tristeza e da dor. O autor lança luz sobre o fato de que o luto pode desencadear uma série de

“reações características e expectadas” (p. 488) que estão no espectro da normalidade e que constituem um percurso dividido por fases: choque/negação (evitamento), desorganização/desespero (confronto), reorganização/recuperação (acomodação). Para o autor a conceituação do luto como um processo que contempla etapas se justifica somente porque torna possível criar uma referência fundamentalmente descritiva (p. 492), mas segundo Barbosa (2010) é preciso considerar que:

O processo de luto é, efetivamente, um processo multidimensional, habitualmente muito ativo, altamente personalizado e determinado por inúmeros fatores de vida do enlutado. Não é um processo linear, com limites concretos, mas um composto de fases erráticas, fluidas, sobrepostas, que variam de pessoa para pessoa e ao longo do tempo. (p. 492-493)

Desde essa noção entende-se que as fases não têm que necessariamente ser cumpridas ou mesmo seguirem uma certa ordem sequencial. O autor define essa experiência como flutuante “de adesão e evitamento” (p. 491) que conta com a alternância entre altos e baixos, além de ter uma natureza subjetiva, substrato que a torna um processo essencialmente singular, regido por uma lógica que não é passível de ser compreendida na sua integridade.

Kehl (2013) destaca que “A perda de um ser amado não é apenas a perda do objeto, é também a perda do lugar que o sobrevivente ocupava junto ao morto.” (p. 11), o que remete à constatação de que o choque de realidade causado por uma perda, tangível ou intangível (Barbosa, 2010), provoca uma mudança estrutural na vida do enlutado.

Stroeb e Schut (1999) alegam que as teorias que definem tarefas e etapas de elaboração do luto inevitavelmente conduzem ao questionamento de se as noções que assumem a necessidade de consistência, linearidade e constância no processo não seriam uma idealização deste. Para os autores o próprio termo “trabalho do luto” aponta nesta direção e

ao esquematiza-lo dessa forma ele estaria subjugado ao paradigma da eficácia, o que suscitaria questões sobre o que o caracterizaria como eficaz. Como avaliar tal resultado? Estaria tal avaliação relacionada à qualidade da adaptação no período pós perda, mas seria esta passível de ser integralmente apreciada? Segundo os autores é perceptível que no lidar com a perda certas estratégias facilitam chegar-se a um acordo com o vazio deixado pelo objeto perdido e outras propiciam o prolongamento e o desenvolvimento de uma patologia, mas tanto a orientação do indivíduo à restauração como a orientação voltada para a perda são consideradas por eles como possíveis estressores e potenciais restauradores.

Luto complicado

Ao tentar-se definir o limiar entre o luto complicado e o normal, depara-se com um grande desafio que é o fato de que há muitos sintomas comuns entre um e outro (Freud, 1914/2013; Prigerson, 2004). Para Freud (1914/2013) há indivíduos que têm uma disposição patológica à melancolia, e nestes casos ela substituiria o processo do luto. Isso significa que no trabalho árduo normal do PL, de gradualmente desinvestir a libido que estava dirigida ao objeto de amor perdido, quando se desenvolve um quadro melancólico, ao invés de ser redirecionada a um novo objeto de investimento ela retorna ao ego. O investimento objetal transforma-se em identificação e isso dificulta que a libido se direcione a um novo objeto de amor, retornando ao ego e fazendo com que este seja tratado como objeto. Segundo o autor, em muito o quadro melancólico se assemelha ao luto normal, exceto no que respeita a um “[...] rebaixamento do sentimento de autoestima, que se expressa em autorrecriminação e autoinsultos, chegando até a expectativa delirante de punição.” (p. 24).

Para Bowlby (1982) “a pessoa que sofre uma perda parece lutar contra o destino, com todo o seu poder emocional [...]” (p. 88). Enquanto que para o autor a manifestação da raiva é necessária, fundamentada em um sentimento de inconformismo e numa crença quase

delirante de que seria possível trazer o ente querido de volta, a repressão deste impulso desconcertante seria um indicativo de um luto patológico, pois revelaria uma cisão do sujeito com aspetos típicos da doença neurótica, na qual conteúdos inacessíveis continuam ativos influenciando o comportamento da pessoa.

A princípio a própria ideia de ir contra o destino (Bowlby, 1982) já parece predestinar o enlutado ao fracasso, mas segundo Prigerson (2004) uma percentagem enorme (80-90%) de pessoas ajustam-se à nova realidade após a perda de um ente querido, o que confirma a noção de que o PL não representa um estado psicopatológico (Barbosa, 2010; Casellato, 2015a; Freud, 1914/2013; Worden, 2013). Este ajuste não significa ausência de pesar e sofrimento, mas sim a possibilidade de seguir com a vida trilhando um novo caminho. São indicativos de que há a adaptação à perda a sensação de que a vida ainda tem sentido, uma consistência identitária, a confiança nos outros e a capacidade de voltar a investir em relações e atividades em geral (Prigerson, 2004).

Worden (2013) refere o fracasso do luto segundo o tipo, a intensidade e a duração do processo, descartando a ênfase na ausência ou presença de certos sintomas ou comportamentos. Segundo o autor, as controvérsias e debates a respeito do diagnóstico do luto complicado vêm de longa data e por isso, na prática clínica faz uso das seguintes categorias quanto às reações adaptativas à perda: crónicas (longa duração); retardadas (inibidas, suprimidas ou adiadas); exageradas (sobrecarga e comportamento mal adaptativo); mascaradas (não reconhecimento dos próprios sintomas e comportamentos).

Barbosa (2010) marca uma distinção entre luto normal, luto complicado e luto psicopatológico, apesar de admitir que na prática as fronteiras entre eles sejam difíceis de serem delimitadas. Segundo o autor, o luto complicado pode caracterizar-se por ser: exagerado (autodestrutivo, estratégias adaptativas autolesivas); inibido (adiado); traumático

(perda inesperada, que gera medo intenso); crônico (estático) e indizível (privado de direito). Como esses são critérios essencialmente descritivos, que não são considerados pelo autor suficientes para representar a totalidade da experiência do luto por esta ser de natureza singular e subjetiva, para a identificação precoce de um possível luto complicado a eles são somados critérios mais genéricos como: afetivos (tristeza não justificada, irritabilidade excessiva, prolongamento de entorpecimento); cognitivos (idealização, recalçamento, fobia em relação à causa da perda); físicos/vinculares (contínuas obrigações, fidelização exagerada, sintomas físicos, evitamento de rotinas relacionadas); comportamentais (investimentos em atividades de forma compulsiva, comportamentos autodestrutivos); sociais (isolamento social, falta de confiança nos outros, solidão, vazio) e existenciais/espirituais (vida sem significado, visão atormentada do mundo). Quanto ao luto psicopatológico, Barbosa (2010) refere quadros sindrômicos como: perturbação de estresse pós traumático, reações de pânico, depressão, fobias, uso de drogas, mania e respostas psicossomáticas.

Segundo Stroebe e Schut (1999) o luto inibido ou negado é como se caracterizaria o luto complicado. Segundo os autores, neste caso todo o processo estaria mais orientado para a restauração, alterando seu mecanismo regulatório. O evitamento do confronto com a realidade da perda se apresentaria como uma tentativa apressada de volta à vida normal (e.g. o retorno rápido ao trabalho e o esforço para viver como se nada houvesse ocorrido). A partir do Modelo Dual isso significaria um distúrbio na oscilação autorregulatória típica do PL, necessária ao ajustamento adaptativo à perda, no qual vigora a alternância entre confronto e evitamento.

Sinais cognitivos, comportamentais e uso de instrumentos medidores de intensidade e de duração, serviriam como critérios para o diagnóstico do luto patológico (Prigerson, 2004), mas segundo Stroebe e Schut (1999) o caráter dinâmico deste fenômeno não deve ser

esquecido, como também a compreensão de sua complexidade, bem ilustrada no fato de que os momentos de negação da perda não necessariamente significam sinais de adoecimento. Para os autores, processar o luto nem sempre culmina no desligamento de memórias, como também dar sinais de ausência de esforço por recuperação pode não representar adoecimento, pois o luto pode ser um tempo no qual prevalece o tom de lamento e saudade.

No debate sobre a identificação do luto complicado Meyer (2016) contribui com as seguintes questões: o mais apropriado seria o luto elaborado num curto período de tempo? Seria então a duração o critério de avaliação? E assim sendo, os altos e baixos típicos do processo, significariam sinais de fracasso de sua elaboração? Tais provocações fazem evidente o quão difícil e complexo é encontrar um consenso quanto aos parâmetros que possam definir quando que a persistência dos sintomas característicos do processo denota que há ali um adoecimento. A autora chama atenção ao fato de que a concepção, que toma como critério o tempo, tem como efeito a produção de mensagens de “amparo” que são comumente proferidas pelos que supostamente pretendem servir de rede de apoio, mas que paradoxalmente manifestam a expectativa de uma resolução rápida do luto, por esta ser valorizada socialmente, enquanto o contrário ganha uma conotação negativa, de fraqueza e fracasso (Meyer, 2016).

A conclusão à qual chegaram Flach et al. (2022) em uma revisão sistemática que destacou 23 artigos científicos sobre quais são os fatores associados ao desenvolvimento e prevenção do luto complicado na vivência da perda de um filho durante a gestação ou até dois anos de vida, é de que não é possível estipular um padrão de luto materno, consoante critério de duração, tal é a peculiaridade desta perda em comparação com outras (de entes queridos, como parentes, irmãos e amigos).

Um ponto que parece crucial no atendimento e acompanhamento profissional para a prevenção do luto complicado é contemplar a subjetividade e singularidade do processo, descrito pela seguinte colocação de Bowlby (1982):

Evidentemente, para darmos à pessoa que sofre uma perda o tipo de ajuda que desejaríamos dar, é essencial vermos as coisas do seu ponto de vista e respeitarmos seus sentimentos – por menos realistas que possam parecer. Pois somente se a pessoa que sofre a perda sentir que podemos, pelo menos, compreendê-la e simpatizar com ela nas tarefas que estabeleceu para si mesma, haverá a possibilidade de que expresse todos os sentimentos que estão fervilhando em seu íntimo [...] (p.88)

O luto na perda gestacional e suas particularidades

Há mortes que são automaticamente contempladas por práticas, tradições culturais e sistemas de suporte social, que servem de parâmetro para o reconhecimento e a legitimação do valor da perda e do processo do luto (Betz & Thorngren, 2006). As perdas gestacionais, especialmente o aborto espontâneo, não estão entre elas (Crockett et al., 2021). Observa-se que o discurso social pode nem sequer considera-lo uma morte a partir da impossibilidade de se perceber o que foi perdido (Betz & Thorngren, 2006).

Entre as particularidades da experiência do luto na PG está (especialmente nos casos da interrupção precoce da gestação) a ausência de um corpo para ser velado e conseqüentemente de um ritual fúnebre a ser realizado (Betz & Thorngren, 2006; Boss, 2010; Crockett et al., 2021; Iaconelli, 2007; Mcgee et al., 2018). Crockett et al. (2021), realizaram um levantamento das principais questões culturais e religiosas/espirituais relacionadas ao AE na cultura estadunidense e através dele concluíram que a materialidade do corpo do morto cumpre um papel de facilitadora das expressões públicas, ritualísticas, espirituais e religiosas que propiciam a elaboração da perda no âmbito do laço social e consoante o contexto

cultural. No mesmo sentido a sua ausência, que torna impossível que o morto seja velado, pode ter um potencial psicologicamente desorganizador para os enlutados. Para os autores, as práticas e tradições culturais têm a função de dar visibilidade à perda e no caso do AE isso torna-se impossível o que faz dele uma perda invisível e ambígua (Betz & Thorngren, 2006; Boss, 2010; Mcgee et al., 2018), podendo não contar com um suporte social.

Segundo Boss (2010) o que determina que uma perda seja categorizada como ambígua são duas situações: quando há a presença física com ausência psicológica (como nas demências, por exemplo) e em casos de ausência física e presença psicológica, que seria o tipo do qual se aproximaria a PG, especialmente as precoces como o AE (Betz & Thorngren, 2006; Mcgee et al., 2018). Para Boss (2010), o cenário de uma perda intangível (Barbosa, 2010) como este dificulta o PL, a formação de uma rede de apoio e conseqüentemente a elaboração da perda.

Outra especificidade do luto na PG estaria na dimensão interpessoal das reações características a uma perda, na qual ocorre o mecanismo de assimilação (Barbosa, 2010), que depende da reexperiência de lembranças, que propiciam a transição de uma “presença efetiva” para uma “reexperiência presencial virtual” (p. 491). Considerando-se a morte de um filho, antes mesmo de seu nascimento, pode-se concluir que não há memórias a serem assimiladas e acomodadas, mas Bernardino (2020) destaca que na verdade há aquelas “lembranças” que derivam das operações psíquicas antecipatórias maternas, mesmo que usualmente estas não sejam reconhecidas pelo discurso social, por se tratar a PG de uma perda socialmente negada, como sugere Worden (2013, p. XII). Tais recordações maternas antecipatórias (Bernardino, 2020) podem encontrar materialidade no ato de guardar a imagem de uma ecografia como uma vivência relacional acrescida, por exemplo, da lembrança dos

movimentos do feto observados durante o exame, interpretados como peripécias infantis, a depender da perspectiva da gestante.

A negação social da morte e da perda pode ser discutida segundo um viés sociopolítico e filosófico, presente no artigo de Rodrigues (2016) que argumenta, a partir da concepção da filósofa estadunidense Judith Butler, que o luto é um “empreendimento coletivo” (p. 337), um direito que deveria ser universal, no sentido de que marca a diferença entre a valorização e a desvalorização da vida perdida e que adiciona a esta uma dimensão de imortalidade. Segundo Rodrigues (2016) nós humanos somos seres enlutáveis, pois nossa existência transcende a esfera da vida biológica. Portanto, a particularidade principal da PG está (parafrazeando a autora) na ausência do reconhecimento que advém do luto, no sentido de que a luta pelo direito ao luto neste tipo de perda é a luta pelo reconhecimento socialmente interdito.

Modelo de Processo Dual de Lidar com o Luto

O Modelo de Processo Dual de Lidar com o Luto (Stroebe & Schut, 1999) contempla: estressores associados ao luto, estratégias cognitivas e o processo dinâmico de oscilação. Este último é o fator que o diferencia de outros modelos, como por exemplo do Modelo de Duas Vias de Luto (Rubin, 1999) e do Modelo de Luto Incremental (Cook & Oltjenbruns, 1989). Stroebe e Schut (1999) alegam que as hipóteses sobre o luto apesar de serem complementares, são deficientes em termos de validação empírica, quando considerados os diversos contextos culturais e históricos, e não ampliam a compreensão dos processos interpessoais, como também os efeitos que o PL tem na saúde do indivíduo. Os autores consideram que o PL não é linear e é de difícil apreciação em termos de eficácia, podendo contar com recaídas e regressões. Para Stroebe e Schut (1999) o PL é essencialmente um mecanismo regulatório e a oscilação é necessária para a autorregulação e otimização de ajustes com o passar do tempo.

O Modelo Dual não apresenta uma definição de fases dispostas numa sequência de estágios. Nele os âmbitos cultural e histórico do enlutado têm papel destacado, e o indivíduo, no contexto do seu dia a dia, alterna entre dois polos de orientação: a perda e a restauração, considerados pelos autores como estressores. No primeiro polo está a tradicional ruminação sobre o objeto perdido, as circunstâncias da morte e a saudade. No segundo polo está a restauração, como uma outra fonte de estresse, a atenção do enlutado volta-se para as consequências secundárias da perda que precisam ser endereçadas, como as mudanças da vida, tarefas que têm que ser realizadas, assumir novos papéis e funções nas relações (trata-se de estressores que servem de distração para a dor do luto). Segundo a lógica de uma dinâmica oscilante o enlutado por vezes enfrenta e outras evita as supostas tarefas do processo do luto, ora negando ora aceitando a perda.

O processo de luto na perda gestacional

Possíveis efeitos psicoemocionais da perda gestacional

A partir do século XX, o entendimento das possíveis consequências e do custo para a saúde mental da mulher que passou pela PP é um tema que passa a estar mais presente na literatura científica por sua importância e pertinência (Hazen, 2003). A autora argumenta que isto se deve à mudanças paradigmáticas, à aquisição de conhecimentos mais abrangentes sobre o vínculo mãe/bebê, à pressão dos movimentos feministas e aos avanços tecnológicos no contexto da saúde. Portanto, Hazen (2003) conclui que entre os fatores que surgiram no século passado que podem acelerar e incrementar a qualidade e intensidade da vinculação entre a mãe e o embrião ou feto estão: o planejamento da gravidez e a observação e apreciação dos movimentos do feto no ventre materno através de exames de imagiologia.

Uma ampla gama de sentimentos está presente na experiência da PG, que pode ser descrita como um estado de choque, devastação, depressão, culpa, raiva e busca por uma

explicação (Mulvihill & Walsh, 2014; Volgsten et al., 2018). Segundo os mesmos autores, a incapacidade de se detetar o motivo que poderia ter causado a PG surge como um fator que torna a vivência mais difícil de ser ultrapassada. Paradoxalmente, neste tipo de vivência há um potencial de crescimento pessoal pós-traumático, resultado encontrado por Flach et al. (2022) e por Krosch e Shakespeare-Finch (2017), que encontraram uma associação moderada entre PG e o aumento de valor à vida e percepção de força pessoal.

Num estudo de casos múltiplos, qualitativo e transversal, sob a perspectiva psicanalítica, que contou com a participação de quatro mães que passaram pela experiência da PG e depois tiveram uma gravidez bem-sucedida (Teodózio et al., 2020) foram observados alguns aspetos relativos às repercussões e às particularidades do PL deste tipo de perda. Entre eles o fato de que há o risco de prevalecer uma relação idealizada com o bebé perdido, afinal sua morte impede a mãe de ter vivências concretas, que proporcionariam a gradual substituição do filho imaginado/sonhado pelo real. Trata-se de um evento que acontece nas dimensões orgânica e psíquica e segundo as autoras, o real do corpo é uma via de elaboração e, apesar de paradoxal, a dor física (e.g. as cólicas do AE, a dor do parto induzido) pode facilitar a inscrição da dor simbólica, permitindo a hipótese de o evento não se tornar algo da ordem do traumático. Quanto aos efeitos de uma gravidez bem-sucedida, as autoras alegam que foi possível observar nas narrativas das participantes que o nascimento de um filho é a possibilidade de uma atualização do luto vivido na gestação interrompida, afinal um bebé saudável pode reativar o narcisismo materno.

Em uma revisão sistemática que contemplou três décadas de estudos sobre o impacto psicológico de uma PG precoce, somando 2500 mulheres que passaram por AE, Farren et al. (2018) concluíram que há consistentes evidências da associação entre PG e adoecimento psicológico. Segundo as autoras, nas primeiras semanas após o AE, sintomas de depressão

moderada e ansiedade fazem-se presentes numa percentagem que varia de 8% a 32% das mulheres.

Montigny et al. (2020), realizaram um estudo transversal com 231 mulheres que passaram por AE nos últimos quatro anos e sugerem que a passagem do tempo tem um papel importante na elaboração deste tipo de perda. Segundo as autoras, passados seis meses da perda os indicadores de sintomas depressivos estavam mais elevados do que os que se apresentavam passados sete meses a um ano. Outro achado deste estudo é que os níveis de ansiedade e luto perinatal não apresentaram variação significativa com a passagem do tempo.

O objetivo de um estudo realizado com 610 pacientes internadas em hospitais localizados em Lublin na Polônia (Iwanowicz-Palus et al., 2021) nos dias subsequentes a um AE, foi avaliar o impacto deste nos níveis de qualidade de vida, bem como a saúde percebida; o suporte social e a autoeficácia. Os resultados encontrados indicam que, segundo a perspectiva das pacientes, o domínio da qualidade de vida mais afetado após experiência do AE é o psicológico, enquanto que o domínio das relações sociais é o menos afetado. A percepção que as participantes tinham da qualidade de vida geral era melhor em relação à saúde geral percebida, e os níveis de autoeficácia geral encontrados eram elevados.

Uma revisão sistemática e meta-análise sobre a força da associação entre a Perda Perinatal (PP) (conceito que inclui a morte neonatal) e subsequentes transtornos mentais, tais como ansiedade, depressão e perturbação de estresse pós-traumático, sugere que há uma elevada associação da PP com as perturbações da ansiedade e depressão (Herbert et al., 2022). Em contrapartida não foi encontrada uma associação significativa com o quadro de perturbação de estresse pós-traumático. Essa mesma revisão aponta para o fato de que os índices de depressão e ansiedade, na comparação entre o impacto de um AE e de uma PG

tardia, ou seja, depois da 20ª semana, são similarmente elevados, mas o risco de desenvolver um quadro de doença mental aumenta consoante o avanço da gravidez.

Para Rogers et al. (2019), que em artigo fazem um exame do tema pela perspectiva ecológica, a PG pode ser um catalisador para uma série de sintomas de doença mental. Os dados colhidos indicam que entre 15 e 30% das mulheres que passaram por essa vivência experimentaram dificuldades de cunho psicoemocional, tais como: estados de ansiedade e tristeza. Destas, 10% têm quadros passíveis de serem diagnosticados como distúrbios de ansiedade, depressão, estresse e estresse pós-traumático.

Segundo Szejer e Stewart (1997) os discursos normativos que pretendem prever padrões de reação e comportamento na PG revelam-se frequentemente “sem sentido e inadequados” (p.140). Portanto, os autores atentam para o fato de que uma mulher pode por exemplo, desde o primeiro momento que se sabe grávida, começar a decorar o quartinho do bebê, investindo rapidamente em sua presença imaginária, como também pode decidir por aguardar a passagem de alguns meses, protegendo-se emocionalmente por temer um AE. Entende-se que essa escolha é imprevisível e de natureza subjetiva. Portanto a perspectiva da enlutada sobre os efeitos que a PG tem em sua vida é crucial para a compreensão dos desdobramentos psicoemocionais desse evento.

Fatores de risco e proteção: o adoecimento psicológico no luto na PG

Assume-se que há a predominância da dimensão subjetiva do luto, que faz dele um processo único e singular, circunscrito na realidade simbólica e imaginária de cada sujeito (Barbosa, 2010; Bowlby, 1982; Freud, 1914/2013; Stroeb & Schut, 1999). Ainda assim, a partir da compreensão de que se trata de uma elaboração complexa e intrinsecamente dependente do contexto sociocultural (Doka, 1999; Hazen, 2003; Iaconelli, 2007; Meyer, 2016; Mulvihill & Walsh, 2014; Muza et al., 2013; Worden, 2013), observa-se um esforço

para garantir que seu percurso seja salvaguardado através do conhecimento prévio dos fatores que possam influenciar seu desfecho. Segundo os autores, é no entrelaçar entre as dimensões das vidas subjetiva, privada e pública que se encontram tais fatores de proteção e de risco para o surgimento de sofrimento crônico e, em última instância, de perturbação psicopatológica.

Entre os fatores preditores de complicações no processo do luto, que vale serem citados no presente estudo, Barbosa (2010) elenca os seguintes: lutos anteriores não resolvidos (no caso de subsequentes PG); sentimentos de culpa; falta de apoio familiar; isolamento social; impossibilidade de ritualizar o luto; a perda/morte ter acontecido de forma súbita e inesperada; sentimento de responsabilidade e a perda privada de direito (quando não pode ser conhecida e expressada).

Entre os componentes que podem influenciar positivamente a evolução do luto há os rituais fúnebres (Worden, 2013) que estão à serviço de tornar a morte uma realidade (Freud, 1914/2013, p. 25), revelando seu caráter definitivo, possibilitando que no contato com familiares, parentes e amigos sejam expressos em palavras os sentimentos, pensamentos e elaborações, passadas e futuras (Muza et al., 2013). Tais cerimônias representam uma oportunidade para a formação de uma rede de apoio que acolherá e atenderá às necessidades dos enlutados (Worden, 2013). No entanto, no evento de um AE há um componente incontornável que é a ausência de um corpo a ser velado, daí a ausência de ritos de passagem, de uma certidão de óbito e de notas públicas (Crockett et al., 2021), que seriam dispositivos facilitadores do reconhecimento e da elaboração da perda no âmbito social.

Quando a PG é referida como uma perda desprovida de direitos (Doka, 1999; Hazen, 2003; Mulvihill & Walsh, 2014), que configura um fator de risco para a saúde mental, a ênfase está na ausência do reconhecimento e da validação do pesar pelo discurso

sociocultural. Neste sentido o próprio contexto cultural tem papel definitivo no processo do luto, podendo representar um fator de proteção ou de risco, que é o caso quando a PG é assunto tabu, fenómeno observado em grande escala mundial (WHO, 2022b). Segundo a entidade o silenciamento da dor, o estigma e a culpa que recaem sobre a enlutada são fatores decisivos para o adoecimento mental.

Segundo o estudo qualitativo realizado por Muza et al. (2013) com cinco famílias que recém haviam passado por perdas perinatais (dois nado-mortos e três mortes neonatais), o atendimento psicológico imediato, já dentro do ambiente hospitalar, não somente dirigido à enlutada, mas também aos familiares implicados e afetados pela perda, tem importante papel na prevenção do adoecimento psicológico. Para as autoras, falar sobre o acontecido é uma forma de se apropriar da vivência da perda, dando-lhe contorno, historicidade e consequentemente visibilidade. Segundo Lacan (2009), na elaboração de um evento traumático, mais importante que relembrar e reviver exatamente o acontecido é o seu recontar, no sentido de reconstruir, reescrever a história através de uma narrativa. Segundo o autor “A história não é o passado. A história é o passado na medida em que é historiado no presente – historiado no presente porque foi vivido no passado. [...] o fato de que o sujeito revive, rememora, no sentido intuitivo da palavra, [...] não é em si mesmo, tão importante. O que conta é o que ele disso reconstrói.” (p. 22).

Há uma inexorável inversão do sentido e da lógica da vida (Meyer, 2016; Muza et al., 2013). Onde deveria haver alegria, há tristeza; onde esperava-se um começo, encontra-se o fim; onde haveria ganhos, prevalece o sentimento de perda e talvez essa inversão torne mais difícil a todos que estão próximos perceber do que se trata tal perda, comprometendo a comunicação, a qualidade e a intensidade do reconhecimento do sofrer. A presença de experiências de PG prévias vividas por outros membros no contexto familiar, e a partilha

destas, possivelmente têm um efeito positivo na maneira com que a enlutada lida com o seu próprio luto (Crockett et al., 2021; Randolph et al., 2015; Rowlands & Lee, 2010), diminuindo a hipótese de um luto isolado e silenciado.

Flach et al. (2022), após revisão sistemática que pretendia identificar os fatores de risco e proteção para o desenvolvimento de um processo de luto complicado em casos de PG e perda de um filho vivo, concluíram que os componentes que podem dificultar a elaboração da perda são: um histórico de perdas gestacionais, a presença prévia de uma psicopatologia e a pressão para que a enlutada logo engravide novamente. No caso da PG, acrescenta-se a estes fatores de risco o estágio em que ocorre a perda do bebê (Farren et al., 2018; Herbert et al., 2022) pois, segundo os autores, quanto mais avança a gravidez maior tende a ser o vínculo com o feto. Mas Moulder (1994) alega que é preciso diferenciar a evolução do apego ao bebê no ventre materno, que está relacionado ao desenvolvimento de sentimentos pelo filho, do grau de investimento na gestação, que é um processo de envolvimento com a gravidez a cada uma de suas etapas. Segundo a autora, esses dois fatores podem ser influenciados, mas não são determinados, pelo estágio em que se encontra a gestação. A noção de tempo assume um papel crucial no tipo e grau de importância dado à PG (Meyer, 2016) e acreditar que quanto mais cedo ocorre a perda mais rápido se recupera a enlutada é precipitado e desconsidera o caráter subjetivo da experiência.

Könes e Yildiz (2021), após realizarem uma investigação que contou com duzentas e quinze participantes, que procurava perceber o nível de pesar nos períodos subsequentes à PG, circunscritos em quarenta e oito horas, uma semana, um mês e três meses, chegaram a conclusão de que o processo de luto pode ser prolongado por um histórico de perdas gestacionais. O mesmo estudo apontou para o fato de que casamentos muito recentes e desemprego também são fatores que podem prolongar/dificultar o processo de luto.

Para Flach et al. (2022) podem representar fatores de proteção: a presença de outro filho vivo, um bom suporte no atendimento profissional especializado em luto, a partilha da experiência com um parceiro/a, com a comunidade e o componente espiritual, ligado à algum tipo de fé (Crockett et al., 2021).

As crenças religiosas podem ter um papel crucial na forma de lidar com o luto, nomeadamente na busca de sentido e explicação para o acontecido (Crockett et al., 2021), mas paradoxalmente podem ter efeitos antagônicos. Segundo os autores, elas tanto podem diminuir o sofrimento e incrementar o processo de cura como agravar a dor, através da auto culpabilização e sentimento de vergonha. Observou-se que no período pós PG a enlutada pode sentir-se em crise com sua fé e crenças religiosas por concluir que foi abandonada por o que acredita serem forças superiores. Essa perspectiva é coerente com o resultado encontrado na investigação realizada por Krosch e Shakespeare-Finch (2017), que contou com a participação de 328 mulheres que passaram por AE e PG tardias, na qual evidenciou-se um afastamento acentuado de uma percepção espiritualizada da PG. Segundo Crockett et al. (2021), manifestações provenientes do discurso social, que supostamente serviriam de suporte e apoio, mas que também têm fundamentação na lógica religiosa, podem acarretar isolamento, alienação e desenvolvimento de sintomas.

Em estudo de coorte longitudinal prospetivo randomizado realizado na Suécia, do qual participaram 35 mulheres diagnosticadas com aborto espontâneo e mais 67 outras com aborto retido, pretendia-se perceber qual era o impacto emocional do diagnóstico/causa do AE e do tipo de tratamento escolhido, depois de diagnosticada a ausência de batimento cardíaco (Volgsten et al., 2018). Entende-se por aborto retido: “Uma gravidez intrauterina com um saco gestacional vazio com um diâmetro médio de saco de 25 mm ou mais, ou um embrião com comprimento coroa-nádega medindo mais de 7 mm sem batimentos cardíacos

embrionários” (Quenby et al., 2021, p. 1659). Uma das questões do estudo era: seria o tratamento escolhido e sua duração agravantes para o desenvolvimento de psicopatologias nas enlutadas? São três as opções de tratamento: aguardar até que o corpo expulse o embrião naturalmente, uma intervenção medicamentosa e uma subsequente curetagem ou realizar uma cesária. Segundo Volgsten (2018), a combinação do uso de medicamento com o procedimento de aspiração, estratégia que encurtava a duração do tratamento, revelou-se um fator de proteção, com menor índice de desenvolvimento de estados psicopatológicos. A conclusão do estudo é a de que a decisão, feita pela equipe médica, de encurtar o tempo que a gestante permanece com o embrião morto em seu ventre influencia positivamente o seu estado psicoemocional. Este tipo de decisão, quando tomada em conjunto com a paciente e outros envolvidos, devolve-lhes o protagonismo da situação (Godolphin, 2009) mas, segundo Crockett et al. (2021), o paternalismo característico do contexto médico/hospitalar (Corn, 2012) compromete a qualidade da comunicação entre a enlutada e o profissional de saúde. Este último pode não partilhar com a paciente todas as opções de tratamento existentes, pode omitir informações e tem suas próprias decisões pautadas pelos aspetos físicos e fisiológicos do processo de eliminação do embrião/feto, não considerando questões relacionadas à proteção do bem-estar psicoemocional da paciente. A consequência disto é a impossibilidade de a enlutada tomar decisões suficientemente informadas sobre a interrupção da gravidez, se via natural ou cesária.

Resumidamente, entre os fatores de proteção para o surgimento de uma psicopatologia estão: a idade mais avançada da mulher (Farren et al., 2018), a satisfação conjugal, a presença de outro filho vivo, um bom suporte no atendimento profissional especializado em luto, a partilha da experiência com um parceiro/a, com a comunidade, o componente espiritual (Flach et al., 2022) e a satisfação com os serviços de saúde

(deMontigny et al., 2020; Muza et al., 2013). Entre os fatores de risco para uma sintomatologia depressiva estão: poucos filhos, risco de infertilidade, AE prévios, perda tardia, ter visto o feto viável (através de exames de imagem), ser solteira, insatisfação no casamento, ausência de apoio do parceiro, histórico psiquiátrico, (Farren et al., 2018; Herbert et al., 2022).

Entre os fatores de risco para o surgimento de sintomas de ansiedade estão: ausência de filhos vivos (deMontigny et al., 2020; Farren et al., 2018), AE prévios, perda tardia, ausência de apoio do parceiro, histórico psiquiátrico (Farren et al., 2018) e a pressão para que a enlutada logo engravide de novo (Flach et al., 2022). A perda tardia surge como fator de risco para o surgimento de perturbação de estresse pós-traumático (Farren et al., 2018).

Subsequentes gestações e subsequentes perdas gestacionais

Entre os fatores de risco para o adoecimento mental após a experiência da PG estão as expectativas por uma nova gestação, o receio de ter outra PG e efetivamente passar por recorrentes perdas gestacionais (Bailey et al., 2019; Dyer et al., 2019; Wang et al., 2021). Um estudo qualitativo explorou a seguinte questão: como que mulheres que passaram por subsequentes perdas gestacionais lidam com a espera pela notícia da confirmação de uma nova gravidez e com o período inicial da gestação (Bailey et al., 2019)? Entrevistas foram realizadas com catorze participantes que tinham este histórico médico e os resultados mostraram o surgimento de um tema global traduzido como a ambiguidade de ter esperança pelo melhor, mas esperar o pior. Bailey et al. (2019) encontraram nas narrativas a descrição de instabilidade emocional (oscilações entre excitação, preocupações, ansiedade e medo), de pessimismo (esforço para manter-se desapegada, para não partilhar a notícia do teste positivo), hipervigilância (sobre os sintomas característico do início da gravidez), isolamento social (pela descrença de que a gravidez iria vingiar), necessidade de confirmação profissional

(investigação sobre as causas, testes de gravidez, exames de imagem), abordagem pragmática da vida (para diminuir a ansiedade: técnicas de distração e manter-se ocupada) e estabelecimento de metas pessoais como mecanismo de proteção emocional (a gravidez vivida dia a dia, semana a semana, sem grandes projeções futuras).

Uma revisão sistemática de pesquisas qualitativas sobre a tomada de decisão de casais sobre engravidar novamente ou não depois de terem passado pela experiência de morte fetal e perda perinatal (Dyer et al., 2019) revelou que o cenário do período pós PG está profundamente ligado e depende da forma com que a enlutada, através da construção de sentido, interpretou o que lhe aconteceu. Segundo as autoras, fez-se presente a noção de que o vazio deixado por uma PP só pode ser preenchido por uma nova gestação e que esta pode significar esperança e um componente facilitador para a recuperação. O mesmo estudo aponta o contexto sociocultural, com suas normas e demandas, como um componente de crucial importância à forma com que a enlutada lida com a ideia de uma nova gestação e o receio de perder novamente um filho. Dyer et al. (2019) encontraram evidências de que entre os fatores que levam a enlutada a quadros de ansiedade e pressa por engravidar o mais rápido possível estão a culpa, a sensação de ter falhado em cumprir seu papel social e o temor de que novas gestações também não serão bem-sucedidas. Contudo, algumas enlutadas afirmam que só é possível viver a experiência de uma nova gestação depois de terem a sensação de que estão prontas.

Um estudo de caso de controle prospectivo realizado na China, que tinha como objetivo perceber se as sintomatologias depressiva e de ansiedade estão associadas à recorrência de perdas gestacionais, acompanhou o histórico médico de 2558 mulheres a partir do primeiro AE, no período entre 2017 e 2019 (Wang et al., 2021). Foram avaliados os níveis de ansiedade e depressão das mulheres que haviam há pouco passado pelo primeiro

AE, para depois serem comparados com o grupo controle de participantes que neste mesmo período de tempo passaram por só uma PG (Wang et al., 2021). Os resultados evidenciaram que os quadros depressivos e de ansiedade podem aumentar os riscos de subsequentes perdas gestacionais. As participantes que tiveram perdas gestacionais subsequentes haviam apresentado valores significativamente mais elevados de depressão e ansiedade no início do estudo, logo após o primeiro AE, comparativamente ao grupo controle que era formado por mulheres que só tiveram um AE no mesmo período (Wang et al., 2021).

Busca por sentido

Segundo Stroebe e Schut (1999) na análise do processo de luto é preciso considerar tanto os fatores estruturais como os cognitivos. Estes últimos referem ao conteúdo das atividades cognitivas que tem como objetivo encontrar e construir significado, dando sentido para a experiência de perda. Segundo os autores, a cognição tem importante papel na regulação e progressão do luto.

Na Teoria Construtivista (Gillies & Neimeyer, 2006) o processo de reconstrução de significado resume-se a: uma mudança de identidade, encontrar algum tipo de benefício na experiência de perda e dar sentido a ela. Sobre esta última atividade, os autores admitem que há os tipos que são muito difíceis de fazerem algum sentido. Segundo os autores, a importância deste processo deve-se ao fato de que o enlutado teve a “estrutura de suas certezas presumidas” (p. 32) abalada e isto significa que o seu funcionamento diário está comprometido, junto com tudo o que fundamenta sua existência (valores, prioridades, identidade, relações, fé, religião, etc). Dessa forma, para Gillies e Neimeyer (2006) a criação/reconstrução de significado é o elemento central do processo de luto presente na maioria das teorias e modelos.

Para Neimeyer (2016), um dos componentes cruciais no processo de adaptação à perda concerne à restauração da coerência na narrativa de vida, que culmina na reconstrução de significado. Para o autor, essa tarefa implica um enorme esforço ao enlutado que pode obter como resultado a diminuição da angústia. Para que essa tarefa se torne possível no contexto de uma terapia voltada para o luto é preciso que a pessoa dê sinais de que sente necessidade de entrar em contato com a experiência traumática da perda e de que está pronta para tal. Segundo o autor, no caso da PG, trata-se de reorganizar o vínculo com o bebê perdido, e para que isso seja possível cria-se uma nova história fundamentada numa narrativa que oferece significado e orientação que passa por todos os níveis da vida (pessoal, relacional, social e cultural) contemplando o que Neimeyer (2016, p. 117) designa como “um quadro de significados socialmente contruído” que, segundo ele, foi abalado pela perda do filho. Tal quadro pode incluir componentes relacionados à espiritualidade e à fé, aspetos que podem ter sido postos em causa pelo evento trágico.

A perspectiva do sistema de significados (Neimeyer, 2016) é uma abordagem que abrange tanto questões singulares/individuais na forma de lidar com o sofrimento e a perda, como culturais e espirituais. Neste sentido ela torna possível às pessoas, através de seus processos mentais, dar ao trabalho do luto (consciente ou inconscientemente) um sentido de continuidade e não de rutura.

Na dimensão existencial (transcendental) do processo de luto (Barbosa, 2010) ocorre o mecanismo da acomodação. Esse é o momento em que, segundo o autor, o enlutado consegue construir um significado a partir de seu pesar e absorve tal vivência como parte de sua experiência de vida, incorporando-a a sua identidade.

Para Lacan (2009) integrar uma vivência à história de vida significaria submetê-la a um campo de significações universal, que promoveria um tipo de esquecimento normal,

necessário. A partir desta noção pode-se compreender fenômeno tão comum, e que tem efeito apaziguador, que é a busca por suporte nas crenças religiosas, fundamentadas em forças superiores e mesmo a construção de uma narrativa mítica. Segundo o autor:

[...] é na medida em que o drama subjetivo é integrado num mito que tem valor humano extenso, e mesmo universal, que o sujeito se realiza. [...] toda integração simbólica bem-sucedida comporta uma espécie de esquecimento normal. [...] A integração na história comporta evidentemente o esquecimento de um mundo inteiro de sombras que não são levadas à existência simbólica. E se essa existência simbólica é bem-sucedida e plenamente assumida pelo sujeito, não deixa nenhum peso atrás dela. (pp. 251-252)

Causas percebidas das perdas gestacionais

Atravessada então pela cultura, pelas noções do senso comum e do discurso social, a tão necessária busca por uma explicação para a PG com frequência pode terminar por frustrar. Tal frustração pode ter consequências negativas ao PL. Dados estatísticos indicam que entre 10 e 15% das mulheres cientes de seu estado gravídico passam por um AE, caracterizando-o como um fenômeno muito comum (WHO, 2022b). Segundo a entidade, mesmo tão frequente, na maioria dos casos as causas permanecem desconhecidas. Sabe-se que a idade da gestante, anormalidade fetal e infecções estão entre os motivos mais comuns que podem causar a interrupção inesperada de uma gravidez (WHO, 2022b). Um estudo qualitativo realizado por Mulvihill e Walsh (2014) no contexto rural de atendimento hospitalar na Irlanda, que contou com 8 participantes e tinha como objetivo ampliar a compreensão do conceito de luto desprovido de direitos no caso de PG, aponta para o fato de que, com os avanços tecnológicos e da medicina, o choque provocado por uma PG é cada vez maior pois, não se acredita mais possível que uma gravidez possa facilmente não ter um final feliz.

Com o intuito de demonstrar percepções errôneas sobre o AE, típicas do senso comum, e quais seriam os preditores para a formação de tais percepções foi realizado um estudo no contexto da sociedade norte-americana, envolvendo 849 adultos, homens e mulheres (Sohr-Preston et al., 2018), através da leitura de uma vinheta que ilustrava uma situação de interrupção gestacional na 5ª semana de gestação, que contava com seis diferentes versões. Entre as variáveis estavam: a idade da gestante, seu status marital e se a gravidez era planejada ou não. Segundo Sohr-Preston et al. (2018), os resultados apresentaram o seguinte cenário no que respeita às causas percebidas: uma causa médica tende a ser atribuída a uma mulher com mais idade, tendência que pode estar atrelada à noção de que a fertilidade diminui com o avanço da idade e neste sentido a culpa seria da mulher por ter adiado a maternidade; as pessoas tendem a criar uma relação entre o AE e comportamentos de descuido pessoal e imprudência; a crença no estilo de vida saudável como preditor de uma gravidez bem-sucedida leva as pessoas a questionarem se a enlutada tomava as providências necessárias para proteger a gestação como, tomar vitaminas, não sofrer de estresse, não exagerar em atividades físicas encontrando um equilíbrio numa rotina de exercícios. Tais resultados apontam sempre para o comportamento da gestante como causador da PG. No senso comum evidencia-se a crença de que menos de 5% das gestações culminam em AE (Sohr-Preston et al., 2018). Segundo as autoras, o evento da PG quando ainda a gestação não é visível aos outros e a omissão, tanto da perda quanto da gravidez em seu período inicial, justificariam esta baixa expectativa em relação à possível ocorrência de um aborto espontâneo por parte das pessoas em geral.

Apesar de no meio científico haver uma considerável noção sobre o que pode provocar uma PG e sobre o fato de que há, na maioria das situações, um caráter de inevitabilidade, predomina a ausência de conhecimento das causas. Segundo a WHO (2022b)

as diversas culturas produzem inúmeras justificativas, muitas baseadas em lendas e mitos, e geralmente a responsabilidade recai sobre a mãe. A mesma entidade admite que, paradoxalmente, o próprio discurso das políticas de prevenção à PG coloca a ênfase no estilo de vida da mulher, quando sabe-se que anormalidades fetais e a idade da mulher são fatores que podem também estar na origem inevitável de uma PG. Sendo assim, orientações muito gerais sobre uma vida saudável (boa e variada alimentação; exercícios físicos equilibrados; evitar maus hábitos, como o cigarro, o consumo abusivo de bebidas alcoólicas e cafeína; e o controle do estresse) sugerem que esta garantiria o avanço e o sucesso da gestação, sendo estes de responsabilidade da mulher. Estigmatizadas e culpadas (WHO, 2022b), esta é a realidade das mulheres que perdem seus bebês durante o ciclo gravídico. Realidade esta, forjada a partir da construção de narrativas que são constituídas de crenças e valores culturais (Meyer, 2016).

Segundo Bardos et al. (2015) as evidências demonstram que 47% das mulheres que passaram por um AE experimentam sentimentos de culpa, 41% acreditam que fizeram algo de errado, assumindo para si a responsabilidade do acontecido, 41% se isolam socialmente, 41% sentem vergonha, e 38% acreditam que poderiam ter feito alguma coisa para evitar a PG. Para Rogers et al. (2019), para trabalhar com essa multiplicidade de reações é necessário fornecer recursos, conhecimento e treinamento para os profissionais que trabalham no atendimento a essas pessoas, além de apoio e esclarecimentos psicoeducacionais à parentes próximos e ao parceiro, que igualmente precisará de suporte social.

Apoio e negação social do processo de luto na perda gestacional

Durante a investigação realizada para fundamentar o presente estudo, observou-se a existência de termos e expressões que têm como objetivo descrever e caracterizar o complexo fenômeno, de difícil compreensão, que é a negação social do processo de luto pelo qual passa

a pessoa que perdeu um filho durante o ciclo gravídico. Essa complexidade, segundo Jones e Murphy (2021), refere ao fato de que tal vivência contempla três temas tabu no contexto da cultura ocidental industrializada, a saber: morte, sexo e reprodução.

Todo fenómeno para ser reconhecido tem que ser sancionado pelo discurso social (Worden, 2013), para daí então ser provido de direitos. Segundo o autor, o luto não autorizado é o que decorre de perdas negadas e/ou não expressas socialmente. Doka (1999) define o conceito de perda desprovida de direito como a que “não é, ou não pode ser, abertamente reconhecida, publicamente lamentada ou socialmente apoiada” (Doka, 1999, p. 37). Essa definição circunscreve o fenómeno nas dimensões: social, pública, do reconhecimento e do apoio. Segundo o autor, é o contexto cultural que determina quem, quando, onde, por quanto tempo e por quem deve-se entrar em luto e no caso da PG observa-se a ausência de correspondência entre as condutas culturais estabelecidas, que ordenam o processo de luto, e a natureza e intensidade do vínculo existente entre a enlutada e o objeto de amor perdido.

Segundo Worden (2013), “o luto é um processo e não um estado” (p. 21) do qual o desfecho depende de vias de elaboração que estão intrinsecamente ligadas às vivências relacionais e intersubjetivas. A partir dessa noção torna-se possível elencar alguns dos fatores que podem interferir para que o luto na PG não seja sancionado socialmente, seriam eles: a ênfase na dimensão biológica do processo da perda em detrimento das dimensões psicológica e simbólica (Rodrigues, 2016; Worden, 2013); o desconhecimento e/ou a desvalorização das operações psíquicas antecipatórias, que proveem status de filho ao embrião ou feto (Bernardino, 2020; Iaconelli, 2007), e a altura em que ocorre a PG, se no primeiro, segundo ou terceiro trimestre, que a tornaria menos ou mais visível à percepção dos outros (Meyer, 2016).

Segundo Mulvihill e Walsh (2014) maior suporte recebe a mulher que perde o bebê nas etapas finais da gestação, enquanto que as perdas que ocorrem nas primeiras semanas são menos percebidas como merecedoras de intervenções de apoio social. O estágio em que acontece a PG também pode influenciar a percepção que a própria mulher tem do evento (Mulvihill & Walsh, 2014; Volgsten et al., 2018). Este fenômeno aparentemente se manifesta num tipo de narrativa na qual a mulher refere que o AE é a interrupção de uma gravidez e não a perda de um filho. Da mesma forma, no senso comum o próprio luto é concebido como um processo que tem sua gravidade e duração determinadas pela altura da gestação em que se deu a perda, como se esta definisse a qualidade do vínculo entre a mãe e o filho antes do nascimento (Meyer, 2016). A ideia seria que quanto mais cedo a PG acontece, mais rápido a mãe deveria ser capaz de se recuperar de sua dor.

A figura do parceiro tem grande influência na evolução do PL da mulher, podendo representar um refúgio quando o apoio proveniente de familiares e amigos é problemático e tem efeitos negativos (Randolph et al., 2015). As evidências indicam que questões de gênero e noções sobre o que seria um comportamento típico masculino face a uma PG (Mulvihill & Walsh, 2014) moldam atitudes e expectativas. Segundo as autoras, homens acreditam que precisam ser fortes para dar suporte à parceira e supostamente não sabem como, nem precisam, expressar sentimentos (Dyer et al., 2019). Segundo Muza et al. (2013), é comum, no contexto hospitalar, o foco dos cuidados estar voltado para a mãe, enquanto que ao pai imputa-se o papel de apoiá-la sem que sejam levados em consideração seu luto e dor. As autoras afirmam que há negligência na qualidade da comunicação da morte do filho ao pai, que se traduz em mensagem brusca e violenta, sem espaço para qualquer tipo de manifestação paterna. Segundo as autoras, a partir deste lugar de apoiante o pai pode experimentar um sentimento de impotência e uma sensação de que falhou, em contrapartida

as mulheres esforçam-se para evitar chatear seus parceiros ao partilharem seus sentimentos (Mulvihill & Walsh, 2014). O que se vê é um cenário pobre em comunicação e fértil para desencontros e potenciais mal-entendidos, tema muito pouco explorado na literatura científica (Muza et al., 2013). Para Sohr-Preston et al. (2018) há evidências de que homens carecem de conhecimento e informação sobre a complexidade da experiência da PG como também suas causas e este seria um fator que poderia influenciar a qualidade do suporte oferecido pelos parceiros.

Numa revisão literária sobre o aconselhamento oferecido a mulheres que passaram por PG (Randolph et al., 2015) evidencia-se a predominância de um sentimento de desamparo entre as enlutadas no que respeita ao apoio oferecido por parceiros e familiares que, segundo o artigo, prioritariamente manifesta-se de maneira insensível através de mensagens repletas de boa intenção, mas que menosprezam o significado da perda.

Uma questão pertinente que emerge é se patologizar o luto também seria uma forma de negação do processo. Este é o ponto central de um estudo qualitativo realizado na Noruega que aborda o fato de que é preciso espaço para processar a perda e também uma política de saúde que dê direito à licença médica (baixa médica), dois temas que emergiram em entrevistas realizadas com pais que haviam passado pela experiência de ter um filho nado-morto (Kristvik, 2022). O estudo chama atenção para o fato de que apesar de o luto encontrar-se nas categorias nosológicas do DSM-5, no referido país isso ainda não legitima o direito aos enlutados de estar de baixa na fase aguda do período pós-perda, a não ser em casos de diagnóstico de depressão, instabilidade emocional e psicológica, o que automaticamente patologizaria um processo que está supostamente na ordem da normalidade (Barbosa, 2010; Freud, 1914/2013; Worden, 2013). É essa dialética entre o luto patológico e o normal, a problemática presente no estudo que questiona o porquê de o direito a um tempo de luto para

processar a perda precisar passar pelo aval da medicina, considerando-se o luto um evento basal do percurso vital humano. Para a autora, essa questão aumenta os riscos de os diagnósticos psiquiátricos tornarem-se arbitrários, enquanto uma política pública voltada para a elaboração do luto na PG não é estabelecida no referido país.

Há também processos intrasubjetivos que podem influenciar a vivência deste tipo de luto na esfera social. Hazen (2003), em estudo realizado com 15 mulheres, aborda como as respostas dos outros influenciam a experiência do PL. O resultado encontrado indica que a enlutada pode ter uma percepção (que pode ser de natureza fantasiosa ou real) de uma desaprovação social por ter perdido o bebê e isso pode afetar a forma com que interpreta a reação das pessoas e a qualidade do apoio oferecido.

A partir do conceito de ostracismo, definido como uma sensação de exclusão social e de ser invisível na relação com os outros, um estudo realizado no contexto estadunidense, com um grupo de 97 mulheres com idades que variavam entre 18 e 87 anos e que vivenciaram pelo menos uma vez o AE (Wesselmann & Parris, 2022), concluiu-se que há relação entre esta sensação de invisibilidade e sintomas de estresse pós-traumático na experiência do AE. Segundo o estudo, o silêncio imposto socialmente e mesmo o comportamento de familiares e amigos que, constrangidos e/ou receosos em dizer algo inadequado, evitam falar sobre a perda e o pesar (Dyer et al., 2019), podem facilitar o adoecimento psicoemocional da enlutada.

A interseção entre as dimensões da ausência de apoio e da negação social em relação ao PL evidencia-se no contexto médico-hospitalar quando o termo “produto da concepção” é usado por profissionais ao referirem ao filho perdido, expressão que, segundo as mães, desumaniza a experiência da PG ao não considerar o embrião um filho (Mulvihill & Walsh, 2014). O descarte do corpo do NM como lixo hospitalar e/ou a sua incineração; a convivência

da enlutada com outras mães e seus recém-nascidos saudáveis no espaço de internamento; e o martírio de ter que, por orientação médica, após ter sido informada da morte do embrião/feto, passar dias a carregá-lo no ventre até que inicie a expulsão natural (WHO, 2022a) são outros exemplos da negação do processo de luto, da ausência de apoio social e da negação de status de filho ao bebê perdido (Iaconelli, 2007).

Parte da problemática a qual incorre o reconhecimento do luto na PG deve-se à uma polêmica noção sobre qual pode ser considerado o marco decisivo do início da vida de um ser humano (Crockett et al., 2021), polêmica que se encontra no cerne também da proibição do aborto voluntário. Segundo Doka (1999), é comum encontrar pessoas que clamam pelo reconhecimento da perda de um filho, em caso de AE, e ao mesmo tempo são pró interrupção voluntária da gestação. Controvérsias à parte, para pais que acabam de perder um bebê nos estágios iniciais da gestação a ausência de consenso sobre quando, na linha do desenvolvimento embrionário e fetal, estaria este ponto de corte, pode provocar um sentimento de desamparo neste momento tão delicado em que se tem a certeza de que se perdeu um filho.

Estudo qualitativo, realizado na Austrália, com nove participantes que haviam passado por AE no período antecedente de dois anos (Rowlands & Lee, 2010), mostraram evidências que apontam para: 1) a importância da partilha com familiares e amigos que também tiveram perdas gestacionais; 2) a valorização das oportunidades de poder falar com pessoas livremente sobre a experiência e ser escutada e apoiada; 3) o fato de que há pessoas que simplesmente não possuem recursos e estratégias para lidar com o luto; e 4) os benefícios para a enlutada, em termos de saúde mental, não provém de um tipo qualquer de apoio e/ou apoiante, sendo assim, as mulheres que já haviam passado pela mesma experiência e ofereciam uma escuta sensível (possivelmente empática) ganhavam destaque nas narrativas

das participantes como mais aptas a oferecer um apoio diferenciado, como também os parceiros.

A própria experiência de PG levou Meyer (2016) em um ensaio a questionar o quanto a comunicação do suporte social marginaliza a enlutada e nega o valor do objeto perdido. Segundo a autora, predomina no discurso contemporâneo uma lógica temporal que determina que para cada evento da vida há um momento e tempo certo. Nessa cronologia imposta, que tem como parâmetros o relógio biológico, o planejamento familiar, a contagem das semanas da gestação e os marcos do desenvolvimento do feto, onde se encaixaria a morte? Meyer (2016) localiza subjacente nas mensagens essa temporalidade lógica e rigidamente ordenada: “Talvez não fosse ainda seu momento...”; “na próxima vez tenho certeza que vai dar tudo certo”; “é um sinal de que não era o melhor momento”; “foi bom ter acontecido agora, antes que fosse um bebê de verdade”. Percebe-se que as mensagens conotam ganho, ao invés de perda e que nelas há o desejo impositivo de criar uma narrativa que dê um sentido e uma ordem temporal a um evento que, na realidade, foge completamente ao controle. Neste mesmo contexto Iaconelli (2007) chama a atenção para a negação do real do bebê, que por ter morrido dentro do ventre materno perde o status de filho morto.

Falar e evitar foram as duas estratégias encontradas no estudo qualitativo, feito no contexto da sociedade espanhola, com o intuito de descobrir que formas as enlutadas encontraram para lidar com a perda. Participaram 16 mulheres que tinham em seu histórico experiências de PG, (Fernández-Basanta et al., 2021). As estratégias foram descritas pelas entrevistadas que as utilizavam nos contextos: familiar, social (amigos e pessoas que passaram pela mesma vivência) e com colegas de trabalho. Segundo as autoras, a estratégia de falar sobre o pesar promovia o alívio. Para as que tiveram um AE, poder conversar sobre a experiência dava-lhes uma sensação de que a perda estava a ser validada e que não era

preciso mentir. A ampliação do suporte social era uma consequência natural do partilhar como também o sentimento de normalidade em relação aos outros. Já a escolha pela estratégia oposta, que era a de ter um comportamento de evitação, permitia que as enlutadas mantivessem uma distância protetora dos que pudessem ter reações percebidas como negativas, como também as livravam do desconforto de perceberem a ausência de suporte social. Para essas participantes o reviver da experiência a cada vez que a narrassem também era fonte de sofrimento e, por isso, evitavam a partilha.

Perda gestacional e ambiente de trabalho

Tratando-se a PG de uma interrupção da vida no início do desenvolvimento de um embrião ou feto é pertinente referir as maneiras com que as sociedades contemporâneas ocidentais lidam com a morte, num sentido mais alargado, e que destinos dão às questões que emergem à ocasião de seu comparecimento.

Barbosa (2003) aborda a temporalidade dos diversos caminhos trilhados pela espécie humana, a partir da consciência da finitude, para “driblar” ou lidar com a morte e seus efeitos nos diversos contextos e tempos históricos. Segundo o autor, desnaturalizá-la e recalá-la foi a solução encontrada, e como atualmente a ciência é a principal fonte de respostas para os enigmas da vida, as sociedades veem-se submetidas a uma “utopia tecnocientífica” (p. 36) na qual não há lugar para a morte, nem no quotidiano, nem nos discursos artístico e literário. O imperativo é seguir a lógica causa-efeito, alinhada com a ideia de que tudo podemos na ideologia do controlo. Segundo Barbosa (2003):

Até que ponto as sociedades ocidentais, produtivistas e prometeicas, enredadas no círculo infernal da produção-consumo, convertidas axiologicamente ao êxito, sucesso, produtividade, eficácia, rentabilidade, progresso e riqueza, hipotecando a liberdade à lógica superficial e banal do hipermercado, num global império do vazio e do efêmero

(Lipovetisky, 1987, 1988), podem suportar a improdutividade, a ineficácia e o fracasso/desperdício da morte? Podem integrar a morte na sua lógica desenvolvimental? (p. 37)

Desde essa afirmação observa-se que o paradigma do desempenho, da produtividade e da sociedade do consumo impera e invade mesmo as experiências de natureza essencialmente existencial, como o nascimento e a morte. Desnaturalizar a morte, torna-la uma falha, condena todos ao lugar de responsáveis e incompetentes (Barbosa, 2003).

Considerando-se o AE um fenômeno de ocorrência comum no primeiro trimestre de gestação (WHO, 2022b) e uma perda que tem seu PL desautorizado, desprovido de direitos, reconhecimento e legitimação, (Hazen, 2003; Iaconelli, 2007; Mulvihill & Walsh, 2014; Porschitz & Siler, 2017; Worden, 2013), conclui-se que à ele aplica-se também a ausência de aceitação do enigma que carrega e a percepção de que está na contramão da lógica da vida, como se à esta a morte não pertencesse.

A experiência da PG na contemporaneidade pode induzir a mulher a sentir-se incompetente (Barbosa, 2003) no cumprimento de um suposto papel social que, segundo Hazen (2003), seria o de ser integralmente responsável pela sobrevivência do/a filho/a durante a gestação. Em seu estudo, a autora aborda as seguintes questões: como uma perda perinatal afeta o trabalho e a carreira de mulheres e como as mensagens dos outros influenciam o processo de cura. Os resultados mostraram que é da percepção (real ou imaginária) de uma desaprovação social por ter perdido um bebê, que pode derivar a dificuldade e possivelmente a impossibilidade da volta à rotina e a retomada da carreira profissional. Segundo a autora, no ambiente de trabalho é comum a expressão do pesar causado pela PG ser desprezado. Os típicos valores e expectativas que imperam neste contexto entram em conflito com as necessidades típicas de uma pessoa que está passando pela

experiência do luto. Em seu estudo, Hazen (2003) pode observar que a experiência da PG, em última instância, influenciou as participantes a engajarem-se em atividades e profissões voltadas para o cuidado ao outro, como, por exemplo, as carreiras de assistente social e psicóloga.

Kalsi e Liu (2021), em estudo realizado com uma amostra populacional de 2067 participantes sobre os possíveis efeitos da PG no mercado de trabalho feminino estadunidense (considerando as consequências que ela tem para a saúde física e emocional da mulher), propõem a seguinte questão sobre o aspecto econômico do AE: “como os abortos afetam os resultados das mulheres no mercado de trabalho, como salário e oferta de trabalho?” Segundo as autoras, os efeitos econômicos da PG nunca receberam a devida atenção dos investigadores, e o choque que uma inesperada PG tem o potencial de causar, pode ter consequências na força de trabalho da enlutada, ainda mais considerando que o AE é um fenômeno muito comum em uma etapa da vida em que uma pausa pode ter um negativo impacto no percurso profissional, a médio e longo prazo. Os resultados do estudo apontam para o seguinte: o AE impacta negativamente a carreira, o desempenho e a trajetória profissional, especialmente entre mulheres na altura dos 23-28 anos de idade, etapa em que há evidências de que o AE está associado a uma perda salarial que ronda a casa dos 2.500 USD anuais no contexto da sociedade norte-americana. A faixa etária na qual emerge este dado revela que o estágio profissional em que se encontra a profissional é determinante para que se possa mensurar este impacto.

Os aspectos relacionais no ambiente de trabalho devem ser considerados quando o assunto é PG e omitir a gravidez revela-se prática comum entre mulheres trabalhadoras que aguardam o término do período de maior risco de interrupção espontânea (o primeiro

trimestre) para comunicar ao chefe e colegas a gravidez, quando o fazem (Meyer, 2016; Porschitz & Siler, 2017).

Através de artigo autoetnográfico, no qual descrevem suas próprias experiências de PG no ambiente de trabalho, Porschitz e Siler (2017) tem como objetivo trazer à baila o quanto o corpo feminino e as vivências características a essa natureza são ignorados por prevalecer o paradigma da experiência masculina neste universo. O estudo expõe questões como: a ausência do tema (PG, AE) na literatura organizacional em contraste com a presença somente de assuntos relacionados à gravidez que chega a termo; o tabu e o caráter automático e involuntário da omissão da experiência de AE por parte das trabalhadoras; o isolamento e o sentimento de vergonha por não poder ser considerada uma bem-sucedida mãe e, conseqüentemente, os efeitos negativos disso nos níveis de produtividade laboral. Porschitz e Siler (2017) discutem a complexidade que envolve o tabu que recobre a experiência da PG no ambiente de trabalho, desvelando as diversas camadas de tal fenômeno, para chegar à conclusão que é perceptível, em suas próprias vivências, o quanto internalizaram o silêncio e os limites impostos tanto no ambiente de trabalho como para além dele, no convívio social em geral.

Objetivos

O objetivo deste presente estudo é examinar como se dá a experiência do processo do luto na perda gestacional, tendo como objetivos específicos compreender e caracterizar como é percebido do processo do luto pela mulher:

- Na dimensão da vida pessoal
- Na dimensão da vida social
- Na dimensão da vida profissional

Método

A escolha por um estudo sob o paradigma qualitativo exploratório justifica-se pela intenção de melhor compreender a forma e natureza de um fenômeno (Conceição, 2021), como também a complexidade e a subjetividade da experiência individual (Laville & Dionne, 1999; Millward, 2010). No caso do luto na PG essa abordagem é pertinente por tratar-se de uma vivência pouco investigada em suas especificidades e que, portanto, é um tema que ainda necessita ser explorado.

A força deste tipo de estudo está na recolha de novos dados e informações, que emergem das narrativas, que podem ter como efeito o incremento do conhecimento sobre o objeto estudado e a aquisição de saberes inéditos que poderão agregar fundamentos tanto à construção de instrumentos e métodos de investigação, como à formação técnica profissional para o atendimento às enlutadas, propiciando avanços no campo das ciências humanas (Conceição, 2021; Laville & Dionne, 1999). Segundo os autores no estudo qualitativo não há a pretensão de um entendimento exaustivo do fenômeno, mas sim um maior aprofundamento no seu universo e caracterização, como também não há a intenção de fazer comparações e buscar relações de causa e efeito (Conceição, 2021). A ênfase está na exploração de significados, sendo assim, a proposta não é prever, controlar ou quantificar (Millward, 2010) aspectos comuns ao fenômeno da PG, pois para isso este modelo de estudo revelar-se-ia limitado. Os estudos qualitativos não permitem generalizações, mas em contrapartida possibilitam um mergulho profundo e detalhado no universo de pesquisa como também a descoberta de termos específicos utilizados pelos sujeitos, e questões determinantes para a abertura de caminhos para novos domínios de pesquisa (Laville & Dionne, 1999).

Segundo Burman e Parker (2016) “Os fenômenos psicológicos têm uma realidade pública e coletiva, e estamos enganados se pensamos que eles têm sua origem em um espaço

privado do indivíduo” (p. 1). Sendo assim, o presente estudo pretende lançar luz sobre aspectos que emergem não somente na dimensão subjetiva do sujeito, mas também nas relações indivíduo – sociedade – cultura, supondo que a vivência do luto na PG é influenciada e sofre o efeito dos contextos social, temporal e histórico em que se insere (Melo et al., 2021) e que o próprio investigador é influenciado por estes contextos.

Participantes

A seleção das participantes foi por conveniência. Das interessadas em colaborar com o estudo foram selecionadas 11 por se enquadrarem nos critérios de inclusão que são: serem profissionais que trabalham fora de casa (ou trabalhavam na altura da PG), terem passado por pelo menos uma experiência de PG e que estivessem aptas psicológica e emocionalmente a responder à entrevista, sendo capazes de revisitar momentos difíceis de suas vidas sem que isto representasse prejuízo à saúde mental (Breakwell et al., 2010). As participantes têm entre 31 e 50 anos de idade. Dez são brasileiras e uma é portuguesa. Todas residem em seus países de origem com exceção de uma brasileira, que vive no Canadá, onde passou pela experiência de PG. Entre as entrevistadas uma também teve a experiência de uma gestação ectópica.

Os dados sociodemográficos e clínicos das participantes são apresentados na Tabela 1:

Tabela 1 - *Dados sociodemográficos e clínicos (N=11)*

Participantes	Idade	Estado Civil	Profissão	Habilitações Literárias	Número de PGs	Trimestre da PG	Filhos Vivos	Saúde Mental
P1	34	Casada	Engenheira Química	Licenciatura	1	3º	1	Depressão
P2	38	Casada	Psicóloga	Pós-Graduada	2	1º	1	Depressão
P3	43	União Estável	Designer	Superior Incompleto	1	2º		<i>Burnout</i> , Ansiedade, Depressão, Síndrome do Pânico
P4	31	União de fato	Restauração	Secundário	3	1º	Grávida	Depressão, Ansiedade, estresse pós-traumático, Síndrome do pânico
P5	32	Casada	Advogada	Licenciatura	2	1º	1	Depressão, Ansiedade
P6	38	Casada	Psicóloga	Pós-Graduação incompleta	1	1º	1	Ansiedade
P7	39	Casada	Analista de risco bancário	Licenciatura	1	1º	2	Depressão pós-parto
P8	34	Casada	Terapeuta da fala	Pós-graduada		3º	1/grávida	--
P9	42	Casada	Administradora	Pós-graduada	4	1º	1	Depressão, Ansiedade
P10	50	União Estável	Diretora Artística de audiovisual	Licenciatura	1	1º	0	Depressão
P11	36	Casada	Advogada	Pós-graduada	1	1º	1	Depressão

Nota: os dados sobre saúde mental foram fornecidos através de autorrelato

Instrumentos e procedimentos de recolha de dados

O instrumento utilizado foi a entrevista semiestruturada, pois no material recolhido busca-se semelhanças entre as vivências, como também pretende-se revelar a diversidade das experiências (Breakwell, 2010b) e para isso a flexibilidade estrutural de tal recurso permite mais liberdade e menos uniformidade nas perguntas e respostas (Laville & Dionne, 1999). Entre suas características estão a ausência de rigidez na ordem das questões e a possível inclusão e também exclusão de perguntas no decorrer da entrevista (Breakwell, 2010a), durante a qual a participante é estimulada a desenvolver sua narrativa de forma autobiográfica, nunca orientada ou influenciada pelo investigador que assume uma posição neutra e discreta (Laville & Dionne, 1999), sinalizando à participante grande interesse por sua história com total suspensão de juízo de valor.

Este tipo de instrumento permite uma maior proximidade entre entrevistador e entrevistado (Laville & Dionne, 1999), o que uma entrevista estruturada não permitiria por seu caráter rígido. Segundo os autores o objetivo é conhecer as representações e significados do universo simbólico das participantes, bem como seus valores e crenças. Resumidamente o instrumento foi escolhido por sua flexibilidade e também por ter o potencial de obter respostas de caráter pessoal e subjetivo.

Com o intuito de encontrar mulheres que estivessem disponíveis a participar do presente estudo, foi criado um post em duas contas no Instagram: uma é geradora de conteúdo para mães que amamentam e procuram por informações quando enfrentam dificuldades nesta tarefa e a outra é a conta pessoal da investigadora. O post continha as seguintes informações: “Sou mestranda em Psicologia Clínica na Universidade Lusíada de Lisboa, em Portugal, e este é o tema da minha Tese de Mestrado. Estou à procura de mulheres que estejam dispostas (e para as quais seja possível) a falar sobre a experiência do luto na perda gestacional sem prejuízo à saúde mental e emocional. O objetivo da minha

investigação é ampliar a compreensão desta vivência tão pouco reconhecida socialmente, a dor da perda de um filho antes de seu nascimento.

Para formular minha Dissertação de Mestrado preciso fazer entrevistas com o intuito de recolher depoimentos (anônimos) que possam ajudar a perceber a singularidade desta experiência. O único critério de inclusão ao qual as participantes devem atender é o de serem profissionais que trabalham em meio empresarial/corporativo. O sigilo e o anonimato estão eticamente garantidos neste projeto, sendo assim o nome das participantes não será revelado publicamente. Será realizada uma entrevista, que será transcrita e da qual serão retirados os trechos que ilustram as especificidades da vivência do luto em nossa cultura. Se quem me lê neste post desejar contribuir para este estudo, e atender ao critério de inclusão, peço que por favor não manifeste interesse pelos comentários e sim por mensagem direta, tanto pelo perfil do [@amamentareh](#) quanto pelo meu perfil pessoal [@chrisnicklasreal](#). Igualmente, se você conhece alguma mulher que passou por esta vivência e pode contribuir com a investigação eu agradeço se puder compartilhar este post. Agradeço de antemão a atenção e o interesse!”

Depois do primeiro contato pelo Instagram, as participantes receberam um e-mail (apêndice 1) contendo explicações sobre as etapas do processo e um documento de consentimento informado (apêndice 2), cuja resposta deveria ser enviada por e-mail à investigadora.

As entrevistas foram agendadas com as participantes, em dia e horário adequados à disponibilidade de cada uma, e foram realizadas à distância através de uma plataforma digital de vídeo conferência denominada Streamyard. Imagem e áudio foram gravados em vídeo, para posterior transcrição integral, com riqueza de detalhes quanto aos silêncios, os lapsos, as hesitações, emoções, sentimentos e comportamentos observáveis através de manifestações claras, como choro, riso, sorriso... (Dallos, 2010).

Na primeira etapa da entrevista todas responderam a um questionário sociodemográfico (apêndice 3), para melhor caracterização do perfil de cada participante.

O inquérito online anónimo cumpre os procedimentos habituais deste tipo de recolha de dados e adere às boas práticas clínicas de investigação em seres humanos. Todos os participantes deram o seu consentimento informado e os dados foram protegidos de acordo com a lei portuguesa, conforme estabelecido na Lei Nacional de Proteção de Dados (nº67/98 – Diário da República, I Série A, nº247, 26/10/1998). A participação foi voluntária e as participantes podem desistir a qualquer momento sem que seja solicitado um motivo. De acordo com o conteúdo da proposta de pesquisa, não foi previsto nenhum risco de dano por participar deste estudo.

Um termo de confidencialidade foi tratado, assim como a autorização para que a conversa fosse gravada somente com o objetivo de poder ser transcrita, não podendo, sob nenhuma hipótese, ter seu conteúdo trazido à público integralmente, assim garantindo a privacidade e o sigilo das informações partilhadas no seu decorrer. No registo escrito de cada entrevista foi garantido o anonimato através do uso somente da letra inicial do primeiro nome, dada a sensibilidade do tema abordado. Do texto transcrito foram retirados trechos que ilustram as áreas temáticas, para posterior análise de conteúdo (Laville & Dionne, 1999).

Na segunda etapa iniciou-se a entrevista semiestruturada com cada participante (apêndice 4), que contou com 8 perguntas e teve duração média de 60 minutos.

Todas as entrevistas iniciaram com uma pergunta aberta: “Conte-me como foi a sua experiência com a PG?” e as intervenções seguintes seguiam o fluxo de ideias do interlocutor, limitando-se apenas por garantir que certos temas (Laville & Dionne, 1999), importantes para o estudo, fossem abordados sem que houvesse prejuízo à narrativa. Segundo os autores, crucial é o equilíbrio entre a preservação da espontaneidade da narrativa, das

demonstrações de afetos, sentimentos e emoções, além da lógica e estrutura que fundamentam a construção de um sentido.

No início da entrevista a investigadora recordava à participante que a conversa estava sendo gravada e que a qualquer momento poderia ser interrompida, caso causasse algum desconforto ou sofrimento psicoemocional.

A investigadora disponibilizou seus contatos, telefônico e endereço de e-mail, disponibilizando-se a ajudar, caso fosse preciso, encaminhando a um profissional que pudesse oferecer o devido suporte psicológico às participantes que sentissem algum tipo de instabilidade emocional, consequência da participação na investigação.

Procedimentos de análise de conteúdo

Na etapa de exploração dos dados recolhidos executa-se um trabalho de “garimpo”, decompondo o material para depois recompô-lo (Laville & Dionne, 1999), fazendo emergir sentido e significação (Breakwell et al., 2010). O material de que se trata são os discursos que segundo Coyles (2010) são uma forma da linguagem que “constitui os blocos com que se constrói a realidade social” (p. 364). A análise e a conclusão dependem deste recorte realizado pelo investigador, resultado da relação intersubjetiva estabelecida com os participantes, para a interpretação dos dados colhidos e compreensão do objeto de estudo (Conceição, 2021).

O Modelo Misto de recorte dos conteúdos (Laville & Dionne, 1999) caracteriza-se pela ordenação de elementos agrupados dentro de um sistema de categorias que, apesar de serem pré-determinadas (Breakwell et al., 2010), como no Modelo Fechado, formam uma grade (Millward, 2010) que pode sofrer modificações a partir da análise e da interpretação do investigador, como no Modelo Aberto. O trabalho não se limita à verificação da presença ou ausência dos elementos predefinidos pelo conhecimento teórico previamente adquirido, a

possibilidade de eliminação e de ampliação do campo de categorias está no horizonte do pesquisador (Laville & Dionne, 1999).

As categorias devem ser pertinentes, exaustivas, não muito numerosas, precisas e mutuamente exclusivas (Laville & Dionne, 1999). Segundo Conceição (2021) “a categoria é uma coleção de dados semelhantes classificados no mesmo lugar, e este arranjo permite aos pesquisadores identificar e descrever as características da categoria [...] Um tema, por outro lado, é uma ‘essência’ significativa que percorre os dados [...]” (p. 72). Algumas categorias, no presente estudo, foram definidas seguindo uma lógica indutiva (Breakwell & Rose, 2010; Conceição, 2021; Melo et al., 2021), pois foram criadas depois de selecionadas as unidades de análise, que são frases ou partes de frases (citações) retiradas das narrativas das entrevistadas (Breakwell et al., 2010) que foram organizadas por temas e divididas em categorias e dimensões.

A criação e distinção de categorias significativas e a seleção de áreas temáticas justificam-se pelo entrelaçar dos componentes presentes nas várias dimensões da vida da participante, como por exemplo nos âmbitos social, moral, ético, familiar e laboral, para que se explore as percepções das entrevistadas da experiência do luto na PG nessas diversas esferas e se revele como tais forças se articulam (Breakwell, 2010a). A análise e interpretação das unidades de análise e das categorias evidenciam os elos lógicos (Laville & Dionne, 1999) e uma ligação coerente entre os temas (Breakwell, 2010a). Segundo a autora algumas áreas temáticas e componentes do sistema de categorias são pré-estabelecidos com o objetivo de servirem como fio condutor, mas outras também podem emergir a partir dos discursos, revelando novos elementos importantes para a análise dos resultados e compreensão do objeto estudado.

Para análise qualitativa do conteúdo foram utilizadas a estratégia do emparelhamento, que tem como objetivo principal comparar o conteúdo recolhido a um modelo teórico, para avaliar se há alguma correspondência.

A seguir a estruturação dos dados colhidos em áreas temáticas e categorias

Tabela 2 - *Áreas temáticas*

Maternidade	O processo do luto	A PG e o ambiente de trabalho	Busca de sentido	Apoio
Um projeto de vida; Validação; O bebê imaginado; O bebê morto; Gestações subsequentes.	(I)Reconhecimento social; Ritualização/representação; Elaboração; Fé e espiritualidade.	Ausência de comunicação; Auto-cobrança; O trabalho como estressor; O reconhecimento do luto.	Busca pela causa; Autoacusação e revolta; Oportunidade de aprendizado.	Materno; Transgeracional; Do cônjuge.

Resultados e discussão

Tendo por base o objetivo de ampliar e aprofundar a compreensão dos aspectos subjetivos da experiência do luto na perda gestacional, serão apresentados e simultaneamente discutidos os resultados encontrados, por se tratar de um estudo qualitativo exploratório. Utilizou-se o Modelo Misto de recorte de conteúdo (Laville & Dionne, 1999), através da detecção de áreas temáticas, categorias e dimensões. Entre as áreas temáticas emergentes encontram-se: a maternidade, o processo do luto, a busca de sentido, o apoio e a perda gestacional no ambiente de trabalho, esta última definida a priori.

Área temática: A maternidade

A maternidade como um elemento central na experiência feminina, efeito do discurso sociocultural (Badinter, 1985), suas normas e expectativas (Dyer et al., 2019), evidencia-se nas entrevistas das participantes 1, 4, 5, 9 e 11. Na seguinte unidade de análise a participante manifesta a sensação de ter falhado quanto ao que é esperado de uma mulher:

[...] o que eu senti era um misto de ci, deeeee frustração, de né, pelo o que tava acontecendo, de vergonha, porque parece assim, aí, não sou capaz de chegar onde elas estão chegando (ao observar mulheres com seus bebês nos braços na sala de espera da Maternidade). (P11)

Observa-se um sentimento de fracasso (Dyer et al., 2019). Esta mesma participante explica que escolheu por esperar pela expulsão natural do feto porque isso significaria que poderia engravidar de novo imediatamente. Ela descreve sua relação com a ideia de logo engravidar como “obsessiva”:

[...] aí eu falei assim “eu quero expelir (o embrião), eu quero expelir naturalmente”, porque ele (médico) falou... porque, aí, o meu, o, a, assim, NAQUELE MOMENTO! Naquele momento, começou a minha obsessão por engravidar de novo. P11

Mesmo quando a noção da maternidade, como um imperativo na vida de uma mulher, surge na narrativa como uma reflexão e em forma de questionamento, observa-se que há contextos e circunstâncias na vida nos quais abre-se margem para o desejo materno latente emergir, como sugere a participante 10:

[...] boa parte das mulheres, elas têm esse sonho de gestar, de né, criar, desenvolver um filho dentro da barriga. Eu nunca tive isso, nunca, nunca, nunca, nunca, mesmo [...], mas, né, tava super feliz no casamento, [...] e senti que poderia dar uma relaxada ali, e se viesse um filho ia ser legal. [...] E acabei meio que parando de tomar pílula e tudo, e eu acabei engravidando muito rapidamente. É, p*** susto. Ah!!! Imagina, né? Não tava nem esperando, já tava com 40 anos, 41 anos.

Um fator importante de ser citado é o aspeto contingencial da maternidade (Iaconelli, 2020) na evolução do processo de luto, que é o fato de ela ter sido desejada/planeada ou não. O desfecho da história pode ter rumos inesperados segundo a cultura do culto à maternidade como fonte de realização pessoal (Badinter, 1985). Este parece ser o caso da participante 2, que engravidou aos vinte e poucos anos e sentiu-se muito dividida quanto à decisão de manter a gestação ou de interrompe-la voluntariamente. Por fim, deixou o destino decidir, ao não tomar o medicamento receitado pela médica para interromper o sangramento que culminaria na PG. Esta participante alega que considerou a PG como um sinal, uma “oportunidade” para fazer novas escolhas e seguir caminhos diferentes daqueles que até então optara:

[...] nesse mesmo ano, eu fui embora do Brasil. Assim, falei, nossa! Não é toda hora que isso acontece! Tinha umas 5 pessoas, até conhecidas minhas, uma delas era uma amiga minha, que também engravidou na mesma época, mas eram mais velhas e daí eu

pensei: - se tem cinco pessoas grávidas e só eu perdi isso aqui é oportunidade. Vou viver minha vida! Aí fui embora. (P2)

A narrativa da participante 10 também traz este mesmo componente contingencial, mas no contexto de uma gestação tardia. Na altura dos quarenta anos, quando já nem imaginava que pudesse engravidar:

[...] eu já não tava mais esperando engravidar. Na verdade, eu nem tinha mais, é... hã, eu nunca tive muito esse desejo, essa necessidade de gestar, né? Sempre achei que se eu fosse ter algum filho, eu poderia perfeitamente adotar e eu acho que... eu ainda continuo com esse pensamento [...]

Enquanto que a participante 2, após o AE, viu-se livre para partir e viver em um outro país, a 10 dá a entender que não ter a maternidade em sua lista de prioridades ajudou-a a ultrapassar o luto:

Então acho que foi mais tranquilo (o processo do luto) porq... imagino que tenha sido mais tranquilo por conta disso, assim. Porque não foi um sonho meu que de repente acabou. Porque aí eu também já sabia que era a única chance que eu teria, porque eu já tava com 41, eu não ia tentar de novo, nem tinha tentado, não iria tentar de novo. Entendeu? Tanto que logo na sequência eu já coloquei um DIU.

A participante 3 reflete sobre o que morre quando há a interrupção de uma gestação:

[...] não morre um filho, morre um futuro, morre as expectativas, mor... morre os sonhos da gente... morre o quarto, morre o nome, morre a festa de um ano, morre... morrem os avós porque eles não vão ser avós, vão ser só meus pais. É isso.

Com essa declaração ela chama a atenção ao que se perde, que está para além do objeto amado, e que tem a ver com o lugar que cada um ocupa em relação a ele (Kehl, 2013, p. 11) e também às operações psíquicas (Bernardino, 2020) de natureza simbólica necessárias para que a mulher entre em estado de prontidão (Winnicott, 2000) para a chegada

de um filho/a que também se evidenciam nas narrativas das participantes 3, 4, 7, 8, e 9. É possível observar que este estado de prontidão pode se armar com grande rapidez, como no caso da participante 9 que, à véspera de descobrir que já não havia batimentos cardíacos, recebe a notícia de que o bebê tinha Síndrome de Down. Em 24 horas ela foi capaz de imaginar como seria uma vida viável para este filho:

[...] então na minha cabeça o que que eu comecei... aí eu já comecei a aceitar isso na minha cabeça. Então “ah, vou entrar no grupo de mães com Síndrome de Down, vou fazer terapia nós três” porque eu, o I. (marido) e a A. (filha viva) pra poder lidar com a sociedade em relação ao bebê, e não a gente, mas assim as pessoas em relação a isso, “vou falar com a minha amiga, porque minha amiga teve um bebê com Síndrome de Down, vou conversar com ela pra ela me dar umas dicas”, então na minha cabeça, já tava assim, formando um mundo com um bebê com Síndrome de Down. [...] Aí (no dia seguinte à notícia) quando ela (a médica) foi fazer o ultrassom (durante a consulta), o bebê já tinha parado, ele já tinha parado.

Vale destacar a expressão usada pela participante 9 quando se refere ao grupo de apoio onde encontraria “mães com Síndrome de Down”, fazendo uma involuntária menção à díade mãe/bebê no estágio inicial em que há uma vinculação de intensa identificação. Em contrapartida a participante alega que na terceira gravidez, quando também foi detetado um embrião com Trissomia 21, optou por voluntariamente interrompe-la, evidenciando que o tal estado de prontidão não está garantido pelo laço biológico entre mãe e bebê:

[...] eu vou ser bem sincera, eu não tinha feito todo esse preparativo que eu tinha feito da primeira, de aceitar a Síndrome de Down. Eu não, não dou conta mais, não dou conta nem de um... acho que de um outro filho, não sei. Acho que eu já tava revoltada, sabe, com tudo. E aí ela (médica) falou, bom, aquela conversa toda que nós tivemos “se vocês quiserem (interromper a gravidez) ...”, falei “quero, eu quero, pode marcar. Eu, eu não

dou conta disso, eu não quero. Não quero passar por isso, não me preparei mais. Eu tô cansada, não sei se eu quero outro filho”.

Um dado relevante encontrado nas narrativas das participantes 3, 6 e 8 é a necessidade de ter o status de mãe reconhecido socialmente, especialmente quando a PG ocorre no primeiro trimestre de gestação. O encadeamento de lutos (Barbosa, 2010) a partir do primário (a PG) pode ter como efeito a busca de validação do status materno, no sentido em que a enlutada não abre mão de ser considerada uma mãe. Esta seria uma perda simbólica secundária (Barbosa, 2010), no sentido em que perde-se um “ideal, uma expectativa, uma potencialidade” (p. 488). Assim sendo, o luto secundário seria ter que elaborar a perda deste “lugar” de mãe no âmbito do discurso social, especificamente nos casos em que a mulher não consegue mais engravidar e ter filhos, como é o caso da participante 3:

[...] eu não fui mãe por quatro meses, entendeu? Eu SOU mãe de alguém, que morreu, mas eu sou mãe de alguém. E as pessoas não conseguem enxergar isso. [...] E as pessoas acham que eu sou louca por causa disso eu acho. Não que eu fique falando sozinha com uma criança que não existe, não é isso, mas a sensação... é isso, é um... é uma presença, constante.

Observa-se aqui que a validação da maternidade nos casos de PG precoce (no primeiro trimestre), quando não há ainda evidências físicas observáveis do estado gravídico, depende da comunicação para sua legitimação (Meyer, 2016).

Nas narrativas das participantes 6 e 11 surge um elemento interessante que é um elo que se cria entre o filho perdido e o bebê que nasce em uma gestação subsequente. A participante 6, que estava grávida na altura da entrevista, diz que “emendou” as duas gestações:

[...] esse bebê do aborto era para tá nascendo agora, entendeu? Agora, nesse mês, por esses dias, eu não me lembro exatamente da data provável do parto, mas era sim,

meados de outubro, por agora, por esta semana. E aí essa semana começou a me bater uma ansiedade, sabe? Assim, né, de ficar de saco cheio já, assim. “meu Deus, esse bebê só vai nascer em março, eu ainda tenho isso tudo pela frente” (risos) “mas meu Deus né, porque, né, eu tô assim e tal?”. Daí eu: “claro, eu tô nesse universo de gravidez, já, eu tô numa, numa continuidade”, porque foi: vamos engravidar, engravidei, perdi o bebê, investiguei a questão né, do aborto, terminei a investigação do aborto, engravidei e tal, né, e assim, assim, assim, assim, então é, é isso que é, eu meio que... emendei.

A participante 11 faz o seguinte relato sobre o seu filho vivo:

Parece que assim, é... o J (filho vivo) é a continuação dessa história que eu tô te contando, assim, literalmente. Em muitos momentos elas se entrelaçam, assim, é... não só pra mim. Uma semana antes d’eu descobrir que estava grávida do J, que seria... que era a semana... que se, seria na semana seguin, uma seman, a semana que antecedeu a data prevista do parto da primeira gestação, o meu marido sonhou com um bebê, uma menininha que tava dando tchau pra ele. Assim, uma bebê, bebezinha, mas a bebê tava tipo se despedindo dele, [...]

Tais relatos fazem emergir a percepção por parte da enlutada de uma continuidade entre a experiência da PG e as subsequentes tentativas de engravidar, como também possíveis gestações.

Reflexões e preocupações em relação a uma subsequente PG e uma nova gestação emergiram nas narrativas das participantes 1, 6, 5, e 11. A sensação de não estar preparada para uma nova gestação, e não aceitar a pressa por logo engravidar, no sentido de que ela não representaria uma oportunidade de recuperação (Dyer et al., 2019), é narrada na seguinte unidade de análise: “E depois de seis, uns médicos recomendam até de 4 meses, você pode voltar a querer ter outro filho. Eu não tinha condições psicológicas de ah! Pronto! Perdi, vou pra próxima. Não é assim que funciona!” (P1). A mesma participante descreve o seu esforço

para manter-se estável (Bailey et al., 2019) nos primeiros meses da sua segunda gestação que terminou por ser bem sucedida: “Uma luta comigo mesma, pra, pra tentar não passar isso é né, esses três trimestres de forma péssima, digamos assim [...]”

Para a participante 6 a nova gestação tem o efeito reparador (Dyer et al., 2019), como fica evidente na seguinte unidade de análise: “Então essa questão de eu ter conseguido engravidar de novo, de eu estar grávida já de novo ajudou muito, muito, sabe? Muito, né, no sonho de ter mais um filho, e tal. Então, assim, ajudou nessa superação, sabe?”

Nos depoimentos das participantes 1, 3, 8 e 10 observa-se o fenômeno da relação com o filho morto em diferentes momentos: no dia do parto (1 e 8), nos meses subsequentes à PG (3) e enquanto o embrião morto ainda se encontrava no ventre materno. Na narrativa das participantes 1 e 8, que passaram por PG mais tardia, observa-se o efeito que tem a possibilidade de despedir-se e entrar em contato com a materialidade do corpo do bebê (Muza et al., 2013), como “prova de realidade” (Freud, 1914/2013, p. 25). A participante 8 chega a descrever seu estado de incredulidade: “[...] E a gente ficou ali naquele desespero, naquela vontade de... parece cutucar ele, pra ele, pra ele viver, né? Mas não tinha jeito. (chora muito) [...]”. No depoimento da participante 3, é possível observar o prolongamento da existência/presença do bebê morto, como componente importante para a elaboração do luto (Stroeb & Schut, 1999). Já na narrativa da participante 10 observa-se a redução do valor do embrião a um “gambá morto”, consequência do longo tempo que teve que passar com ele em seu ventre depois de ter ciência de sua morte:

Eu falava do gambá, né? Pra mim era o.... a, a é, a maneira que eu falava era essa, assim. Com, de uma maneira muito pejorativa, óbvio, e, mas assim, “cara, não, esse negócio não vai sair daqui? Eu tô esperando ele sair!”. [...] a aflição de ter alguma coisa ali que não, num, num era mais, pra tá [...]

A nova gestação e o filho que nasce depois da experiência da PG podem ganhar um sentido reparador para a enlutada, como referem as participantes 1 e 4:

[...] a minha segunda filha, a L., ela veio sim, pra me trazer tudo que eu como mãe, que já era, imaginava pudesse ter de fato, a minha filha no colo. Então essa dor, ela foi amenizada (P1)

Disseram-me que estava tudo bem e que quando quisesse, quando estivesse preparada, se eu quisesse, hã, podia voltar a tentar. Bem, na altura, não... por um lado eu queria porque continuava a ser um sonho meu ser mãe, mas por outro lado era como se eu estivesse a, a tentar substituir, hum..., é uma coisa que não dá para substituir. (P4)

A seguir, na tabela 3 encontram-se as categorias, dimensões e unidades de análise que ilustram o processo da construção da maternidade e os efeitos da PG:

Tabela 3 - *Área temática: A maternidade*

Categorias e Dimensão	Unidades de análise
Um projeto de vida	
A lugar da maternidade no projeto de vida, aspetos referentes à idealização do status materno, à linhagem familiar, o papel social a ser assumido e o planeamento familiar	<p data-bbox="562 363 2033 496">“[...] o preenchimento que você imagina para a sua vida, né? A, a, o sentido para a sua vida, ele se encaixa sim, a partir do momento que você tem uma outra vida na sua vida... Porque ela (bebé) trouxe sim na minha vida, mudou a minha vida, é ... me tornou mãe, uma mãe diferente [...], mas como eu disse, eu me senti privilegiada depois porque eu pude sentir a paz, mesmo não tendo ela comigo, mesmo não vivendo com ela, não tendo ela nos meus braços.” P1</p> <p data-bbox="562 533 2033 665">“porque sou de uma família que todos nós gostamos muito de crianças e de casa cheia e essas coisas. E não é por acaso que a minha irmã tem 3 filhos e o meu irmão tem 4, uma família grande que gostamos muito de estar todos juntos, ter sempre bebês, hã, e chega uma altura, embora sempre fosse uma coisa que eu quisesse, eu mesma, chega uma altura em que, então, mas eu agora já tenho 31 anos e ainda não tenho nenhum.” P4</p> <p data-bbox="562 702 2033 868">“Ah, tudo, vou engravidar; vou sair do trabalho e vou engravidar, vou ser mais feliz. Às vezes a gente se... constrói aquela ideia e não é bem assim, [...] Eu botei todas as minhas fichas naqueles acontecimentos, naqueles dois positivos, e achei que ia ser a realização da minha vida, [...] E eu não sei se tô errada em colocar todas as minhas fichas no engravidar, sabe? As vezes eu acho que eu deveria seguir com a minha vida, fazer, ter meus projetos, e se isso acrescentar, legal, vai ser muito legal. E se não acrescentar também, eu tenho outras coisas para ser feliz.” P5</p> <p data-bbox="562 904 2033 973">“eu sempre na minha cabeça quis ter três filhos, então na minha cabeça era sempre três filhos. Só que quando eu casei, meu marido falou: - não, três eu não dou conta, vamos entrar em um acordo: dois.” P9</p> <p data-bbox="562 1010 2033 1174">“Tudo muito planejadinho, muito certinho, né? Tanto é que, é... nós compramos um outro apartamento, que é onde eu vivo hoje, que é um apartamento maior, que já tinha os quartos é... [...] Tipo um quarto é pro, pro meu filho da barriga, um quarto pro meu filho do coração, porque a gente tem uma, uma, um projeto de agora [...]. Assim que o nosso filho da barriga passasse por essa fase que demanda mais a mãe, o pai, mas a gente já se habilitar num processo de adoção, né, então a gente ainda, é, mantém isso. Então foi tudo sempre é... muito planejado.” P11</p>
Validação	

Categorias e Dimensão	Unidades de análise
Como a enlutada percebe a validação do status, de mãe de um filho que não vingou, segundo o discurso social	<p>“Porque eu não quero esquecer. Eu não quero esquecer que eu fui mãe três vezes, sabe? Engraçado isso, assim, foi um mês e meio de muito, que existiu algo ali (chora), mesmo que foi. E é muito esquecido, porque é muito comum. O aborto espontâneo é uma coisa muito comum, né, e de tão, só que é tão comum, e não é, não é por ser tão comum, tão recorrente, que não é doloroso, ou que não é importante. O fato de ser muito comum não significa que não é muito importante. Afinal eu gerei uma vida, eu gerei algo dentro de mim naquele momento que eu fui mãe (chora). E eu fui mãe três vezes. Eu sempre tento repetir isso pra mim.” P6</p> <p>“Quando alguém pergunta pra mim quantos filhos eu tenho, eu falo que tenho três, que eu tenho a L. aqui comigo, e tenho dois anjinhos no céu, né? Então, assim, eu acho que eu aprendi isso, por que às vezes a gente não pode deixar... por mais que aquele de nove semanas era pouquinho, a gente, ele é, ele foi... ele é meu filho, né? Então eu conto com ele.” P8</p>
O bebê imaginado	<p>O processo de construção do estado de prontidão materna para a chegada do bebê, ao lugar que lhe é simbolicamente reservado</p> <p>“você planeja, você já tem um amor, você já, é sei lá, você já conta aquilo pra sua vida. É... E que por mais que tá, é pequenininho ali na barriga, você ainda não tem ele ali no colo, mas você já... é muito amor já.” P8</p> <p>“Era uma pessoa né, já gostava até de chupar no dedo, ela era uma pessoa. Né, é louco isso né.” P3</p> <p>“Não escutava nada, mas eu via o bebê, parecia um astronauta. Era bonitinho porque era assim meio que flutuando com um cabo, assim, pra mim na minha cabeça era um astronauta.” P7</p> <p>“perder um filho sonhado também é difícil, né? [...] era uma gestação muito... foi curta, né, doze semanas, se pensar, mas a gente já tinha escolhido nome, a gente já tinha criado planos. Eu já sabia, tinha pensado “ah, vai nascer nesse dia, vai ser desse signo”. Então a gente já... tanto que, por exemplo, quando eu engravidei da segunda vez, era uma menina... é uma menina, e a gente... discutindo nome [...]” P7</p> <p>“Essa primeira experiência (de aborto espontâneo) eu não achei tão traumática, embora tenha sido a primeira, [...] Então não deu nem tempo de a gente criar um mundo, criar expectativas, porque já tava perdendo. [...] foi bem triste, mas eu não sofri...” P9</p> <p>“Eu senti as três (PG) de forma muito diferente. Porque na, a primeira, como tinha ouvido o coração, tinha visto o bebê mesmo, estava lá, tinha as perninhas e as mãozinhas e tudo... custou-me muito, muito mais. As outras não cheguei a, por exemplo e na terceira, por exemplo, eu nem cheguei a criar tanta expectativa e assim, como criei da, da primeira” P4</p>

Categorias e Dimensão	Unidades de análise
O bebê morto	“[...] começa a pensar na vida, a pensar no que a gente vai fazer. Tem que mudar, tem que comprar outro carro... começa já, tipo, primeiros dois meses já tava, né, fazendo planos pro futuro. [...]” P10
A despedida no contato com o corpo do bebê, a presença dele no período pós PG, o efeito de carregar o feto morto no ventre materno	<p data-bbox="539 357 2056 596">“[...] pedi que eu visse a minha filha, sim, assim que ela nasceu! É, eles colocaram ela do meu ladinho, é, pude vê-la, mas eu não pude pegá-la, né, naquele momento, né, que eu estava anestesiada, eu estava extremamente medicada... .. e depois que ela nasceu eu queria muito vê-la. Eu queria muito abençoa-la, né, agradecer, primeiro (emociona-se e chora de forma contida) é... por tudo que ela fez na minha vida, e ter esse momento de despedida. Então, pedi muito pra que eu tivesse autorização deee vê-la novamente. Porque foi muito breve, né, depois que ela nasceu, então eu não, não tive oportunidade de agradecer, de pegá-la, de tocá-la, de ver como era ela, né?... era 5 da manhã, que eles levaram ela para que eu pudesse conhece-la, pudesse me despedir e, né, depois seguir.” P1</p> <p data-bbox="539 628 2056 762">“Mas aí é que tá, é tão presente na minha vida como se tivesse aqui... uma criança. Porque é óbvio que vai chegar no dia vinte e nove de novembro e eu vou pensar, seria aniversário... ou no... no...ou agora taria andando, já taria começando a andar...né, agora iria fazer um ano em novembro. É assim, não tem como, eh... eu sinto... é assim, no meu coração, uma presença de um filho vivo.” P3</p> <p data-bbox="539 794 2056 1002">“Daí depois o médico falou assim se eu queria ficar com o bebê um pouquinho depois, e eu falei que eu queria. Que ele falou que era importante pra gente passar por isso, ficar um pouco com ele, e tal. Daí eu e meu marido quis, daí a gente... logo que saiu, né, o bebê, eles foram lá, é, mediram, pesaram, e depois me deram pra gente ficar ali na sala, né, depois só nós três, eu, meu marido e o bebê. Dai achei que foi bom, porque, a gente teve um momento nosso, né? (chora) A gente até tirou uma foto pra guardar de lembrança também, porque ele também sugeriu, o médico, né? Pra gente ter uma foto dele, a hora que a gen, não pra mostrar pras pessoas, pra gente mesmo, né? [...]” P8</p> <p data-bbox="539 1034 2056 1136">“Porque já não era mais, né, não era mais. Não considerava mais, um feto, nada (gesticula com o braço e a cabeça)! Daí eu falava do gambá morto. E eu tenho isso pra mim a coisa mais clara, o que mais me lembra é o gambá morto dentro da minha barriga.” P10</p>
Gestações subsequentes	

Categorias e Dimensão	Unidades de análise
O efeito da PG sobre as próximas gestações, sobre a relação com o filho vivo, questões relacionadas a tentar engravidar de novo, medo de uma nova PG, o elo entre o bebê perdido e o que nasce,	<p data-bbox="562 236 2024 336">“É, eu não tinha estrutura física, nem emocional pra viver tudo de novo, ou né? Então, eu tive esse tempo, ajuda médica, uns seis meses, e depois que eu tinha, não tinha mais auxílio de remédios, que foi de seis a oito meses, eu não tava tomando nenhum anticoncepcional é... me sentia mais fortalecida fisicamente e emocionalmente para uma nova gestação” P1</p> <p data-bbox="562 373 2024 435">“[...] a segunda gestação foi bastante difícil nessa questão emocional, que eu falava, né? [...] no sentido... apesar de estar me sentindo bem, o emocional estar me afetando” P1</p> <p data-bbox="562 472 2024 639">“Ela (médica) falou: ‘provavelmente é uma infertilidade sem causa aparente, secundária sem causa aparente.’ Não tem um motivo. Chega um ponto na medicina que os médicos não conseguem mais descobrir nada, não tem mais nada pra descobrir. [...], mas todos os meus exames, assim, têm uma coisinha, e ela falou que não é, eu não sou estéril, mas essas coisinhas atrapalham a engravidar, podem atrapalhar, mas mulheres engravidam com esses problemas também. Mas pra mim, não tá engravidando, não tô engravidando, então... engravidei, né! [...]” P5</p> <p data-bbox="562 676 2024 876">“Eu descobri que estava grávida dele (filho vivo) na semana da data prevista do parto da primeira gestação. Que era a semana que eu estava bem arrasada. É... E aí o desesperador né, na verdade, né? Porque aí você está embriagado naquele...nnnna no sentimento que você tinha que “ah! Estaria nascendo o outro”, aí você descobre que você está grávida! E aí você fica com medo de passar por tudo de novo. Porque aquele... bem no momento que você está no pico do do do senti... do do da negatividade da perda vem uma notícia que seria boa, mas você começa a é... reviver tudo aquilo e trazer para essa nova experiência.” P11</p>

Área temática: O processo do luto

Na análise do processo do luto é preciso ter-se em foco o aspecto narcísico da relação com o objeto perdido, como também o prolongamento psíquico de sua existência que é necessário ao gradual desinvestimento da libido (Freud, 1914/2013), para que esta volte a estar livre para ser investida em um novo objeto de amor. No caso da PG pode-se observar a identificação com o objeto amado evidente na narrativa da participante 3:

[...] na hora que a médica colocou o ultrassom em mim, a minha filha estava chupando o dedo... e eu chupava o dedo quando eu era criança, é.... ela era grande assim e ela estava se espreguiçando e estava chupando o dedinho. Eu falei, é realmente minha filha [...]. Era uma pessoa né? Já gostava até de chupar o dedo, ela era uma pessoa. Né, é louco isso né?

Vale destacar que, ao final da entrevista, a participante admite que apesar de ter sempre referido ao bebê perdido no feminino, nunca fez o teste de sexagem do feto, como explica na unidade de análise a seguir:

[...] nem é a certeza absoluta que era menina, a médica achava que era, a doula achava que era... pela posição do útero e porque a médica viu rapidinho ali e porque o meu coração me dizia que era, então...

A noção do luto como um processo que, apesar de contemplar fases (Bowlby, 1982) e tarefas (Worden, 2013), é também dinâmico, errático (Barbosa, 2010), não linear e segundo Stroebe e Schut (1999) não necessariamente precisa ser superado (curado), caracterizando-se inclusive por ser oscilatório, fica evidente na narrativa da participante 9, que se surpreende durante a entrevista:

[...] eu não sei porque eu chorei agora, porque pra mim tava tudo bem. Eu achei que tava tudo bem resolvido, sabe? Porque eu pensei “não, eu não vou ter outro filho”, porque realmente é isso, a minha razão fala “não dá pra ter outro filho por causa da

idade, por causa da pressão, porque tá muito grande a distância e tudo”. Mas eu me emocio... eu não aceitei, eu não aceitei completamente, né, então é isso que eu preciso trabalhar comigo, e é isso o que eu tenho feito (chora). Porque eu não vivi o luto, porque eu escondi por muito mesmo, porque eu guardei na caixinha só pra mim.

Uma estratégia de *coping* (Stroeb & Schut, 1999), na qual evidencia-se uma oscilação entre momentos de pausa e trégua e outros de confronto, parece emergir na narrativa da participante 5:

[...] chega num ponto que falar sobre o que acontece comigo, dos meus sentimentos e do que eu tô sentindo, que não sei.... Chega um ponto que me faz mal, porque parece que eu não consigo lidar com o que eu mesma falo. Às vezes eu internalizo tantas coisas que tão acontecendo comigo, que eu deixo elas no baú, lá no fundo do baú, e que se eu lembro delas tudo volta a tona, e eu volto a ficar mal de novo. Então se eu não falo, parece que tá tudo bem. Mas aí tem períodos que volta tudo com força, né?

Entre as especificidades da experiência da PG a ênfase na dimensão do reconhecimento social do processo de luto parece pertinente, pois surgem questões importantes nas narrativas das participantes a serem discutidas no presente estudo. A partir dos conceitos de “luto não autorizado”, “perda socialmente negada” e “perdas socialmente não expressas” (Worden, 2013, p. XII) destaca-se unidades de análise que carregam indícios de que para que a enlutada possa elaborar a perda vivida há um componente facilitador que é a presença, no discurso social, da legitimação tanto de seu pesar como da real existência do objeto de amor perdido (Doka, 1999). Segundo a participante 8, que teve um aborto espontâneo, há uma expectativa/cobrança dos outros para que logo se recupere:

Isso. Como se não fosse nada. E depois a gente volta também, ninguém tá muito aí, assim, “ah, não... é pouquinho semana mesmo (no caso do AE), não é, não é muita

coisa, e você tem que tá bem, com saúde. Logo você pode engravidar de novo!”, nesse sentido, sabe? Não dão muito... porque é pouco tempo (de gestação).

Quando este componente do reconhecimento não está presente, o custo recai sobre a enlutada:

[...] as pessoas acham que a gente tá louca porque a gente... “Ah você não vira a página! Você não vira o disco, você... ah não deixa essa... esse espírito ir embora”, já foi embora faz tempo né?! Só estou lembrando né!? Porque é que essas pessoas podem lembrar de um marido que morreu, podem lembrar de um... de um primo que morreu, podem falar né... e eu não posso falar só porque ela era... ela era pequenininha? (P3).

Observa-se nesta unidade de análise um componente importante, que é a percepção por parte da enlutada de que sua saúde mental está a ser posta em causa. A participante 2 e esta mesma participante 3 descrevem outras duas situações nas quais foram questionadas sobre estarem a “inventar” uma gestação: “[...] depois de um mês (da PG) eu fiz um ultrassom, até o médico chegou e perguntou assim: - nossa, tem certeza que tava grávida?” (P2)

[...] só que quando eles fizeram esse ultrassom, [...] a menina que tava fazendo o ultrassom em mim, ela... perguntou assim para mim, é: ... “Quem falou para você que estava grávida, não tem nada aqui!”. Eu, abraçada com as minhas pastas assim, com todos os meus ultrassons, [...] Aí... eu falei: “Tá aqui!”, ela falou: “Mas que exame você fez para comprovar que você estava grávida?”. Eu comecei a ficar num estado que eu achei que eu fosse... sair da casinha! [...] (P3)

A representação simbólica de uma perda é uma forma de processar o luto no contexto do laço social (Iaconelli, 2007; Mulvihill & Walsh, 2014). Para as participantes 3, 4, 6, 8 e 11 objetos preciosamente guardados, como num relicário, são provas da existência do filho perdido, como afirma a participante 3:

[...] eu fiz essas coisas pequenas (pulseira, bordado...), mas que hoje são importantes para mim, para lembrar que...para lembrar aquela felicidade. Para... para validar a existência da minha filha, entendeu...?

Ganha especial importância guardar objetos que sirvam de recordação do filho perdido quando este não recebe o *status* de filho no discurso social (Iaconelli, 2007).

A participante 7 dá um depoimento sobre como ritualizou e representou de forma muito individual, singular e inventiva o seu processo de elaboração do luto, através de pinturas e da escolha de frases significativas:

[...] os dias que eu fiquei em casa, eu fiquei fazendo isso: colorindo (mostra o caderno). É, são mandalas. [...] tem uma que eu comecei naquele, tipo, naquele dia, que até hoje eu não consegui terminar. Porque eu fico assim, não! Eu tenho que saber qual que é a cor exata que vai nesse aqui sabe, aí eu não terminei, [...] eu faço de vez em quando, quando num momento de mais... que eu preciso me concentrar. Eu não sei. Tá vendo? (aponta para o desenho) Eu pintei aqui [...] esse aqui eu não pintei, o que vai combinar o que vai ser o contraste perfeito, essas coisas... sei lá os processos que a gente inventa... [...] Aí eu acabava e escrevia uma, uma frase atrás, assim, frase que eu achava na internet, ou frases de um pedaço de música, uma coisa assim. E aí foi isso o que eu fiz de diferente.

A partir dessa fala, parece que para a participante o processo ainda não acabou e que, de tempos em tempos, retorna a esta atividade para continuar a sua elaboração em torno da perda.

Enquanto que o AE e as perdas que ocorrem antes da virada do primeiro para o segundo trimestre de gestação prescindem da ritualização da morte por não haver um corpo para ser velado, nas perdas gestacionais tardias o velório torna-se viável e um elemento que pode influenciar positivamente o processo de elaboração da perda (Iaconelli, 2007; Mulvihill

& Walsh, 2014; Worden, 2013), como aponta a narrativa da participante 8, acrescida do componente espiritual da fé religiosa (Crockett et al., 2021):

[...] a gente é católico, então eu convidei o padre, [...]. Ele fez uma oração, então, assim, ele recebeu aquela parte cristã, assim, e eu acho que tá tudo bem, tá tudo tranquilo, sabe? Pra gente também, né? Então, como se fosse um batismo, assim. E,e,e,e, e a família tava junto naquele momento, que não podia entrar no hospital (pandemia Covid 19), né, lá naquele momento. A hora que eu cheguei, assim, tava todo mundo junto [...]

A espiritualidade e a fé religiosa emergem nas narrativas das participantes 1, 3, 5, 8 e 9. Surgem evidências de que o efeito destes dois componentes podem ser antagônicos e paradoxais (Crockett et al., 2021), podendo representar sentimento de proteção e paz, milagre, traição, suporte, destino, providência e incongruência entre o esperado e a realidade, como observado na narrativa da participante 3:

[...] (sobre a descoberta da gravidez) foi a experiência assim que eu... se eu não acreditava em milagres passei a acreditar porque não... não tinha como! [...] apesar de eu estar de mal de Deu... de Deus até hoje... eu tenho que... eu tenho que admitir que milagres acontecem então [...], mas basicamente sou eu e Deus, quando a gente ficar de bem.

Neste depoimento a participante deixa transparecer sua ambiguidade, porque por um lado sente-se abençoada e por outro traída pelo seu Deus. Na narrativa da participante 5 evidencia-se que é através de diálogos com Deus que ela elabora sua frustração quanto ao não conseguir engravidar de novo: ‘E às vezes eu pego, falo assim, falando com Deus “eu não aguento mais, eu tô cansada desse assunto”, queria só me libertar disso. E no primeiro momento, me libertar disso seria engravidar logo.’

Em tom de autoconvencimento, a participante 9 refere como a lógica que encontrou em sua religião foi a resposta para tentar aplacar sua indignação:

[...] as coisas estão é... escritas, né, então eu tive que levar pro lado religioso mesmo, pra me dar uma, um suporte, as coisas estão realmente escritas, e que eu tenho que, eu tenho que dar valor, encarar aquilo que eu tenho hoje, né, aquilo que eu tenho hoje, é... que é a minha família, com uma filha, que a gente é muito feliz, e que ela me traz muita, muita felicidade, que ela me traz muita alegria, muita, muito orgulho, e que eu tenho que agradecer por isso.

A participante 1 se autodescreve como ‘privilegiada’ por ser ‘uma mãe de anjo’; a participante 3 se diz ‘abençoada’ e ‘eu até hoje eu não sei o que eu fiz para merecer’.

Observa-se também na narrativa da participante 9 o processo de elaboração/aceitação de uma perda secundária (Barbosa, 2010) desencadeada pela PG. Neste sentido, a enlutada expressa seu sofrimento e pesar por ter que aceitar, além da morte do bebê desejado, a frustração por não poder futuramente se tornar mãe de um segundo filho, que seria abrir mão de um ideal:

[...] eu não deixei meu marido fazer, porque ele falou assim “ah, eu faço a vasectomia”, falei “não”, porque aí sim vai... quando ele fala me dá um desespero. Antes quando falava de me dar um DIU me dava um desespero, porque não, calma! Hoje falar DIU “não, eu posso tirar! Na pior das hipóteses eu posso tirar!”. Não é o ideal? Não é o ideal, mas eu posso tirar. Então é por isso que eu acho que eu tô no caminho já de aceitar. Antes eu não conseguia falar do DIU, porque me dava certo desespero, hoje eu já não penso assim, porque dá pra tirar, não é o ideal, mas é. A vasectomia não, a vasectomia pra mim é irreversível, então tô indo devagarinho.... (P9)

A categoria “elaboração”, na qual emergiu a dimensão da fala como um fator importante no processo do luto (Muza et al., 2013), revelou a ambiguidade da percepção que as enlutadas têm sobre esta estratégia de lidar com o luto, pois ora expressaram-se de forma positiva, ora negativa quanto a partilhar sua experiência com familiares, amigos, colegas e

grupos de apoio. Esta ambivalência revela-se através do uso de estratégias antagônicas como optar por falar e evitar partilhar (Fernández-Basanta et al., 2021). Durante as entrevistas buscou-se apreender tal dimensão que as unidades de análise a seguir ilustram:

[...] eu aprendi que é bom falar. É difícil, eu não queria falar no começo não, mas depois eu achava que era bom, pra sair um pouco, não ficar só isso na minha cabeça, sabe? Mas eu não queria ficar falando, é meio estranho isso.’ (P8);

[...] até então eu achava o contrário, que guardar era... acabou, enterrei, acabou. Não. Eu entendi com a minha psicóloga, essa nova psicóloga, que falar tá sendo melhor, porque aí sim, parece que eu tô vivendo mesmo, sofrendo, sofrendo igual a gente fez agora, mas pelo menos eu vou minguando esse, esse negócio, eu vou passando por esse luto.’ (P9);

Eu fiz por três meses (terapia) só... e aí eu quis parar que eu falei: “Oh, tamos chegando num ponto que... eu estou ficando aflita, quando chega terça-feira às seis da tarde, porque eu sei que eu vou falar da minha perda e eu acho que eu não quero mais falar disso por enquanto... tá me... começando a me gerar uma ansiedade ter hora marcada para falar disso.’ (P3).

Procurar falar emerge como uma oportunidade de construir uma nova narrativa, no sentido de que mais importante que lembrar é recontar, reescrever, reconstruir a história (Lacan, 2009, p. 24):

Só que dois ou três meses depois de você ter um aborto espontâneo bem inicial, não, já passou pra todo mundo, entendeu? Então eu não falava. Eu não falei. Não tinha muito mais o que dizer. E eu ainda queria falar. Eu ainda queria contar essa história, sabe,

talvez. Não que tivesse carregada de tanta tristeza, mas é engraçado, queria contar, eu queria falar. (P6)

Nesta mesma categoria “elaboração” a participante 1 comete um ato falho (Freud, 1901/1976) ao mencionar o motivo pelo qual escolhe por não falar com as pessoas significativas sobre a PG: ‘Não é que eu não queria falar... eu não queria ver as pessoas, eu não queria me sentir é.... com pen... as pessoas, tivessem pena [...]’

A menção interrompida ao sentimento de pena que supostamente sentiria pelos outros aparece de forma explícita em outro momento de sua narrativa:

[...] eu considero que a dor das outras pessoas, foi algo que... ver nos olhos das pessoas que a gente ama a dor... (chora) é pior do que sentir a própria dor. [...] Pro meu pai, (sorri com tristeza) também foi muito difícil, ver nos olhos dele a dor, e.... ele sim, sentiu da forma dele, mais calado, mais contido.

Na tabela 4 encontram-se as categorias, dimensões e unidades de análise que caracterizam como o processo do luto é percebido pelas participantes:

Tabela 4 - *Área temática: O processo do luto*

Categorias e Dimensão	Unidades de análise
(Ir)Reconhecimento social Como a enlutada percebe a legitimação de sua perda e de seu pesar pelo discurso social	<p data-bbox="506 379 2063 443">“[...] ela (avó) falou: ‘Ai que pulseira é essa?’, eu falei: ‘É a pulseira da... do... do meu bebê.’, ela falou: ‘Que bebê?’ e eu falei: - Do meu bebê!” [...]” P3</p> <p data-bbox="506 483 2063 547">“[...] , mas mesmo tendo esse apoio as pessoas depois de um tempo falam: ‘Ah daqui a um mês ela esquece.’, é nítida essa sensação assim.” P3</p> <p data-bbox="506 587 2063 651">“Assim, aquela coisa muito afetuosa assim, não. Foi mais aquela coisa ‘ai, que pena. Você consegue de novo depois’, ‘vai dar certo depois’ ou ‘ah, não era pra ser assim’ [...]” P5</p> <p data-bbox="506 691 2063 818">“[...] eu fiquei um pouco traumatizada nessa experiência, na falta de demonstração de interesse talvez, sabe? Por parte da frieza dos profissionais. Eles eram educados, porém também frios, sabe?... eu não tinha fala. Eu fiquei quieta, muito quieta, muito [...] não existia eu ali. E eu queria falar, eu queria chorar, eu queria... eu não consegui chorar, [...] quando eu saí do hospital, que eu sentei no carro, daí eu consegui, né, chorar [...]” P6</p> <p data-bbox="506 858 2063 922">“Meu Deus, é muito [...] é uma dor muito grande, imensurável, assim, é um desespero que dá. [...] as pessoas não têm noção de quanto que é, não fazem nem ideia. Porque às vezes você fala - ah, vai passar, não chora!” P8</p> <p data-bbox="506 962 2063 986">“[...] talvez seja rotulado assim, ‘mas é... todo mundo passa, então tudo bem, não precisa’, ‘ah, é normal, faz parte da vida’, sabe?” P7</p>
Ritualização/representação A elaboração da perda através de ritual e/ou representação simbólica para legitimar e tornar real/concreto o objeto de amor perdido	<p data-bbox="506 1066 2063 1193">“[...] eu fiz uma pulseirinha... Eu precisava de transformar el... ela em alguma coisa né, transformei em duas coisas. [...] eu pedi para uma amiga fazer isso aqui que é um ultra... é um bordado do ultrassom dela chupando o dedo. [...] tenho os... os positivos todos de urina... e fiz uma caixinha de coisas porque eu precisava... eu precisava que não fosse só um feto, até porque ela já tinha sido promovida, né, com quatro meses, ela não era mais um embrião, ela já era um feto [...]” P3</p> <p data-bbox="506 1233 2063 1265">“[...] durante um tempo eu ia muitas vezes à ecografia, gostava de ver (chora), mas depois, não, nunca mais quis ver.” P4</p> <p data-bbox="506 1305 2063 1398">“Eu comprei, [...] eu passei na frente de uma loja de semi-joias. Acho que eu queria um brinco, não sei. E eu vi um colar, que tinha, sabe aquele colar clássico de, de filhinhos? E tinha um de dois filhinhos. E eu falei “eu vou comprar isso, quero esse de dois filhinhos”. Acho que foi só isso que eu fiz para simbolizar, acho que foi uma forma de não esquecer.” P6</p>

Categorias e Dimensão	Unidades de análise
Elaboração Através da fala, da partilha com pessoas de grupos de ajuda, outras enlutadas e com psicólogo	<p data-bbox="506 268 2092 331">“[...] eles (na Maternidade) permitiram a gente fazer também, [...] eles liberaram a capela pra gente fazer como se fosse uma despedida, um velório, assim, sabe? E daí podia chamar só os, as famílias, só os mais próximos (por causa da pandemia Covid-19).” P8</p> <p data-bbox="506 371 2092 499">“[...] toda vez que eu via um bebê ou um choro de bebê, eu falava assim, eu falava pra Deus: - Deus, obrigada por essa mãe, obrigada por esse filho, né? Obrigada por esse filho estar com essa mãe, porque só quem tem isso nos braços não sabe o valor que é quando não tem, né? Quando você é... né, é tirado isso seu. Então esse, esse choro de bebê ou toda vez que eu vi uma mãe com um bebê pequeno eu parava e agradecia” P1</p> <p data-bbox="506 539 2092 603">“[...] tirei uma foto, que eu tenho no celular até hoje, meu marido não sabe, porque ele já pediu pra eu apagar (suspira sorridente). [...] Porque eu não consigo apagar (olha para baixo e dá uma pequena pausa).” P11</p> <p data-bbox="506 683 898 710">“[...] é muito libertador falar.” P1</p> <p data-bbox="506 750 2092 845">“[...] isso aqui vai servir para alguma coisa, para alguém, algum momento... e tem tantas outras mulheres que estão se sentindo como eu estou me sentindo e que sentem como eu estou me sentindo e que talvez tenham passado por coisas muito piores. Para mim é um alívio poder falar... sabe?” P3</p> <p data-bbox="506 885 2092 949">“Até hoje eu penso em procurar (grupo de apoio), sabe? Porque ia ser tão bom ouvir de outras mães que já passaram por isso, né? [...] acho que teria sido muito bom pra mim saber de outras pessoas que passaram por isso, né? A gente não tá sozinha. [...]” P5</p> <p data-bbox="506 989 2092 1085">“[...] e eu acho que eu não queria soluções ou alguma coisa assim, eu só queria falar... muitas vezes eu só queria ainda falar sobre isso. Eu só queria falar. [...] Talvez uma das coisas que me motivaram a responder a tua pesquisa e dizer ‘ah, mais uma oportunidade de eu falar’, sabe? Porque eu não quero esquecer. Eu não quero esquecer que eu fui mãe três vezes, sabe?” P6</p> <p data-bbox="506 1125 2092 1189">“Então, eu talvez, de um certo modo [...] seja uma necessidade minha mesmo de conversar mais sobre, e resolver... ou trabalhar, ou manter isso vivo de alguma forma.” P7</p> <p data-bbox="506 1228 2092 1324">“Foi horrível, eu não consegui falar (para os familiares). Eu fiz um texto noooo, mandei por WhatsApp... mais ou menos assim ‘eu estive grávida, não tô mais, tá tudo bem, o procedimento foi esse, e não quero falar sobre o assunto’. Eu tava assim, tipo me blindando, né? Porque eu tava assim naquele choque inicial, e eu assim - ah, eu vou me blindar e vou ficar bem forte.” P11</p>
Fé e espiritualidade	

Categorias e Dimensão	Unidades de análise
<p>Surgem como componentes que têm efeitos diversos como: sentimento de proteção e paz, milagre, traição, suporte, destino, providência, incongruência.</p>	<p>“[...] como já fazia algum tempo que ela já estava sem vida de alguma forma, eu acredito que sim, meu organismo, ou até mesmo, de alguma forma eu fui, é... Deus me cuidou pra que eu não pudesse ter piores consequências [...]” P1</p> <p>“(chora) [...] Ah, eu me apeguei muito com Deus nesse período, assim. Eu sou evangélica, e eu encontrei, busquei, essa força em Deus, né, que é em quem eu acredito, né? Então...pra ajudar nesse processo. Porque eu falei ‘sozinha eu não vou conseguir’, né? Então assim, eu me apeguei em Deus, busquei apoio em Deus, e falei, preciso continuar, né? [...] Deus sabe de tudo. Então acho que a gente aprende a lidar.” P5</p> <p>“E assim, eu tenho muita fé, e eu sei que se tá acontecendo tudo isso, é porque Deus providenciou que vai ser tudo certo, porque eu já conversei bastante com ele, já procurei bastante ajuda espiritual, assim mesmo. Eu vou à missa, eu converso, eu rezo, eu oro, né? E eu converso muito, o tempo todo, eu peço, e Deus sempre tem me atendido muito bem, eu não posso... Aquela revolta, assim, no comecinho lá, quando eu perdi, eu fiquei um pouco revoltada, né? Mas depois eu entendi. Teve algumas coisas, alguns sinais assim que vinham aparecendo, mas eu acho que agora... acho não, tenho certeza, que tá tudo certo e vai dar tudo certo. Até o finalzinho.” P8</p> <p>“(Para a filha) ‘filha, não vai ter mais irmãozinho, o bebê não vai vir porque o papai do céu achou melhor que o bebê ficasse com ele, papai do céu precisava mais dele do que... a gente, né’, [...] aí eu falei ‘ai filha, a gente pede outro, outro irmãozinho pro papai do céu, e quem sabe ele manda outro que ele não precisa?’, ‘ah, então tá bom’. Aí toda vez que fazia oração à noite ela lembrava de pedir o irmão, [...] Aí eu parei de fazer a oração (ri), porque eu fiquei com medo...acho que ela vinculou a oração a pedir um irmão, e não, ééé, fazer uma oração, vamos fazer uma oração e... é uma oração! Ela vinculou com ‘ah, vou pedir um irmão’, sabe? Então eu comecei... aí eu parei de fazer a oração, (ri) falei ‘não, e se não vier mais!?’ , ou se... enfim, aí eu parei de fazer, e ela parou de pedir.” P9</p>

Nas entrevistas surgiu uma questão relacionada à eliminação do feto/embrião que provavelmente pode influenciar o processo do luto e o estado psicoemocional da gestante à altura da tomada de consciência da morte do embrião/feto. A partir do momento que é detetada a ausência de batimento cardíaco, o embrião/feto precisa ser eliminado (Volgsten et al., 2018), ou seja, é preciso decidir se será feita uma cesária, uma indução de parto ou esperar que o corpo expulse naturalmente (Quenby et al., 2021). Tais procedimentos têm o potencial de incrementar a dor e o sofrimento psíquico, como refere a participante 8 que passou por uma curetagem na primeira PG:

[...] eles me deram uma medicação pra sentir uma contração. Uma medicação por via vaginal, né, em baixo. E aí eu até senti uma contração bem forte, uma dor bem forte, pra daí poder fazer essa curetagem. Daí eu falei – nossa, precisa, né, ainda sofrer um pouco mais, né!?

A decisão da via de expulsão do embrião/feto deve ser tomada em conjunto com o médico responsável e, preferencialmente, todos os envolvidos têm de ser informados sobre as implicações de suas escolhas (Godolphin, 2009). O que emerge nas narrativas é toda uma problemática presente nas relações estabelecidas entre pacientes e profissionais da saúde (Corn, 2012; Crockett et al., 2021; Godolphin, 2009), que revela uma assimetria entre as partes e esta tem efeitos comprometedores na qualidade da comunicação. Nos depoimentos das participantes 1, 4, 7, 8, 10 e 11 observou-se tal questão, ilustrada na fala da participante 11:

Médico: (se você) “expelir naturalmente no próximo ciclo menstrual você pode engravidar. Fazendo uma aspiração, uma curetagem a gente (médicos) [...] fala, por segurança, para esperar pelo menos três ciclos”, aí eu falei assim: “então eu quero expelir naturalmente”. Só que faltou ele me alertar uma coisa (risos), [...] que, que a gente entra em trabalho de parto. (pausa) Eu não sabia. [...] Pensei que ia sentir uma

dor. Uma – dor. Forte. E ia sair, ia sangrar e ia sair. [...] Ninguém nunca falou pra mim que num aborto você entra em trabalho de parto igual um trabalho de parto de verdade [...] aí eu fiquei o dia inteiro com aquela dor que ia e vinha [...] Quando foi no, na madrugada, é.... aí eu já num.... não tava suportando mais, elas chegou, ela, as dores começa, atingiram niv, níveis é.... já... que eu falei assim “não tá normal!”, eu não sabia que entrava em trabalho de parto, “a gente precisa ir pro hospital!” [...]

O depoimento da participante 4 revela um sentimento de desamparo ao ter que escolher entre aguardar a expulsão natural do embrião ou permitir que a equipe médica fizesse um procedimento de indução das contrações:

[...] explicaram-me quais eram os caminhos que tinha, que podia aguardar, que o corpo expulsasse não é, ou fazer hum... aquela indução com aqueles comprimidos que se colocam, pronto. Hãã e eu disse que, que não sabia, não, era tudo muito novo não sabia se ia aguentar, se... quanto tempo é que o corpo ia demorar a expulsar, ninguém, ninguém sabia não é, porque cada corpo tem o seu tempo e vim para casa [...]

As participantes 1 e 10 refletem sobre o impacto disso na esfera psicológica:

[...] o médico falou “olha, vamos tentar esperar para ver se você expele naturalmente, porque é muito melhor que fazer curetagem”, e tudo mais. Mas pra mim foi a parte mais difícil, porque eu não tava esperando [...] Até que um dia eu expeli naturalmente, o que foi bem traumático [...] Pra ele (médico) o processo tinha que ser todo natural. E esquece o psicológico. [...] Ele não falou o que ia acontecer, como ia ser o processo, entendeu? (P10)

[...] passei então por uma cesárea porque eu não tinha condições psicológicas de enfrentar a indução (do parto), até porque foi um choque muito grande, é.... tava tudo

bem, né? (referindo ao fato de descobrir da noite para o dia que seu bebê estava morto já no terceiro trimestre da gravidez) (1)

Os seguintes depoimentos ilustram como a enlutada pode se sentir por carregar, por uma quantidade indeterminada de dias, um bebê morto no ventre:

[...] ao fim de dois dias eu disse, não isto é horrível, é.... a sensação, o, no dia a dia eu saber, eu estou aqui e tenho um bebê morto dentro de mim e não sei o que fazer, ele não sai, assim parece que não avanço, o.... que a vida está parada. (P4)

[...] eu disse que preferia a curetagem porque eu tinha pavor de tá em casa e de repente, um bebê flutuando na privada, sabe? Uma coisa assim, não sei como, se é assim que acontece, mas eu não queria passar por isso. (P7)

O depoimento da participante 10, que passou três semanas com o embrião morto dentro do seu corpo, ilustra o que pode ser interpretado como uma estratégia para não sucumbir psicologicamente ao trauma, ela conta que começa a se referir a ele como um “gambá morto”:

Acho que essa foi a parte mais difícil, [...] A questão era: “vou ficar quanto tempo com isso aqui dentro de mim [...] eu falava assim “eu tô com um gambá morto dentro da minha barriga que não sai (ri), e eu quero saber que horas vai sair esse negócio!!

E por fim, a participante 11, que escolhera expelir naturalmente o embrião pois desejava logo tentar engravidar novamente, conta o diálogo que teve com a médica da ecografia, pela qual passou quando já estava em processo de expulsão há três dias. Esta médica teve a habilidade de falar-lhe não somente como uma profissional, mas também como um semelhante, dando-lhe o seguinte conselho:

[...] esse sofrimento tem que acabar, porque cada vez que começam as dores, você sente a dor física e a dor emocional, [...] você aceitar fazer a a aspiração, a a, pelo menos a

sua dor física vai terminar [...] eu já estive no seu lugar, é... e e o que eu posso te falar como uma pessoa que já esteve no seu lugar, e não como médica, é: ponha fim numa parte do seu sofrimento, porque nessa você pode pôr.

Nas narrativas das participantes 9 e 11 observa-se a emergência de um componente que parece ganhar importância no processo de elaboração da perda, que é o sonho. No caso da participante 9, o sonho foi sonhado pela afilhada e no da participante 11, pelo marido. Nos dois casos elas narram que os filhos perdidos compareceram e o efeito desta presença onírica é apaziguador, no sentido de que traz uma verdade. Observa-se o efeito desta experiência, na elaboração da perda através de expressões como: “certeza absoluta”, “aviso”, “mensagem”, “tá tudo bem”, “era pra ser isso mesmo”, nas seguintes unidades de análise:

ele (o marido) falava assim: “eu sonhei com a nossa filha, e era menina” [...] ele fala que ele tem certeza que é uma menina, que ele, que ele cheirou, que ele sentiu o chei. Ele falou assim, sabe aquele sonho que você sente o cheiro? Ele, ele tem certeza absoluta que era a, assim, a nossa menininha se despedindo dele falando assim “tchau, eu tô indo embora, que tá chegando o meu, o meu, o meu sucessor. P11

talvez eu tenha recebido um aviso, né? [...] Minha afilhada hoje tem 20 anos, [...] eu um dia acordei e senti saudade dela, e a gente não mora perto, [...] e ela sonhou com uma coisa, e não sabia de quem que era, pra quem que era o recado desse sonho. E nesse, nessa mesma hora eu, eu sonhei, eu senti saudade dela, aí eu resolvi escrever[...] “L, que saudade, né, tal, é... não sei porque eu pensei em você e resolvi te escrever”, e ela acordou e pensou “nossa, sonhei com isso, mas pra quem seria a mensagem?”, aí ela viu que tinha uma mensagem minha e falou “é da minha madrinha”. Me ligou de vídeo, falou [...] Eu acabei de acordar e eu sonhei com duas crianças, e as duas crianças vieram correndo pra mim e falaram assim “você fala pra minha mãe que o vovô (paterno) tá

cuidando da gente, que tá tudo bem”, (pausa) daí eu sério, me arrepiei na hora, falei “e tá tudo bem” (inaudível). Foi logo quando eu comecei a fazer terapia. Falei então tá tudo bem, tá, é o o é o luto, é isso, eu não vivi muito, eu não vivi, mas já veio uma mensagem que tá tudo bem, então eu tô trabalhando isso. [...] “não, mas tá tudo bem, porque elas (as crianças) já me avisaram pelo sonho que tá tudo bem”, [...] no sonho foi, tá tudo bem, então, era pra ser isso mesmo... P9

Nos dois depoimentos, o enredo dos sonhos significa um suposto fechamento (ou a tentativa de), um ponto final no sentido de que tudo está em consonância com uma lógica/verdade superior.

Área temática: A perda gestacional e o ambiente de trabalho

A experiência da PG no ambiente de trabalho foi uma área temática pré-definida no presente estudo. Supostamente este é um contexto no qual prevalece a lógica da produtividade e do desempenho, aspetos do universo organizacional que na contemporaneidade fazem-se presentes em outras dimensões da vida (privada e pública) e que fazem com que não haja tempo para o pesar (Barbosa, 2003). Estabelecido este tema buscou-se compreender como que no universo laboral a experiência feminina da maternidade e possíveis contingências são contempladas no quotidiano e levadas em consideração no âmbito laboral.

É possível notar o imperativo do paradigma organizacional na narrativa da participante 11, que quando descreve o processo de decisão pela maternidade faz uso dos seguintes termos: ‘planejamento’, ‘objetivos’, ‘programação’ e ‘organograma da vida’. Ao avançar à descrição da experiência da PG afirma:

[...] quando você fala assim de conquistas materiais é mais fácil, né? “Ah, esse mês eu não consegui tanto, é, x valor pra, pra esse... projeto, mas fica pro mês que vem”, posterga alguns dias, ok, é muito mais fácil de lidar. Aí vei... chegou a hora do “projeto

filho” o...., que daí é mmm é, é mmmu, é diferente, né? Não é.... é.... não depende do seu desempenho profissional, do seu salário, do seu... da sua organização financeira, depende X.... da fisiologia... (P11)

Observa-se na unidade de análise supracitada a participante 11 revela um sentimento de impotência face às intercorrências da maternidade.

Observou-se, nos depoimentos das participantes 1, 5, 7 e 11, que há um impedimento em partilhar sentimentos e emoções no trabalho. Impõe-se um limite muito nítido entre as vidas pessoal e profissional. Ao “território” do trabalho não se leva questões que possam dar a impressão de fragilidade e/ou vulnerabilidade, como explica a participante 7:

[...] e tem também o, o, às vezes sofrer, quer dizer assim, vergonha de sofrer, né... a gente não vive num tipo... você chegar no trabalho com a cara inchada de choro, não é uma coisa legal, né? Então eu acho que também tem isso de, de... essa separação do, do profissional com o pessoal [...]

A cisão entre essas duas dimensões da vida tem como efeito o isolamento social, especialmente quando a enlutada decide não comunicar a gravidez, nem a PG e conseqüentemente o processo do luto (Porschitz & Siler, 2017). Esse dilema evidencia-se no discurso da participante 11:

[...] porque eu não tinha contado (que estava grávida), e depois (da PG) eu optei por permanecer não contando, porque assim “ah! Ela acabou de perder um, ela vai querer ter outro, então já vamo... (faz um gesto com a mão dando a entender que seria talvez demitida), né?” Porque é aquele velho medo da mulher no mercado de trabalho, né?

Esta mesma participante declarou que entrou num quadro depressivo no período pós PG, teve acompanhamento psiquiátrico e foi medicada, . Tratamento que só foi interrompido quando engravidou do segundo filho, que pode ser um indicativo.

Em algumas narrativas evidencia-se o temor em deixar transparecer o sofrimento provocado pela PG, pelo impacto negativo que isso pode ter na carreira e no futuro profissional (Kalsi & Liu, 2021). Expressões como ‘estar inteira’ (P5), ‘dar o meu 100%’ (P1), ‘estoica’ (P7), ‘estar perfeita’ (P5), ‘vergonha de sofrer’ (P7), emergiram nas narrativas colhidas denotando a percepção que as entrevistadas têm sobre como devem sustentar uma imagem irreduzível para chefes e colegas.

A categoria auto-cobrança revela que há uma demanda que transcende o universo organizacional, revelando-se presente no discurso social contemporâneo que recai sobre as mulheres e pessoas em geral. A participante 5 partilha como foi educada por seu pai e de que forma tem tais princípios internalizados:

[...] eu sempre ouvi do meu pai, né, “você tem que ser produtiva, você tem que resolver sua vida, você tem que desenrolar seus caminhos; não dá pra sofrer demais; você é muito ansiosa”. [...] Eu tenho muito na minha cabeça que eu preciso ser útil e que eu preciso ser produtiva. E eu acho que se eu me debruçar muito sobre os meus sentimentos e trazer à tona todas essas emoções, vai me atrapalhar nessa produtividade.

Revela-se a internalização da cultura da eficácia (Barbosa, 2003) sendo que tal citação põe-nos a pensar se não é ilusória a nitidez da fronteira entre o dentro e o fora, entre o que é a demanda do contexto e do discurso social e o que é a auto-cobrança.

As participantes 1, 3, 7 e 8 alegam que voltar ao trabalho, antes mesmo de sentirem-se aptas, foi uma decisão acertada. Segundo Stroebe e Schut (1999) voltar-se para as tarefas do dia a dia e às tomadas de decisão que toda a perda acarreta, pode gerar estresse, mas refere ao mecanismo de oscilação entre os polos de orientação, ora voltados para a perda (ruminação) ora para a restauração. Segundo os autores, este mecanismo é inerente à dinâmica do processo de elaboração do luto, que não é linear e muito menos constante. Segundo o

depoimento da participante 1 ‘se sentir útil’ e ‘ter uma função’ têm papel central na elaboração do luto e servem de ‘válvula de escape’:

[...] aí quando as coisas, né, tavam... eu tava me sentindo melhor, apesar de todas as dores, tanto físicas quanto psicológicas, eu decidi enfrentar a realidade, que eu não queria mais ficar parada, então pedi pro meu médico me liberar, pedi para o RH verificar todas as condições para que eu pudesse voltar a trabalhar, pra que eu pudesse me ocupar e voltar, o quanto antes, às minhas atividades, a me sentir útil, ter uma função, que é o que eu enxergo como uma válvula de escape nesse momento que eu enfrentei, de extrema dor.

Entretanto, a participante 3 manifesta dúvida sobre se a decisão de voltar às atividades profissionais foi acertada:

[...], mas a questão maior, eu acho que quando eu perdi, eu precisava de mais tempo, apesar de até achar que foi uma boa distração (voltar ao trabalho), que foi uma coisa que... fazia bem para a minha autoestima, porque eu gosto muito de trabalhar, eu gosto de fazer o que eu faço..., mas, mas de alguma forma aquela... aquela camada lá de trás, assim, das emoções, precisavam de ser geridas, sabe? Eu acho que... precisava de mais... um pouco mais. Mas estou aqui, de pé, caminhando, trabalhando, então alguma coisa deu certo.

Neste mesmo sentido, a participante 11 alega que quando se viu sozinha em *home-office*, devido a pandemia Covid 19, percebeu que a rotina presencial do cotidiano no trabalho, ao lado de colegas, mascarava seus sentimentos. Tal sensação indica um distúrbio na oscilação autorregulatória (confronto X evitamento), que segundo Stroebe e Schut (1999) é típica do processo de luto:

[...] eu consegui fazer com que o dia a dia é... mascarasse o que eu tava sentindo, mas no momento que eu me vi aqui trancada dentro de casa, eu continuei trabalhando, tinha

todas as atribuições do trabalho, mas eu não tinha, assim, se a minha caneta caísse, alguém pra rir, fazer alguma piadinha do lado. Então assim, era eu, o trabalho e o silêncio. E é aquilo que a gente fala, aquele silêncio ensurdecedor.

A percepção que a enlutada tem do local onde trabalha pode ter efeitos na forma com que lida com a experiência da PG neste ambiente, e também influenciar a escolha sobre comunicar ou não o acontecido. A narrativa da participante 5 evidencia que possivelmente a pessoa não admite a forma como avalia o ambiente laboral e como se sente nele:

Não era um ambiente assim, aquela coisa de prisão hã, aquela coisa de ah, “você é um escravo aqui dentro”. Tinha momentos, né, que eu tinha que dar o sangue, que era muito difícil, era loucura. Mas, assim, era um ambiente até que saudável até certo ponto, né?

Os termos: ‘prisão’, ‘escravo’ e ‘dar o sangue’, apesar de emergirem em um contexto de negação podem ser interpretados servindo de evidência para o que seria a verdadeira relação que a participante tem com o lugar no qual trabalha. Desta forma ao ‘ignorar a negação e apenas extrair o conteúdo da ideia’ (Freud, 1925/2011, p. 250) pode-se concluir que o inverso do que foi dito é a verdade do sujeito do enunciado.

No depoimento da participante 4 evidencia-se um ponto que merece atenção, que é a distinção entre o que é consequência da política organizacional da empresa e o que é da atitude individual de chefes e colegas:

Estava revoltadíssima com a empresa porque fui aquela pessoa que, [...] estive sempre disponível, eu sabia perfeitamente que não tinha que trabalhar 12/13/14 horas, nem trabalhar dias e dias sem folgas, isso nem sequer é legal, mas eu fazia-o porque queria que as coisas estivessem bem, queria que o trabalho estivesse bem feito [...] Eu disse não. Então eu apresento a minha carta (de demissão), não quero trabalhar para uma empresa assim porque vocês não merecem, estava revoltadíssima. [...] eu soube depois

não é, que o diretor de marca e os outros coordenadores, [...] ninguém sabia de nada. Portanto aquilo não era a empresa, aquilo era o meu coordenador.

Vale lembrar que, a empresa tem ciência de que se lutasse pelos seus direitos a participante 4 seria ressarcida legalmente pelos prejuízos causados pelas irregularidades do cotidiano laboral.

Quanto às manifestações de reconhecimento do luto (ou ausência delas), os depoimentos foram diversos, ilustrando uma grande variedade de reações, que oscilam entre indiferença (P4), constrangimento (P8) e empatia (P1 e P3), como ilustrado na tabela 3, na qual encontram-se algumas unidades de análise que ilustram as categorias e dimensões da experiência do processo do luto no ambiente de trabalho.

A seguir, na tabela 5 encontram-se as categorias, dimensões e unidades de análise que ilustram o processo do luto e o ambiente de trabalho:

Tabela 5 - *Área temática: A perda gestacional e o ambiente de trabalho*

Categorias e Dimensão	Unidades de análise
Ausência de comunicação	
Interdição de dados da vida pessoal, ligados à maternidade e à perda gestacional, e aspetos psicoemocionais	<p data-bbox="481 391 2101 566">“Era um escritório de advocacia, [...] então não dá tempo de focar muito no que tá acontecendo no emocional, assim, tem que tá inteiro pra continuar. [...] eu poderia ter falado, mas foi o medo que não me deixou falar. [...] Eu lixei sozinha. [...] Cheguei a chorar no banheiro do trabalho, também. Porque eu voltei logo a trabalhar, já no dia seguinte. Nesse dia eu tava só com virose pra eles, né, então no dia seguinte (da PG) eu tinha que estar lá. E... não tava bem. Não tava me sentindo bem, eu tava totalmente abalada, né, então foi difícil. Complicado.” P5</p> <p data-bbox="481 590 2101 702">“E muitos clientes que eu atendo, que me conhecem há bastante tempo sabiam que eu estava gestante, sabiam que estava tudo bem, e como que você vai falar ‘não, eu não tenho, perdi minha...’, e eu estava tipo no final da gestação! [...] de repente falar assim, não, ela não, né? Ela morreu, ela não tem vida. Então isso foi bastante complicado lidar com isso [...]” P1</p> <p data-bbox="481 726 2101 805">“[...], mas eu me senti um pouquinho invadida, porque, é o que eu falei, ela (a chefe) não é minha amiga, assim. Ela, tipo, a gente se dá bem, ‘você é pessoa, legal’, mas assim, é diferente conversar com uma amiga de infância, com a mãe ou com a sua chefe, né?” P7</p> <p data-bbox="481 829 2101 941">“[...] na verdade, ninguém nunca soube que eu estive grávida antes do J (filho vivo), até hoje eles não sabem, eu não contei. [...] eu não tenho um relacionamento pessoal com ninguém de lá, [...] Então eu num..., eu optei por... eu não, não quis falar, sabe? E eu achei que ia ter... é... não sei, achei que pudesse ter algum tipo de represália, sei lá. Não, não me senti bem pra falar, não quis.” P11</p> <p data-bbox="481 965 2101 1181">“E eu não sei porque eu fiquei constrangida. Não precisava, realmente (risos) ficar constrangida. Mas eu não, não falei, não falei. Talvez eu não, será que talvez assim, eu não queria que me vissem com fragilidade? Eu acho que é mais por essa linha, sabe? Eu não queria que, não me vissem com fragilidade. Eu acho que é isso assim. Eu acho que eu tava vulnerá... como se assim, eu tava bem vulnerável, não queria demonstrar, eu fugi um pouco, talvez, de, de mostrar alguma vulnerabilidade no trabalho, talvez é isso, ou o constrangimento de chegar de supetão assim, sabe? Um pouco assim “nossa como é que eu explico, né? Ó, eu vou falar, eu tava grávida, não contei que tava grávida, tava grávida há um tempo, mas eu já perdi esse bebê, sabe?” P6</p>
Auto-cobrança	

Categorias e Dimensão	Unidades de análise
Introjeção da expectativa de manter os níveis de produtividade e desempenho profissional mesmo depois da PG	<p>“(escutava) da minha ex-chefe também “você tem que ser produtiva, você tem que render, você tem que ser perfeita, você tem que matar seus prazos, você tem que dar conta”. [...] Então, assim, eu sentia, e ainda sinto, né, que eu preciso focar no que eu, na objetividade, tenho que ser objetiva, tenho que fazer as coisas acontecerem. E não dar tanta vazão para os sentimentos, não ser tão emocional, ser razão, assim.” P5</p> <p>“Aí, a hora que eu tava em casa eu me senti um pouco assim ‘ah, você não tem nada, tá tudo bem, e você precisa voltar a trabalhar’, tipo assim, eu me senti bem... que eu tinha que voltar a trabalhar, sabe? Que era uma... como se não fosse nada (a PG), assim....” P8</p> <p>“Então eu dei por mim deitada na maca do hospital a espera que chegasse a minha vez para entrar no bloco, a resolver os problemas da empresa e eu fiquei, o que é isto? Disse, não, acabou, vou desligo telemóvel e vou para baixa e não me chateio mais com isto, porque não é justo, mais uma vez eu estou a passar por um, por um problema de saúde e a empresa esta preocupada em eu fazer horários e encomendas e despachar-me para ir trabalhar, não fazia sentido nenhum [...]” P4</p>
O trabalho como estressor	<p>A enlutada se volta para as tarefas que têm de ser realizadas, distraíndo-se da dor</p> <p>“Então eu fui trabalhar. Porque aí não fico focada no... não fica focado no, em coisas que não são no nosso, fora do nosso controle. [...]. Eu tenho muito isso mesmo de... não adianta reclamar” P7</p> <p>“Eu não conseguia dar o meu 100% no meu trabalho, porque eu não estava 100%. E..., mas aos poucos, gradativamente foi fazendo todo o sentido (voltar ao trabalho), é.... essa ocupação [...] eu já tava precisando trabalhar de qualquer forma pra me ocupar, pra voltar...” P1</p> <p>“E até que eu acabei voltando mesmo, antes do tempo, desse período (de baixa), mas também ajuda (voltar para o trabalho), porque também eu não fico em casa só pensando besteira, não sei.” P8</p> <p>“Eu percebi que quando eu voltei (para o trabalho), ninguém falou nada pra mim. Acho que de repente justamente por isso, ninguém falou assim “ah, você tá bem? Tá tudo bem pra você voltar? Tá se sentindo bem? Seja bem-vinda” [...], eu entrei como se eu já estivesse lá. [...] Ninguém falou assim “e aí, tá tudo bem? Tá se sentindo preparada? Precisa de alguma coisa?”, ninguém falou nada. Não sei se por medo de mexer no assunto, [...]. Achei engraçado isso.” P8</p>
Reconhecimento do luto	

Categorias e Dimensão	Unidades de análise
Como as enlutadas perceberam a forma como a empresa e as pessoas manifestaram o apoio e o pesar no trabalho	<p data-bbox="495 240 2069 266">“[...] eles me deram muito apoio, nesse sentido, me deram todos os subsídios que eu pudesse imaginar, pra eu poder continuar [...]” P1</p> <p data-bbox="495 309 1317 335">“Olha eu, honestamente, achei que eles foram ótimos comigo [...]” P3</p> <p data-bbox="495 378 2011 474">“[...] a resposta dele (chefe) foi: ‘então eu vou arranjar alguém para te, para aguentar a loja nestes 30 dias’ [...] (arregala os olhos) Nenhum lamento, precisas de alguma coisa? [...] ele nunca me deu uma palavra de sentimentos, ‘olha lamento, se poder fazer alguma coisa...’ hã, qualquer coisa não é, uma pessoa espera uma palavra simpática, no mínimo! E não a tive, não tive.” P4</p> <p data-bbox="495 517 2069 644">“[...] embora nenhuma delas (colegas no trabalho) tenha passado nenhuma vez por uma perda, portanto elas também muitas vezes diziam, ‘eu até gostava de te dizer alguma coisa, mas eu nem sei o que é que te hei de dizer, nem sei o que é que é correto dizer’. E principalmente, porque depois, como eu era superior a elas dentro da hierarquia da empresa, elas também ficavam um bocado aflitas de dizer alguma palavra errada e eu não acolher bem.” P4</p> <p data-bbox="495 687 2069 842">“A empresa quando soube, o diretor de marca veio ter comigo falou-me pessoalmente. Hã, ligava-me todas as semanas a perguntar se eu estava bem, se eu precisava de alguma coisa, se queria tirar uns dias, [...] e o diretor de marca disse: ‘queres tirar uns dias para ir ter com a tua família?’ Hãã, ‘nós organizamos, não te preocupes e não sei o que...’ impecáveis, aí sim é que eu vi que afinal aquele papel todo não era a minha empresa, era a pessoa que estava acima de mim, que nem sequer comunicava a, aos outros, aos superiores, e por isso é que eu tinha que me desenrascar, e pronto, na altura foi, foi assim.” P4</p>

Durante a entrevista da participante 6 a questão do constrangimento em relação a expor sua vulnerabilidade no momento de uma PG, emergiu naturalmente como na unidade de análise seguinte:

Mas acho que foi isso, foi um pouco de constrangimento de não saber como dizer [...], não saber como começar, acho, essa conversa. E em outro, talvez, um segundo lugar assim, um pouco de não, de tá vulnerável. Talvez eu tinha medo, acho que eu até tinha medo, assim, sabe? No mome... eu não tava lá presencialmente, então, nossa, como eu converso? Vou telefonar? Vou falar por telefone uma coisa dessa? Vou mandar mensagem por WhatsApp, sabe? E acho que presencialmente se eu agendasse, fosse lá, eu acho que eu tinha medo de chorar... sabe? Chegar na frente de clientes e chorar, sabe? Era, acho que essa questão de demonstrar uma vulnerabilidade, uma fraqueza, assim, foi, foi meio que por ali.

A partir da ideia do “medo de chorar...”, “chorar na frente de clientes” emergiu a seguinte questão: e se fosse o pesar pela morte de um irmão? Qual seria a diferença? Não haveria também neste contexto um sentimento de vulnerabilidade? A participante 6 então respondeu: ‘Daí não teria problema nenhum, né? Nenhum (risos) ...é isso, é isso, é a coisa do, do direito de, de sanar o sofrimento, né? Talvez seja isso.’

Área temática: Busca de sentido

O efeito que tem a elaboração da perda e do luto, de forma que dela possa surgir uma nova narrativa que imprime ao acontecido um significado e um sentido novos, ficou claro nas entrevistas das participantes 2, 3, 5 e 9 que não só manifestaram a necessidade de entrar em contato com a experiência da PG falando sobre ela, como declararam-se preparadas emocionalmente para fazê-lo (Neimeyer, 2016). Neste sentido, a possibilidade de narrar a vivência, revisitando-a, trouxe inéditas reflexões e sentimentos, como indicam as seguintes unidades de análise:

Então, eu acho sim que tem que falar, acho sim que tem que conversar sobre isso, e quando eu, quando eu comecei a conversar, com a minha psicóloga, da forma como eu tô fazendo isso agora, as coisas parecem que se... elas, elas fazem mais sentido, sabe, na minha cabeça. Fazem mais sentido e, e, bola pra frente, aí o caminho parece que se abre, né? O caminho vai iluminando pra você seguir com a vida. (P5)

[...]. Elas (as pessoas comuns) acham que vão... que a gente vai sofrer mais. Eu não saio daqui hoje, falando com você, sofrendo mais. Eu saio daqui aliviada [...] (P3)

[...] eu acho que eu passei muito bem pelas perdas e eu acho que como eu acabei fazendo algo com isso, eu acho que eu consegui significar, dar um significado também, embora não é uma coisa que a gente quer, planeja conscientemente. [...], mas eu acho que eu consegui dar um significado aí para isso [...] eu sempre falei sobre as perdas, sim falei [...] (P2)

[...] pensando aqui, eu faço isso com qualquer coisa que me chateia, as coisas que me chateiam eu guardo numa caixinha. Acho que você tá sendo uma terapia também pra mim, viu? (risos). Porque, eu tô descobrindo algumas coisas aqui. Mas assim, muita, muita coisa que me chateia, e não, e não precisa ser grave igual esses, “ah, chateou alguma coisa” em vez de eu falar na hora, por exemplo, pro meu marido, eu espero um pouquinho pra falar. (P9)

Já o depoimento da participante 1 evidencia que no período que se seguiu à PG não foi possível a ela falar sobre o evento traumático e reviver a dor:

[...], mas eu falei assim, não, não quero viver em cima disso, sabe? Eu não quero me concentrar nesse foco, então se eu pudesse partilhar a minha experiência com outras

mães que não viveram (uma PG), eu contribuiria mais do que com aquelas que já viveram a mesma dor, que sabem e que fiquem só falando daquilo. Então, eu não busquei (grupo de apoio) é... Eu vi que existia, né? Mas eu não me concentrei nesse foco, como eu disse, de repetir, de viver a mesma dor [...]

Observou-se no conteúdo das entrevistas das participantes 1, 3, 5, 6, 7 e 8 que o processo de compreender, dar um significado e sentido à PG, para que se possa integrá-la à história de vida (Barbosa, 2010), pode passar por buscar uma explicação médica, que é o que se vê no depoimento da participante 7:

[...] uma coisa que me incomodou no processo todo é, assim, é o não saber o porquê. [...] depois de eu fazer a curetagem, quando eu fui na consulta médica, eu me lembro que eu tava na sala esperando, e o meu prontuário tava ali. Eu fui tentar dar uma olhada [...] tinha um comentário assim, tipo hidrocefaleia... eu não lembro, uma palavra médica assim.... [...] aí depois eu fui olhar no Google o que é, assim, mas não tem, é tudo suposição né, porque eles (no Canadá) só começam a investigar (o motivo de um AE) acho que depois da terceira perda.

A participante 6 relata que toda a pesquisa que fez para descobrir o quê supostamente pode causar um AE, segundo a medicina, ajudou-a a ocupar sua mente, dar um destino à sua angústia e canalizar seu foco na busca de um sentido para aquilo que lhe havia acontecido que parecia tão enigmático:

E daí, depois um caminho bacana foi ter investigado o aborto, em que sentido investigado o aborto? No sentido médico mesmo. [...]Acho que foi uma forma de ajudar na elaboração, e entender um pouco isso melhor. [...] E eu comecei a estudar um pouco mais, né, dos abortos espontâneos, e de má formação realmente. E entender de certa forma que na natureza também existe uma perfeição da natureza, né?

O elemento “natureza” emerge como uma força maior, que supostamente ordena e rege tudo, dando um novo sentido ao evento. Da mesma forma que essa “investigação” pode dar a sensação à enlutada de que ela está a “fazer algo” com o que lhe acometeu e também pode trazer alento, é possível que o impedimento de encontrar uma resposta e a demora por conseguir engravidar novamente cause mais sofrimento, como observado no depoimento da participante 5:

Olha, chega um momento que fica cansativo. Eu passei numa outra médica hoje, e é mais uma bateria de exames que eu tenho que fazer. E [...] fiquei pensando, eu tô cansada. Tô cansada porque eu queria logo, sabe? E nem tudo é como a gente quer. [...]. Eu acho que vou passar por essa bateria de exames de novo, já fiz três baterias de exames, e vou pra quarta.

Raiva e autoacusações têm importante papel na elaboração da perda (Bowlby, 1982) enquanto fenômenos de natureza afetiva característicos da segunda fase do PL que é de desorganização/desespero (Barbosa, 2010). Observa-se na narrativa da participante 4 a busca por uma explicação, um porquê que justifique suas perdas gestacionais. Pode-se perceber que o sentimento de indignação e a raiva podem estar direcionados a outrem:

[...] eu fiquei muito, muito revoltada porque, nessa altura eu via as pessoas..., inclusive trabalhava com uma rapariga que, que estava grávida e ela fumava dois maços por dia, ela não se alimentava em condições, não tinha cuidado nenhum com ela, com, com nada. E eu fazia tudo tão direitinho, tinha feito as análises, as ecografias, a tomar as vitaminas, a ter cuidado com a alimentação, a fazer exercício. Eu fumava muito antes de, antes de decidir que, que queria engravidar, e fiz um esforço enorme para deixar de fumar, foi uma coisa que me custou muito, e eu tinha feito tudo e mais alguma coisa, quando nós decidimos, hã, agora vamos tentar, eu ia a algum sítio e eu não bebia uma

cerveja que fosse com os meus amigos. [...] Eu não fumava um cigarro, eu tinha cuidado com a alimentação eu fazia tudo...[...]

Neste trecho observa-se o discurso que imputa à mulher e ao seu comportamento a responsabilidade (Sohr-Preston et al., 2018), como se o estilo de vida saudável pudesse ser um fator de proteção contra o AE (WHO, 2022b), e isso parece incrementar sua indignação e angústia. Num outro momento de sua narrativa a participante 4 transfere a sua raiva e frustração ao marido, culpando-o, como um mecanismo de defesa para não carregar sozinha a carga da responsabilidade: ‘E se eu fazia tudo e dava errado, então era porque a culpa não era minha. Então tinha que arranjar alguém que fosse culpado. Foi daí que o meu marido ficou com tudo [...]’ P4

Em outro tipo de resposta à busca de sentido à PG observa-se um autoquestionamento com características mais narcísicas de autorrecriminação e auto-depreciação que podem ser indicativos de um estado melancólico (Freud, 1914/2013) e, para fazer uso de uma terminologia mais atual, depressivo. Segundo o autor, isto se dá quando há um forte mecanismo de identificação e “a perda do objeto se transformou em perda do ego” (p. 28). A narrativa da participante 9 ilustra este tipo de reação: ‘[...] então na minha cabeça - p***m***, por que eu? Será que eu não mereço? Será que eu sou uma pessoa ruim?’

A culpa é um componente que surge no processo de busca de sentido nas narrativas das participantes 1 e 6 e pode emergir através do mecanismo da negação (Freud 1925/2011, 250) como indica a seguinte unidade de análise:

Não foi a palavra culpa não. Não tive isso de me sentir culpada. Em algum, teve dois momentos de eu ter me perguntado “será que aquele dia que antecedeu isso...”. Não, enfim, não senti.’ (P6)

A seguir, na tabela 6 encontram-se as categorias, dimensões e unidades de análise que ilustram o processo de busca de significado e sentido na elaboração do luto na PG:

Tabela 6 - *Área temática: A busca de significado e sentido*

Categories e Dimensão	Unidades de análise
Busca pela causa da PG	
Pesquisa e investigação sobre a causa, um fator genético/hereditário, que pode levar a: encontrar uma resposta, a um inconformismo, à exaustão quanto à ausência de resposta, mas pode também significar um destino à angústia	<p>“a minha médica, durante a cesárea, ela verificou que havia circulares de cordão nas pernas e que havia uma necrose umbilical. Que houve o rompimento então da passagem de oxigênio, de alimento pro bebê.” P1</p> <p>“Trinta dias após a cesárea, eu passei por uma bateria muito grande de exames, é... levei para a minha medica. Teve um fator, que teve uma leve alteração, mas no momento não foi considerado uma causa [...], mas depois sim, levei para outros, outros 3-4 médicos que avaliaram todos os meus exames é... Muitos me falaram a mesma coisa, que era algo simplesmente uma fatalidade.” P1</p> <p>“Só que eu tinha um mioma que no começo da gravidez tinha cinco centímetros e quando eu a perdi ele tinha dezoito... que me fez entrar em trabalho de parto.” P3</p> <p>“Então eu pude me ocupar de um cronograma de exames, olha que interessante, mas que fazia parte da minha história do aborto. Então de uma maneira curiosa e estranha eu posso te afirmar que aquilo me fez é... dar sequência, sabe? Dar sequência àquilo, assim, investigar esse aborto. Então ok, vou fazer os exames, quase como uma coisa assim de planejamento, de execução, de ter algo pra fazer com essa história. E isso ajudou, sabe?” P6</p> <p>“Então, assim, de certa forma, me fez assim, abrir o olho, sabe? Ir atrás e entender o que que realmente aconteceu, e o que que eu tinha, né, que por fim eu descobri mesmo com exames que eu tenho trombofilia. E daí, eu tenho trombofilia do tipo hereditária, da adquirida, e a doença autoimune que é a SAF, né? Só que os médicos não sabem, assim, não é todo médico que sabe tratar [...]” P8</p>
Autoacusações e revolta	
Quando a busca por sentido se volta contra a enlutada, podendo se tornar um sentimento de culpa e autorrecriminação	<p>“Claro que todo o mundo, e principalmente acho que as mães, pensam por que? Aquela pergunta, o que é que eu fiz de errado? Ou o que que aconteceu comigo? E essas perguntas não têm uma resposta. E na hora aquilo ali fica martelando na sua cabeça! Por mais que você não... saiba que isso não vai te trazer de volta ou que não vai mudar.” P1</p> <p>“(a médica da ecografia lhe disse) Que não tinha sido culpa minha. Olha... (chora), olha só. Nada que eu tivesse feito iria mudar. E pronto. [...] Eu não posso dizer que eu me senti muito, muito, muito culpada não, tá? Eu não senti. Depois, eu comecei daí ‘ah tá! Será? Que eu fiz aquela caminhada, que eu subi aquele morro... não, não tem nada a ver. Nada a ver’. E aí eu comecei a perguntar pra médico e eles falaram “não Joana, isso não existe, não tem relação nenhuma [...]” P6</p>

Categorias e Dimensão	Unidades de análise
<p>Oportunidade de aprendizado</p> <p>O que se leva da experiência da PG em termos de amadurecimento, autoconhecimento e aprendizado para vivências futuras</p>	<p>“Ah, o significado é...é perda. É frustração, é, como eu diria? Parece que a culpa é minha, sabe? Parece que tá em mim. Conversei com meu marido ontem, falei sobre isso, e parece que a culpa é minha porque, eu não sei, é esperado da mulher conseguir gerar, né? E aí a mulher não consegue gerar, então é frustração. Frustração mesmo. Tristeza. Quando eu lembro me traz um pesar, sabe? [...]” P5</p> <p>“Então, assim, de certa forma, me fez assim, abrir o olho, sabe? Ir atrás e entender o que que realmente aconteceu, e o que que eu tinha, né, que por fim eu descobri mesmo com exames que eu tenho trombofilia. E daí, eu tenho trombofilia do tipo hereditária, da adquirida, e a doença autoimune que é a SAF, né? Só que os médicos não sabem, assim, não é todo médico que sabe tratar [...]” P8</p> <p>“A perda deu um significado, assim, de uma realidade pra vida do que é realmente importante, do tempo, da qualidade do tempo, pra mim o que mudou e o que ficou na minha vida foi bem, bem claro isso, assim. As coisas ficaram, o que realmente o que importa, ficou mais importante, as coisas que eram pequenas ficaram pequenas, assim. Deu... foi uma maturidade, foi um crescimento e uma maturidade.” P6</p>

A construção de uma narrativa que possa dar um novo sentido ao evento traumático da PG, de tal maneira que agregue à vivência um significado outro que não somente o que representa perdas (Krosch & Shakespeare-Finch, 2017), evidencia-se na narrativa da participante 11:

[...] hoje eu entendo melhor tudo o que eu passei. [...], depois que eu engravidei do J (filho vivo), eu eu passei a ser grata por ter passado por isso antes, porque me ensinou muita coisa. Muita, muita coisa mesmo! Me ensinou até a entrar lá no hospital [...], até é... emocionalmente. Então, assim, na parte prática, operacional, e emocional também. Me preparou. Foi uma coisa... Não tem aquele ditado “há males que vêm para o bem”? Foi, ss, n iu... E eu não consigo dizer que foi um mal. Foi uma coisa muito difícil de passar, é muito difícil de lembrar. É... Pra mim é muito... ah, quando eu lembro da da daquele médico fazendo aquele ultrassom, que não tinha mais batimentos, pra mim é, é muito difícil. É angustiante, me dá um nó, mas eu sou grata por tudo isso, entendeu eu precisava passar por isso, porque eu tinha muita coisa pra aprender e eu aprendi e acho que eu vou ter, vou aprender muito conforme eu for lidando melhor com essa história. [...]

Alguns aspectos deste depoimento merecem especial destaque pois, oferecem indícios de como ela foi capaz de construir uma narrativa que tem uma estrutura mítica que agregou à sua experiência um valor “humano extenso” (Lacan, 2009, p. 251) e universal, que supõe uma continuidade (Neimeyer, 2016) entre o bebê perdido e o filho vivo: ‘descobri que estava grávida dele na semana da data prevista do parto da primeira gestação’ (sorri e faz uma pausa, expressando um saber) (P11). Mais à frente em seu depoimento descreve o fato de a sala na qual foi realizada a curetagem do filho perdido, ter sido a mesma do dia do nascimento de seu filho vivo, criando uma conexão entre as duas experiências de maternidade:

Aí a maca fez o caminho certinho, aqui tava o posto de enfermagem, e eu entrei na sala de cirurgia número cinco. Eu gravei. E depois de três dias de trabalho de parto do J. (filho vivo), [...] tive que ir pra cesárea. E a cesárea foi na sala de cirurgia no Pró-Matre Hospital Maternidade) número cinco! (sorri) [...] o J. é a continuação dessa história que eu tô te contando, assim, literalmente. Em muitos momentos elas se entrelaçam, [...]

Ao imprimir à experiência da PG um sentido enigmático/mítico (Lacan, 2009) e também de continuidade e aprendizado, este último representando crescimento pessoal (Krosch & Shakespeare-Finch, 2017), a participante 11 torna-se capaz de integrar à sua história de vida este episódio traumático de forma a não sucumbir ao sofrimento.

Área temática: Apoio

A primeira unidade de análise escolhida para abrir a discussão sobre a área temática do apoio respeita à posição singular em que se encontra a mulher que perde o filho ainda dentro do seu corpo, o que torna a natureza de sua experiência ímpar em relação aos que a rodeiam: ‘Eu tive bastante apoio, tive. Mas em algum momento parecia que não era suficiente (disse com um sorriso triste).’ P6

O apoio, como um efeito do reconhecimento da perda e de seu valor, emerge nas narrativas das participantes 1, 3, 5, 6, 7, 8 e 9 muito centrado nas figuras das respectivas mães. Há um componente que qualifica de forma diferenciada este apoio materno nas narrativas das participantes 3, 5, 7 e 6. Este componente respeita a uma transmissão transgeracional de um saber adquirido pela própria experiência de PG, como também a reativação da vivência do luto passado (Crockett et al., 2021; Randolph et al., 2015; Rowlands & Lee, 2010), junto com os conteúdos que possam ter sido normalmente esquecidos (Lacan, 2009, p. 252). Na seguinte unidade de análise, observa-se uma sobreposição e uma partilha de lutos quando a participante fala sobre o próprio sentimento de perda aquando da PG pela qual passou sua mãe:

Minha mãe teve uma perda gestacional há 20 anos atrás e até hoje ela não esquece isso, né? Ela não sofre por isso, mas ela lembra. Fica, putz! - Se eu não tivesse perdido, podia estar com um filho de 20 anos agora. [...] Ah, acabou vindo à tona, né? [...] eu tinha lá meus 15 anos, e – Putz! minha mãe tá grávida! Da hora! Legal (diz alegre)! Vou ter um irmão! Aí ela perdeu. Nossa, isso impactou tanto também. Assim, na época eu sofri pra caramba, nossa! E foi um abalo da minha adolescência também, né? [...] E eu imagino ela, de eu ter perdido um, imagino o quanto ela sofreu também, né? Agora eu entendo. Mas pra mim, naquela época, pesou também. (P5)

A participante faz uso da expressão “vir à tona” para referir que uma passagem da vida de sua mãe, que teve grande impacto na sua própria vida, retorna ao presente adicionando um componente a mais à sua própria experiência de luto. Essa narrativa revela que há uma circularidade na reativação de vivências, no seguinte sentido, a PG vivida pela mãe impacta a filha adolescente, que revisita este luto ao falar da sua própria perda e ainda observa o efeito que esta última tem sobre a mãe duplamente enlutada (pela perda de um filho, no passado, e um neto no presente).

Na seguinte unidade de análise, a participante 9 partilha um sentimento de estranhamento e um esforço por tentar entender a atitude da mãe:

Porque uma vez minha mãe falou pra mim assim ‘agora chega de tentar, né?’. Eu num, não tinha decidido, até hoje eu não decidi. Foi logo depois que eu... da segunda perda, ela falou ‘agora chega, né?’. Mas eu entendi que esse ‘agora chega’ era mais pra ela não sofrer do que pra..., sabe? Ou porque acha que eu vou sofrer mais do que, se eu tentar de novo, entendeu? Soa estranho, soou estranho pra mim, foi triste, mas eu entendo ela, hoje eu entendo mais do que eu entendia antes. (9)

Neste caso a participante interpreta que talvez o que a mãe pretendia com o “agora chega” era evitar o próprio sofrimento. Em outro momento da entrevista a participante 9

agrega um novo componente à sua interpretação, que é a cultura nipônica, tradicionalmente reconhecida por condutas relacionais de comportamento reservado:

Minha mãe, minha irmã, eu não sei. Eles não seriam bons, eu acho, porque daí entraria uma coisa mais emocional. [...] eles são japoneses, descendentes de japoneses, né? Eu sou totalmente diferente deles, eu, mesmo que me fechando, ainda consigo falar mais que eles. Eles não saberiam lidar com isso, então eu me preocupo com eles...

Nas narrativas das participantes 1, 3, 5, 6 e 7 há evidências de aspectos referentes às dificuldades que podem surgir na relação de apoio com o parceiro, que manifestam como ausência de comunicação (Mulvihill & Walsh, 2014), atitude insensível que subestima a importância do evento (Randolph et al., 2015), incapacidade para compreender (Sohr-Preston et al., 2018) e comportamento tipificado com do gênero masculino (Mulvihill & Walsh, 2014), como ilustram respectivamente as seguintes unidades de análise: ‘o meu marido não conversa comigo sobre isso... O que eu senti foi menos apoio, foi do meu marido mesmo, assim [...]’ (P3); ‘[...] Então assim, acho que de primeiro momento foi um choque (para o marido), e depois foi assim ‘ah a gente vai dar certo, você vai tentar de novo’. (P7); ‘ele não entendia muito em alguns momentos que eu ainda tava triste, sabe? Em alguns momentos que eu ainda chorava... acho que ele não entendia, assim, percebi que ele não entendia, assim, muito e tal.’ (P6); ‘Meu marido é mais objetivo, “secão”. Então, convivendo com ele, eu aprendi, de certa forma, a não ser tão assim.... não dar tanto...a não fazer tanto... não ter tanto drama na minha vida, né?’ (P5); ‘Hã... o meu marido não é uma pessoa muito inteligente emocionalmente (risos), eu diria. Ele... então ele não é muito de falar, e de palavra de apoio.’ (P7)

A participante 1 indica que percebe o pesar do parceiro, mas diz que para ele é muito difícil falar sobre o evento e expressar as inquietações e angústias (Muza et al., 2013) que possam advir de tal perda. Este comportamento pode estar associado ao desejo do parceiro de

ser forte e a figura que dará suporte à enlutada (Mulvihill & Walsh, 2014), que é um tipo de fardo tipicamente assumido pelos companheiros, que supostamente devem proteger suas parceiras (Dyer et al., 2019), portanto, a eles não é permitido expressar sentimentos: ‘A minha cunhada só me falou uma vez que ele perguntou para ela: “Meu... meu filho, meu filho, será que... será que sofreu?” né. Mas ele comigo ele não falava, então... ele tem aí as coisas dele [...]’. Pode-se inferir que o comportamento do parceiro, moldado por este tipo de noção que estabelece uma distinção entre papéis e funções baseada em gênero (Mulvihill & Walsh, 2014), pode influenciar a qualidade do apoio percebido pela enlutada.

Na narrativa da participante 8 foi possível observar sensibilidade e proximidade do parceiro, que representou um apoio diferenciado que pode influenciar positivamente o PL (deMontigny et al., 2020):

(chora) a primeira noite em casa eu não conseguia dormir, daí eu comecei a chorar desesperada, e ele me.... ele falou coisas assim que eu nem sabia que ele podia falar, sabe? Palavras pra me ajudar, pra confortar, sabe? Foi muito bonito, assim, me deu bastante força, e a gente entende o amor de verdade, né? Nessas horas foi bem... nunca vou esquecer.

Na narrativa da participante 10 o componente que emergiu foi uma atitude de proteção à esposa (Dyer et al., 2019), a qual refere como uma “blindagem” para que nenhuma mensagem de pesar e condolências chegasse a ela:

M. (marido) me blindou, cara, não sei... nesse ponto. Então eu acho que as pessoas que falavam (sobre a PG) talvez se lamentassem, ou se compadecessem muito mais com ele do que comigo. Sabe? Então realmente eu não, eu não tenho lembrança de ninguém vir aqui me visitar, ou me ligar, pra falar como é que é, como é que não é. Não, não tenho isso.

A percepção, por parte da enlutada, quanto ao processo de luto do parceiro, à diferença na maneira de lidar com a perda, ao peso dado ao evento e a mais rápida capacidade de recuperação, estão evidentes nas seguintes unidades de análise: ‘Pra ele foi muito mais fácil ressignificar, né?’ (P6); ‘[...]’, porém, eu acredito que foi, ele conseguiu contornar melhor a circunstância, até por que, né a ge... a mãe que carrega, que ta ali [...] (P1)

A narrativa da participante 7 é a única, entre as onze, que descreve uma situação em que homem e mulher, pai e mãe, choram juntos face a dor da perda do bebê:

[...] eu lembro do meu marido chegando em casa e contando, explicando pro meu marido que a gente tinha perdido o bebê. E eu lembro do meu marido chorando, e isso me marcou muito, porque foi acho que assim, que na vida inteira ele chorou três vezes, dos dez anos que a gente tá junto... E essa vez foi a única vez que ele chorou mesmo, sentou no chão, chorou, [...] (P7)

Neste depoimento da participante 7 observa-se que o parceiro admite e descreve a ela um tipo de situação e comportamento que é usualmente creditado às mulheres, que é o de sonhar acordado com o bebê, imaginá-lo já desde as primeiras semanas da gestação. Talvez isso tenha os aproximado aquando da descoberta da PG: ‘porque ele falou assim pra mim “ah, é que eu fui na loja no final de semana e eu fiquei olhando roupinha de bebê, não sabia se era menino ou...” (P7)

A percepção do apoio proveniente de amigas e amigos é diversificada, mas alguns aspetos já foram observados em outros estudos como por exemplo, a sensação de que apesar de haver a intenção de apoiar muitas mensagens terminam por invalidar o sofrimento e o valor da perda (Meyer, 2016): “Os meus amigos, mesmo de longe, as pessoas mandaram muitos carinhos pra mim, sabe...? Mandavam uma flor, um docinho, um... [...], mas mesmo tendo esse apoio as pessoas depois de um tempo falam: ‘Ah daqui a um mês ela esquece.’, é nítida essa sensação assim.” (P3)

A participante 10 relata que foi a sua própria atitude que afastou as pessoas e por isso não recorda de muitas manifestações de pesar. Ao reduzir o embrião a um “gambá morto” fechou-se a possibilidade de qualquer partilha social:

não lembro, não lembro de as pessoas virem muito falar comigo. Talvez, sei lá, porque essa minha maneira de lidar, e aí eu já ‘ah, não! Ah, porque agora tem um gambá aqui’, e aí tipo, as pessoas ficavam meio assustadas (risos). [...] Já não deixei nem espaço pra ninguém ficar se lamentando por mim, porque eu não tava me lamentando, entendeu? Na verdade, eu tava mais p*** que o negócio tava lá

Ao passar pela PG a participante 7 relata que o apoio que recebeu das amigas que, ao tomarem conhecimento de sua perda, passaram a partilhar suas próprias experiências deu a sua experiência um certo senso de normalidade (Fernández-Basanta et al., 2021; Rowlands & Lee, 2010):

[...] e aí começa todo mundo a pipocar ‘ah, mas eu também passei, eu também passei’, e as amigas começam a falar ‘ah, foi assim pra mim, como é que foi aí?’. Umas amigas que eu tenho de criança também passaram por isso. Uma perdeu, a outra tinha, perdeu também, perdeu depois de várias IVFs lá, várias inseminações. Ou elas deram o insight delas, o... a... o apoio delas, conversar comigo. P7

A seguir, na tabela 7 encontram-se as categorias, dimensões e unidades de análise que ilustram o apoio percebido no processo de elaboração do luto na PG:

Tabela 7 - Área temática: Apoio

Categorias e Dimensão	Unidades de análise
Materno A mãe como figura central de apoio na experiência do luto na PG	<p>“a minha mãe foi o meu chão, quando eu não tinha chão!... se eu não tivesse a minha mãe naquele momento comigo! Podia ter o mundo inteiro, mas a minha mãe, como eu disse, ela foi o meu chão.” P1</p> <p>“[...] minha mãe ficou comigo, fez uma massagem [...] foi conversando comigo. [...] Nossa, foi muito bom. Falei: ‘meu Deus, mãe, sua mão é de fada, não sei o que que você tem aí que é, é mãe mesmo! [...]’ P8</p> <p>“Às vezes minha mãe ficava, acho, que preocupada comigo, ela falava ‘filha, não chora’, falei, ‘mãe, vou chorar porque eu vou chorar tudo o que eu tiver que chorar, e aí, eu vou, eu vou aprender depois, eu vou aos poucos, eu vou amenizando’, né?” P8</p>
Transgeracional Transmissão entre gerações da experiência do luto na PG	<p>“[...] a minha mãe, cuidou muito de mim, até porque ela passou por cinco abortos na vida... só eu nasci, era para ter muitos irmãos. O último bebê ela perdeu com oito meses [...]” P3</p> <p>“Minha mãe teve duas perdas, então ela sabe o que que é [...] então eu sempre soube que era uma possibilidade. E a minha mãe sofreu muito com isso, e ela sempre me falava assim “Hã, minha visão piorou depois do aborto, aí, não sei o que, isso aconteceu depois do aborto”. Então, é uma coisa que sempre, sempre existiu na minha cabeça, né? Como, como uma realidade.” P7</p> <p>“[...] Contou (a mãe) que ela teve um primeiro aborto também na gestação do primeiro filho... O primeiro filho foi um aborto inicial também. Ela contou como ela chorou muito também e tal, me abraçou [...]” P6</p>
Do cônjuge Satisfação quanto a qualidade do apoio, diferenças de reação e importância dada à PG, percepção do processo da experiência do luto do companheiro	<p>“quando ele levantou... eu tinha acabado de perder... e tava no quarto que nem era no nosso, no quarto do meu enteado... ele... parou do meu lado e falou: ‘E aí? Você vai querer ir para o hospital ou não porque eu preciso de trabalhar’... a delicadeza assim, né? (disse irônica)” P3</p> <p>“Vou te dizer que nem do meu marido, assim, eu tive aquela coisa muito, não compreensiva, não vou dizer assim, mas...hã, eu não sei, acho que de ninguém assim, aquele afeto, aquela coisa de amparo, né?” P5</p> <p>“Do meu marido eu não senti aquela coisa ‘puxa amor...hã... vamos tentar de novo’. Eu não sei, meu marido não é muito assim...” P5</p>

Categorias e Dimensão	Unidades de análise
Amigos/as Manifestações carinhosas de pesar de amigos, (des)interesse, partilha de experiências semelhantes entre amigas, sofrimento invalidado,	<p data-bbox="636 236 2036 331">“[...] tentava meio que me consolar. Eu não lembro mais, mas de alguma forma teve em algum momento de ele me irritar, da forma que ele tentava me consolar... meu marido não foi uma boa pessoa pra eu simplesmente, eu poder falar” P6</p> <p data-bbox="636 371 2036 435">“Pra ele foi bastante difícil é [...] Talvez pra ele o choque foi grande, por conta da... que era muito inesperado, mas ele conseguiu contornar...” P1</p> <p data-bbox="636 475 2036 539">“Porque como você ouviu o que eu falei, meu marido disse que isso não consome ele, né? Não é uma coisa que, nossa, é imprescindível pra ele ter outro filho. Se vier beleza, se não vier, tranquilo também.” P5</p> <p data-bbox="636 611 2036 675">“[...] eu tenho uma amiga que é psicóloga que ela fingia que não estava me fazendo terapia, mas eu percebi, depois de um tempo, que ela estava (risos).” P3</p> <p data-bbox="636 715 2036 778">“Assim, aquela coisa muito afetuosa assim, não. Foi mais aquela coisa ‘ai que pena, você consegue de novo depois’, ‘vai dar certo depois’, ou ‘ah, não era pra ser assim.’” P5</p> <p data-bbox="636 818 2036 946">“As minhas amigas, eu acho que foi meio assim também, elas passaram por isso, e elas já tinham tido filhos depois. Então elas disseram ‘olha, aqui aconteceu, eu sinto muito, mas não quer dizer que nunca mais vai... que você nunca mais vai ter filhos’. Então acho que isso de ver que essas pessoas próximas passaram por esse problema, mas que depois tiveram uma gravidez com sucesso, foi, foi bem relevante.” P7</p> <p data-bbox="636 986 2036 1082">“A P. (amiga que também passou por uma PG tardia) veio também pra trazer um bolo, em casa, só, só trazer, tipo, sem precisar conversar, sabe? Só trazer e a gente comer junto, passar um tempinho. Ela viu que eu não podia ficar muito tempo sentada, falou ‘vai deitar’, e tal...” P8</p>

Conclusão

O objetivo desse estudo foi ampliar e aprofundar a compreensão sobre a experiência de luto na perda gestacional nas dimensões da vida pessoal, social e laboral da mulher. Percorrido o trajeto do trabalho que começa pela própria maternidade, este conjunto de operações psíquicas necessário para que seja forjado o lugar simbólico reservado ao filho imaginado, o que se encontra é a percepção de o quanto entrelaçados estão os processos que se dão nas dimensões subjetiva e social, que tecem a rede simbólica de representações que é o próprio espaço de constituição do sujeito humano.

Para além disto, ao sermos capazes de escapar à lógica binária que fundamenta noções como causa/efeito, presença/ausência, vida/morte, nos tornamos aptos a perceber que a existência humana, quando contemplado seu componente simbólico, não se limita ao intervalo circunscrito entre o nascimento e a morte. Somente depois de assumirmos tal posição, em que não há o suposto ponto de corte que determina onde tudo começa e termina, é que estamos prontos para escutar a mãe de um filho morto que não chegou a nascer.

São muitas as partes desta tese em que se evidencia o aspeto narcísico de uma PG, que aponta para o que se perde de si mesmo no objeto de amor perdido. Tal questão coloca em pauta onde termina o eu e começa o objeto. O território onde ocorre o processo do luto não se encontra nem dentro, nem fora, nem lá, nem cá, mas no que se pode definir como um espaço híbrido intra e interrelacional, intra e intersubjetivo. O estatuto materno é um bom exemplo: a maternidade, tarefa que em nossa cultura, quando cumprida, agrega valor de sucesso, competência e potência às mulheres (daí o comum sentimento de vergonha por ter “falhado”) e se revela em importância na resistência das enlutadas em não deixar que se apague a presença do filho que não chegou a nascer é, além de um status social, um processo que remete às primeiras inscrições narcísicas na relação com o outro significativo.

Como a morte do filho imaginado faz com que ele ali permaneça, neste lugar idealizado que tem mais a ver a própria mãe do que com o filho real, é da elaboração da perda deste ideal de que se trata o processo de luto. Tal constatação coloca em cheque qualquer perspectiva que sugira que é preciso pressa para que a isso se ponha um fim. Todas as participantes afirmaram ter necessidade de falar e serem escutadas. A fatalidade da PG pode ser de tal ordem que mais importante que entendê-la é dar-lhe sentido, ou seja, que a enlutada possa construir uma narrativa e inseri-la num campo de significações subjetivo, de forma que dela possa se extrair uma verdade universal. Compreende-se, então, o quão complexa, desafiante e problemática é a tentativa de estabelecer a priori uma rota para este processo.

Um fator que futuramente precisa ser investigado é o impacto que teve o contexto social da pandemia Covid-19 nas interações entre as enlutadas, seus familiares, parceiros, amigos e os profissionais da área da saúde. Alguns dos depoimentos deste presente estudo traziam elementos específicos que podem estar associados ao estresse e ao desamparo experienciado por todos nestes tempos pandêmicos. O estabelecimento do critério de inclusão, que exigia que as participantes tivessem tido a experiência do luto na PG enquanto profissionais em um ambiente de trabalho, por um lado enriqueceu a investigação, mas por outro predisps as participantes a um certo tipo de postura crítica, o que pode ter comprometido a espontaneidade das narrativas. A realização das entrevistas à distância em modo virtual, se por um lado viabilizou a execução do trabalho, também trouxe pequenos obstáculos à captação dos conteúdos devido à pontuais falhas na rede de WiFi, que prejudicavam o áudio, interferindo na fluência do discurso.

O reduzido número de participantes permitiu um maior aprofundamento nos aspetos mais singulares e subjetivos da experiência do luto na PG. Algumas das entrevistadas já

acompanhavam o trabalho voltado para o universo das gestantes lactantes realizado desde 2013 pela entrevistadora nos medias sociais, o que facilitou o rapport.

O luto na perda gestacional, nomeadamente no âmbito da psicologia, ainda é um tema pouco explorado que pode abrir um profícuo campo de indagações. Ampliar a compreensão do processo nas dimensões psicológica e emocional servirá de recurso para profissionais das diversas áreas incrementarem suas competências no atendimento às enlutadas. É preciso que a atenção ao risco de um adoecimento mental esteja no escopo do atendimento no contexto médico hospitalar, através de uma escuta sensível quanto ao sofrimento psíquico. Tal mudança paradigmática tem o potencial de devolver o protagonismo às mulheres e conceder-lhes definitivamente o direito de enlutar publicamente por uma perda gestacional.

Referências

- Badinter, E. (1985). *Um amor conquistado: O mito do amor materno*. Nova Fronteira.
- https://rblh.fiocruz.br/sites/rblh.fiocruz.br/files/usuario/80/30._um_amor_conquistado_o_mito_do_amor_materno_-_elisabeth_badinter.pdf
- Bailey, S. L., Boivin, J., Cheong, Y. C., Kitson-Reynolds, E., Bailey, C., & Macklon, N. (2019). Hope for the best ...but expect the worst: A qualitative study to explore how women with recurrent miscarriage experience the early waiting period of a new pregnancy. *BMJ Open*, *9*(5), e029354. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-029354>
- Barbosa, A. (2003). Pensar a morte nos cuidados de saúde. *Análise Social*, pp.35-49. <https://www.jstor.org/stable/41011775>
- Barbosa, A. (2010). Processo de luto. Em *Manual de Cuidados Paliativos* (2ª edição, pp. 487–532).
- Bardos, J., Hercz, D., Friedenthal, J., Missmer, S. A., & Williams, Z. (2015). A National survey on public perceptions of miscarriage. *Obstetrics & Gynecology*, *125*(6), 1313–1320. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000000859>
- Bernardino, L. M. F. (2020). A concepção lacaniana de sujeito. Em *Laço* (pp. 27–35). Autêntica Editora.
- Betz, G., & Thorngren, J. M. (2006). Ambiguous loss and the family grieving process. *The Family Journal*, *14*(4), 359–365. <https://doi.org/10.1177/1066480706290052>
- Boss, P. (2010). The trauma and complicated grief of ambiguous loss. *Pastoral Psychology*, *59*(2), 137–145. <https://doi.org/10.1007/s11089-009-0264-0>
- Bowlby, J. (1982). *Formação e rompimento dos laços afetivos* (1ª edição). Martins Fontes.
- Breakwell, G. M. (2010a). Métodos de entrevista. Em *Métodos de pesquisa em psicologia* (3ª edição, pp. 238–259). Artmed.
- Breakwell, G. M. (2010b). O uso do autorregistro: Métodos de diário e de narrativa. Em *Métodos de pesquisa em psicologia* (3ª edição, pp. 260–277). Artmed.
- Breakwell, G. M., & Rose, D. (2010). Teoria, método e delineamento de pesquisa. Em *Métodos de pesquisa em psicologia* (3ª edição, pp. 22–41). Artmed.
- Burman, E., & Parker, I. (Eds.). (2016). *Discourse analytic research* (0 ed.). Routledge.

<https://doi.org/10.4324/9781315403069>

- Casellato, G. (2015a). Intervenções clínicas em situação de luto não reconhecido: Estratégias específicas. Em *O resgate da empatia—Suporte psicológico ao luto não reconhecido* (pp. 125–136). Summus Editorial.
- Casellato, G. (2015b). O luto não reconhecido: O fracasso da empatia nos tempos modernos. Em *O resgate da empatia. Suporte psicológico ao luto não reconhecido* (pp. 11–18). Summus Editorial.
- Conceição, M. I. G. (2021). Análise temática: Como fazer análise qualitativa de dados qualitativos. Em *Estratégias metodológicas de pesquisa em psicologia clínica: Possibilidades e avanços* (Vol. 6, pp. 67–86). Editora CRV.
- Cook, A. S., & Oltjenbruns, K. (1989). *Dying and grieving: Lifespan and family perspectives* (Instructor's ed). Holt, Rinehart, and Winston.
- Corn, B. W. (2012). Medical paternalism: Who knows best? *The Lancet Oncology*, *13*(2), 123–124. [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(11\)70372-2](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(11)70372-2)
- Coyles, A. (2010). Análise do discurso. Em *Métodos de pesquisa em psicologia* (3ª edição, pp. 362–381). Artmed.
- Crockett, J. E., Rogers, J. L., & Binkley, E. E. (2021). Cultural dimensions of early pregnancy loss: Spiritual and religious issues. *Counseling and Values*, *66*(1), 21–39. <https://doi.org/10.1002/cvj.12142>
- Dallos, R. (2010). Coleta de dados. Em *Métodos de pesquisa em psicologia* (3ª edição, pp. 133–155). Artmed.
- deMontigny, F., Verdon, C., Meunier, S., Gervais, C., & Coté, I. (2020). Protective and risk factors for women's mental health after a spontaneous abortion. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, *28*, e3350. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3382.3350>
- Doka, K. J. (1999). Disenfranchised grief. *Bereavement Care*, *18*(3), 37–39. <https://doi.org/10.1080/02682629908657467>
- Dyer, E., Bell, R., Graham, R., & Rankin, J. (2019). Pregnancy decisions after fetal or perinatal death: Systematic review of qualitative research. *BMJ Open*, *9*(12), e029930. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-029930>

- Farren, J., Mitchell-Jones, N., Verbakel, J. Y., Timmerman, D., Jalmbrant, M., & Bourne, T. (2018). The psychological impact of early pregnancy loss. *Human Reproduction Update*, 24(6), 731–749. <https://doi.org/10.1093/humupd/dmy025>
- Fernández-Basanta, S., Van, P., Coronado, C., Torres, M., & Movilla-Fernández, M.-J. (2021). Coping after involuntary pregnancy loss: Perspectives of spanish european women. *OMEGA - Journal of Death and Dying*, 83(2), 310–324. <https://doi.org/10.1177/0030222819852849>
- Flach, K., Gressler, N. G., Marcolino, M. A. Z., & Levandowski, D. C. (2022). Complicated grief after the loss of a baby: A systematic review about risk and protective factors for bereaved women. *Trends in Psychology*. <https://doi.org/10.1007/s43076-021-00112-z>
- Freud, S. (1976). *A psicopatologia da vida cotidiana*. Imago. (Obra original publicada em 1901)
- Freud, S. (2013). Luto e melancolia. Em *Luto e melancolia* (1ª eletrônica, pp. 23–36). Cosac Naify. https://clnicasdotestemunhosc.weebly.com/uploads/6/0/0/8/60089183/luto_e_melancolia_-_sigmund_freud.pdf (Obra original publicada em 1914)
- Freud, S. (2011). *O eu e o id, «autobiografia» e outros textos* (Vol. 16). Companhia das letras. (Obra original publicada em 1925)
- Gillies, J., & Neimeyer, R. A. (2006). Loss, Grief, and the Search for Significance: Toward a Model of Meaning Reconstruction in Bereavement. *Journal of Constructivist Psychology*, 19(1), 31–65. <https://doi.org/10.1080/10720530500311182>
- Godolphin, W. (2009). Shared decision-making. *Healthcare Quarterly*, 12(sp), e186–e190. <https://doi.org/10.12927/hcq.2009.20947>
- Hazen, M. A. (2003). Societal and work place responses to perinatal loss: Disenfranchised grief or healing connection. *SAGE Publications*, 147–166.
- Herbert, D., Young, K., Pietrusińska, M., & MacBeth, A. (2022). The mental health impact of perinatal loss: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 297, 118–129. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.10.026>
- Iaconelli, V. (2007). Luto Insólito, desmentido e trauma: Clínica psicanalítica com mães de bebês. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 10(4), 614–623.
- Iaconelli, V. (2020). Sobre as origens: Muito além da mãe. Em *Parentalidade* (pp. 8–17). Autêntica

Editora.

- Iwanowicz-Palus, G., Mróz, M., & Bień, A. (2021). Quality of life, social support and self-efficacy in women after a miscarriage. *Health and Quality of Life Outcomes*, 19(1), 16.
<https://doi.org/10.1186/s12955-020-01662-z>
- Jerusalinsky, J. (2008). Angústia na pós-maternidade. *Revista da APPOA, Os tempos do sujeito*(35).
- Jones, K., & Murphy, S. (2021). Researching perinatal death: Managing the myriad of emotions in the field. *International Journal of Social Research Methodology*, 24(5), 603–615.
<https://doi.org/10.1080/13645579.2020.1857973>
- Kalsi, P., & Liu, M. Y. (2021). Pregnancy loss and female labor market outcomes. *SSRN Electronic Journal*. <https://doi.org/10.2139/ssrn.3829769>
- Kehl, M. R. (2013). Melancolia e criação. Em *Luto e Melancolia*. Cosaf Naify.
- Köneş, M. Ö., & Yıldız, H. (2021). The level of grief in women with pregnancy loss: A prospective evaluation of the first three months of perinatal loss. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 42(4), 346–355. <https://doi.org/10.1080/0167482X.2020.1759543>
- Kristvik, E. (2022). The precarious space for mourning: Sick leave as an ambiguous topic in bereaved parents' accounts of the return to everyday life after reproductive loss. *Culture, Medicine, and Psychiatry*, 46(2), 490–507. <https://doi.org/10.1007/s11013-021-09728-3>
- Krosch, D. J., & Shakespeare-Finch, J. (2017). Grief, traumatic stress, and posttraumatic growth in women who have experienced pregnancy loss. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 9(4), 425–433. <https://doi.org/10.1037/tra0000183>
- Lacan, J. (2009). *O seminário: Livro I - os escritos técnicos de Freud, 1953-1954* (J.-A. Miller, Ed.; B. Milan, Trad.; 2ª edição). Zahar.
- Laplanche, J., & Pontalis, J. B. (1967). *Vocabulário da psicanálise* (8ª ed.). Martins Fontes.
- Laville, C., & Dionne, J. (1999). *A construção do saber – manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas*. Artmed.
- Mcgee, K., PettyJohn, M. E., & Gallus, K. L. (2018). Ambiguous loss: A phenomenological exploration of women seeking support following miscarriage. *Journal of Loss and Trauma*, 23(6), 516–530. <https://doi.org/10.1080/15325024.2018.1484625>

- Melo, I. R., Wohlgemuth, M. da G. C. L., Silva-Xavier, E. A., Oliveira, J. de P., Miura, D. A., & Brambatti, L. P. (2021). Análise qualitativa: A utilização do discurso do sujeito coletivo em Psicologia da saúde. Em *Estratégias metodológicas de pesquisa em psicologia clínica: Possibilidades e avanços* (Vol. 6, pp. 87–105). Editora CRV.
- Meyer, E. D. M. (2016). The paradox of time post-pregnancy loss: Three things not to say when communicating social support. *Health Communication, 31*(11), 1426–1429.
<http://dx.doi.org/10.1080/10410236.2015.1077414>
- Millward, L. J. (2010). Grupos focais. Em *Métodos de pesquisa em psicologia* (3ª edição, pp. 278–301). Artmed.
- Moulder, C. (1994). Towards a preliminary framework for understanding pregnancy loss. *Journal of Reproductive and Infant Psychology, 12*(1), 65–67. <https://doi.org/10.1080/02646839408408869>
- Mullin, A. (2015). Early Pregnancy losses: Multiple meanings and moral considerations. *Journal of Social Philosophy, 46*(1), 27–43. <https://doi.org/10.1111/josp.12085>
- Mulvihill, A., & Walsh, T. (2014). Pregnancy loss in rural Ireland: An experience of disenfranchised grief. *British Journal of Social Work, 44*(8), 2290–2306. <https://doi.org/10.1093/bjsw/bct078>
- Muza, J. C., Sousa, E. N., Arrais, A. da R., & Iaconelli, V. (2013). Quando a morte visita a maternidade: Atenção psicológica durante a perda perinatal. *Revista Psicologia: Teoria e Prática, 15*(3), 34–48.
- Neimeyer, R. A. (2016). *The search for meaning in perinatal loss*. 10.
<https://www.robertneimeyphd.com/book-chapters.html>
- Porschitz, E. T., & Siler, E. A. (2017). Miscarriage in the workplace: An autoethnography: miscarriage in the workplace. *Gender, Work & Organization, 24*(6), 565–578.
<https://doi.org/10.1111/gwao.12181>
- Prigerson, H. (2004). Complicated grief: When the path of adjustment leads to a dead-end. *Bereavement Care, 23*(3), 38–40. <https://doi.org/10.1080/02682620408657612>
- Quenby, S., Gallos, I. D., Dhillon-Smith, R. K., Podesek, M., Stephenson, M. D., Fisher, J., Brosens, J. J., Brewin, J., Ramhorst, R., Lucas, E. S., McCoy, R. C., Anderson, R., Daher, S., Regan, L., Al-Memar, M., Bourne, T., MacIntyre, D. A., Rai, R., Christiansen, O. B., ... Coomarasamy, A.

- (2021). Miscarriage matters: The epidemiological, physical, psychological, and economic costs of early pregnancy loss. *The Lancet*, 397(10285), 1658–1667. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00682-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00682-6)
- Randolph, A. L., Hruby, B. T., & Sharif, S. (2015). Counseling women who have experienced pregnancy loss: A review of the literature. *Adultspan Journal*, 14(1), 2–10. <https://doi.org/10.1002/j.2161-0029.2015.00032.x>
- Rodrigues, C. (2016). *A função do luto na filosofia política de Judith Butler*. https://www.academia.edu/37972677/A_fun%C3%A7%C3%A3o_do_luto_na_filosofia_pol%C3%ADtica_de_Judith_Butler
- Rogers, J. L., Crockett, J. E., & Suess, E. (2019a). Miscarriage: An ecological examination. *The Professional Counselor*, 9(1), 51–66. <https://doi.org/10.15241/jlr.9.1.51>
- Rowlands, I. J., & Lee, C. (2010). ‘The silence was deafening’: Social and health service support after miscarriage. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 28(3), 274–286. <https://doi.org/10.1080/02646831003587346>
- Rubin, S. S. (1999). The two track model of bereavement: Overview, retrospect and prospect. *Death Studies*, 23(8), 681–714. <https://doi.org/10.1080/074811899200731>
- Sohr-Preston, S. L., Morain, S., Chapman, A., Pardue, S., & Ford, S. (2018). Examining misperceptions about miscarriage in U.S. adults. *Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Health*, 285–305.
- Stroeb, M., & Schut, H. (1999). The dual process model of coping with bereavement: Rationale and description. *Death Studies*, 23(3), 197–224. <https://doi.org/10.1080/074811899201046>
- Szejer, M., & Stewart, R. (1997). *Nove meses na vida de uma mulher. Uma abordagem psicanalítica da gravidez e do nascimento*. Casa do Psicólogo.
- Teodózio, A. M., Barth, M. C., Wendland, J., & Levandowski, D. C. (2020). Particularidades do luto materno decorrente de perda gestacional: Estudo qualitativo. *Revista Subjetividades*, 20(2). <https://doi.org/10.5020/23590777.rs.v20i2.e9834>
- Volgsten, H., Jansson, C., Darj, E., & Stavreus-Evers, A. (2018). Women’s experiences of miscarriage related to diagnosis, duration, and type of treatment. *Acta Obstetrica et Gynecologica*

- Scandinavica*, 97(12), 1491–1498. <https://doi.org/10.1111/aogs.13432>
- Volgsten, H., Jansson, C., Svanberg, A. S., Darj, E., & Stavreus-Evers, A. (2018). Longitudinal study of emotional experiences, grief and depressive symptoms in women and men after miscarriage. *Midwifery*, 64, 23–28. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.05.003>
- Wang, Y., Meng, Z., Pei, J., Qian, L., Mao, B., Li, Y., Li, J., Dai, Z., Cao, J., Zhang, C., Chen, L., Jin, Y., & Yi, B. (2021). Anxiety and depression are risk factors for recurrent pregnancy loss: A nested case–control study. *Health and Quality of Life Outcomes*, 19(1), 78. <https://doi.org/10.1186/s12955-021-01703-1>
- Wesselmann, E. D., & Parris, L. (2022). Miscarriage, perceived ostracism, and trauma: A preliminary investigation. *Frontiers in Psychology*, 12, 747860. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.747860>
- WHO. (2022a). Stillbirth. *World Health Organization*. https://www.who.int/health-topics/stillbirth#tab=tab_2
- WHO. (2022b). Why we need to talk about losing a baby. *World Health Organization*. <https://www.who.int/news-room/spotlight/why-we-need-to-talk-about-losing-a-baby>
- Winnicott, D. (2000). A preocupação materna. Em *Da pediatria à psicanálise* (pp. 401–405). Imago Editora.
- Winnicott, D. (2020). A mãe dedicada comum. Em *Os bebês e suas mães* (pp. 20–49–50). Ubu.
- Worden, J. W. (2013). *Aconselhamento do luto e terapia do luto: Um manual para profissionais da saúde mental* (4ª edição). Roca.

APÊNDICES

LISTA DE APÊNDICES

- Apêndice A** - E-mail enviado às candidatas a participa
- Apêndice B** - Documento de Consentimento Informado
- Apêndice C** - Questionário sociodemográfico
- Apêndice D** - Guião de entrevista semiestruturada

APÊNDICE A

E-mail enviado às candidatas a participar

E-mail enviado às candidatas a participar

Olá _____!

Muito obrigada por colaborar com o meu estudo de Tese de Mestrado sobre a perda gestacional.

Para participar é preciso que você se encaixe no seguinte perfil:

- Tenha vivenciado uma (ou mais) perda gestacional espontânea;
- Que seja uma mulher que trabalha fora de casa, em ambiente empresarial/corporativo (mesmo que não seja mais esta a sua realidade atual, mas na época do aborto era a sua situação).

Se você atende estes critérios, marcaremos uma data e horário, que sejam convenientes para você, para fazermos uma entrevista.

Vivo em Lisboa, Portugal, por isso estou 4 horas mais tarde que no Brasil. Se este último for o local da sua residência precisamos considerar essa diferença de horas para agendarmos a entrevista.

Se possível me envie algumas opções de dias e horários que lhe sirvam bem. Considere que a conversa pode durar por volta de uma hora ou mais.

O sigilo de sua identidade será garantido. A qualquer momento da entrevista, se você não se sentir à vontade, ela pode ser interrompida.

Sua narrativa será transcrita e dela retirados trechos que ilustrarão aspectos importantes para a compreensão da experiência da perda gestacional.

Lhe será enviado um link da plataforma digital onde será realizada a entrevista, que será gravada para a posterior transcrição.

Se você estiver de acordo, peço que me envie o seu *whatsapp* para que possamos nos comunicar mais rapidamente.

Qualquer dúvida estou à disposição para mais esclarecimentos.

Muito obrigada mais uma vez pela sua contribuição!

APÊNDICE B

Documento de Consentimento Informado

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE

Este é um convite a participar da investigação “A experiência do processo do luto na Perda Gestacional”, da Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica realizada pela mestranda Christine Nicklas de Souza, orientada pela Doutora Elisa Kern de Castro, da Universidade Lusíada de Lisboa.

Seus dados são confidenciais e serão utilizados apenas para fins científicos.

Os riscos de participação são mínimos, mas caso sinta algum desconforto ao recordar do fato ocorrido contará com o apoio emocional da investigadora e a entrevista poderá ser interrompida a qualquer momento. Caso seja necessário, contará com um encaminhamento por parte da técnica a um serviço de atendimento.

A qualquer momento você pode desistir de participar da investigação e caso tenha necessidade de mais informações acerca do estudo, poderá entrar em contato com a pesquisadora através do e-mail: chrisnicklas@amamentareh.com.br

Ao final, se desejar receber informações sobre os resultados desta pesquisa poderá solicitá-los através do e-mail acima ou deixar um contato para que seja enviado um relatório geral.

Por favor, responda a este e-mail declarando-se ciente e que aceita participar.

APÊNDICE C

Questionário sociodemográfico

Questionário sociodemográfico

1. Nome
2. Idade
3. Estado civil
4. Ainda está com o parceiro do bebê perdido?
5. Habilitações literárias
6. Profissão
7. Estatuto laboral
8. Estatuto laboral na altura da PG
9. Número de perdas gestacionais
10. Altura da perda gestacional (1º, 2º, 3º trimestre)
11. Filhos, quantos
12. Nacionalidade
13. Residência
14. Histórico de saúde mental
15. Histórico de saúde física
16. Há quanto tempo passou pela última perda gestacional?

APÊNDICE D

Guião de entrevista semiestruturada

Guião de entrevista semiestruturada

1. Como foi a sua experiência de perda gestacional?
2. Teve apoio de alguém?
3. Você contou com algum apoio profissional?
4. E no ambiente do trabalho, como foi?
5. Que tipo de frase as pessoas falavam para te consolar?
6. Você encontrou alguma forma para elaborar essa perda? Ritual?
7. Qual é o significado da experiência de perda gestacional
8. Que marcas essa experiência deixou em você?