

MORTE NA MATERNIDADE: INTERVENÇÃO PSICOLÓGICA EM UM GRUPO DE MÃES ENLUTADAS

Nayara Ruben Calaça Menezes
Rafaela Paula Marciano
(Universidade Federal de Goiás – UFG – Goiânia – GO)

Resumo

O luto perinatal é vivenciado como um momento de extremo sofrimento, pouco reconhecido pelo entorno e que acarreta efeitos diversos no psiquismo materno. Esse artigo apresenta um trabalho de intervenção psicológica desenvolvido em um grupo de mães enlutadas no Hospital e Maternidade Dona Íris, em Goiânia. Foram realizados seis encontros, conduzidos pelas estagiárias e supervisoras de psicologia, com duração de 1h30. Em cada sessão, foram trabalhadas as fases do luto, tal como proposto por Kübler-Ross: negação, raiva, depressão, barganha e aceitação. Os resultados mostraram o intenso trabalho psíquico de luto vivenciado pelas famílias, marcado por imenso sentimento de culpa. Destaca-se a importância do papel da psicologia no processo de elaboração do luto e, a importância de um espaço de escuta, como o grupo, pois compartilhar a dor com outros pares tem sido uma forma eficaz de produzir meios que deem conta da dor da perda de um filho.

Palavras-chave: maternidade; morte; luto perinatal; grupo.

Abstract

Maternal death: psychological intervention in a group of bereaved mothers

The perinatal mourning is experienced as a moment of extreme suffering, barely recognized by the surrounding and causing various effects on the maternal psychism. This article presents a psychological intervention work developed upon a group of mourning mothers at Dona Íris Maternity Hospital, in Goiânia. There were performed six sessions, conducted by the interns and their supervisors at the hospital's psychology department, lasting 1hr 30min each. In each session, the phases of mourning were worked as proposed by Kübler-Ross: denial, anger, depression, bargaining and acceptance. The results showed an intense psychic mourning effort experienced by the families, distinguished by an immense feeling of guilt. The importance of psychology for the process of mourning elaboration is highlighted, and the importance of a listening environment such as the group, as sharing pain with others has been an effective way to produce means to overcome the pain of losing a child.

Keywords: maternity; death; perinatal mourning; group.

Introdução

O presente trabalho tem como objetivo relatar uma experiência de intervenção psicológica com um grupo de mães enlutadas no Hospital e Maternidade Dona Íris (HMDI), em Goiânia. Esse grupo foi criado em 2016, visando atender mães e pais que perderam seus filhos durante a gestação ou após o nascimento do bebê e que estão em processo de luto.

Para descrever genericamente o luto decorrente do óbito fetal ou do recém-nascido, tal como proposto por Iaconelli (2007), utilizaremos o termo luto perinatal. A interrupção de uma gestação e a consequente morte de um filho, antes do nascimento ou durante os primeiros dias de vida, frequentemente é vivenciada como um momento de extremo sofrimento, uma vez que o processo de construção de fantasias e representações sobre o filho por meio da idealização do bebê e do papel a ser desempenhado pelos pais sofre uma interrupção prematura e inesperada. A morte do bebê provoca uma dor imensa que pode afetar a capacidade dos pais de se manterem em equilíbrio. Isso ocorre porque os laços com o bebê existem mesmo antes de ele nascer, se manifestando nas expectativas e nos projetos (Silva & Gramacho, 2005).

Percebe-se que quando esta construção representacional é interrompida

e impedida de se concretizar, tal como ocorre nos casos de óbito fetal ou óbito neonatal, o psiquismo entra em um processo de luto simbólico pelo filho perdido. Os sonhos, esperanças, expectativas e planejamentos que o casal normalmente deposita no nascimento da criança são colocados em suspenso (Souza & Muza, 2011 citado por Lemos & Cunha, 2015).

Durante a gravidez, a mulher sofre profundas mudanças físicas e emocionais, sua atenção e preocupações estão voltadas para chegada de um bebê. Mas quando o bebê morre, a mulher enfrenta uma enorme contradição: a vida é tomada pela morte. A morte é a frustração de todos os desejos e fantasias de ser mãe de um bebê. O bebê dos sonhos torna-se uma imagem, um ser não existente no real, mas vivo em pensamento e emoções.

Além disso, a mulher passa à condição de não-mãe, pois sentirá as dores do parto, sem ter seu bebê em seus braços; as mamas serão preparadas para secar o leite e quando retornar para casa terá de desfazer ou guardar o enxoval cuidadosamente preparado para a chegada do filho.

Nesse processo, pai e mãe sofrem e nem sempre são escutados ou conseguem realizar os procedimentos ritualísticos comuns junto ao bebê no processo de morte. Normalmente, esse momento é minimizado pela família ou pela rede de apoio que cerca os pais. A morte ainda é um tabu e existe a

tendência de mantê-la ocultada, isolada e impronunciada, pois provoca certo mal-estar quando é abordada nos grupos sociais. Tradicionalmente, a sociedade condena a manifestação de sentimentos como se fossem sinais de fraqueza (Barasuol, 2012).

O caminho para a elaboração do luto tem um movimento singular para cada indivíduo, cada mãe, cada pai e cada família. Cada um tem uma forma diferente de lidar com tal situação e isso pode levar, por vezes, ao surgimento de doenças físicas e emocionais. Nesse sentido, torna-se necessário criar um espaço de acolhida e escuta do sofrimento de mães e pais enlutados com a finalidade de buscar alternativas para amenizar os possíveis sofrimentos advindos da dor da perda. Esta tese, que sublinha a importância da Psicologia Hospitalar, parte do pressuposto de que a morte e o sofrimento são inerentes à vida. Daí a importância de se poder pensar sobre a morte, de se conseguir falar de experiências vividas e trazer as vivências da perda num espaço terapêutico (Barasuol, 2012).

Revisão de Literatura

Ariés (1989) demonstrou como, nas sociedades ocidentais a partir do século XX, cada vez mais a morte foi banida, afastada e ocultada do discurso cotidiano.

Antigamente, o morto era velado em casa, com a participação da família e amigos. O velório caracterizava-se como um momento de despedida do ente querido. Hoje, porém, prevalece uma negação da morte. O velório ocorre longe da casa dos mortos e providencia-se o enterro o mais rápido possível. A expressão dos sentimentos é desencorajada, reprimindo-se pesares e lágrimas. No caso das mães enlutadas, é esperado que elas sejam “fortes”, que “cuidem” dos filhos que ficaram e elaborem o seu luto rapidamente. É muito comum essas mães ouvirem que elas são jovens e poderão ter outros filhos. Essa negação do sofrimento constitui um desmentido da perda e dificulta a possibilidade de representação do objeto perdido (Iaconelli, 2007).

Há uma falta de compreensão sobre a dor das mães enlutadas, pois nem sempre se escuta o desejo dos pais durante o luto perinatal. Há certo estranhamento e constrangimento no que se refere aos procedimentos ritualísticos diante da morte do bebê. Isso revela a impossibilidade de atribuir à morte de um bebê o status de morte de filho.

Iaconelli (2007) afirma que, nas questões relativas à morte, a modernidade evita o contato com a angústia por meio da negação do sofrimento e alimenta a fantasia da onipotência com relação a finitude por

meio da tecnologia médica. No caso de pais enlutados, há um apelo social maior para a negação do sofrimento. A ausência de reconhecimento social do sofrimento é maior quando há a morte de um bebê que não chegou a nascer, como se ele nunca tivesse existido para os pais. As mães buscam reconhecimento social do filho perdido, porém costumam ouvir declarações de que seus bebês são facilmente substituíveis e sofrem pressão para acelerar o trabalho de luto.

Freud (1917/1996) entende o luto como um trabalho de adaptação do ego à perda do objeto amado. Em um primeiro momento, há uma identificação com o objeto perdido. Posteriormente, o ego passa a investir em novos objetos. De acordo com Freud (1996), o luto tem uma tarefa física que precisa cumprir sua missão de deslocar os desejos e lembranças da pessoa que faleceu. Ele afirma que o luto é uma tarefa psíquica que não requer tratamento e aponta algumas condições para que o luto seja elaborado como, por exemplo, o superinvestimento e posterior desinvestimento das lembranças a respeito do objeto perdido, o teste de realidade, o reconhecimento social da dor do sujeito enlutado e a elaboração da ambivalência.

Essa elaboração psíquica sobre a perda, segundo Elisabeth Kübler-Ross (1926/2008), na obra intitulada “Sobre a morte e o morrer”, acontece em cinco

estágios: negação, raiva, barganha, depressão e aceitação. Na obra, a autora tem como alvo pacientes em estado terminal, porém o sofrimento, o luto e as perdas são enfrentados também por aqueles que vivenciam a morte de pessoas queridas.

O primeiro estágio, a negação, normalmente é percebido no momento em que o paciente recebe o diagnóstico. Ao tomar conhecimento do seu atual quadro clínico ou do quadro clínico do seu ente querido, as pessoas tendem a reagir negando a notícia e não acreditando na informação recebida. A negação não se restringe somente ao diagnóstico, mas também se manifesta no questionamento da veracidade dos exames, laudos e avaliações médicas. “Não, eu não, não pode ser verdade”. Esta negação inicial era palpável tanto nos pacientes que recebiam diretamente a notícia no começo da doença quanto aqueles a quem não havia sido dita a verdade, e ainda naqueles que vinham, a saber, por conta própria (Kübler-Ross, 2008, p.43).

A negação geralmente é um mecanismo de defesa temporário, mas em alguns casos pode sustentar-se até o fim. Durante esse estágio, o paciente tende a se comportar como antes do diagnóstico, ignorando o quadro clínico, não aderindo ao tratamento e evitando, sempre que possível, falar sobre o assunto.

Quando termina a sensação inicial de torpor e ele se recompõe, é comum no homem esta reação: “Não, não pode ser comigo”. Como somos todos imortais em nosso inconsciente, é quase inconcebível reconhecermos que também temos que enfrentar a morte (Kübler-Ross, 2008, p.47). A maioria das pessoas não fica estagnada nessa situação por muito tempo. A impossibilidade de sustentar a negação oportuniza a manifestação do segundo estágio do luto: a raiva. Quando não é mais possível manter firme o primeiro estágio de negação, ele é substituído por sentimentos de raiva, revolta, inveja e ressentimento. Surge, conseqüentemente, uma pergunta: “Por que eu?” (Kübler-Ross, 2008).

O estágio da raiva acontece quando se admite que o quadro diagnosticado ou a notícia da morte de um ente querido realmente existe, mas esse consentimento vem acompanhado do sentimento de inconformidade e injustiça. Nessa fase, frequentemente torna-se mais difícil lidar com o paciente, pois a raiva se propaga em todas as direções, fazendo com que ele veja Deus e todos ao seu redor como causadores do seu sofrimento.

O próximo estágio, a barganha, tem início com a tentativa de negociação que geralmente se apresenta por meio de ideais religiosos. É comum escutar os pacientes dizerem: "Se Deus decidiu levar-me deste

mundo e não atendeu a meus apelos cheios de ira, talvez seja mais condescendente se eu apelar com calma” (Kübler-Ross, 2008, p. 87). Nesse momento, segundo Kübler-Ross (2008), acontece uma negociação parecida com a que os filhos fazem com os pais: “Se eu fizer isso, você me dá aquilo”, na tentativa de ganhar tempo e/ou fazer as coisas voltarem a ser como antes.

Quando o paciente percebe que a barganha não resultou em melhoras em seu quadro clínico ou que a perda é irreversível, tem-se o início o quarto estágio, a depressão. Nessa fase, sentimentos como tristeza, desolamento, culpa, desesperança e medo são bastante comuns. A depressão enquanto um instrumento na preparação da perda iminente é uma ferramenta muito útil. É preciso deixar que o paciente exteriorize seu pesar, pois assim aceitará mais facilmente a situação e ficará agradecido aos que puderem estar com ele neste estado de depressão ao invés de pedir constantemente que não fique triste (Kübler-Ross, 2008).

Por fim, para aqueles que tiveram apoio para vivenciar e superar as fases anteriores inicia-se o quinto estágio, a aceitação. Kübler-Ross (2008) aponta que não se deve confundir aceitação com um estágio de felicidade. A aceitação, na verdade, é quase uma fuga de sentimentos,

é como se a dor tivesse esvanecido e a luta tivesse cessado.

É importante ressaltar que, para a autora, as pessoas não passam por esses estágios de maneira linear, ou seja, elas podem superar uma fase e depois regredir ou estagnar em uma fase sem ter avanços por um longo período ou ainda superar todas as fases rapidamente até a aceitação.

Segundo Bertoldi (2002) é necessário que os pais tenham um lugar onde possam expressar sua dor, sua raiva, seu medo e sua culpa. Infelizmente, ainda hoje são comuns as tentativas do entorno de silenciar esse sofrimento, seja desconsiderando o luto por acreditarem que o filho não chegou a existir, em caso de óbito fetal, ou que o pouco tempo de convivência não possibilitou a formação de um vínculo e lançam mão de tentativas para minimizar a dor através de expressões de convencimento tais como: “logo você vai ter outro bebê” ou “Deus sabe o que faz”.

Método

O grupo de mães enlutadas apresentado aqui foi um grupo aberto à comunidade e contou com a presença de duas psicólogas da instituição e de três estagiárias de psicologia. Os encontros foram realizados quinzenalmente, com duração de 1h30 cada, ao longo de três meses. O grupo teve origem após alguns

pedidos de pacientes, atendidos no ambulatório de psicologia, que relatavam a necessidade de conversar e compartilhar a vivência de luto com outros pais que passaram pela mesma situação.

Dessa forma, para começar o grupo, a equipe de psicologia telefonou para as pacientes com histórico de internação no HMDI entre os anos de 2015 e 2016 e que tiveram a gestação interrompida a partir da 22ª semana ou que o recém-nascido não sobreviveu aos cuidados ainda dentro da maternidade. Durante a ligação, as pacientes foram esclarecidas sobre os objetivos e o funcionamento do grupo. Em seguida, a família era convidada a participar dos encontros. Já nesse primeiro momento, pôde-se perceber a dificuldade da maioria dos pais de conversar e até mesmo lembrar-se da morte do filho, sendo a ideia de voltar à maternidade, lugar onde tudo aconteceu, geradora de ansiedade e sofrimento.

No primeiro encontro, solicitamos o consentimento dos participantes para gravar as sessões com o objetivo da utilização dos dados apenas para estudo e como parte fundamental do aprendizado das estagiárias de psicologia. Após o consentimento dos participantes, dava-se início a gravação das falas que eram transcritas semanalmente pela equipe de psicologia.

Foram realizados seis encontros e optou-se por trabalhar, em cada sessão, com uma das etapas do luto proposta por Kübler-

Ross (2008): negação, raiva, barganha, depressão e aceitação. Tal escolha se deu por meio de nossa observação da presença dessas etapas de elaboração do luto em nossos atendimentos ambulatoriais com as mães enlutadas.

Assim, no início de cada sessão, as psicólogas apresentavam uma breve explicação sobre a etapa a ser trabalhada, seguida de uma dinâmica e discussão em que os membros relatavam se vivenciaram ou não a etapa em questão e expunham sua realidade frente ao tema. Em cada sessão, participavam em média cinco pessoas, em sua maioria mulheres que tiveram seus bebês nascidos na instituição. Apenas em uma sessão grupal contamos com a presença de um pai. Os dados foram tratados pela análise de conteúdo, a qual consiste em descobrir os temas emergentes no material cuja presença seja significativa para o objeto analítico (Minayo, 2009).

Resultados e Discussão

O grupo de mães enlutadas teve como objetivo favorecer a elaboração do luto materno e paterno, prevenindo traumas obstétricos futuros e a instalação do luto patológico. Sua dinâmica era de um grupo de apoio e suporte psicológico, com a

finalidade de proporcionar um espaço de escuta que facilitasse a elaboração do luto e auxiliar na construção de novas redes de apoio psicossocial.

Segundo Campos (2007), os grupos de apoio ou suporte psicológico têm finalidade terapêutica, pois procuram aliviar ou eliminar sintomas, desenvolver comportamentos saudáveis e proporcionar um aprendizado nas relações interpessoais. Troca afetiva, cuidado e comunicação são suas bases. O grupo de apoio permite um *setting* flexível, que geralmente funciona em regime aberto, com alternância de integrantes de um encontro para o outro (Zimmerman, 1997).

A partir da análise de conteúdo das sessões, categorizamos os resultados de acordo com as cinco fases do luto: negação, raiva, barganha, depressão e aceitação. Os resultados serão apresentados junto com os fragmentos do discurso das participantes¹ do grupo, seguidas da análise e discussão.

1. Negação

Lebovici (1987) propõe a existência de três tipos de bebês presentes no imaginário parental: bebê imaginário, bebê fanstamático e bebê real. O bebê imaginário é aquele criado em sonhos, percepções e

¹ Os nomes das participantes foram alterados para manter o anonimato.

fantasias parentais, por meio da vivência do feto no período gestacional. O bebê fantasmático é arcaico e acompanha os pais desde a infância; ele é criado pelas vivências iniciais da vida dos pais e influencia as formas de cuidados e representações do filho. O bebê real é aquele que nasce (ou aquele que morre) e recebe todo o investimento materno e paterno. Ele começa a ser criado no final da gestação para facilitar a aproximação que ocorrerá assim que nascer. Logo que se recebe a notícia de morte do bebê, há uma transição do bebê imaginário para o bebê real que nasceu morto ou que morreu prematuramente. O luto começa nesse momento.

Na verdade, até na hora que eu cheguei ao velório, que eu vi que o corpinho dele já tinha chegado, eu queria pegar ele e levar ele pra minha casa. Essa era a minha vontade, a ficha não caía. Eu fiquei perguntando pro meu pai: ‘pai você viu ele lá?’. ‘É de verdade?’ Eu não queria acreditar (Vera).

Parece que ainda não caiu a ficha. Às vezes eu ainda não consigo acreditar. (Aline)

Minha irmã mesmo falou: ‘parece que ela está dormindo’ e perguntou pro médico: ‘você tem certeza doutor, que essa menina tá morta?’ (Carla).

Pode-se observar nos trechos acima que as mães vivenciaram o sentimento de negação no momento em que receberam a notícia do óbito, assim como a esperança de que o médico tivesse se enganado e que no próximo exame ou mesmo no momento do parto ouviriam o choro do bebê.

Nesse momento, é importante o trabalho dos psicólogos para ajudar os pais a atravessarem essa fase de incredibilidade, dando a maior realidade possível à morte, encorajando os pais a ver, tocar e tomar o bebê morto em seus braços (Mercer, 2002). O momento de despedir-se do bebê é muito importante para o reconhecimento da perda do filho. De acordo com Iaconelli (2007), os procedimentos ritualísticos tais como pegar o bebê no colo, o velório e o enterro, quando em conformidade com o desejo dos pais, permite desconstruir todo o investimento subjetivo que foi feito no bebê, proporcionando o momento de reconhecimento do lugar do bebê falecido e assim comportando condições para a elaboração da perda.

2. *Raiva*

A raiva e a revolta são sentimentos comuns de quem está vivenciando o processo de luto. Ela se propaga em todas as direções e projeta-se no ambiente, muitas vezes sem razão plausível. O motivo da raiva nada ou pouco tem a ver com as

pessoas que são objetos dela (Kübler-Ross, 2008). Isso pode ser observado nas falas abaixo:

Eu estou caçando todo motivo pra culpar alguém. Já culpei meu marido, já me culpei, já culpei os médicos, já culpei todo mundo (Carla).

Eu queria matar um médico daqui (...) minha pressão tava 18 por 11 e ele me mandou embora pra casa (Vera).

O que eu fico mais indignada também é que quando o meu neném nasceu, ele teve uma parada cardíaca, então na hora todo mundo descobriu o problema que ele tinha, ele tinha essa má-formação no coração, então na hora, de imediato deveria ser feito o pedido da cirurgia e foi feito quatro dias depois (Vera).

Aceitar as explosões de raiva das pacientes com relação à equipe nem sempre é uma tarefa fácil. Kübler-Ross (2008) aponta que devemos aprender a ouvir os pacientes e, por vezes, suportar alguma raiva irracional, pois o alívio proveniente do fato de tê-la externado contribuirá no processo de elaboração do luto.

3. *Barganha*

A barganha é um estágio de curto tempo de duração. É uma tentativa de

adiamento, incluindo um prêmio pelo “bom comportamento” e uma promessa implícita caso o prêmio seja concedido. Segundo Kübler-Ross (2008), a maioria das barganhas é feita com Deus.

Eu ofereci minha vida pra Deus várias vezes pra ele ficar vivo, ele não aceitou, por que eu não sei, não tenho essa resposta, certo?! (Denis).

Eu me perguntei, ah mas o D. não está mais aqui, eu estava jejuando pra ele ficar vivo né. Eu peguei a bíblia, li de novo, e decidi que ia sim continuar o jejum, porque eu prometi pra Deus que eu ia fazer isso até essa data e eu vou fazer. Ele não me prometeu que ia deixar o D. vivo, eu que fiz uma promessa com ele, eu vou continuar com ela (Denis).

Como pode ser visto nas falas acima, a barganha é uma tentativa desesperada de negociação, por meio de promessas, pactos e, muitas vezes, ocorre em segredo. Quando a tentativa de negociação falha passa-se para o próximo estágio do luto: a depressão.

4. *Depressão*

Quando não é mais possível negar a notícia da morte nem barganhar com Deus, a raiva e a revolta cedem lugar a um

sentimento de grande perda, característico da fase da depressão. Peres (2006) afirma que a morte é companheira presente no pensamento do deprimido diariamente, como pode ser observado nas seguintes falas:

Parece que o mundo acaba, parece que a gente desaba né? (Carla).

Acho que se fosse mesmo assim eu tava morta. O que passou pela minha cabeça, a dor que eu tava sentindo, era só tomar remédio e morrer. Mas eu me lembrava dos meus filhos, eles precisam de mim e eu não vou fazer isso, mas o desespero é grande, horrível. E o incrível é que eu nem convivi com a minha filha, mas dói tanto na gente (Carla).

Eu acho que eu já passei pela fase da negação, acho que eu já passei pela fase da depressão também porque eu só queria saber de tomar remédio pra dormir (Vera).

O luto é um processo lento e doloroso, que tem como características uma tristeza profunda, afastamento de toda e qualquer atividade que não esteja ligada a pensamentos sobre o objeto perdido, a perda de interesse no mundo externo e a incapacidade de substituição com a adoção de um novo objeto de amor (Freud, 1915).

Isso pode ser observado na fala das pacientes que mostraram um desinteresse pelo mundo externo por meio da vontade de dormir e/ou morrer para não ter que lidar com a dor.

A depressão vem frequentemente acompanhada de um sentimento de culpa e remorso. Foi comum observar nas sessões diversas falas das participantes embutidas de intenso sentimento de culpa. Em nossa sociedade patriarcal, a mãe aparece como a responsável por proteger seus filhos. É atribuído a ela o dever de zelar pelo bem-estar do filho em todos os âmbitos de sua vida, sendo que, se este falhar, também será ela a responsabilizada (Alarcão et al., 2008). Isso se deve ao fato de que a figura da mulher foi construída, ao longo dos séculos, em torno do ideal da maternidade, sendo a mulher responsável por gerar e garantir a sobrevivência de seus filhos (Birman, 1999). Esta perspectiva traz uma implicação na vivência do luto materno.

Eu acho que foi minha pressão que matou, porque o líquido estava seco. Aí eu fico só me culpando, porque que eu fiquei nervosa, porque que eu não tinha feito a morfológica (Aline).

A coisa mais besta do mundo eu já me culpei. Ah porque eu gosto de café talvez prejudicou o coração da menina; ah porque eu gosto de música alta

talvez ela não aguentou ficar lá dentro da barriga com a música alta [...] fico achando motivo porque enquanto o laudo não sai eu fico só me culpando (Carla).

As razões desconhecidas sobre a morte do filho, muitas vezes, são acompanhadas de sentimentos de culpa e censura, em que predomina a fantasia de negligência como causa da perda gestacional, como pode ser visto nas falas acima. Há uma busca incessante pelas causas da perda, em que a mãe revê minuciosamente todas as suas ações, censurando-se por não ter conseguido levar a gestação até o fim ou por ter feito algo durante a gestação que provocou a morte do bebê (Santos, Bayle & Conboy, 2008).

5. Aceitação

Kübler-Ross (2008) afirma que os pacientes que alcançam o estágio de aceitação são aqueles que foram encorajados a extravasar sua raiva, a chorar o pesar e a comunicar suas fantasias e temores a quem estivesse disposto a sentar e ouvir. É possível identificar esses indicadores nas falas das mães.

Ah, eu tomei coragem de ir no cemitério sozinha. Eu fui na véspera do dia das mães. [...] fiquei lá uma hora

sozinha...foi bom, foi ruim, sei lá. Foi bom eu ter ido sozinha porque não tinha ninguém pra falar na minha cabeça 'não, num chora, num sei o quê, num sei o quê lá, cê vai ter outro filho, ele também'. Mas foi bom por causa disso, mas foi ruim, porque né... lembrar de tudo que eu passei... mas foi bom (Aline).

Hoje também eu procuro agradecer pelos momentos que eu tive com ele, desde que eu descobri, antes de eu descobrir, quando eu desconfiava que tava grávida, eu já falava comigo. Nem sei se tem neném aqui, mas eu já conversava com ele, e conversava desde o início. Eu agradeço a Deus por ter conhecido o verdadeiro amor (Vera).

Eu superei, aliás, estou superando, né? Cada dia que passa. Tenho esperança de ter um filho, uma filha com saúde (Márcia).

O médico da emergência disse: 'Minha filha, não chora, porque Deus marcou o propósito dele, dela na sua vida. Deus te deu ela nove meses, e ela vai ser sua pro resto da vida, você teve a sua filha, você só perdeu ela com menos tempo de vida. Se você tivesse perdido ela com 49, 59, você ia chorar do mesmo jeito, igual você tá chorando agora. A

filha é sua, Deus te deu ela.’ Sabe, eu achei a palavra dele assim, naquele momento ali confortante. Sabe, assim, foi confortante, porque ele não tava falando assim, né, ‘Deus vai te dar outro’, ele falou o contrário, ‘Deus te deu ela, ela é sua. Você não vai viver com ela, mas Deus te deu ela, ela é a sua filha’ (Iara).

É possível afirmar que o grupo de mães enlutadas funcionou como um espaço para expressão da dor, possibilitando aos poucos assimilar a perda e, posteriormente, a aceitação da morte filho. Esse trabalho de simbolizar e elaborar a perda, reencontrando novos caminhos para o desejo, leva certo tempo e envolve algum pesar. Nesse percurso, os objetos de amor perdido podem ser desinvestidos libidinalmente e o sujeito passa a buscar e encontrar novos substitutos. Esse processo não envolve simplesmente a substituição de objeto, mas sim elaborar as fantasias que são ativadas com a perda do objeto amado. O processo de luto é, portanto, um redimensionamento de fantasias e defesas psíquicas, em busca de um novo equilíbrio de forças (Campos, 2013).

Considerações Finais

Sabe-se que a morte de alguém que se ama é vivenciada como um momento de

intensa dor e sofrimento. Isso ocorre especialmente quando se trata da morte de um filho, pois, ao preceder a morte dos pais, subverte a ordem natural da vida. Deparar-se com a morte de um filho obriga os pais a vivenciarem um sentimento de intensa impotência e frustração frente aos seus desejos e expectativas.

Quando se deseja algo, planejamentos futuros são realizados, de modo que se busca organizar a vida presente na tentativa de possibilitar a realização e a execução desse desejo. Uma morte prematura, como nos casos aqui abordados, interrompe bruscamente esse processo, inserindo os pais em um contexto de enorme sofrimento. A ausência de elaboração desse momento pode trazer consequências nefastas, como uma depressão materna.

Iaconelli (2007) aponta que um dos procedimentos mais eficazes para se evitar um luto patológico é o grupo de pais. Compartilhar a dor com outros pais enlutados tem sido uma forma de encontrar escuta para aquilo que é vivido e construir representações que dão conta da perda. A autora afirma que não nos cabe oferecer procedimentos ritualísticos adequados ou não, porque esses cabem ao desejo dos pais e das possibilidades oferecidas pelo entorno. O tempo, porém, é uma condição que não pode ser desprezada, pois o tempo psíquico não acompanha a velocidade exigida pela modernidade. De nossa parte,

nos cabe uma escuta sensível que possa ajudar os pais a nomearem a sua dor.

Foi possível perceber que o dispositivo grupal, enquanto espaço de construção coletiva de potencialização, demonstrou-se um relevante instrumento para promover o compartilhamento de vivências e a escuta necessária, visando uma desmistificação do processo de luto. Acredita-se que o grupo também viabilizou a construção de relações de segurança e o acolhimento necessário para que o medo e o desconhecimento não se tornassem entraves do processo de elaboração e aceitação da realidade anunciada.

Por fim, destacamos o impacto que este estudo pode gerar na prática do psicólogo no contexto hospitalar, pois reforça a importância de oferecer um acolhimento humanizado, seja ele em um contexto público ou privado. Também foi evidente a importância de ofertar uma rede de apoio para os pais que vivenciem essa perda, pois para muitos, o grupo era o único espaço disponível para a fala, escuta e compartilhamento de sentimentos e experiências vivenciadas durante o processo de luto.

Rerefências

- Ariés, P. (1989) *O homem diante da morte. Sobre a história da morte no Ocidente desde a Idade Média*. 2ªed. Lisboa: Teorema.
- Barasuol, E. B. (2012). *Do luto a luta: contribuições do psicodrama na psicoterapia com mães que perderam filhos*. Recuperado de www.idh.com.br/monografias/mono_Barasuol.EvandirBueno.pdf, p. 8-12.
- Bertoldi, C. (2002). Que dor é essa? In: Bernardino, L. & Rohenkohl, C. (org.). *O bebê e a modernidade: abordagens teórico-clínicas* (pp. 193-203). Casa do Psicólogo: São Paulo.
- Birman, J. *Cartografias do feminino*. São Paulo: Ed. 34, 1999
- Campos, E. P. (2007). Grupos de suporte. In: Mello Filho, J. (org.). *Grupo e corpo: psicoterapia de grupo com pacientes somáticos*. Casa do Psicólogo: São Paulo.

- Campos, E. B. V. (2013). Considerações sobre a morte e o luto na psicanálise. *Rev. De Psicologia da UNESP* (12) 1, p. 13-24.
- Freud, S. (1996). Luto e melancolia. In: _____. *Obras completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, v. XIV p.245-263. Rio de Janeiro: Imago. (Publicado originalmente em 1917).
- Iaconelli, V. (2007). Luto insólito, desmentido e trauma: clínica psicanalítica com mães e bebês. *Rev. Latin. Americana de Psicopat. Fund.*, 10 (4). <https://doi.org/10.1590/S1415-47142007000400004>.
- Kübler-Ross, E. (2008) *Sobre a morte e o morrer*. São Paulo: Martins Fontes.
- Lebovici, S. (1987) *O bebê, a mãe e o psicanalista*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Lemos L. F. S. & Cunha, A. C. B. (2015). Concepções Sobre Morte e Luto: Experiência feminina sobre a perda gestacional. *Psicol. cienc. prof.*, Brasília, v. 35, n. 4, p.1120-1138. <https://doi.org/10.1590/1982-3703001582014>.
- Mercer, V. R. (2002). Volte para casa e desmanche o quartinho - o luto perinatal. In: Bernardino, L. M. F. & Rohenkohl, C. M. F. (orgs.). *O bebê e a modernidade: abordagens teórico-clínicas*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Minayo, M.C. (2009). Trabalho de campo: contexto de observação, interação e descoberta. In: Minayo, M.C.S. (org.). *Pesquisa social - teoria, método e criatividade*. Rio de Janeiro: Vozes.
- Peres, U. T. (2006). *Depressão e melancolia*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar
- Santos, M., Bayle, F. & Conboy, J. (2008). Luto, sofrimento e tristeza pós-aborto. In F. Bayle & S. Martinet. *Perturbações da parentalidade* (pp. 139-164). Lisboa: Climepsi Editores.

Silva, K. M. S.; Gramacho, P. M. (2005). *Discurso de pais enlutados: investigação das formas de diminuição da dor do luto*. Recuperado de <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0288.pdf>.

Zimerman, D. E. (1997). Classificação geral dos grupos. In: Zimerman, D. E.; Osorio, L. C. (Orgs.). *Como trabalhamos com grupos*. Porto Alegre: Artes Médicas.

As autoras:

Nayara Ruben Calaça Menezes é graduada em psicologia (bacharelado e licenciatura) pela Universidade Federal de Goiás. Possui Especialização em Atenção Multiprofissional em Hematologia e Hemoterapia pelo Programa de Residência Multiprofissional em Saúde do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás (HC - UFG/EBSERH) e Especialização em Psicologia da Saúde e Hospitalar pela Associação de Combate ao Câncer em Goiás (ACCG - PUC). Atualmente é mestranda em Psicologia pelo Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal de Goiás. E-mail: nayalaruben@hotmail.com

Rafaela Paula Marciano é doutoranda em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de Goiás (UFG). Mestre em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de Goiás (UFG). Especialista em Psicologia Hospitalar pelo CFP (2018). Possui Aperfeiçoamento em Psicoterapia Psicanalítica pela Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) e graduação em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica de Campinas (2009). Atualmente é responsável técnica do Serviço de Psicologia do Hospital e Maternidade Dona Iris, e-mail: ra_fa_e_la@yahoo.com.br

Recebido em: 04/02/2019

Aprovado em: 30/06/2019