

Vivências da interrupção espontânea da gravidez em primigestas no primeiro trimestre gestacional: um estudo fenomenológico

Experiences of spontaneous abortion in primigravidae during the first trimester of pregnancy: a phenomenological study

Experiencias de la interrupción espontánea del embarazo en primerizas en el primer trimestre gestacional: un estudio fenomenológico.

Ana Paula Forte Camarneiro*; Juraci Conceição Silveira Cardoso Maciel**;
Rosa Maria Garcia da Silveira***

Resumo

Enquadramento: A Interrupção Espontânea da Gravidez (IEG) em primigestas desencadeia reações emocionais complexas que ocorrem fora dos serviços de saúde.

Objetivos: Compreender a vivência da IEG no primeiro trimestre de gravidez nas mulheres primigestas.

Metodologia: Estudo qualitativo, fenomenológico. A amostra, do tipo intencional, é constituída por seis participantes. A informação foi obtida por entrevista aberta e a sua análise teve por base a proposta de Loureiro (2002; 2006). Foi garantida a fidelidade e transferibilidade contextual.

Resultados: A essência do fenómeno é o desfazer do sonho que resulta da privação súbita da gravidez e da maternidade desejada. A estrutura encontrada organiza-se em três temas centrais: vivência de sentimentos negativos; elaboração interior; desejo de garantia da maternidade. Estes temas coexistem ao longo do tempo embora se manifestem com forças distintas.

Conclusão: A IEG constitui uma perda gestacional precoce, vivida com emoções negativas importantes mas também com o esforço de reorganização interior, que merece atenção e monitorização por parte dos profissionais de saúde.

Palavras-chave: aborto espontâneo; perda gestacional; luto; enfermagem obstétrica.

Abstract

Theoretical framework: Spontaneous Abortion (SA) in primigravidae triggers complex emotional reactions that occur outside the healthcare services.

Objectives: To understand the experience of SA in primigravidae during the first trimester of pregnancy.

Methodology: Qualitative and phenomenological study. The sample is purposive and composed of six participants. Data were obtained using open interviews and analysed based on Loureiro's (2002; 2006) proposal. Both contextual reliability and transferability were ensured.

Results: The essence of the phenomenon is the shattering of a dream that results from the sudden deprivation of a desired pregnancy and motherhood. The structure found is divided into three central themes: experience of negative feelings; inner elaboration; desire to ensure motherhood. These themes coexist over time, although they manifest themselves differently.

Conclusion: SA is an early pregnancy loss which brings about significant negative emotions and an effort of personal reorganisation, thus requiring attention and supervision by the healthcare professionals.

Keywords: spontaneous abortion; pregnancy loss; grief; obstetric nursing.

* Ph.D., Psicóloga, Professora adjunta, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, 3046-851, Coimbra, Portugal [pcamarneiro@esenf.pt]. Contribuição no artigo: orientação do desenho do estudo; par na validação do guião e análise de entrevistas; pesquisa bibliográfica; produção de texto de revisão bibliográfica; revisão intelectual e crítica do manuscrito e redação final. Morada para correspondência: Rua do Açude, n.º 150, Quinta da Mainça, 3020-489, Coimbra, Portugal.

** Licenciatura, Enfermeira especialista em Saúde Materna e Obstétrica, Hospital da Horta, 9900-451, Horta-Faial, Portugal [juracimaciel@gmail.com]. Contribuição no artigo: elaboração do guião da entrevista; realização, transcrição e análise de entrevistas; pesquisa bibliográfica; realização, em conjunto com a orientadora, do desenho do estudo, análise e interpretação dos achados e preparação do manuscrito.

*** Licenciatura, Enfermeira especialista em Saúde Materna e Obstétrica, Hospital da Horta, 9900-451, Horta-Faial, Portugal [silveirosa@sapo.pt]. Contribuição no artigo: elaboração do guião da entrevista; realização, transcrição e análise de entrevistas; pesquisa bibliográfica; realização, em conjunto com a orientadora, do desenho do estudo, análise e interpretação dos achados e preparação do manuscrito.

Resumen

Marco contextual: La interrupción espontánea del embarazo (IEG, por sus siglas en portugués) en primerizas desencadena reacciones emocionales complejas que tienen lugar fuera de los servicios de salud.

Objetivos: Comprender la experiencia de la IEG en el primer trimestre de embarazo en las mujeres primerizas.

Metodología: Estudio cualitativo y fenomenológico. La muestra, de tipo intencional, está formada por seis participantes. La información se obtuvo mediante una entrevista abierta y su análisis se basó en la propuesta de Loureiro (2002, 2006). Se garantizó la fidelidad y la transferibilidad contextual.

Resultados: La esencia del fenómeno es la desaparición del sueño que deriva de la privación repentina del embarazo y de la maternidad deseada. La estructura encontrada se organiza en tres temas centrales: experiencia de sentimientos negativos; elaboración interior; y deseo de garantía de la maternidad. Estos temas coexisten a lo largo del tiempo aunque se manifiesten con fuerzas distintas.

Conclusión: La IEG constituye una pérdida gestacional precoz, vivida con emociones negativas importantes pero también con el esfuerzo de reorganización interior, que merece una atención y monitorización por parte de los profesionales de la salud.

Palabras clave: aborto espontáneo; pérdida gestacional; luto; enfermería de la obstetricia.

Recebido para publicação em: 19.06.14

Aceite para publicação em: 06.01.15

Introdução

A área da saúde materna e obstetrícia acolhe a vida e a alegria da família apesar de se conhecerem situações de insucesso em contexto obstétrico. Uma dessas situações é o aborto espontâneo que interrompe de forma inesperada o curso da gravidez. A perda de uma gravidez desejada, principalmente se é a primeira, implica várias perdas tais como a da maternidade, da autoestima, da *pessoa amada*, do estatuto social e de um futuro antecipado imaginado (Leal, 2005; Soubieux, 2009). A mulher, após a Interrupção Espontânea da Gravidez (IEG), vive momentos difíceis, de stresse e de grande fragilidade psicoemocional (Kersting, Kroker, Schlicht, & Wagner, 2011; Rowlands & Lee, 2009) que interessa conhecer para melhor cuidar.

Na sua prática profissional, os profissionais de saúde em geral, e em particular os enfermeiros de saúde materna e obstetrícia, são muitas vezes confrontados com esta situação. Trata-se de uma perda gestacional com características especiais pelos sinais pouco evidentes de gravidez, dado o curto tempo de gestação, e pela controvérsia ético-política que envolve o estatuto legal do embrião. Nestas circunstâncias, os profissionais de saúde podem sentir dificuldades nas intervenções ao nível do relacionamento e apoio à mulher, ou ao casal, sendo levados a recorrer ao evitamento ou limitando o contacto ao estritamente necessário em termos de cuidados técnicos. Qualquer das opções não é minimamente satisfatória, profissional e pessoalmente. Os trabalhos publicados em Portugal no âmbito do conhecimento das vivências das mulheres que experimentam a IEG no primeiro trimestre de gestação são escassos. A pertinência do tema é justificada pela necessidade de conhecer o significado do fenómeno do ponto de vista de quem o está a viver pois, através do conhecimento dessa realidade, pode-se melhorar a prática profissional em obstetrícia cuidando da pessoa de forma individualizada e ajudando nesta situação de vida.

Assim, foi delineado o seguinte objetivo para o estudo realizado: Compreender a vivência da IEG no primeiro trimestre nas mulheres primigestas.

Enquadramento

Esperar um filho, especialmente o primeiro, é um dos acontecimentos mais importantes da vida da mulher

quando corresponde a uma gravidez desejada e ao desejo de maternidade (Camarneiro & Justo, 2010; Camarneiro, 2011). Muito antes da gravidez, a mulher interioriza o seu papel de mãe, sonha ter filhos. Após a conceção, o vínculo inscrito no sonho da mãe passa a ser realidade, entre a mãe e o feto, e intensifica-se (Camarneiro, 2011; Keating & Seabra, 1994).

Associada à gravidez está a expectativa do sucesso da mesma, com o nascimento de um bebé imaginado ao longo da gestação. Mas nem sempre a gravidez se desenrola como previamente antecipado e, por vezes, é interrompida. As interrupções inesperadas da gravidez podem ser espontâneas ou médicas. As interrupções voluntárias dependem da decisão da mulher, sem indicação médica. Em todos os casos há expulsão do produto da conceção, ou seja, um aborto. Este é definido como o fim da gravidez antes das 20 semanas de gestação. É a perda mais comum e a sua prevalência é de 15 a 27% em mulheres entre os 25 e 29 anos, aumentando para 75% em idade superior a 45 anos. O risco eleva-se nas mulheres com aborto prévio (Kersting & Wagner, 2012).

As situações de perda em obstetrícia são designadas perdas precoces. Existem três tipos de perdas precoces: perda gestacional precoce; perda gestacional tardia (nado morto); e morte neonatal. Ao contrário daquilo que é o pensamento comum, Weiss (1998) considera as perdas precoces como as mais dolorosas de todas as perdas.

Assim, lidar com a perda por IEG torna-se particularmente complicado por se tecer quase totalmente ao nível do imaginário, dada a ausência de evidências físicas da existência do bebé (Rolim & Canavaro, 2001; Soubieux, 2009).

Uma interrupção da gravidez reveste-se de sentimentos negativos de frustração, tristeza, desapontamento, raiva, culpabilização, ambivalência, ansiedade e vergonha (Soubieux, 2009). Se estes perdurarem no tempo podem desencadear crises de ansiedade ou perturbações depressivas (Kersting et al., 2011; Rowlands & Lee, 2009). Além disso, a adaptação psicológica a uma nova gravidez fica comprometida (Kersting et al., 2011).

Moulder (1994) considera que o sofrimento dos pais perante a perda da gravidez depende da intensidade, consistência e valência da ligação afetiva que colocam na gravidez, o que não tem relação direta com o tempo gestacional, com os significados atribuídos à gravidez e à maternidade, com a culpabilidade sentida

(deficiência ou ações danosas) ou com o temor de complicações na futura gravidez.

Após a perda do bebé desejado ocorre o luto, que será normal e adaptativo. O processo normal de luto é um trabalho pessoal de adaptação à perda, uma experiência profunda e dolorosa, que implica sofrimento mas também a capacidade de encontrar esperança, conforto e alternativas significativas. É um processo complexo, variável, não estático e, apesar de a sua progressão ser ordenada, as respostas individuais não são imutáveis sendo moldado por valores culturais, normas e costumes. O processo de luto de uma perda gestacional, embora tenha uma estrutura sequencial semelhante ao processo de luto normal, apresenta particularidades que o tornam único (Keating & Seabra, 1994; Cabral, 2005).

Questão de investigação

A questão de investigação que levou à realização deste estudo foi a seguinte: Quais as vivências da mulher primigesta que sofre a perda de um filho por aborto espontâneo no primeiro trimestre de gravidez?

Metodologia

Considerando o objeto de estudo, foi utilizada uma abordagem epistemológica compreensiva qualitativa numa perspetiva fenomenológica.

Dado existirem diversos modos de prosseguir com uma investigação fenomenológica, nesta foi seguida a proposta de Loureiro (2002; 2006) que tem por base alguns trabalhos pioneiros por si citados, nomeadamente Giorgi, Colaizzi e Van Kaam, e que procurou convergir num único modelo o essencial da proposta de Husserl e alguns conceitos de outras abordagens fenomenológicas.

A amostra foi obtida de forma intencional e é constituída por seis participantes que sofreram uma interrupção espontânea da gravidez durante o primeiro trimestre e que foram acompanhadas no serviço de Obstetrícia e Ginecologia do Hospital da Horta, na ilha do Faial. A este Hospital foi pedida, e concedida, autorização para realizar o estudo. A seleção das participantes seguiu os seguintes critérios de elegibilidade: ter tido um aborto espontâneo há menos de seis meses; ser primigesta; não se coibir de

falar sobre a sua vivência da IEG; e ter boa expressão verbal.

As participantes foram contactadas previamente e foi obtido o consentimento informado. Foi-lhes garantida a confidencialidade de toda a informação. Sendo o anonimato impossível, a promessa de sigilo constituiu uma garantia tendo-se substituído os nomes por um número de identificação.

A informação foi recolhida por entrevista não estruturada, encetada pelo enunciado de uma questão aberta, sendo cada participante convidada a desenvolver a sua ideia e a prosseguir a conversa em profundidade. O guião foi validado entre os investigadores, servindo como guia orientador, com o propósito de uniformizar todas as entrevistas efetuadas. Foi feito registo em fita magnética e também a anotação de informações em papel. A entrevista realizou-se no domicílio, espaço onde as participantes referiram sentir-se mais confortáveis, conseguindo-se um clima propício à comunicação. Ao longo das entrevistas foram utilizadas algumas interpelações não diretivas, tendo por base o discurso da participante, de modo a permitir e garantir uma maior fluidez na continuidade do discurso e pensamento. Cada entrevista terminou quando as participantes consideraram ter esgotado a informação. A duração média foi de 40 minutos cada. Os investigadores deram por terminada a recolha da informação, realizada através das entrevistas, quando encontraram saturação no conteúdo das entrevistas realizadas.

As entrevistas foram reproduzidas na íntegra, após audição repetida por dois dos investigadores, precavendo prováveis erros de transcrição. Foi necessário realizar novo contacto com duas participantes para clarificação de conteúdos. Concluída a transcrição, procedeu-se à sua validação por um perito, professor e investigador experiente.

O tratamento e análise da informação basearam-se no quadro de Loureiro (2002; 2006). Teve início com a leitura intuitiva e global da informação para a apreensão da essência do fenómeno. Em seguida, fez-se a formação de um perfil constitutivo com a criação de unidades naturais de significado, da atribuição de significados através da interpretação e a formação de temas centrais. Na construção dos temas centrais procurou-se a convergência ou divergência entre as unidades de significado.

Para realizar a validação da organização dos achados em perfis constitutivos, recorreu-se a um investigador

com experiência em investigação fenomenológica, que avaliou o processo desde a segmentação de texto à criação de uma estrutura.

A triangulação dos achados e dos investigadores foi realizada. Os investigadores participaram no estudo do fenómeno e na análise dos achados com igual contribuição, instaurando um consenso intersubjetivo entre os elementos assegurando uma maior fidelidade dos achados. Quanto à transferibilidade, esta foi garantida pela seleção intencional das participantes, procurando aquelas que viveram o mesmo fenómeno e foram capazes de o comunicar. Relativamente à confirmabilidade, todo o processo de investigação foi estruturado e documentado de modo a permitir a um auditor avaliar todo o processo até à sua origem, possibilitando-lhe verificar a informação em bruto (transcritos em *verbatim*), analisar as anotações aquando da criação de unidades naturais de significado, os significados formulados, os temas, o perfil constitutivo de cada tema e o índice temático.

Resultados e Discussão

A essência do fenómeno vivido pelas mulheres na IEG, encontrada a partir da interpretação compreensiva dos resultados, é *o desfazer de um sonho*. Denota uma vivência repleta de falta de sentido (*non sense*) resultante da privação súbita da gravidez e da maternidade desejada. Os discursos revelaram que as participantes desejavam muito ser mães e perderam o objeto de amor, ao contrário das expectativas criadas, “de repente correu tudo mal” (E4); “é como se tivesse acontecido tudo ao contrário” (E1). Os enunciados tiveram por base a impossibilidade de concretização do desejo causando uma sensação de vazio e de oportunidade perdida, “o desejo de um filho que de um momento para o outro deixa de existir” (E2). “quando eu engravidei não pensei que isso podia acontecer, ninguém pensa ... achava que era raro” (E5). De facto, com o desenvolvimento da obstetrícia

e diminuição da mortalidade perinatal, a confirmação da concepção tornou quase certa, para os pais, a presença de um filho nos braços (Cabral, 2005). No entanto, os números divulgados internacionalmente contam com uma percentagem elevada (cerca de 20%) de perdas gestacionais (Kersting et al., 2011).

Nas palavras das participantes, a grande felicidade de se saberem grávidas correspondia à concretização de um sonho, agora perdido abruptamente “É o desfazer de um sonho” (E6). Kersting e Wagner (2012) afirmaram que os pais, em geral, não têm tempo de antecipar ou preparar-se para a mudança provocada pelo aborto espontâneo. Assim, lidar com a perda durante o processo gravídico torna-se complexo e difícil porque provoca a emergência de angústias de morte num momento de desejado encontro com uma nova vida (Soubieux, 2009). O desfazer deste sonho só poderá ser reparado, segundo as participantes, quando conseguirem ter o seu próprio filho “É uma coisa que eu acho que se eu não tiver o meu próprio filho, acho que nunca vai passar. ...” (E3). Muitas mulheres, e os seus companheiros, desejam engravidar tão cedo quanto possível numa tentativa conjugal de reparar a parentalidade anteriormente falhada (Soubieux, 2009).

A estrutura encontrada para explicar a essência do fenómeno - *o desfazer de um sonho*, organizou-se em três temas centrais: Vivência de sentimentos negativos; Vivência da elaboração interior; Vivência do desejo de garantia da maternidade.

Estes temas coexistem, embora a força com que se manifestam revele ser diferente ao longo do tempo. Isto é, numa fase inicial, imediata à IEG, os sentimentos negativos estão exacerbados dando lugar a uma elaboração interior progressiva, cada vez mais organizada e, embora não se extingam, perdem a intensidade. O desejo de garantia da maternidade é atualizado a cada momento e torna-se mais preponderante à medida que o tempo passa estando subjacente o refazer o sonho (Figura 1).



Figura 1. Esquema compreensivo do fenómeno.

Vivência de sentimentos negativos

Os sentimentos negativos são vividos, pelas participantes, de forma desorganizada e confusa, “é uma mistura de sentimentos, que a gente nem sabe às vezes o que é que sente ao certo ...” (E6). Revelam ambivalência revestida de labilidade emocional, “é muito complicado de gerir as coisas porque tanto estamos contentes como de repente estamos tristes ...” (E4), e consideram a situação difícil de explicar, “Este tipo de acontecimentos vai-nos buscar sentimentos que nós nem imaginamos que temos ...” (E1).

Associada à ambivalência está a experiência do desamparo que decorre do inesperado, do imprevisível, “foi um choque enorme ...” (E5), “uma decepção muito grande ...” (E5), “como se nos tivessem tirado o chão” (E3), ficando as mulheres numa condição de grande desilusão.

O desamparo vivido desencadeou sofrimento/dor emocional que acompanha a mulher a cada momento, “a dor em si não é só física, mas também é psicológica, aquela que fica com a gente, que vai com a gente para casa ...” (E6). Esta dor manifesta-se em tudo o que lembra a maternidade e o objeto de amor perdido, “temos de nos habituar à ideia que estamos grávidas e depois de um dia para o outro sabemos que não é assim, que não estamos grávidas, quase que temos de esquecer a ideia que estivemos grávidas ...” (E4).

Bem patente nos discursos está a tristeza sentida perante a IGE, “Sentia-me melancólica, chorava como ... digo mesmo, como uma tola ...” (E6). A tristeza mistura-se com outros sentimentos negativos,

nomeadamente a revolta, “O sentimento maior que eu senti, ... tristeza, senti mesmo tristeza e revolta. ... Foram assim, esses dois sentimentos, de tristeza e revolta ...” (E2).

Neste caso, vem à tona a inevitável questão do porquê do aborto. As participantes perguntaram-se: “Porque é que isto aconteceu comigo?” (E1), “Porquê eu?” (E4). E, no meio da revolta nem sempre expressa, compararam-se com mulheres que não mostraram o desejo de maternidade, afirmando, “tanta gente tem filhos que não os quer ... e eu quero” (E5), “É uma raiva, um desespero, impotência, frustração imensa ...” (E3) e exteriorizando a frustração de lhes ter acontecido a perda do bebé.

Na tentativa de justificar os sentimentos negativos expressos, as participantes apontaram responsabilidades à forma como lhes foi dada a notícia, “É a única coisa que me magoou imenso, foi a forma como o médico me disse! A enfermeira ficou ali ao pé de mim e não disse nada, só me agarrou a mão” (E3). A comunicação da morte e a informação adequada e repetida das suas causas são fundamentais na fase de choque que pode ser profundamente alterada pela inadequação do pessoal de saúde que tem uma atitude defensiva face aos pais impedindo todo o processo (e.g., Canavarro, 2004; Cabral, 2005). Mas, como referem Ferreira, Góis, Faria, e Correia (1990), tanto o choque como a descrença e a recusa parecem ser uma tentativa compreensível para escapar a uma notícia traumática, que foge às expectativas, subsistindo um período de crise no qual existe o impacto e o aumento de tensão associado ao stresse.

Perante os factos, e indicando uma notória culpabilidade, a mulher fez uma procura incessante de comportamentos que possam ter desencadeado a perda da gravidez, “uma pessoa fica a pensar, será que foi alguma coisa que eu fiz... será que foi por ter pegado numa pana de roupa? Ou por ter subido escadas? ...” (E3), “mas porque correu mal comigo... o que foi que eu fiz de mal?” (E5). Para além destes enunciados de culpabilidade, a vivência revela-se igualmente na alusão à intervenção divina e no presságio de punição e injustiça. Por exemplo, referiram que durante o curto período de gravidez sonharam com sangue, facto que consideraram um presságio do aborto, ou um antever do mesmo, “sonhei com sangue, era um presságio do aborto” (E4).

A experiência de perda, independentemente dos fenómenos inconscientes que lhe estejam adjacentes, envolve um processo de luto com sentimentos de angústia e culpabilidade (Ferreira et al., 1990; Soubieux, 2009; Walsh & McGoldrick, 1998). Em geral, as mulheres tendem a culpabilizar-se de que a perda resultou da sua deficiência ou de ações danosas. Além disso, a ansiedade e as distorções das fantasias maternas são mecanismos saudáveis de ajustamento a um novo equilíbrio psicológico, suscetíveis de contribuir para a reorganização da mulher face ao novo papel. Ao questionarem a culpabilidade, as primigestas estão a elaborar o luto. Progressivamente começam a ultrapassar o acontecimento, confirmando a perceção de que o aborto dificilmente teria sido evitado e que, muitas vezes, é de causa desconhecida, “Hoje eu já sei que não fiz nada que tenha provocado isso.” (E3).

Através da interpretação das entrevistas, é de notar que as participantes que mencionaram ter apresentado sinais físicos preditivos de aborto, anteriores ao confronto com a perda real, como por exemplo dor física e metrorragias, foram ponderando a possibilidade de inviabilidade da gravidez. Contudo, apesar dessa fase preparatória, manifestaram igual dificuldade em aceitar esse desfecho talvez por persistir a esperança de que a situação se revertesse, “não queria acreditar no que se estava a passar ... Não queria aceitar” (E2). Contudo, aos poucos foram fazendo um luto antecipatório, tornando menos intenso, mas igualmente doloroso, o choque provocado pela notícia.

Sentimentos de inveja foram desencadeados no confronto com a maternidade de outras mulheres,

“eu não podia ver uma grávida, ou saber que, ... que alguém estava grávido, sentia-me triste. Sentia uma inveja, entre aspas, inveja no bom sentido. ...” (E2); “inveja que a gente encontra num carrinho de bebé, noutra mulher, noutra situação que a gente gostava de estar e ainda não pode estar. ...” (E6). Faz parte do processo de luto de uma perda gestacional, de acordo com Kay (1997, cit. in Cabral, 2005), a inveja e ciúmes dirigidos às mulheres grávidas e mães, e o evitamento do contacto social ou pessoal com mulheres nessas situações. Para estas mulheres, ouvir o choro de um bebé constituía uma experiência lancinante “Um bebé a chorar ... eu não queria estar ali!” (E1). A este propósito, a experiência do internamento em espaço partilhado com outras grávidas, puérperas e recém-nascido foi dramático, traumatizante e doloroso. A dor física associada à dor emocional foi expressa devido à confrontação com o berço vazio, desencadeada pelo contacto com as outras grávidas e puérperas. Kersting e Wagner (2012) afirmaram que a perda perinatal tem um forte impacto emocional nos progenitores e na família, com a presença de stresse pós-traumático, stresse, depressão, ansiedade e perturbações do sono. Subjacente a todas as vivências refletidas anteriormente subentende-se que alguns dos sentimentos se irão desvanecer com o passar do tempo, no entanto, a experiência do aborto nunca será esquecida. Libertar não é esquecer, pois a perda da pessoa amada alguma vez será aceite (Cabral, 2005).

Vivência da elaboração interior

A elaboração interior associada à IEG é um aspeto fundamental para a saúde mental e materna, segundo a interpretação dos relatos das participantes. Esta elaboração interna organiza-se à volta de um conjunto de facilitadores como sejam a atribuição de causalidade externa, a procura de aspetos positivos da gravidez perdida, o apoio da rede informal e, por fim, a aceitação. São organizadores que constituem atenuantes face aos sentimentos negativos vivenciados acima analisados.

A atribuição de causalidade externa encontra-se, por exemplo, na menção à Natureza como encarregada da interrupção da gravidez na altura certa, evitando uma situação complicada mais tarde, “em vez de avançar com esta gravidez e ter um filho deficiente, valeu mais a natureza tomar o seu rumo e rejeitar ...” (E2). Encontra-se, também, na menção ao acaso, justificado com a alusão à frequência da IEG noutras mulheres,

“muita gente já passou pela mesma situação que eu ...” (E3). A causalidade externa diminuiu a culpabilidade e ajudou a apaziguar a dor.

A procura de aspetos positivos, com sentido para si própria, na gravidez perdida foi também facilitadora da elaboração interior. As participantes tomaram como positiva a possibilidade de terem engravidado, pela garantia da fertilidade e do fim da angústia de uma possível esterilidade, “foi muito doloroso, eu ... por um lado fico feliz porque ... pelo menos sei que consigo engravidar ... tinha medo de não ser capaz de engravidar. ...” (E5). Consideraram também positivo a IEG ter ocorrido numa fase precoce da gravidez, antes de haver um maior vínculo ao bebé, “talvez fosse melhor assim, antes agora do que mais à frente e depois sentir e ver já um bebé formado, ia ser mais difícil ...” (E2).

Não há dúvida que o vínculo entre a mãe e o filho intensifica com o decorrer da gravidez, pois haverá uma maior vivência da mesma e do papel maternal construído ao longo do tempo (Camarneiro, 2011).

O apoio da rede informal foi um facilitador sentido pelas participantes. A possibilidade de saberem ter alguém próximo com quem contar foi referida como uma grande ajuda. Não especificaram o tipo de ligação com essas pessoas mas entendeu-se serem pessoas próximas e securizantes, “eles estavam lá e era sempre um ... , tipo um porto de abrigo” (E3). Mencionaram ser positivo poderem, progressivamente, dialogar com alguém que tenha vivido uma experiência semelhante, ajudando a perceber e a reatualizar o assunto, “eu senti muita necessidade de falar ... com amigos, pessoas que passaram pelo mesmo... ajudou-me saber que acontece ... não sou só eu ... e perceber o que é que estava a acontecer ...” (E4). E, algumas mulheres, movidas pela compensação do diálogo, manifestaram estar dispostas a conversar com outras que passem por um sofrimento idêntico, de forma a ajudá-las a ultrapassar a perda. Por exemplo, como nas unidades de significado seguintes, “sei que em relação ao aborto, se alguma mulher que ... quisesse vir falar comigo, estaria pronta a falar e dar a minha opinião e tentar ajudá-la a ultrapassar, mas ... falar disso ... ainda durante os primeiros meses era difícil ...” (E6).

Nery, Monteiro, Luz, e Crizóstomo (2006) afirmam que, no geral, as mulheres tornam-se mais sensíveis após um aborto, procurando falar sobre as suas emoções com quem deseje participar nestes

momentos de dor. Na referência à rede informal, a mulher refere os apoios sentidos e aqueles que sente vontade de oferecer. O seu marido ou companheiro não está incluído nessa rede, provavelmente porque a mulher sente que ele faz parte do processo. O apoio social, assim como boas relações conjugais, tem um papel muito importante no ajustamento da mulher depois de uma perda gestacional (Kersting & Wagner, 2012).

A aceitação da perda, neste tema, ocorre quando as memórias dolorosas vão diminuindo e dão lugar à esperança no futuro, “o tempo cura tudo ou pelo menos alivia”, “só poderei ultrapassar o episódio quando conseguir ter o meu próprio filho” (E2). Denota-se, em todas as entrevistas, de forma implícita ou explícita, a referência à convicção de que o tempo é o melhor remédio ajudando a aceitar o acontecimento que jamais será esquecido. Ao expressarem a sua vivência relativamente ao passar do tempo, as participantes afirmaram a certeza de que o aborto desencadeou sentimentos e emoções anteriormente desconhecidas que provocaram uma transformação interior, mas não provocaram alterações físicas, porque se consideram bem fisicamente, “sinto-me bem, faço a minha vida normal, já ultrapassei, graças a Deus!” (E6).

Ao aceitar a IEG é-lhes possível falar abertamente sobre a situação encarando-a de uma forma diferente, adquirindo autoconfiança. No entanto, quando param para pensar, revivem o incidente e fazem uma idealização da gravidez e do bebé, “via um bebé e sonhava que fosse meu, tinha a sensação que queria que fosse meu ...” (E6). A idealização constitui um obstáculo à aceitação. Uma perda gestacional é a perda de um bebé no imaginário da sua mãe e apresenta particularidades que o tornam único (Cabral, 2005; Keating & Seabra, 1994).

Com o passar do tempo, apesar da aceitação, a perda do bebé desejado vai despertar na mulher uma sensação de vazio, desolação e dor quando há a confrontação com a ausência do filho desejado. Citando Walsh e McGoldrick (1998, pág. 32), “A perda não é simplesmente um evento discreto; ao contrário, ela envolve um processo transacional ao longo do tempo ...”.

A elaboração da perda na IEG torna-se particularmente complicada por se tecer quase totalmente ao nível do imaginário, dada a ausência de evidências físicas da existência do bebé. Além disso, “...a morte de

um filho curto-circuita a expectativa normal de o ver crescer e de o ver dar continuidade à linha familiar, única forma de imortalidade do ser humano” (Keating & Seabra, 1994, p. 292). Em muitos destes casos, as mulheres apresentam risco de perturbação psicológica subsequente à IEG pelo que deve ser feita a sua monitorização em consultas de *follow-up* (Kersting & Wagner, 2012).

Vivência do desejo de garantia da maternidade

O desejo de engravidar, para garantir a maternidade e refazer o sonho, permanece e é comum a todas as participantes. É, porém, manifesto o medo de virem a passar pelo sofrimento anteriormente experienciado adiando essa decisão, “a 2ª gravidez vai ser vivida com grande ansiedade, angústia e medo” (E2).

Apesar disso, nada demove estas mulheres do desejo de engravidar. Com o decorrer do tempo, uma segunda gravidez é encarada com otimismo surgindo a esperança de um final feliz; “temos que ter fé, acreditar que vai tudo correr bem” (E5). Segundo Nery et al. (2006), a mulher tem tendência a procurar apoio na esperança de engravidar novamente, cuja gravidez será vista como uma solução para ultrapassar o sofrimento. Vão, assim, tomando consciência progressiva das etapas ultrapassadas e, aos poucos, preparam-se para a próxima gravidez. No entanto, sabem que jamais será vivida com a alegria e inocência anterior, “Já não é aquela alegria como às vezes as primeiras mães têm, a gente já tem mais ... um medo, uma precaução, uma sensação que pode acontecer novamente. Eu acho que é mais isso...” (E6).

Uma forma defensiva interessante de constatar é a alusão à sua boa condição física que as faz sentir-se preparadas para voltar a engravidar “sinto que estou como estava antes... tenho umas menstruações normais sinto-me bem faço a minha vida normal.” (E1), mas a vivência de uma próxima gravidez será influenciada pela crença, embora implícita, de que o seu insucesso pode depender de determinado comportamento.

E, embora permaneça o medo de vir a passar pelo sofrimento experienciado, adiando a decisão, a gravidez e a concretização da maternidade terão de ocorrer para refazer o sonho perdido. As dúvidas e inquietudes ocorrem como defesa contra um novo sofrimento em caso de perda e a nova gravidez é, muitas vezes, mantida em segredo durante os

primeiros meses, pois o casal perdeu a confiança na sua capacidade de serem pais (Soubieux, 2009).

Apesar das divergências teóricas relativamente a uma gravidez subsequente a uma situação de perda, as posições mais conciliadoras referem que, embora seja um potencial obstáculo ao normal desenrolar do processo de luto, esta poderá ter efeitos reparadores na mãe no que concerne à auto-desvalorização relativa à capacidade maternal e à culpa persecutória (Cabral, 2005; Soubieux, 2009).

Conclusão

As perdas gestacionais são um problema de saúde pública e requerem uma especial atenção por parte dos profissionais de saúde, na medida em que podem ser causa de uma ampla gama de perturbações emocionais na mulher, no casal e na fratria. Os enfermeiros e os enfermeiros especialistas em saúde materna e obstetrícia estão na linha da frente dos cuidados a estas mulheres e podem monitorizar o desenvolvimento do processo de luto associado à vivência da IEG.

A vivência da IEG depende, no entanto, das expectativas da mulher relativamente à gravidez e à maternidade. Se essas expectativas são positivas, há o desfazer de um sonho, caracterizado por um processo traumático ligado à privação do objeto de amor que desencadeia vários sentimentos negativos, uma necessidade de elaboração interna e a garantia da maternidade.

As IEG nem sempre são reconhecidas pela sociedade, família e amigos como um acontecimento significativo na vida do casal por lhes ser difícil imaginar que os pais já estão fortemente vinculados ao seu filho antes de nascer. Porém, as manifestações de perda e luto após a IEG são consideradas uma afirmação do vínculo da mulher ao seu bebé durante o período de gestação, devendo ser promovido o respeito pelos sentimentos expressos pela mulher e seu marido/companheiro.

Apesar de estes resultados não poderem ser generalizados a todas as mulheres que vivenciam uma IEG, existe transferibilidade contextual o que permite que sejam generalizados a contextos semelhantes.

A perda gestacional é um processo complexo e é necessária uma perspectiva pluridisciplinar no atendimento à mulher e casal. Cuidar a mulher em

luto por interrupção espontânea da gravidez deve constituir um desafio em cuidados de saúde.

Referências bibliográficas

- Cabral, I. P. (2005). Morte e luto na gravidez e puerpério. In Isabel Leal, *Psicologia da gravidez e da parentalidade* (pp. 49-59). Lisboa, Portugal: Fim de Século.
- Camarneiro, A. P. (2011). *Vinculação pré-natal e organização psicológica dos homens e das mulheres no segundo trimestre de gestação* (Tese de Doutoramento). Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa, Portugal.
- Camarneiro, A. P. & Justo, J. (2010). Padrões de vinculação pré-natal (Contributos para a adaptação da Maternal and Paternal Antenatal Attachment Scale em casais durante o 2º trimestre de gravidez, na região centro de Portugal). *Revista Portuguesa de Pedopsiquiatria*, 28, 7-22.
- Canavarro, M. C. (2004). Vinculação, perda e luto: Implicações clínicas. *Psicológica*, 35, 35-47.
- Ferreira, L. M., Góis, G. M., Faria, M. C., & Correia, M. J. (1990). O luto por morte perinatal e/ou malformação do bebé. *Análise Psicológica*, 4(8), 399-402.
- Keating, I. & Seabra, M. J. (1994). Luto e vinculação. *Análise Psicológica*, 2-3(12), 291-300.
- Kersting, A., Kroker, K., Schlicht, S., & Wagner, B. (2011). Internet-based treatment after pregnancy loss: Concept and case study. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 32(2), 72-78. Doi: 10.3109/0167482x2011.553974
- Kersting, A. & Wagner, B. (2012). Complicated grief after perinatal loss. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 14(2), 187-194.
- Leal, I. (Cord.). (2005). *Psicologia da gravidez e da parentalidade*. Lisboa, Portugal: Fim de Século.
- Loureiro, L. M. J. (2002). Orientações teórico-metodológicas para aplicação do método fenomenológico na investigação em enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, 8, 5-16.
- Loureiro, L. M. J. (2006). Adequação e rigor na investigação fenomenológica em enfermagem: Crítica, estratégias e possibilidades. *Revista de Enfermagem Referência*, 2(2ª Série), 21-31.
- Moulder, C. (1994). Towards a preliminary framework for understanding pregnancy loss. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 12(1), 65-67.
- Nery, I. S., Monteiro, C. F. S., Luz, M. H. B., & Crizóstomo, C. D. (2006). Vivências de mulheres em situação de aborto espontâneo. *Revista de Enfermagem UERJ*, 14(1), 67-73.
- Rolim, L. & Canavarro, M. C. (2001). Perdas e luto durante a gravidez e puerpério. In Maria Cristina Canavarro, *Psicologia da gravidez e da maternidade* (pp.255-296). Coimbra, Portugal: Quarteto Editora.
- Rowlands, I. & Lee, C. (2009). Correlates of miscarriage among young women in the australian longitudinal study on women's health. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 27(1), 40-53.
- Soubieux, M. J. (2009). *Le deuil périnatal*. Bruxelles, Belgique: Temps d'arrêt.
- Walsh, F. & McGoldrick, M. (1998). *Morte na família: Sobrevivendo às perdas*. Porto Alegre, Brasil: Artes Médicas.
- Weiss, R. S. (1998). Issues in the study of loss and grief. In J. H. Harvey (Ed.), *Perspectives on Loss: A sourcebook*. New York, USA: Brunner/Mazel.

