

Luto e Vinculação (*)

ISABEL KEATING (**)
MARIA JOÃO SEABRA (***)

Este trabalho integra-se na actividade por nós desenvolvida na Unidade de Intervenção Precoce da Maternidade Bissaya Barreto, em Coimbra, durante os últimos dois anos, e serve-nos para reflectirmos sobre o papel dos psicólogos clínicos em instituições de Saúde.

Temos então uma equipa constituída por médicos – obstetras e pediatras – psicólogos, técnica de serviço social e enfermeiros. O nosso objectivo fundamental é salvaguardar a relação mãe-bebé, de forma a prevenir distorções graves que possam ter consequências negativas para a saúde mental da criança, no futuro.

De entre outros grupos de risco, os psicólogos acompanham as grávidas com insucessos anteriores – abortos, nados-mortos, mortes perinatais – e também outras com histórias de mortes de filhos de mais idade e cujo luto interfere com uma gravidez actual. Uma outra vertente do trabalho dos psicólogos consiste no atendimento de mães de recém-nascidos internados nos Cuidados Intensivos.

(*) Uma primeira versão deste trabalho foi apresentada no I Congresso Nacional de Psicologia da Saúde, realizado em Lisboa, em Janeiro de 1994.

(**) Psicóloga. Técnica Superior da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra. Colaboradora da Unidade de Intervenção Precoce da Maternidade Bissaya Barreto.

(***) Assistente da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra. Colaboradora da Unidade de Intervenção Precoce da Maternidade Bissaya Barreto.

O artigo está organizado em duas partes, que correspondem a duas perspectivas de integração do trabalho de luto após a morte de um filho: a parte 1 aborda a problemática da perda e da elaboração do luto de um ponto de vista interno e sobretudo na situação de uma gravidez subsequente à morte de um filho; na parte 2 são abordadas formas de intervenção possível face à morte perinatal.

1. PERDÊ-LOS É DE DOR, CRIÁ-LOS É DE AMOR

1.1. *Luto e maternidade*

Elaborar um luto a partir duma gravidez e da perda de um filho é uma das tarefas que mais agudamente coloca em causa o equilíbrio psicossomático do indivíduo e a qualidade afectiva de suporte dos serviços de saúde.

Durante a gravidez o bebé imaginário faz parte da mãe: sendo na realidade um feto ainda não viável, é imaginado por ela como um bebé perfeito e com as características do seu bebé ideal. Os projectos e as fantasias sobre este bebé enquanto ele ainda não nasceu são a base sobre a qual assenta posteriormente todo o amor incondicional que lhe vai sustentar a vida.

O seu nascimento dá realidade a todas estas fantasias e nesse momento a mãe faz um «ajustamento» entre estas fantasias, prévias ao nasci-

mento, e a realidade do bebé. Este processo implica, só por si, uma forma de luto por este bebé imaginário e a adequação das expectativas ao bebé que já nasceu.

Já aqui se começa a desenhar o processo de separação que vai permitir a individuação e a autonomização da personalidade da criança no futuro e que é a essência do desenvolvimento.

Todo o amor e investimento afectivo colocados naquela criança criaram laços únicos de interdependência que vão ter de ser modificados e progressivamente abandonados de forma a permitir novos investimentos afectivos nos bebés que virão, na vida conjugal e familiar e na vida profissional. É um processo de separação normal que permite o crescimento e o desenvolvimento da personalidade da criança.

De uma forma diferente falamos do luto subsequente à perda real do bebé, seja durante a gravidez ou logo após o nascimento, ou ainda quando se constata anomalias que põem em risco a sua vida no período perinatal. Todas estas situações envolvem uma elaboração da perda, um luto, um período de sofrimento e dor muito comparáveis entre si: não é fundamentalmente diferente perder um filho com dias de vida, perdê-lo mesmo antes de ele nascer, ou ganhar um bebé com um defeito grave que exija internamento em meio hospitalar (Bodegard, Fyro & Larsson, 1987). A perda de um filho é sempre um traumatismo ligado à «perda de um objecto de amor em pleno investimento narcísico e libidinal» (Bur, 1991).

Todas estas situações implicam um processo de alteração dos laços e do investimento afectivo anteriormente colocados naquela criança, e que após a perda e o luto se transformaram num processo de interiorização e de identificação à criança perdida, de forma a que novos investimentos possam vir a ser feitos noutros objectos de amor e na vida em geral.

Para além destes processos internos à própria pessoa, 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 de cada ser humano. Os filhos são partes de nós que nos renovam e continuam a viver por nós. A morte de um filho como que inverte a «ordem natural» das coisas e é sempre um momento extremamente desorganizador e

culpabilizante para a mãe (Menke & McClead, 1990).

As questões de saber de quem é a culpa, de como se poderia ter evitado esta perda, surgem com acuidade e são tanto mais graves quanto o investimento prévio da gravidez foi feito de modo parcial ou ambivalente (Freud, 1917/1957).

Na nossa prática clínica com grávidas, na Maternidade, este sentimento foi expresso por uma senhora da seguinte forma:

A Susana perguntava-se se o facto de o seu bebé ter nascido mongolóide não seria, de algum modo, causado pela ansiedade com que tinha vivido a gravidez, já que ela tinha quase 37 anos e achava um «disparate», uma «injustiça», ter ficado grávida com aquela idade, para além do facto de ter desejado intensamente que fosse uma rapariga e afinal ter nascido um rapaz. O luto subsequente por um bebé que afinal não nasceu perfeito, foi completamente perturbado pela culpabilidade que era quase palpável quando ela dizia, chorando, que tinha sido castigo por ter posto tantas condições à gravidez e ao nascimento deste filho.

A idade em que morre o filho pode indiciar uma maior ou menor dificuldade na elaboração do luto. Para Bur (1991, p. 418) «[os processos psíquicos] parecem diferir sensivelmente consoante a relação do sujeito com o seu objecto de amor é mais de ordem objectal ou narcísica; (...) o luto é mais difícil de fazer quando a relação ao objecto era de tipo narcísico.»

Desta forma, uma nova gravidez após a morte de um bebé (mesmo que ainda considerado um feto do ponto de vista da viabilidade mas já um bebé no imaginário da mãe), pode ser investido pela família e mais particularmente pela mãe como uma «gravidez de substituição» (Hanus, 1982, citado por Bourrat, 1991): a expressão do desejo de um bebé com o mesmo sexo, o mesmo nome ou as mesmas características do bebé morto pode fazer supor o desejo de substituir «pelo mesmo» esse filho desaparecido, denegando a sua perda.

Tendo tido uma filha com múltiplas malformações que morreu 3 dias depois de nascer, a Carla resolveu não lhe pôr o nome que tinha

pensado inicialmente, para «guardar o nome para a próxima» que tivesse. «Próxima» filha essa que ela não duvidava seria certamente uma menina e tão bonita como a primeira.

O luto não completamente elaborado ou mal elaborado, vem a reflectir-se, entre outros aspectos, no investimento das gravidezes subsequentes. Desejar intensamente um outro filho do mesmo sexo do bebé que se perdeu torna-se verdadeiramente dramático porque o desejo de substituição e negação da perda é permanentemente contrariado pela simples existência daquele novo filho que, simultaneamente, confirma a morte do anterior. A realidade deste novo filho é continuamente recusada porque ele só pode ser aceite enquanto defesa contra a depressão materna e contra a elaboração do luto.

Alguns autores (Hébert, 1991; Bourrat, 1991) referem, em alguns casos, a possibilidade de que um novo filho, ao confirmar a diferença relativamente à criança que morreu e obrigar a um novo investimento afectivo, poder contribuir para uma conclusão do luto e para a criação de um vínculo normal entre mãe e filho. Isto parece depender sobretudo da estrutura de personalidade prévia da mãe.

O primeiro filho da Antónia era uma rapariga que durante toda a gravidez ela idealizou loira e de olhos azuis, como ela própria. O parto desencadeou-se umas semanas antes do esperado e devido a uma série de malformações congénitas, a bebé morreu. A mãe viu a filha antes do funeral, e ela era exactamente como a tinha imaginado. Passado um ano, aproximadamente, estava grávida novamente e muito angustiada. Foi neste momento que começou a ser seguida pela equipa de psicologia.

A Antónia culpabilizava os médicos pela morte da filha que «era tão perfeita», e tornara-se muito desconfiada relativamente à ajuda que lhe poderiam dar na Maternidade. No início, a sua indisponibilidade para pensar neste novo filho era total: apesar de, a seguir à morte, ela ter sido informada sobre as suas causas, continuava sem as perceber muito bem, e foi necessário voltar a explicar as razões por que tinha perdido a bebé e reconstituir dentro de si a sua história depois dessa perda. Começou então a poder investir a nova gravidez, imagi-

nando este filho como igual ao vislumbre que tinha tido da primeira. Soube, então, que não era menina mas rapaz, e foi por esta altura que pôde, enfim, chorar a perda da primeira filha e deslocar a sua disponibilidade afectiva, até aí presa à morte da menina, para este novo bebé. Então passava grandes períodos sem fazer nada a pensar nele, uma maneira de criar espaço dentro dela para ele, para o imaginar diferente da outra. Ao longo da gravidez, ela foi sendo capaz de verbalizar o desejo que tinha inicialmente de substituir magicamente a bebé perdida por uma nova bebé, a quem queria dar o mesmo nome, foi sendo capaz de falar da sua dor e simultaneamente da esperança relativamente à gravidez e ao futuro deste filho. Apesar de todo o processo ter permitido o início da elaboração do luto e o investimento deste segundo filho de um modo mais autêntico, depois de ele nascer pôs-lhe o nome de Pedro Manuel: Manuela era o nome da filha que perdeu.

O risco neste tipo de situações é o de esta criança não poder ser investida afectivamente pela mãe como um ser diferente da criança perdida e ser-lhe continuamente «exigido», de modo inconsciente ou não, que confirme as expectativas e a idealização formuladas sobre a criança morta.

Bourrat e Bur (op. cit.) referem este problema de identificação da criança que nasce após a morte de outro: nos casos em que existe o que estes autores chamam de «identidade de percepção»: é como se não existissem duas crianças, a morta e a viva. Esta última existe como continuidade da criança morta e, de alguma forma, assegura a integridade mental da mãe, embora não exista na realidade mental materna como tal. São os filhos descritos como sendo tão parecidos com o filho morto «como se fossem gémeos», como se fossem «o mesmo».

Referem ainda uma «identidade de representação» em que a nova criança pode ser encarada pela mãe como parecida em alguns aspectos com o bebé morto ou com este e com as outras crianças da família. Neste último caso as confusões com a criança que morreu são também a base da existência de dois elementos comparativos que indicam a possibilidade da diferenciação entre o bebé morto e o bebé vivo. A própria existência deste bebé confirma a ausência do an-

terior e pode facilitar a elaboração do luto, embora o sofrimento implicado neste processo possa levar à organização de defesas em que a criança é novamente «confundida», identificada com a que desapareceu. Aqui, o risco de perturbação não só da relação mas da saúde física do bebé é uma possibilidade.

De uma outra forma falamos da morte de um filho já mais velho e em que a dificuldade em resolver o luto por essa perda afecta todo o relacionamento familiar e sobretudo com os filhos que nascem depois.

A Leonor tinha duas filhas, de 12 e 2 anos. A mais velha faleceu num acidente de automóvel quando ia passar um fim de semana com uma família amiga dos pais. A única forma que a Leonor encontrou para lidar com este drama foi fazer uma idealização desta filha que sempre tinha sido investida de modo muito narcísico e era considerada como uma verdadeira «companhia e confidente» da mãe, ao ponto de a Leonor atribuir permanentemente à filha mais nova características opostas às da mais velha e, de algum modo, transmitir o sentimento de que esta criança era como que responsável por lembrar permanentemente à mãe a filha perfeita que tinha perdido, restando-lhe somente aquela que tinha todos os defeitos: era irrequieta, não comia, exigia a presença permanente da mãe, etc.; não a deixava chorar a sua menina, que era calma e ponderada, amiga de ajudar e complacente com a mãe.

Entretanto nasceu uma terceira filha. Encarada como «uma coisinha» querida ela não dava trabalho mas também não lhe preencheu o vazio interior. Apesar de mais «adaptável» que a do meio, ela não era de modo nenhum semelhante à filha perdida, tinha o mesmo estilo físico da do meio e, sobretudo era muito bebé, não acompanhava a mãe como a mais velha. Completamente incapaz de lidar com estas duas crianças pequenas e passados 3 anos da perda da mais velha, vestia ainda de luto pesado e não conseguia falar das filhas sem chorar copiosamente: falava da morte como se tivesse ocorrido no dia anterior. Começou a ser seguida numa psicoterapia semanal. Aos poucos foi sendo capaz de se per-

ceber nas raízes deste luto, e de deixar de viver de forma paralisante a culpabilidade pela morte da filha, e pelo sentimento de incompetência relativamente ao seu papel maternal, encontrando lentamente momentos de prazer e disponibilidade para com as outras duas; inicialmente sentia-se culpada por sentir prazer com isso, sentindo que estava a trair a filha falecida. E então um dia disse: «Sinto que a Catarina (a mais velha) não gostaria que eu estivesse assim para sempre, não acha?» A partir daí os sinais exteriores de que o luto estava a ser resolvido começaram a surgir rapidamente: o retorno a casa da sua mãe onde tinha passado parte da infância da Catarina, o repensar a sua relação conjugal entretanto mais ou menos desprezada, e até permitir riscos à filha do meio, como ir para a natação com a turma da creche. Disse então por essa época que se sentia com mais força e coragem, que estava com as filhas como nunca antes, embora a sua filhinha lhe fosse sempre fazer muita falta e muita companhia quando pensasse nela.

Neste caso tratou-se não tanto de fornecer um espaço de suporte para o sofrimento causado pela morte, mas antes um espaço de disponibilidade para ajudar a resolver um luto que tinha ficado completamente impedido pela idealização radicada no modo narcísico de investimento e de relação com esta filha.

1.2. Luto na maternidade

Tratar de situações como as que temos vindo a apresentar coloca em questão a disponibilidade dos profissionais de saúde para abordar estes assuntos e também por uma avaliação das suas próprias ansiedades e sentimentos face à morte.

A comunicação da morte de um bebé é sempre um momento ingrato para qualquer técnico que se vê confrontado com a sua própria impotência e o seu próprio fantasma de morte, neste movimento de aproximação em relação aos pais. Parece haver qualquer coisa de paradoxal entre as funções dos médicos e enfermeiros, particularmente de obstetria e pediatria, cujo principal objectivo é proporcionar a vida, e a constatação dessa impossibilidade materializada na criança que morreu.

O simples facto de esperarmos que os pais

acusem os técnicos de não terem feito tudo quanto podiam para salvar a criança é suficiente para que todos os aspectos que focámos anteriormente sobre a facilitação do luto por parte dos técnicos fiquem bloqueados: a comunicação da morte e informação adequada e repetida das causas de morte, fundamentais na fase de choque (Murphy & Robbins, 1993), podem ser profundamente alteradas pela inadequação do pessoal de saúde que toma uma atitude defensiva face aos pais e pode impedir todo este processo. Na fase de choque e desespero e depois de informada sobre a morte ou malformações do seu filho, a mãe pode acusar o médico ou outro técnico de negligência ou falta de cuidados com o bebé: sobretudo em instituições em que o trabalho em equipa é fundamental (e na Maternidade a grávida trata com várias pessoas com valências técnicas diferentes ao longo e depois da gravidez), a acusação sugerida ou feita sobre um dos técnicos pode gerar movimentos de clivagem dentro da equipa e comprometer o trabalho e a eficiência requeridos. Muitas vezes estas acusações podem corresponder às inseguranças e sentimentos de insucesso dos próprios técnicos, mas devem ser sempre compreendidas no contexto do sofrimento vivido pelo paciente e reinterpretadas dessa forma.

No que respeita ao papel do psicólogo, é necessário que este esteja atento a este tipo de comunicações na equipa, já que a especificidade da relação clínica que propõe ao cliente, por ser fundamentada na relação e no mundo interno do indivíduo, pode ser interpretada e «jogada» de modo ambíguo com os outros elementos da equipa pelo próprio cliente, como consequência do próprio processo de sofrimento mental que está a experimentar.

Pensamos que uma das melhores formas de limitar estes problemas é possibilitar também aos técnicos que expressem entre si essas dificuldades e «ruídos» na comunicação, através de reuniões da equipa multidisciplinar, de modo a «desparasitar» de conflitos e/ou perturbações da comunicação intra-equipa, a relação e a comunicação com os clientes. Nomeadamente, é fundamental que a culpabilização feita pelos pais à instituição não seja brutalmente reenviada sobre eles pelos técnicos, de modo a não se entrar num jogo projectivo que não tem saída nem ajuda à elaboração do luto.

Encontramos nestes exemplos a razão de ser da necessidade de uma intervenção especificamente psicológica e psicoterapêutica para situações que, à partida, merecem geralmente muito pouca atenção por parte dos técnicos de saúde mental e que, afinal, põem em questão não só a saúde mental da mulher mas também a saúde do bebé e de toda a família. Fazê-lo num contexto institucional como é uma Maternidade serve sobretudo para que as várias abordagens conjugadas (médica, de enfermagem, social e psicológica) ajudem as pessoas, neste caso as mulheres e as suas famílias, a tornarem-se menos doentes e mais felizes.

2. POSSIBILIDADES DE ACTUAÇÃO FACE À MORTE PERINATAL

2.1. *Introdução*

A morte de alguém que nos é próximo suscita sempre uma intensa resposta de dor e sofrimento. Estas são, com efeito, as características mais marcantes do processo de *luto* que se segue à morte, e no decurso do qual a pessoa vai progressivamente elaborando a perda, ou seja, se vai reorganizando apesar da ausência daquele que morreu.

A reacção dos pais à morte dum filho, no período neonatal, é quase sempre catastrófica, pois mesmo nos poucos casos em que o acontecimento é previsível, torna-se difícil conciliar as realidades opostas de «nascimento» e «morte».

Esta verificação pressupõe a existência duma forte vinculação entre os pais e a criança, ainda antes do nascimento. A ideia de que a ligação afectiva entre a mãe e o seu bebé se estabelece muito precocemente – iniciando-se antes, mesmo, da concepção – e evolui através duma série de etapas – planeamento da gestação, confirmação da gestação, aceitação da gestação, movimento fetal, aceitação do feto como um indivíduo, nascimento, ouvir e ver a criança, toca e segurar na criança, cuidar dela – foi defendida por Klaus e Kennell (1976) e tem sido fortemente apoiada pela literatura.

A morte dum filho, no período perinatal, para além de ser um acontecimento altamente perturbador para os pais, pode ainda apresentar alguns

aspectos característicos susceptíveis de complicar o processo de luto vivido por eles.

Reflectindo sobre a nossa própria experiência como psicóloga actuando numa Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais, propomo-nos, de seguida, apresentar algumas orientações relativamente à actuação dos técnicos de saúde nos momentos que rodeiam a morte. Cremos que a eles cabe um papel preventivo fundamental, ao proporcionarem aos pais formas de apoio que lhes permitam elaborar a perda numa forma tão saudável quanto possível.

2.2. O Processo de Luto

Embora as descrições do processo de luto difiram ligeiramente de autor para autor, admite-se, dum modo geral, que ele envolve quatro fases (Kellner & Lake, 1993):

2.2.1 A fase de *choque e descrédito* é caracterizada por um período de negação. Uma resposta típica consiste em pensar que houve um engano e que a pessoa amada continua viva. Há uma sensação de apatia, de embotamento e uma calma inesperada. A concentração e capacidade de tomar decisões estão seriamente reduzidas. A negação e incapacidade de resposta são mecanismos de defesa auto-protectores, que dão ao indivíduo tempo para mobilizar os recursos necessários para lidar com o choque.

2.2.2 A segunda fase é caracterizada pela *saudade, procura e ansiedade*. Contrariamente à fase anterior, nesta a pessoa está muito sensível à estimulação. Na sequência duma morte perinatal, é frequente, por exemplo, que os pais ouçam o bebé chorar, sobretudo de noite. Típicos desta fase são também o choro intenso e os sentimentos de raiva e de culpa. A pessoa que está a processar o luto tem necessidade de atribuir a responsabilidade da morte a alguém, e é frequente que culpe os profissionais de saúde que estiveram envolvidos no caso. Os pais, e sobretudo a mãe, podem experimentar eles próprios um intenso sentimento de culpa, relacionado com alguma coisa que fizeram ou não fizeram durante a gravidez e que, na sua opinião, terá causado, directa ou indirectamente, a morte do bebé.

Por exemplo, a Graça interroga-se se a deficiência e morte neonatal da sua filha teria sido

causada pelo facto de ela manter relações sexuais com o marido, durante a gravidez.

Nesta fase há uma perturbação dos padrões normais de comportamento, com insónia e perda de apetite. A pessoa isola-se do seu círculo de amigos, sente-se só e, não raras vezes, tem dúvidas quanto à sua própria sanidade mental.

2.2.3 Na terceira fase, caracterizada pela *desorganização, desespero e depressão*, a realidade da morte torna-se aparente, e a pessoa é confrontada com a sua vida sem aquele que morreu. A vida parece não ter sentido, aspectos outrora importantes têm agora pouco significado. Esta falta de motivação pode reflectir-se no trabalho. Persistem a insónia e a anorexia e são frequentes as queixas somáticas.

2.2.4 Finalmente, a fase da *Reorganização* pode começar até dois anos após a morte e marca o regresso à vida normal. As relações sociais e o funcionamento diário são retomados. Os padrões de alimentação e de sono são restabelecidos. As recordações sobre o morto são acompanhadas por um sentimento de tristeza, mas este não é inibidor do funcionamento normal.

2.2.5 A evolução do processo de luto pode apresentar consideráveis variações, de pessoa para pessoa. Assim, pode haver grandes diferenças inter-individuais quanto à duração de cada uma das fases do processo bem como quanto à respectiva sequência, podendo também ocorrer uma substancial sobreposição entre elas.

2.3. Luto na sequência duma morte perinatal

Quando este processo normal de luto é bloqueado ou inibido, podem ocorrer reacções patológicas. Nestes casos, a pessoa não é capaz de avançar ao longo dos vários estádios do processo de luto, ficando como que paralisada num desses estádios.

Num caso de morte perinatal, o processo de luto dos pais pode ser complicado por vários factores.

2.3.1 Falta duma prova evidente de que o bebé, de facto, existiu

Os pais que não viram o seu filho morto e que são rodeados de silêncio pelo pessoal hospitalar, sabem que perderam algo mas podem ter difi-

culdade em conceptualizar claramente o quê. Ora a constatação directa de que o bebé existiu e morreu é essencial para que os pais possam progredir satisfatoriamente na resolução do luto.

Quando a gravidez foi normalmente investida e não existem indicadores prévios de uma personalidade perturbada, o modo mais simples e provavelmente mais eficaz de ajudar os pais a confirmar quem morreu consiste em deixá-los ver o bebé morto.

Há 32 anos a Luísa teve um filho que morreu à nascença e que ela não chegou a ver. Hoje ela refere que ao longo de todos estes anos e ainda hoje sente um profundo desgosto por ter perdido a única oportunidade possível de o conhecer.

Duma maneira geral, os pais conseguem sempre reter algum elemento positivo, que vão recordar no futuro. O modo como as mães de bebés malformados os imaginam, por exemplo, é quase sempre pior do que a realidade (Shokeyr, citado por Lewis & Bourne, 1989).

A Sílvia teve uma filha com hidrocefalia diagnosticada no final da gravidez, e que faleceu durante o parto. Hoje ela recorda-a como um bebé «Muito bonito e perfeito; nem sequer tinha a cabeça assim tão grande como ela tinha imaginado».

Alguns pais manifestam, mesmo, o desejo de pegar no bebé ao colo e, nestas circunstâncias, deve-se dar-lhes tempo para estarem sozinhos com ele (Kellner, Donnelly & Gould, citados por Kellner & Lake, 1993).

A Otilia teve um filho prematuro, que faleceu poucos dias após o nascimento. Durante esses dias ela esteve sempre presente, ao lado da incubadora, vigiando o estado do bebé e, por vezes, fazendo-lhe festas e falando com ele. O bebé veio a falecer a meio da noite, num momento em que a mãe não estava. Aquilo que ela mais lamenta, actualmente, é o não ter estado com ele ao colo, a embalar-lo, no momento da morte.

Dar um nome ao bebé ajuda também os pais a pensarem e falarem sobre ele, e a encará-lo como uma pessoa (Kellner, Donnelly & Gould, citados por Kellner & Lake, 1993).

Objectos como a *pulseira de identificação ou fotografias* são também provas evidentes de que o bebé existiu e são, habitualmente, apreciadas pelos pais, sobretudo a longo prazo (Kellner & Lake, 1993).

A Paula teve uma filha que veio a falecer passados 8 dias, duma doença metabólica grave. Em casa, antes do funeral, ela e o marido tiraram fotografias com a menina. Na consulta seguinte, o casal exhibe orgulhosamente as fotografias aos técnicos que acompanharam o caso: «Ela era tão bonita!»

A *autópsia* pode também ajudar as famílias de várias formas: por um lado, fornecendo uma descrição detalhada do bebé, ajuda os pais a confirmar que se tratava dum ser humano real; por outro lado, quando esclarece a causa de morte, a autópsia reduz o sentimento de culpa dos pais, assegurando-lhes que não tiveram qualquer responsabilidade na morte da criança. Tal informação pode ser reconfortante também para o pessoal médico que acompanhou o caso. Finalmente, o resultado da autópsia diminui a ansiedade dos pais associada aos riscos de a situação se repetir em gravidezes futuras, uma vez que delimita esses riscos de uma forma mais clara (Kellner & Lake, 1993).

O *funeral* pode também facilitar o processo de luto, na medida em que formaliza a morte enquanto acontecimento real e importante. Para além disso, dá à família e aos amigos uma oportunidade para apoiarem os pais neste ritual, e fornece a estes um local onde, no futuro, podem visitar o seu bebé e exprimir a sua tristeza (Kellner & Lake, 1993).

2.3.2 Perca de auto-estima e sentimento de falta de controlo

Outro aspecto susceptível de complicar o processo de luto, no caso duma morte perinatal, é a *perca de auto-estima* que pode provocar nos pais, sobretudo na mãe. Ela tende a interpretar a situação como uma incapacidade pessoal de ter um filho perfeito e saudável. Associado a esta avaliação negativa, está ainda um sentimento de *perca de controlo* sobre a sua vida, já que a realidade do nascimento e morte contraria marcadamente as suas expectativas.

Neste contexto, uma forma de ajudar os pais a restabelecer a sua integridade pessoal consiste em mantê-los informados sobre a evolução da situação e incentivá-los a fazerem as suas próprias escolhas (Kellner & Lake, 1993). Por isso, todos os aspectos acima referidos – ver o bebé, escolher um nome, fazer o funeral, etc. – deverão ser decididos tendo como preocupação principal respeitar os desejos e as vontades dos pais. Caso contrário, poder-se-á cair naquilo a que Leon (1992) designa por «institucionalização do luto», em que as medidas destinadas a ajudar são formalmente estandardizadas, em vez de serem individualmente ajustadas às necessidades específicas de cada família. O seguimento rígido de instruções, neste como noutros casos, em vez de servir os pais acaba por dar, sim, aos técnicos um meio de evitarem um envolvimento emocional genuíno.

2.3.3. Resposta social face ao luto perinatal: (i) legitimidade do luto

A morte fetal nem sempre é reconhecida pela sociedade, família e amigos como um acontecimento significativo na vida do casal. Com efeito, pode ser difícil imaginar que os pais já estão fortemente vinculados ao seu filho, ainda antes dele nascer. Mais frequentemente ainda, as pessoas têm expectativas inadequadas relativamente ao que é a duração normal do luto, após morte perinatal.

Após a morte do seu filho, no período neonatal a Cristina ouvia, com frequência, frases como: «Ainda bem que morreu agora, antes que o conhecesse»; «És jovem, ainda podes ter muitos filhos».

A Fátima teve dois gémeos, um dos quais faleceu com uma semana de vida. Algumas pessoas disseram-lhe: «Se calhar foi melhor assim, criar duas crianças ao mesmo tempo é um esforço muito pesado». As pessoas aconselhavam-na, também, a não chorar, pois «as lágrimas pesam em cima dos anjinhos».

A falta ou ineficácia do apoio por parte da família ou dos amigos confina o casal a um isolamento social que não facilita a resolução satisfatória do luto. Ora o apoio social tem sido identificado como um elemento determinante

da qualidade da resolução do luto (Klass, 1991/1992). Neste sentido, à família alargada e aos amigos deve ser dada a possibilidade de conhecerem a criança que está a morrer, o que lhes poderá proporcionar uma melhor compreensão acerca do significado da perda (Menke & McClead, 1990).

Mesmo dentro do casal podem, mais tarde, surgir incompreensões, já que a mãe e o pai vivenciam o luto de modos diferentes e a ritmos diferentes (Menke & McClead, 1990).

A Clara teve um filho prematuro, que faleceu ao 9.º dia. Cinco meses mais tarde, ela diz não conseguir compreender o comportamento do seu marido. Considera-o demasiado frio e despreocupado, e acha que ele não partilha da sua dor. Ele, pelo seu lado, acha a mulher demasiado emotiva, «sempre a pensar no mesmo», e por isso evita estar com ela, procurando a companhia dos amigos.

Com frequência, este «luto incongruente» (para utilizar a expressão de Peppers e Knapp, citados por Menke & McClead, 1990) provoca uma tal descoordenação dentro do casal que acaba por conduzir à separação e divórcio.

Neste contexto, comunicação dentro do casal deve ser incentivada, já que é um aspecto essencial na resolução satisfatória da crise. O marido e a mulher devem ser tratados como um *casal*. Não só à mãe mas também ao pai deve ser proporcionada a oportunidade para exprimir os seus sentimentos face à morte, contrariando o estereótipo de que «os homens devem ser fortes e não demonstrar emoções». Ao marido deve ser permitido ficar com a mulher tanto tempo quanto possível. As diferenças nas respostas de luto entre o pai e a mãe devem ser discutidas. Pode ser útil fazer sessões conjuntas mas também sessões separadas, para encorajar a expressão de sentimentos.

2.4. Os profissionais de saúde face à morte perinatal

Aos profissionais de saúde cabe um papel decisivo no apoio a dar a estas famílias. É, pois, importante que saibam demonstrar à família a sua disponibilidade para ajudar, não só logo

após a morte, mas também nas semanas e meses seguintes.

Neste sentido, é importante que os técnicos informem a família sobre a evolução da situação, respondendo a perguntas e repetindo a informação tantas vezes quantas as necessárias para garantir que a mensagem foi compreendida, não esquecendo que, neste período de crise, os pais reterão apenas fragmentos daquilo que lhes é dito.

A ajuda por parte dos técnicos deve também traduzir-se na *disponibilidade de tempo* para escutar, tentando compreender o significado da perda para a família e ajudando os pais a exprimir os seus sentimentos dolorosos e conflituais em palavras. Nesta ocasião, uma frase tão simples como: «Lamento que o seu bebé tenha falecido. Há alguma coisa que eu possa fazer por si?» pode encorajar a família a falar, ao sentir que tem alguém disponível para a ouvir (Kellner & Lake, 1993).

Para além disso, pode ser útil *falar sobre certos assuntos* que os pais estejam mais reticentes em abordar ou alertá-los para situações com as quais se vão confrontar num futuro próximo mas que, no momento, não prevêm. Por exemplo, como dar a notícia aos outros filhos, no caso de existirem; possibilidade de recorrência da situação, em gravidezes futuras; direitos legais respeitantes à interrupção do trabalho; apoio que podem esperar da equipa, no futuro; etc.

Contudo, a disponibilidade dos profissionais de saúde nem sempre é a melhor: com frequência, os próprios técnicos respondem à ansiedade provocada por uma morte perinatal evitando a família, o que resulta na falta de sensibilidade às suas necessidades (Lewis & Bourne, 1989). Tal facto é perfeitamente compreensível, se tivermos em conta que os profissionais que abordam mais de perto estas situações são, por formação, vocacionados para lidar com uma realidade oposta, ou seja, o início da *vida*.

Faz, pois, sentido, considerar que os próprios médicos e enfermeiros necessitam de ser apoiados neste domínio, e pensamos que o psicólogo será o técnico mais preparado para fornecer esse apoio. Uma forma possível consiste em planejar encontros regulares, em que cada morte perinatal possa ser discutida. Tal espaço poderá proporcionar, por um lado, a discussão de alguns dos procedimentos relacionados com a morte (abordados no ponto 2), aplicados ao caso concreto. Por

outro lado, e não menos importante, permitirá a partilha de experiências e o reconhecimento individual das ansiedades e sentimentos face à morte. Contribuindo para o bem-estar dos técnicos, esta abordagem poderá, indirectamente, proporcionar aos pais vias mais saudáveis de vivenciarem o luto.

BIBLIOGRAFIA

- Bodegard, G., Fyro, K. & Larsson, A. (1987). Four year follow-up of psychological reactions to false positive screening tests for congenital hypothyroidism. *Acta Paediatrica. Scandinavia*, 76:107-114.
- Bourrat, M.M. (1991). Identification de l'enfant de remplacement dans le discours des parents. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 39: 432-436.
- Bur, V. (1991). Difficultés psychologiques rencontrées durant la grossesse d'une femme ayant perdu antérieurement un enfant de MSN. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 39: 417-420.
- Freud, S. (1957). Mourning and melancholia. In *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (Vol. 14) (J. Strachey, Ed. e Trad.), pp. 239-260, London: Hogarth Press. (Trabalho original publicado em 1917).
- Hébert (1991). Les particularités du vécu du deuil d'un nourrisson décédé du syndrome de la MSN. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 39: 421-425.
- Kellner, K.R. & Lake, M.F. (1993). Grief counseling. In *High-risk pregnancy: A team approach*, 2nd edition (R.A. Knuppel & J.E. Drukker, Eds.), pp. 717-732, Philadelphia: W. B. Saunders Company.
- Klass, D. (1991). Religious aspects in the resolution of parental grief: Solace and social support. *Prevention in Human Services*, 10: 187-209. (Dos Psychological Abstracts, 1992, vol. 79, Abstract n.º 5286).
- Klaus, M. & Kennell, J. (1976). *Maternal-infant bonding*. St. Louis: C. V. Mosby Co.
- Leon, I.G. (1992). Perinatal loss: A critique of current hospital practices. *Clinical Pediatrics*, 31: 366-374.
- Lewis, E. & Bourne, S. (1989). Perinatal death. *Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 3: 935-953.
- Menke, J.A. & McClead, R.E. (1990). Perinatal grief and mourning. *Advances in Pediatrics*, 37: 261-283.
- Murphy, J. & Robbins, D. (1991). Psychosocial implications of high-risk pregnancy. In *High-risk pregnancy: a team approach*, 2nd edition (R.A. Knuppel & J.E. Drukker, Eds.), pp. 717-732, Philadelphia: W.B. Saunders Company.

RESUMO

As autoras apresentam duas perspectivas sobre a integração do trabalho de luto, após a morte de um filho.

Reflectindo sobre a sua experiência como psicólogas actuando numa Maternidade, propõem-se abordar algumas formas possíveis de intervenção do psicólogo neste contexto institucional.

ABSTRACT

The authors present two perspectives upon the process of grief and mourning after the death of a child.

Miscarriage, perinatal death and death of an older child followed by a new pregnancy are some of the situations discussed.

Based on their clinical experience in maternity ward, the authors consider different psychological interventions after perinatal death and during a new pregnancy after a child's death.